



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL LITORAL**

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

Tesis para optar por el grado de Magister en Docencia Universitaria

Las prácticas docentes en educación superior. Una mirada compleja sobre la formación de estudiantes de medicina de Práctica Final Obligatoria de la Universidad Nacional del Litoral en el período de septiembre a noviembre de 2022

Tesista: Med. Marisa Espinoza

Director: Dra. Nora Fiezzi

2024



INDICE

AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1: Recorriendo el paradigma de la complejidad y la vigilancia epistemológica.....	19
1.1 El pensamiento simplificador	19
1.2 La ciencia del calor y los sistemas abiertos	22
1.3 Hacia el abandono de la ilusión extraterritorialidad teórica: La extraterritorialidad teórica como ilusión	24
1.4 Las múltiples dimensiones del conocimiento. La complejidad como opción epistemológica de análisis.	25
1.5 La vigilancia epistemológica	28
CAPÍTULO 2: Prácticas docentes y <i>habitus</i> médicos: de la historia del campo al currículum universitario.	33
2.1 Configuración de subjetividades y <i>habitus</i> médico.....	34
2.2 La Argentina de la generación del 80 y la higiene social.	35
2.3 Salud y educación como dispositivos de control	36
2.4 Convertirse en médico a fines de siglo	39
2.5 Sobre el concepto de salud - enfermedad	40
2.6 La Reforma Universitaria.....	42
2.7 La Facultad de Medicina y sus planes de estudio	45
2.8 Tensiones entre el perfil profesional y la reproducción de un conservadurismo estructural.....	48
2.9 La medicina social como giro epistémico	51
2.10 La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral	55

CAPÍTULO 3: Las prácticas docentes en educación superior.....	59
3.1 Las prácticas docentes, subjetividades y saber-poder.....	60
3.2 Teoría y práctica: profundizando sobre el concepto de praxis	65
3.3 El microespacio del aula como movimiento contrahegemónico: praxis del pensamiento crítico: vida cotidiana y situacionalidad histórica	71
CAPÍTULO 4: Práctica docente y Práctica Final Obligatoria: la cuestión del currículum	75
4.1 Acerca del recorte epistemológico y sus categorías de análisis posible.....	75
Gráfico 2: Enfoque metodológico para analizar las prácticas docentes de PFO en relación con el currículum. Esquema reformulado de Guyot, 2011.....	78
4.2 Definiciones operacionales, material y métodos	78
4.3 Información conceptual sobre la simulación de alta fidelidad como metodología de aprendizaje.....	80
CAPÍTULO 5: La relación saber-poder en la formación médica.....	85
5. 1. El currículum como instrumento de poder en la educación médica.....	85
5.2. Críticas al modelo biomédico y el diseño curricular fragmentado	87
5.3. Enfoque integrado del currículum, interdisciplina e integración de saberes.	88
5.4. Jerarquización y dinámicas de poder en las disciplinas de la PFO	89
5.5. Relación saber-poder en el contexto de las simulaciones	91
5. 6. Preferencias profesionales y la relación con la Atención Primaria de la Salud (APS).....	99
Capítulo 6: La relación entre teoría y práctica en la formación médica.....	102
6.1 La dicotomía teoría-práctica en el currículum médico.....	102
6.2 Educación basada en la comunidad e integración de las funciones sustantivas de la universidad.	106
6.3 La interprofesionalidad como nueva clave para la formación médica	113
6.4 La reflexión como reconciliación entre teoría y práctica:	121

Capítulo 7: Vida cotidiana y compromiso social en la formación médica	125
7.1 Historicidad y responsabilidad social de la FCM - UNL	125
7.2 Modelos epidemiológicos y situacionalidad histórica en la formación médica	130
7.3 Ritmos y prácticas de la vida cotidiana en el aula	135
CAPÍTULO 8: Más allá del funcionalismo: consideraciones y proyecciones en la educación médica	140
Referencias.....	153
Anexo 1	164
Anexo 2	169
Anexo 3	173
Anexo 5	175
Anexo 6	178
Anexo 7	179

AGRADECIMIENTOS

La gratitud nos conecta profundamente con nuestra humanidad. Es un acto de reconocer al otro como parte de un proceso colectivo de aprendizaje y transformación. Como acto relacional, implica el reconocimiento de nuestra interdependencia, esa red invisible que sostiene nuestras vidas y nos permite construirnos como individuos y como comunidad. Edgar Morin nos recuerda que somos seres entrelazados en una complejidad de vínculos, donde cada gesto, palabra o acción tiene un eco en el otro. La gratitud, entonces, no solo es un acto de reciprocidad, sino una expresión de consciencia y humildad: reconocemos que no estamos solos, que somos, en parte, el resultado de lo que otros han aportado a nuestra existencia. Así, al agradecer, no solo devolvemos un poco de lo recibido, sino que también afirmamos nuestra condición humana, marcada por el reconocimiento, el cuidado y la solidaridad.

Así va mi más profundo reconocimiento a mi familia: a mis queridos hijos, Jazmín y Joaquín, quienes son el motor de mis acciones como humilde aporte a un mundo mejor. A mi querido esposo, Nano: pilar de esta familia y compañero de vida, por confiar en mis metas, por su apoyo incondicional y por acompañarme en las responsabilidades compartidas. A mis padres, quienes amplían nuestra red de apoyo con su aliento constante, su confianza inquebrantable y su ejemplo de resiliencia. Sus actos silenciosos de amor y cuidado me han recordado siempre la importancia de mis raíces. Cada uno de ellos, desde su lugar, ha hecho posible que pudiera soñar y concretar este proyecto, sosteniendo las piezas de mi vida que, de otro modo, habrían quedado desatendidas. Gracias a ellos, este logro les pertenece.

Esta aventura inició con un grupo de compañeros de la cohorte de Maestría en Docencia Universitaria en el año 2019 y es el nombre que lleva nuestro grupo de WhatsApp “MDU2019” desde ese año nos hemos encontrado personas con diversas profesiones y peculiaridades, pero con el interés común de mejorar la educación universitaria. Este grupo se ha transformado en una comunidad de generosidad emocional y académica infinita, donde cada intercambio, consejo y palabra de aliento ha contribuido a que esta etapa sea no solo un desafío profesional, sino un desafío colectivo. A mis compañeros de 'MDU2019', les agradezco por haber sido un faro de apoyo, aprendizaje y camaradería, demostrando que juntos podemos crecer y transformar la educación universitaria desde nuestras propias prácticas y vivencias.

Finalmente, a mi querida directora de Tesis Nora Fiezzi quien ha sido una maestra, verdadera tutora, facilitadora de procesos. Quien con sabiduría y generosidad me ha ofrecido el andamiaje para recorrer este ensayo, quien se ha sido verdadera estrategia de saber en qué momentos necesitaba espacios y en qué momentos un “*empujoncito*”.

Querida Nora, lo mejor de esta tesis ha sido tener la oportunidad de conocerte y aprender de ti. He valorado profundamente cada uno de nuestros encuentros, cada reflexión compartida y cada orientación que me brindaste en este camino. Este proyecto, sin duda, también te pertenece.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación analiza las prácticas docentes en la Práctica Final Obligatoria (PFO) de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral (FCM - UNL), problematizando la reproducción de subjetividades en el campo médico desde el paradigma de la complejidad, principalmente a partir del trabajo de Edgar Morin. Se aborda la tensión entre el modelo médico hegemónico y la formación orientada a la Atención Primaria de la Salud (APS), explorando cómo desde las prácticas docentes se configuran disposiciones implícitas en forma de *habitus* que impactan en las trayectorias profesionales de los futuros médicos.

Para el trabajo de campo se adoptó un enfoque metodológico mixto, combinando análisis cuantitativos y cualitativos. Se revisaron reglamentaciones y publicaciones de la FCM – UNL, se realizaron encuestas estructuradas a 75 estudiantes y 41 docentes de disciplinas de la PFO y observaciones no participantes en simulaciones de alta fidelidad en pediatría, emergentología y obstetricia. Basado principalmente en los marcos teóricos de Violeta Guyot (1992, 1995, 2005, 2012, 2016), Edgar Morin (1984, 1994, 1993, 2002, 2011, 2013, 2015), Pierre Bourdieu (2001, 2013, 2017) y Paulo Freire (2007, 2008, 2015). El análisis articuló las categorías: relación saber- poder; teoría – práctica; vida cotidiana y situacionalidad histórica con las dimensiones político - reguladoras de la formación médica, del diseño curricular de la carrera de medicina y la práctica docente en PFO.

Sobre la relación saber-poder se destaca en control estatal de la formación médica desde la definición del perfil profesional orientado a la Atención Primaria de la Salud, los contenidos curriculares básicos y la carga horaria mínima junto a la libre elección del diseño curricular para las instituciones formadoras. La FCM – UNL propone un diseño curricular integrado entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas. Diferentes disciplinas agrupadas en áreas se articulan de forma cooperativa e integral para dar respuesta a diferentes conflictos sociocognitivos, adecuados para el nivel de desarrollo de los estudiantes. Sin embargo, las encuestas marcan una mayor valorización de disciplinas y profesiones como Clínica Médica y Emergentología por sobre Medicina Familiar y Comunitaria que enfatiza una jerarquización de saberes sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas, consolidando un enfoque de poder que privilegia el saber técnico y clínico. Durante las observaciones de las simulaciones pudo observarse una distancia jerárquica en las interacciones subjetivas iniciales entre docente -

estudiantes y estudiantes - pacientes simulados, que lleva a despersonalizar el proceso de aprendizaje al centrarse exclusivamente en la cuestión funcional de los roles o el diagnóstico de la enfermedad. Durante el debriefing, los docentes tienen la oportunidad de balancear su autoridad, promoviendo un espacio reflexivo donde se cuestiona el desempeño en términos de habilidades técnicas y comunicacionales. Al utilizar el método Plus Delta, la mayoría de los docentes evitan una jerarquización de aciertos y errores - entendido como obstáculo pedagógico - creando un entorno de aprendizaje más inclusivo y menos autoritario.

Con relación a la categoría teoría y práctica, se observa una tensión entre los estándares de la carrera de medicina que separa teoría y práctica y la propuesta curricular basado en las unidades de aprendizaje basado en problemas, la educación basada en la comunidad y la interprofesionalidad.

Finalmente, sobre la vida cotidiana y situacionalidad histórica pudo observarse como la educación médica actual refleja tensiones entre enfoques biomédicos tradicionales y perspectivas críticas como la determinación social de la salud. Las experiencias prácticas en comunidades rurales destacan el potencial de las universidades para articular compromiso social y formación profesional.

Se puede concluir que la educación médica enfrenta el desafío de equilibrar competencias técnicas con un enfoque humanista, crítico y comprometido con las realidades locales. El paradigma de la complejidad ofrece herramientas para repensar las prácticas docentes como espacios intersubjetivos que promuevan una formación integral. La integración de la interprofesionalidad y la reflexión crítica en las simulaciones médicas constituye un avance hacia un modelo educativo transformador. Se propone que se prioricen experiencias significativas en APS que contrarresten el poder simbólico de las especialidades de alta complejidad, fortaleciendo la equidad y accesibilidad en salud.

Este estudio contribuye al análisis crítico de la educación médica en Argentina, proponiendo estrategias para superar las limitaciones del modelo biomédico y responder a las necesidades complejas del sistema de salud. La formación médica debe orientarse hacia una praxis transformadora que articule teoría y práctica, reconociendo la importancia del compromiso social y la educación situada.

ABSTRACT

This study analyzes teaching practices in the Mandatory Final Practice (Práctica Final Obligatoria, PFO) of the Medicine program at the Universidad Nacional del Litoral (FCM - UNL), problematizing the reproduction of subjectivities in the medical field through Edgar Morin's paradigm of complexity. It addresses the tension between the hegemonic medical model and training oriented toward Primary Health Care (PHC), exploring how teaching practices shape implicit dispositions in the form of *habitus* that influence the professional trajectories of future physicians.

A mixed-methods approach was adopted for the fieldwork, combining quantitative and qualitative analyses. Regulations and publications from the FCM - UNL were reviewed, structured surveys were conducted with 75 students and 41 faculty members from PFO disciplines, and non-participant observations were carried out in high-fidelity simulations in pediatrics, emergency medicine, and obstetrics. Grounded in the theoretical frameworks of Violeta Guyot (1992, 1995, 2005, 2012, 2016), Edgar Morin (1984, 1994, 1993, 2002, 2011, 2013, 2015), Pierre Bourdieu (2001, 2013, 2017), and Paulo Freire (2007, 2008, 2015), the analysis articulated three key categories: the relationship between knowledge and power, the theory-practice relationship, and everyday life and historical situatedness. These categories were linked to the political-regulatory dimensions of medical education, the curricular design of the Medicine program, and teaching practices in the PFO.

Regarding the knowledge-power relationship, state control over medical education is highlighted through the definition of the professional profile oriented toward PHC, basic curricular content, and minimum hourly requirements, alongside the autonomy of educational institutions to design their curricula. The FCM - UNL proposes an integrated curriculum that bridges basic sciences with clinical sciences, grouping various disciplines into cooperative and comprehensive areas to address sociocognitive conflicts appropriate to the students' developmental level. However, survey results reveal a higher valuation of disciplines and professions such as Internal Medicine and Emergency Medicine over Family and Community Medicine, emphasizing a hierarchy of knowledge that prioritizes acute disease diagnosis and treatment. This reinforces a power dynamic that privileges technical and clinical knowledge. Observations during simulations revealed hierarchical distancing in initial subjective interactions between instructors and students, as well as

between students and simulated patients, leading to a depersonalized learning process focused exclusively on functional roles or disease diagnosis. However, during the debriefing, instructors have the opportunity to balance their authority by fostering a reflective space that examines performance in terms of technical and communication skills. Using the Plus Delta method, most instructors avoided hierarchical assessments of successes and mistakes—understood as pedagogical obstacles—creating a more inclusive and less authoritarian learning environment.

Concerning the theory-practice relationship, a tension was observed between medical program standards that separate theory and practice and the curriculum's proposal based on problem-based learning units, community-based education, and interprofessionalism.

Finally, regarding everyday life and historical situatedness, current medical education reflects tensions between traditional biomedical approaches and critical perspectives such as the social determinants of health. Practical experiences in rural communities highlight the potential of universities to integrate social commitment with professional training.

It can be concluded that medical education faces the challenge of balancing technical competencies with a humanistic, critical, and locally grounded approach. The paradigm of complexity provides tools to rethink teaching practices as intersubjective spaces that promote comprehensive education. Integrating interprofessionalism and critical reflection into medical simulations represents a step toward a transformative educational model. It is essential to foster meaningful experiences in PHC to counterbalance the symbolic power of high-complexity specialties, thereby strengthening equity and accessibility in healthcare.

This study contributes to the critical analysis of medical education in Argentina, proposing strategies to overcome the limitations of the biomedical model and respond to the complex needs of the healthcare system. Medical training must orient itself toward a transformative praxis that bridges theory and practice, recognizing the importance of social commitment and situated education

INTRODUCCIÓN

La medicina es una ciencia cuyo objeto de estudio es la salud. Dicho objeto es construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana (Casallas Murillo, 2017). Se guía por un sistema de creencias operativas que concierne a los estados del hombre conocidos como salud – enfermedad, a partir de la visión del hombre que defiende y la representación del cuerpo en la que se basa (Asúa, 1986; Le Breton, 2002).

La definición de estos procesos se desarrolla en el campo de la salud, en la convergencia de un entramado de actores, intereses, recursos y problemas que conforman una red de relaciones complejas con autonomía relativa (Spinelli, 2010). Allí coexisten diferentes paradigmas en disputa acerca de cómo enunciar la salud.

Uno de los actores más relevantes de este campo es el Estado Nacional, que legitima y regula las prácticas profesionales, así como la educación médica. Establece los lineamientos sobre los perfiles profesionales y regula las universidades en tanto instituciones habilitadas oficialmente para proveer del recurso humano destinado a incorporarse al sistema de salud.

La trayectoria de los estudiantes por la carrera de medicina va dibujando el perfil de los futuros médicos y va conformando subjetividades alrededor de las prácticas educativas, y con ello las representaciones sobre el objeto salud o los procesos de salud – enfermedad - cuidado (Guyot, 2011).

La práctica educativa es constitutivamente social, ya que se desenvuelve en un campo de relaciones subjetivas mediadas por el conocimiento en el interior de una institución como la universidad. Se desarrolla a partir de un triángulo dialéctico entre el sujeto que enseña, el sujeto que aprende y el conocimiento (Freire, 2007; Guyot, 2005).

Según Guyot¹ (2011), la conformación de subjetividades alrededor de las prácticas educativas se desarrolla en el *concreto acaecer de la praxis*². La práctica docente es una forma especial de praxis, entendida como un modo de hacer, un modo de ser, un modo de operar en un campo delimitado por la teoría y el sistema educativo. Podría decirse incluso que la práctica docente resulta del ejercicio auténtico de un *habitus* en términos de Pierre Bourdieu (Bourdieu y Passeron, 2017; Guyot et al., 1995).

Según Bourdieu³ (2017), el *habitus* se conforma por un sistema de esquemas de percepción, pensamiento, evaluación y acción utilizados para interpretar una realidad dada, es decir formas de hacer y de ser adquiridas en el espacio social e interiorizadas de forma de tornarse natural o ya dado. Estos esquemas funcionan como estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes (Bourdieu, 2001; Bourdieu y Passeron, 2017).

¹ Violeta Guyot es Profesora Emérita de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), donde ha ejercido como docente e investigadora en las cátedras de Filosofía y Epistemología en carreras de grado y posgrado. Su labor académica se ha centrado en la enseñanza de la filosofía, la epistemología y la formación docente, destacándose por la implementación de métodos innovadores que integran el arte y la filosofía en el proceso educativo. Entre sus publicaciones se encuentra "Arte, Filosofía y Educación" (2017), "Las practicas del conocimiento un abordaje epistemológico" (2011), "Poder-saber la educación. De la teoría educativa a las prácticas docentes" (1992).

² Violeta Guyot toma el concepto de praxis planteado por K. Kosik como modo de ser del sujeto humano en una situación histórica determinada en la cual todo es construido por el hombre en múltiples prácticas creadoras: instauración de una "realidad humano-social", comprensión de la realidad humana y no humana; transformadora permanente de la realidad en su totalidad. El carácter histórico y social de la praxis abarca la totalidad de las prácticas humanas, aunque no todas ellas impliquen el desarrollo de las posibilidades del hombre, lo cual significa que también la praxis puede degradarse y configurar las diferentes formas de la esclavitud, la dominación, el dogmatismo, la repetición y todas las manifestaciones que conlleva la alineación de la libertad y de las capacidades creadoras. Guyot et al. (1995).

³ Pierre Bourdieu (1930-2002): Sociólogo, antropólogo y filósofo francés, reconocido como uno de los pensadores más influyentes del siglo XX en el campo de las ciencias sociales. Bourdieu desarrolló conceptos fundamentales como *habitus*, *campo* y *capital cultural*, que permitieron una comprensión más profunda de las relaciones entre estructuras sociales, prácticas individuales y poder simbólico. Fue profesor en el Collège de France, donde lideró investigaciones sobre desigualdades sociales, educación y cultura. Entre sus obras más destacadas se encuentran *La distinción: criterios y bases sociales del gusto* (1979), un análisis sobre cómo las preferencias culturales reflejan y refuerzan las jerarquías sociales, y *Los herederos: los estudiantes y la cultura* (1964), coescrita con Jean-Claude Passeron, que estudia las desigualdades en el acceso a la educación superior. Su enfoque crítico transformó la sociología, combinando teoría con investigación empírica rigurosa Bourdieu (2001); Bourdieu y Passeron (2013); Bourdieu y Passeron (2017).

Las prácticas docentes situadas en las facultades de medicina y las instituciones de salud que ofician como “hospitales-escuelas” funcionarían a modo de concepción o engendramiento de los esquemas o estructuras objetivas del campo médico. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y postulan todas las conductas “razonables” o de “sentido común” que determinarán lo que es posible o no para el campo, determinarán la forma de enunciar la salud (Bourdieu y Passeron, 2017; R. Castro, 2011).

La carrera de medicina de la Universidad Nacional del Litoral, cuyo plan de estudios fue aprobado en el 2006, motiva a los estudiantes a comprometerse con la realidad regional desde los inicios de la carrera y a vincularse con los actores sociales y las políticas locales desde la educación centrada en la comunidad. Persigue la formación⁴ de un profesional que, teniendo en cuenta el contexto histórico, social y cultural, busque lograr transformaciones, innovaciones o creaciones que den respuesta a los problemas sociales (Carrera, 2015).

La estructura curricular del Plan de Estudios de la carrera de Medicina de UNL está conformada por Ciclos, Áreas y Módulos e incluye un número de Materias Electivas/Optativas y Prácticas en Terreno (Resolución C. S. N°133/06).

Los módulos de las áreas de formación específica se desarrollan por medio de unidades de aprendizaje basado en problemas, en tanto considera a los problemas como las situaciones ideales para aprender. La situación problema es el eje organizador del currículo. Sostiene el interés de los estudiantes en relación con las necesidades de su resolución. Ello implica analizar las diferentes perspectivas de análisis, entrando a formar parte de este abordaje el estudio de aspectos científicos, psicológicos, sociológicos, históricos y prácticos. Se trata de un modelo vanguardista que promueve el aprendizaje activo de los estudiantes, estimulando habilidades de autoaprendizaje o aprendizaje independiente, trabajo colaborativo y aprendizaje continuo.

Podría inferirse por el perfil profesional que, una vez egresados, los estudiantes buscarían un desarrollo profesional ligado a la comunidad. Sin embargo, se observa una sostenida tendencia a la baja para los casos de residencias médicas dedicadas a la formación de

⁴ El perfil profesional se analiza a lo largo de la tesis desde múltiples perspectivas, considerando la evolución histórica de la educación médica en la Argentina hasta nuestros días.

Medicina General y Familiar, Cirugía General, Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología. En promedio, estas especialidades acumulan un incremento del déficit de cobertura que ronda el 20% (Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Talento Humano en Salud, 2024).

Como antecedentes, Silverman (2012, 2015) realizó un estudio sobre los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de la Plata, y observó que no solo existe la tendencia a elección de súper - especialidades, sino que además dichas elecciones están acompañadas por representaciones biologicistas, lineales y reduccionistas de los procesos de salud-enfermedad. Dichas representaciones caracterizan al modelo biomédico de la salud (Silberman et al., 2012; Silberman y Pozzio, 2015).

Eduardo Menéndez⁵ sostiene que el modelo biomédico o modelo médico hegemónico, se genera y se reproduce en la formación médica, tiene su continuidad en la práctica profesional y se expande por su eficacia comparativa con otros modelos, por el incremento de su demanda, por la producción de capitales en la industria químico-farmacéutica y por su rol legitimador de las fuerzas sociales dominantes (E. L. Menéndez, 2020a).

Si este modelo se genera y se reproduce en la formación médica cabe preguntarse sobre lo que sucede en la práctica docente, especialmente en aquellas instituciones formadoras cuyos principios explícitos promueven otro perfil. En lo que respecta a la formación

⁵ Eduardo Menéndez (1930-2022): Fue un destacado antropólogo, médico y sociólogo argentino, reconocido por sus contribuciones al análisis crítico de la salud, la enfermedad y el cuidado desde una perspectiva sociocultural y política. Se destacó como uno de los principales referentes de la antropología médica latinoamericana, abordando temas como los procesos de medicalización, las prácticas de autocuidado y las relaciones entre poder, cultura y salud. Entre sus obras más relevantes se encuentran *“Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica”* (2020), *“De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud”* (2010). Define al modelo médico hegemónico como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Describe como los principales rasgos estructurales de este modelo al: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico Menéndez E. L. Menéndez (2020b).

profesional, pareciera que no se trata solo de una cuestión de diseño curricular, sino que habría que llevar la reflexión más allá, relacionando los antecedentes históricos de la carrera y la facultad de medicina, los aspectos de gestión institucional académica y no académica, así como las particularidades sociopolíticas del territorio; pero también más acá, más dentro del aula, más sobre lo que sucede en la dialéctica que se establece entre profesor y estudiante mediado por el conocimiento. Si la práctica educativa se configura como un espacio donde se entrelazan procesos de reproducción, producción y subjetivación, se hace indispensable adoptar una mirada compleja. Esta mirada debe reconocer cómo estas dinámicas, mediadas por el conocimiento y las relaciones intersubjetivas, contribuyen tanto a la configuración como a la transformación de las subjetividades en el marco de las prácticas docentes.

¿Estarán ahí, reproduciendo a través de las representaciones, actitudes y prácticas, los herederos del modelo médico hegemónico? De ser así, ¿Cuáles son las pugnas contrahegemónicas que traccionan hacia la formación de egresados más sensibles a la realidad o las necesidades de las comunidades?

La presente tesis pretende realizar un aporte a estas preguntas a partir del análisis crítico reflexivo y complejo sobre las prácticas docentes. En este sentido se busca identificar algunas posibles categorías que intervengan en la generación del *habitus* médico en el ámbito de simulación de Práctica Final Obligatoria (PFO) de los estudiantes más avanzados de la carrera de medicina. El análisis de esas categorías se realiza desde una perspectiva que tenga en cuenta el complejo entramado del microespacio del aula, articulado con el sistema educativo, el sistema social y la situacionalidad histórica del espacio-tiempo.

La investigación se desarrolla en ocho capítulos además de la bibliografía y los anexos. Los primeros tres capítulos profundizan en las tres hipótesis de Violeta Guyot (2011) sobre las prácticas del conocimiento:

1. *“Las opciones epistemológicas determinan la producción e interpretación de las teorías e impactan en las prácticas investigativas, docentes y profesionales.*
2. *La epistemología, abordada en su articulación con la historia de la ciencia, permite pensar y recrear críticamente las prácticas del conocimiento en su campo disciplinar actualizado.*

3. *El paradigma de la complejidad permitiría reformular el campo epistemológico de las ciencias humanas para investigar, intervenir y transformar las prácticas docentes” (Guyot, 2011, p 29)*

El primer capítulo hace foco el paradigma de la complejidad como opción epistemológica para abordar las prácticas del conocimiento. Particularmente se toma el marco teórico de Edgar Morin, quien ha dedicado gran parte de su producción académica a la articulación entre la complejidad y la educación. Asimismo, se introduce el concepto de vigilancia epistemológica acuñado por Gastón Bachelard⁶ (1978), en tanto instancia de vigilancia intelectual de sí mismo, promotora de formación y de creación cultural y por lo mismo, de investigación científica (Bachelard, 1978).

El segundo capítulo se adelanta en la articulación crítica de la práctica docente y *habitus* médico desde una perspectiva sociohistórica como forma de evolución la práctica de los profesionales de la salud en la Argentina.

El tercer capítulo realiza un análisis crítico acerca de las prácticas docentes haciendo hincapié en el concepto *práctica* para diferenciarlas de las categorías de rol o perfil docente en tanto que estas últimas tratan de una serie de conductas o cualidades que dejan por fuera los aspectos constitutivos de la realidad del aula. Desde la perspectiva de Violeta Guyot (1992, 1995, 2005, 2012, 2016), Paulo Freire (2007, 2008, 2015) y Agnes Heller (1977) se profundiza sobre tres categorías teóricas: la relación saber – poder, la relación teoría y práctica, la vida cotidiana y la situacionalidad histórica.

El cuarto capítulo define las categorías para analizar las prácticas docentes de la PFO de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Litoral. Se toma

⁶ Gastón Bachelard (1884-1962): Filósofo y epistemólogo francés, reconocido por su enfoque innovador en el análisis del conocimiento científico y su articulación con la imaginación poética. Fue uno de los principales exponentes de la filosofía de la ciencia en el siglo XX, abogando por una comprensión crítica y reflexiva de los procesos científicos. Su concepto de ruptura epistemológica desafió la idea de que el conocimiento avanza linealmente, destacando la necesidad de superar obstáculos epistemológicos para alcanzar nuevos paradigmas científicos. Gastón Bachelard expone el concepto de “vigilancia epistemológica” en “*El Racionalismo aplicado*” (1949), a partir de la noción freudiana de “superyó”; noción de la que se sirve para plantear la posibilidad de una vigilancia intelectual de sí mismo, que permita el pasaje de una vigilancia autoritaria a una vigilancia normativa, promotora de formación y de creación cultural. Bachelard (1978).

la definición de curriculum de Alicia de Alba (1998) para realizar un recorte metodológico con el fin de articular la relación saber – poder, la relación teoría y práctica, la vida cotidiana y la situacionalidad histórica con las dimensiones político - reguladoras de la formación médica, del diseño curricular de la carrera de medicina y la práctica docente en PFO. Ello se realiza desde un estudio descriptivo – transversal, con un enfoque metodológico de tipo mixto.

El quinto, sexto y séptimo capítulo se dedica a realizar un análisis crítico de los resultados obtenidos de la revisión de reglamentaciones y publicaciones de la FCM – UNL, de encuestas estructuradas a docentes y estudiantes de PFO y de observaciones realizadas durante las simulaciones de alta fidelidad de pediatría, emergentología y obstetricia a partir de las categorías previamente establecidas.

Finalmente, el octavo capítulo realiza una síntesis crítica a modo de consideraciones finales con el aporte de algunas propuestas futuras que han surgido del trabajo de tesis.

CAPÍTULO 1: Recorriendo el paradigma de la complejidad y la vigilancia epistemológica

Violeta Guyot (2011) sostiene que *las opciones epistemológicas determinan la producción e interpretación de las teorías e impactan en las prácticas investigativas, docentes y profesionales*. Esta hipótesis supone que en lo que concierne a las prácticas del conocimiento existe un posicionamiento epistemológico a priori, consciente o inconsciente, y que además existen diferentes opciones respecto a dicho posicionamiento epistemológico. Estas opciones marcarán la lente con la que se miren esas prácticas, las cuales implican diferentes formas de investigación, diferentes instrumentos de análisis y diferentes interpretaciones sobre el objeto de conocimiento (Guyot, 2011). En este sentido la presente investigación encuentra, en el paradigma de la complejidad, las claves para el análisis sobre las prácticas docentes. Este capítulo tendrá por objeto analizar las opciones epistemológicas sobre las que se sostuvo la ciencia. Se parte de un análisis crítico sobre el positivismo occidental y se continúa con la propuesta del pensamiento complejo de Edgar Morin.

1.1 El pensamiento simplificador

La perspectiva epistemológica del pensamiento complejo se presenta como medio de superación ahí donde el pensamiento simplificador, según Morín⁷ (1994), deja vacancias, carencias o directamente falla. Este último, constituido en la modernidad, está muy ligado al Círculo de Viena⁸. Entre los principios compartidos negaban la realidad objetiva independiente de la experiencia sensible. Ello implicaba que la significatividad de un

⁷ Edgar Morin sociólogo, filósofo y epistemólogo francés, nacido en 1921, es reconocido por ser uno de los referentes del paradigma de la complejidad. Su trabajo abarca temas como la antropología, la educación, la política y la epistemología. Entre sus obras más influyentes destacan *El método* (1977-2006), una serie de seis volúmenes, y *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* (1999), donde propone una reforma profunda del pensamiento y la enseñanza.

⁸ El Círculo de Viena surge cuando Moritz Schlick ocupa la cátedra de filosofía en la Universidad de Viena y se inaugura oficialmente en 1929 con la publicación del manifiesto titulado “Concepción científica del mundo del Círculo de Viena”. Los principales miembros fueron Rudolf Carnap, Otto Neurath, Herbert Feigl y Friedrich Waismann, entre otros. Se emparenta con la tradición del empirismo fenomenalista de Hume y Kant.

enunciado empírico dependía de la capacidad de diseñar las condiciones en las que pudiera resultar verificable (principio de verificación).

La exigencia de la verificación empírica convertía al discurso metafísico en un discurso carente de significado, racionalmente ininteligible, por más que pudiera tener quizá algún significado no cognitivo, como el arte o la mística. La metafísica no era, pues, un conjunto de afirmaciones falsas; era un conjunto de afirmaciones que no podían ser ni verdaderas ni falsas. Aparte de las expresiones tautológicas, solo los enunciados directamente verificables tenían sentido, es decir las proposiciones fácticas (Ayer, 1965).

“Cuando persuadidos de estos principios recorremos las bibliotecas, ¡qué estragos deberíamos hacer! Tomemos en nuestra mano, por ejemplo, un volumen cualquiera de teología o de metafísica escolástica y preguntémosnos: ¿Contiene algún razonamiento abstracto acerca de la cantidad y el número? ¿No? ¿Contiene algún razonamiento experimental acerca de los hechos y cosas existentes? ¿Tampoco? Pues entonces arrojémoslo a la hoguera, porque no puede contener otra cosa que sofismas y engaño” (Ayer, 1965, p15).

El pensamiento simplificador, según Morín (1994), explica la realidad desde tres principios: el principio de disyunción, el principio de reducción y el principio de abstracción.

El principio de disyunción que plantea Edgar Morin se fundamenta en la separación cartesiana propuesta por René Descartes⁹, que divide el sujeto pensante (*ego cogitans*) y la cosa extensa (*res extensa*). Esta dicotomía establece una ruptura fundamental entre la mente y el cuerpo, así como entre el mundo interior del pensamiento y el mundo exterior de la materia. Dicha disposición se extendió a la filosofía y ciencia. La ciencia se centró en el estudio de lo "extenso" (el mundo material, objetivo, medible), mientras que las humanidades quedaron relegadas al ámbito del pensamiento subjetivo y la introspección.

El principio de reducción implica que el todo puede explicarse por la suma de las partes y es capaz de ir de lo complejo a lo simple. El estudio mecanicista del cuerpo humano es

⁹ Rene Descartes nació en La Haya (Turena) en 1596 y falleció en 1650. Se educó en el colegio jesuita de La Fleche. Entre 1625 y 1628 residió en París. En 1623 se trasladó a Holanda, donde permaneció hasta 1649, cuando fue invitado por la reina Cristina a trasladarse a Suecia, donde Falleció. Descartes es considerado el padre de la filosofía moderna.

uno de los ejemplos más significativos de este sistema de ideas (Le Breton, 2002). Así lo decía Le Breton (2002) haciendo eco del pensamiento cartesiano: *“el cuerpo humano es una mecánica diferenciable de las demás por la singularidad de sus engranajes, es como mucho un capítulo de la mecánica general del mundo. El hecho de encarnar la presencia humana no le otorga ningún privilegio”* (Le Bretón, 2002, p.77)

El principio reduccionista reforzó el desarrollo disciplinar de las ciencias, aunque de forma compartimentalizada y fraccionada tendientes a la atomización. Esa separación generaba límites arbitrarios entre los cuales quedaban espacios vacíos, oscuros, negados de explicación científica. Según Morin (1994) el espacio de la inteligencia ciega que pasa entre los hiatos que separan las disciplinas (Morin, 1994).

La perspectiva newtoniana de la naturaleza autómatas redujo la vida, a la biología, regida por leyes accesibles para el hombre, a su vez transformada en dato mensurable (Viola et al., 2020). Las matemáticas proporcionan la fórmula del mundo y en el nombre del dominio se rompe *la alianza* con la naturaleza¹⁰ (Le Breton, 2002; Morin, 1994). La posibilidad de reducción permitía al objeto ser aislado de otros objetos y de su entorno y estudiarse desde una perspectiva lineal o determinista donde un estímulo o causa podía determinar un efecto o evento como conexión constante, unívoca y reversible como el movimiento de un péndulo con la eliminación total del azar y del tiempo (Breilh, 2003).

Estos principios trajeron consigo el aislamiento experimental: separando el objeto de su entorno; sustrayendo al sujeto: tanto del investigador como del que hace uso de su producción y, por último, separando la ciencia de su contexto social (Rodríguez Zoya, 2012). El científico observador, para ser objetivo, sólido y creíble debía librarse de las interferencias o ruidos de cualquier influencia moral, religiosa, social, económica o cultural que pudieran afectar el desarrollo del conocimiento. Este último, se entrega como ciencia neutra, instrumental, o pura, sujeta a la conciencia individual del buen o mal uso (Klimovsky, 1993).

¹⁰ Se hace referencia al libro *“La nueva alianza”* (1983) de Ilya Prigogine e Isabelle Stengers. Los autores proponen una nueva visión interdisciplinaria de la ciencia basada en los sistemas complejos y las estructuras disipativas, superando la dicotomía entre ciencia y humanidades. Este enfoque destaca el papel del azar, el cambio y la creatividad, desafiando la idea tradicional de un universo determinista y abriendo espacio para un diálogo renovado entre el conocimiento científico y la experiencia humana. Prigogine y Stengers (1983).

La escisión del sujeto le entrega a la ciencia empírica, experimental, y verificable el poder de desencantar al mundo de explicaciones metafísicas, míticas o supersticiosas y el éxito de su dominación la transforma en el único discurso capaz de interpretar la realidad (Prigogine y Stengers, 1983)

Este pensamiento, cuyo exponente podría decirse que es el positivismo lógico, permeó todas las disciplinas científicas entre las que se encontraban las ciencias médicas y las ciencias de la educación. Ciencias que, habrán sufrido de las mayores incomodidades de intentar adaptarse a estas características cuando debían enfrentarse a la complejidad de los procesos reales y la singularidad de los enfermos o estudiantes.

Las ciencias médicas, por ejemplo, que trabajaban con sistemas vivientes, encontraban contradicciones de todo tipo. Al intentar descomponer un humano (una disección) se desencadena siempre la evaporación, o la desaparición de caracteres o propiedades como nada más y nada menos que la vida (Ardoino, 1991). Tampoco podía cumplirse la característica de reversibilidad ya que era bastante improbable ver un adulto retornar a un estado de niño o embrión. La misma crítica tiene el causalismo en tanto que no siempre al resolver la causa se resuelve la enfermedad. En estos sistemas pueden observarse cambios, transformaciones, evoluciones, un devenir irreversible que a la vez muestra permanencia y estructura. Es decir, existe la paradoja de ver qué moléculas y células se renuevan mientras el conjunto, el cuerpo humano, permanece aparentemente estable (Morin, 1994).

1.2 La ciencia del calor y los sistemas abiertos

La propuesta de procesos irreversibles venía desarrollándose desde la misma física ya a principios del siglo XIX en plena revolución industrial. Ante la necesidad de lograr mayor productividad en la eficiencia y el mejoramiento de la energía térmica se establecieron los principios de la termodinámica, los cuales fueron evolucionando hasta el entendimiento de los procesos de organización espontánea y las estructuras disipativas (Prigogine y Stengers, 1983)

La ciencia del calor y de los motores térmicos habilitaron el estudio del objeto termodinámico, que no solamente define un sistema que está en movimiento y experimenta cambios en su posición o velocidad, sino que además lo relaciona con el entorno o ambiente que lo rodea. Es decir que era necesario considerar el contexto en el

que ocurren las transformaciones físicas. No se trataba solo de observar el objeto y sus cambios internos, sino también de tener en cuenta cómo interactuaban con su entorno y cómo estas interacciones influían en su comportamiento. En dicho intercambio aparecía una consecuencia energética en la propagación irreversible del calor que llamaron entropía y así la entropía permite introducir la flecha del tiempo en la física (segundo principio de termodinámica). Este concepto fue especialmente importante para el estudio de sistemas físicos lejos del equilibrio (sistemas abiertos), como los sistemas vivos (Prigogine y Stengers, 1983).

Los sistemas vivientes se consideran sistemas abiertos ya que su existencia y estructura dependen de una alimentación exterior, no solamente material y energética sino, además, organizacional e informacional. La vida no puede reducirse a una entidad material o a una sustancia específica, sino que es el resultado de un proceso dinámico y altamente complejo que se caracteriza por su capacidad de autorregularse, interactuar con su entorno de forma dinámica y organizarse de manera autónoma (auto-eco-organización). Una autonomía relativa, ya que su relación con el entorno no es simplemente una dependencia externa, sino que es fundamental para la existencia y la constitución del sistema en sí mismo, es decir que las personas y su entorno (sus recursos, condiciones ambientales, interacciones sociales y culturales, entre otros) son mutuamente constitutivos, lo que significa que la identidad, la estructura y sus características están en constante interacción y se ven influidos entre sí, siendo partes de sí mismo a la vez que extraños (Morin, 1984).

Se entiende en este sentido a la complejidad como un tejido cuyo entramado está formado por una diversidad de constituyentes o sistemas que a su vez están asociados. La clave relacional o vincular presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple, dependencia y distinción, autonomía e individualidad que crece al aumentar su apertura y correspondencia con el ambiente (Morin, 1994). Es posible que la complejidad pueda calarse en esa interfase relacional superando las mutilaciones disciplinares aun reconociendo que no se podrá saberlo todo (Morin, 1984).

1.3 Hacia el abandono de la ilusión extraterritorialidad teórica: La extraterritorialidad teórica como ilusión

La revolución cuántico-relativista puso en tensión la realidad objetiva y precisa del pensamiento lógico aristotélico con los principios de complementariedad de Neils Bohr (1885 – 1962) y de indeterminación o incertidumbre de Werner Heisenberg (1901-1976)¹¹, entre otros. El observador deja de ser un mero espectador objetivo afectando el sistema observado con su mera presencia. La realidad se construye a través de la interacción entre el observador y el sistema, por lo que el contexto y la perspectiva del observador importan. Por otro lado, ciertos aspectos de esa realidad que se construye pueden ser complementarios y sólo se manifestaría en función de cómo los observamos (Rodríguez Zoya, 2012).

Estos aportes obligaron a reconfigurar la ontología del sujeto científico. Es el sujeto, quien observa, aísla, piensa, nombra, da significado, y sentido al objeto; y no hay sujeto si no es con respecto a un ambiente objetivo que le permite reconocerse, definirse, pensarse y existir según el concepto de alteridad de Jacques Derridá (Madrid, 2008).

Ilya Prigogine e Isabelle Stengers (1990) toman la expresión de Serge Moscovici acerca de la ilusión de extra-territorialidad teórica de la ciencia clásica. El sujeto científico extraterreno, escindido de la naturaleza y su cultura como productor de teorías neutras lo privó de cualquier posibilidad de reflexionar sobre sí mismo y desestimó cualquier otra retórica que no fuera justificada por el método científico.

Algunos momentos críticos relacionados a las guerras nucleares, la polución ambiental y el agotamiento de recursos naturales entre otros, abrieron la puerta a entender que la ciencia es un producto social y que es necesario incorporar la responsabilidad ética al interior de ese proceso de producción: tanto desde la elección del objeto de estudio por parte del investigador, como de los métodos de investigación, la forma y el momento de

¹¹ El principio de complementariedad, propuesto por Niels Bohr (1885-1962), establece que los fenómenos cuánticos pueden observarse de formas complementarias, como onda o partícula, dependiendo del marco experimental, pero nunca de manera simultánea. Por su parte, el principio de indeterminación, formulado por Werner Heisenberg (1901-1976), plantea que es imposible determinar con precisión y al mismo tiempo ciertas propiedades de una partícula, como su posición y momento lineal, lo que introduce la incertidumbre como una característica fundamental de la mecánica cuántica Morin (1984).

la comunicación de los resultados, la asignación de los recursos materiales y humanos, la participación de intereses corporativos privados, entre otros (Marí, 1993).

Entender a la ciencia como producto social es entenderla como desarrollo cultural que encuentra sentido en un territorio y momento histórico determinado y debe estar interpelada por las inquietudes, los interrogantes y las necesidades sociales emergentes.

La ciencia es producto y obra de seres que forman parte de este mundo quienes como ciudadanos planetarios deberían estar en diálogo con la casa común, con la “tierra patria” y con los hombres de todas las culturas (Morin y Kern, 1993; Prigogine y Stengers, 1983). Desde el pensamiento complejo, se debe afrontar lo entramado, la solidaridad de los fenómenos entre sí, la incertidumbre y la contradicción. Esta perspectiva ecológica pone el acento en el vínculo como el elemento epistemológico crucial de la complejidad, donde el conocimiento se construye a partir de la participación en relación (Morin y Figueira, 2015).

1.4 Las múltiples dimensiones del conocimiento. La complejidad como opción epistemológica de análisis.

La importancia de trascender la visión unilateral, fragmentada y reduccionista de la realidad radica en superar la inteligencia ciega, que ha puesto en crisis a los sistemas educativos, de salud, económicos, culturales y sociales del planeta. Frases trilladas como “crisis en la educación”, han perdido sentido en la trivialidad de su uso o se han transformado para describir una situación enmarañada, de difícil diagnóstico. Paradójicamente Hipócrates¹² documenta el término *Krisis*, como el momento de la enfermedad en la que los síntomas, signos y otras manifestaciones permitían al médico

¹² Hipócrates nació en Cos, Isla griega en el año 460 a.C. Fue visto como el médico más grande de todos los tiempos y basó su práctica médica en la observación y el estudio del cuerpo humano. Rechazó los puntos de vista de sus contemporáneos que consideraban que la enfermedad era producida por supersticiones, como la posesión por espíritus diabólicos o la caída del favor de los dioses, y sostuvo que la enfermedad tenía una explicación física y racional. Por esto se le considera el fundador de la medicina. Tal vez la tradición más duradera en la historia de la medicina sea el "Juramento de Hipócrates". Este juramento fue escrito como un lineamiento de ética médica y aunque las palabras exactas han cambiado con los tiempos, el contenido general es el mismo: un juramento de respeto para aquellos que impartieron su conocimiento sobre la medicina y para los pacientes, así como la promesa de tratarlos con el mejor conocimiento médico. <http://www.facmed.unam.mx/>

emitir un juicio y pronóstico sobre la evolución de la afección, así como el tratamiento apropiado (Morin y Figueira, 2015).

La comprensión de la crisis de un sistema cualquiera sea, viviente o social debe entender dicho sistema en términos de su genericidad como unidades múltiples que lo constituyen. Estas a su vez tienen una doble identidad: aquella propia que permanece en ellas y no es reducible al todo; y aquella de identidad común o de pertenencia a dicho sistema. La complejidad se observa entre las relaciones interdependientes que se establecen entre el movimiento retroactivo, generativo y recursivo del todo y las partes, de lo uno y lo diverso, el cual esta mediatizado por interacciones cuya organización da coherencia, regulación y estructura al sistema. Morin (1984) ejemplifica que un organismo no está constituido por células sino por las acciones que se establecen entre las células y el conjunto de estas interacciones constituye la organización del sistema. En los sistemas vivos, la organización es activa: regeneradora y generadora; ello implica ingreso, almacenamiento y distribución de la energía a la vez que implica gasto y pérdida. Estos a su vez intercambian con el entorno – este constituye en sí mismo otra macro organización en forma de ecosistema - el cual proporciona organización en forma de alimentos e información. Es decir que la organización es a la vez un cierre, que salvaguarda la integridad y la autonomía; y una apertura en su intercambio con el entorno y el ecosistema (Morin, 1984).

Bajo estas afirmaciones la crisis de un sistema no puede ser entendida de forma independiente como factor aislado de las crisis de otros sistemas, mutilarlo de su contexto lleva el riesgo de tomar acciones igualmente mutilantes que se pierdan en el abismo de la inteligencia ciega o alteren el equilibrio del ecosistema. La inteligibilidad del sistema debe encontrarse no solamente en el sistema mismo sino en su carácter solidario y multidimensional. En su relación con el ambiente que no es de simple dependencia, sino que es constitutiva del mismo. Cualquier accidente o crisis del sistema, ya sea de origen interno o externo, puede perturbar su estabilidad, su funcionamiento o su existencia. En el caso de los sistemas sociales humanos según el movimiento recursivo propio de su organización, a la tendencia de la desintegración podría oponerse una fuerza creadora, con soluciones nuevas que reconfiguren las cualidades del propio sistema y aporten a las de otras dimensiones. Es allí donde radica la esperanza de esta forma de pensamiento, en la potencialidad de esa fuerza regeneradora de contrapuesta que rompe con la linealidad

de causa/efecto, estructura/superestructura en la que, si nos remontamos de complejidad en complejidad hasta el sujeto reflexivo, somos a la vez producto y productores (Morin, 1994).

1.5 La vigilancia epistemológica

Desde una perspectiva compleja y relacional, la construcción del conocimiento no podría concebirse sin asumir el vínculo dinámico entre el sujeto que intenta conocer y el objeto que se presta a ser conocido.

Desde la perspectiva de la complejidad, Edgar Morin (1984) advierte sobre la ilusión de un conocimiento puro, al señalar que el proceso cognitivo está inmerso en una red de interacciones que condicionan tanto al sujeto como al objeto. En este marco, la objetivación del objeto implica necesariamente un proceso de subjetivación (Morin, 1984). Este planteamiento dialoga con la vigilancia epistemológica propuesta por Gastón Bachelard (1978), que asume un papel crucial en la autoevaluación crítica de las ideas preconcebidas y en la reflexión sobre los obstáculos epistemológicos que interfieren en el conocimiento. Según Bachelard, los obstáculos más frecuentes incluyen las opiniones comunes, los prejuicios, las generalizaciones apresuradas y el empirismo no reflexivo, todos ellos elementos que frenan el progreso del conocimiento científico y educativo (Bachelard, 1978).

En este sentido, la "pedagogía psicoanalítica", tal como sugiere Bachelard, emerge como una herramienta que permite diferenciar entre el carácter absoluto de las censuras y la relatividad de la vigilancia epistemológica. Lejos de constituir un proceso estático, esta pedagogía busca dinamizar el psiquismo, de manera que, *"cualquiera que sea su riqueza ya adquirida, (el psiquismo) tenga necesidad de progreso"* (Bachelard, 1978, p72). Esta dinámica no solo revitaliza la cultura del pensamiento reflexivo, sino que también se pone en línea con el propósito de promover una autocrítica constante que permita superar los límites de un conocimiento fragmentado o dogmático, acercándose a una comprensión más compleja y contextualizada del objeto de estudio.

Bachelard sitúa su pensamiento dentro de un momento cultural específico, influido por el desarrollo de la ciencia moderna en el siglo XX. En este contexto, realiza una crítica a la ciencia clásica y al empirismo ingenuo, donde la objetividad científica era vista como accesible sin cuestionamientos (Bachelard, 1978). Su noción de obstáculo epistemológico surge de la observación de cómo las ideas preconcebidas, la experiencia cotidiana no reflexionada y los paradigmas dominantes obstaculizan el avance del conocimiento científico. Para superar estos obstáculos, introduce el concepto de vigilancia epistemológica, una especie de autocontrol reflexivo que obliga al científico (docente y estudiante) a interrogar sus propias certezas y prejuicios (Bachelard, 1978).

Su obra, que retoma elementos del psicoanálisis freudiano y la epistemología, propone que el científico debe estar en constante alerta sobre los sesgos y deformaciones que su propia mente introduce en el proceso de conocimiento. Proceso que no resulta de un acto personalísimo, sino que se enmarca en el ámbito social e intersubjetivo de la cultura científica (Bachelard, 1978).

La vigilancia epistemológica implica un proceso de subjetivación, dado por la conciencia en la aplicación de un método que actúa como un "superyó" o vigilancia de sí, que el sujeto despliega en su aproximación al objeto de conocimiento. No obstante, esta vigilancia, desde la perspectiva de Gastón Bachelard (1978), debe trascender la noción clásica del superyó como una instancia meramente reguladora y autoritaria. Según Bachelard, el superyó no es únicamente la suma de las personas que nos juzgan o han juzgado, sino también una fuerza cultural que, en su estado activo, tiene la capacidad de despersonalizarse y abrirse al progreso cultural.

En este sentido, el "superyó abierto a la cultura" trasciende la clausura dogmática de regulaciones, normativas y tradiciones individuales y culturales hacia una apertura dialéctica que habilita no solo la detección de obstáculos epistemológicos dentro de la propia subjetividad, sino también el cuestionamiento de los marcos conceptuales, históricos y sociales en los que se sitúan nuestras formas de conocer. Como señala Bachelard, *"hay que tender a sustituir el superyó de formación histórica - contingente y arbitrario - por un superyó coherente, un superyó abierto a la cultura"* (Bachelard, 1978, p 72) Este proceso, consciente de que todo conocimiento está situado culturalmente, promueve la reflexión crítica y la transformación, permitiendo al sujeto, no solo aceptar al superyó cultural como juez, sino también asumir la responsabilidad de juzgarlo a través de una autoevaluación crítica y constante (Bachelard y Beccacece, 1991).

"Entonces, el racionalismo cerrado cede lugar al racionalismo abierto. La razón, felizmente incompleta, ya no puede dormirse en la tradición, ya no puede contar con la memoria para recitar sus tautologías. Sin cesar, necesita probar y probarse. Está en lucha con los otros, pero principalmente con ella misma. Esta vez tiene alguna garantía de ser incisiva y joven". (Bachelard, 1991, p79)

Tanto Gastón Bachelard como Edgar Morin son figuras clave en la ruptura epistemológica que desafía los marcos conceptuales evolutivos de la modernidad. Bachelard, desde su enfoque crítico y reflexivo, postula que el conocimiento científico no avanza de manera lineal, sino a través de mutaciones bruscas que instauran marcos teóricos novedosos, trastornando las certidumbres del sentido común. Este quiebre necesario con el pensamiento previo requiere superar los obstáculos epistemológicos, concebidos como prejuicios, dogmas y hábitos mentales, para abrir paso a nuevas formas de conocimiento. Por su parte, Morin profundiza esta ruptura al proponer el paradigma de la complejidad, que se opone al reduccionismo y aboga por una visión multidimensional y transdisciplinaria del saber. Para Morin, el conocimiento debe trascender la fragmentación y simplificación excesiva, integrando la diversidad y la contradicción en un marco de incertidumbre y ambigüedad, necesario para abordar la complejidad del mundo.

En el contexto de las prácticas docentes, estos conceptos adquieren una relevancia fundamental. La educación, como espacio de reproducción y creación del conocimiento, no puede quedar atrapada en la mera acumulación de saberes conservadores. Así lo advierte Bachelard:

“Los conocimientos largamente amasados, pacientemente yuxtapuestos, avariciosamente conservados son sospechosos. Llevan el mal signo de la prudencia, del conformismo, de la constancia, de la lentitud” (Bachelard, 1991, p. 12).

Esta mirada crítica resuena con la necesidad, planteada por ambos autores, de una pedagogía que fomente el pensamiento reflexivo, capaz de cuestionar tanto las estructuras heredadas como las prácticas docentes tradicionales. En este sentido, la vigilancia epistemológica no solo debe prevenir errores conceptuales, sino también impulsar la transformación de las dinámicas educativas hacia un modelo más abierto, dialéctico y comprometido con la complejidad del mundo contemporáneo.

Esto implica un enfoque educativo que fomente la reflexión crítica sobre el saber, integrando la conciencia de los condicionamientos culturales y promoviendo la transformación tanto del conocimiento como de los sujetos que lo producen. Este estado de alerta intelectual se da en un doble sentido dialógico: el del racionalismo enseñante y el del racionalismo enseñado (Bachelard, 1978). El docente, al ejercer una vigilancia constante sobre sus propios prejuicios y sobre los marcos culturales que influyen en su enseñanza, puede promover una educación más reflexiva y crítica. Al mismo tiempo, invita a los estudiantes a desarrollar su propia vigilancia intelectual, permitiendo que ellos mismos cuestionen el conocimiento que reciben y el conocimiento que poseen, participando activamente en la construcción de nuevos saberes. Así, la enseñanza y el aprendizaje se convierten en un proceso de co-construcción de conocimiento que refleja los principios transformadores que proponen Bachelard y Morin.

La ruptura epistemológica en la práctica docente no solo exige el abandono de modelos tradicionales y dogmáticos, sino también la adopción de una postura vigilante y crítica frente a los obstáculos que limitan la posibilidad de construir un conocimiento más dinámico y relacional. En este sentido, la vigilancia epistemológica propuesta por Bachelard y el pensamiento complejo de Morin ofrecen herramientas esenciales para transformar la enseñanza en un espacio de reflexión crítica y autoconocimiento.

En este marco, tanto docentes como estudiantes deben asumir una actitud reflexiva, reconociendo los límites y condicionamientos epistemológicos que influyen en sus prácticas educativas. La enseñanza, por lo tanto, se convierte en un proceso dialógico donde la razón no se estanca en la reproducción del saber establecido, sino que, al enfrentarse a sus propios fundamentos, fomenta la creación de nuevos marcos interpretativos. Así, la ruptura epistemológica se traduce en una pedagogía que no solo crítica y trasciende los saberes tradicionales, sino que también impulsa la renovación constante del pensamiento, promoviendo un conocimiento más flexible, joven y abierto a la complejidad,

“El verdadero educador es aquel que haciendo crecer crece también psíquicamente, aquel que instituye como inducción psíquica la correlación del racionalismo enseñante y del racionalismo enseñado” (Bachelard, 1973, p 14)

CAPÍTULO 2: Prácticas docentes y *habitus* médicos: de la historia del campo al currículum universitario.

El primer capítulo se fundamenta en la afirmación de Guyot (2011), quien sostiene que las opciones epistemológicas, tanto explícitas como implícitas, determinan la producción e interpretación de las teorías configurando las prácticas docentes. Se abordó el paradigma de la complejidad como una de dichas opciones, clave para interpretar críticamente las prácticas educativas en el ámbito de la educación superior (Guyot, 2011).

La práctica educativa es, intrínsecamente, una praxis social, ya que se desarrolla en un entramado de relaciones subjetivas mediadas por el conocimiento dentro de una institución como la universidad. Esta práctica se configura a partir de una dinámica dialéctica de constante negociación de significados entre el sujeto que enseña, el sujeto que aprende y el saber (Guyot, 2005).

El recorrido formativo de los estudiantes en la carrera de medicina va delineando el perfil profesional de los futuros médicos, al mismo tiempo que configura subjetividades alrededor de las prácticas educativas. Esto, a su vez, modula sus posicionamientos respecto de su propio objeto de estudio —la salud— y los procesos complejos de salud, enfermedad y cuidado (Guyot, 2011).

Según Guyot (2011), la constitución de subjetividades en el marco de las prácticas educativas se produce en “*concreto acaecer de la praxis*”. La práctica docente, en este sentido, se concibe como una modalidad particular de praxis, entendida como un modo de hacer, de ser y de actuar en un campo teórico-práctico delimitado por los marcos epistemológicos y normativos del sistema educativo (Guyot, 2011). En términos bourdianos, se podría afirmar que la práctica docente constituye un ejercicio del *habitus*, entendido como un sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes, que se expresa en el accionar cotidiano del docente (Bourdieu y Passeron, 2017; Guyot et al., 1995).

Para reflexionar sobre las prácticas docentes como ejercicio del *habitus*, se retoma la segunda hipótesis que Guyot (2011) propone: “*La epistemología, abordada en su articulación con la historia de la ciencia, permite pensar y recrear críticamente las prácticas del conocimiento en su campo disciplinar actualizado*” (Guyot 2011, p29)

Este capítulo realizará un análisis genealógico de la medicina en la Argentina en relación con la educación, su contexto socio histórico y la construcción de subjetividades de las prácticas docentes y profesionales en salud.

2.1 Configuración de subjetividades y *habitus* médico

Según Bourdieu (2017), el *habitus* se conforma por un sistema de esquemas de percepción, pensamiento, evaluación y acción utilizados para interpretar una realidad dada, es decir formas de hacer y de ser adquiridas en el espacio social e interiorizadas de forma de tornarse natural o ya dado. Estos esquemas funcionan como estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes (Bourdieu, 2001; Bourdieu y Passeron, 2017).

Las prácticas docentes situadas en las facultades de medicina y las instituciones de salud que actúan como “hospitales-escuelas” desempeñan un papel crucial en la configuración de los esquemas y estructuras objetivas del campo médico. Estas prácticas no solo reproducen las disposiciones propias del campo, sino que también configuran subjetividades específicas en la trayectoria educativa de los estudiantes. Desde la perspectiva de Edgar Morin (2002), la subjetividad no es un fenómeno aislado ni estático, sino un proceso dinámico y complejo que se construye en interacción con las estructuras sociales, culturales e históricas. En este sentido, las subjetividades que emergen en el ámbito de la educación médica no solo reflejan las normativas del campo, sino que también están condicionadas por el entorno institucional y las interacciones interpersonales que conforman la experiencia educativa (Morin, 2002).

En este marco, la educación médica universitaria opera como el eje fundamental para garantizar la reproducción del campo, al ser las universidades las únicas instituciones habilitadas para expedir matrículas profesionales. Sin embargo, decíamos previamente con Morín y Bachelard, que la subjetividad es también un espacio recursivo, en el que el sujeto que aprende asimila, resignifica y, eventualmente, transforma las disposiciones y valores que se le inculcan. Así, aunque las disposiciones introducidas en la formación se recrean cotidianamente en la práctica profesional, determinando las conductas “razonables” o de “sentido común” que definen los límites de lo posible en el campo médico – esto es la forma en que se conceptualizan y enuncian los procesos de salud-

enfermedad-cuidado - también existe un margen para la reflexión crítica y la transformación (R. Castro, 2011, 2014).

La configuración de subjetividades asociadas a las prácticas docentes no puede ser comprendida fuera del contexto histórico, político y social que modela el campo educativo en cada período. En Argentina, la educación médica ha evolucionado en diálogo con las transformaciones estructurales del país, reflejando las tensiones entre distintos modelos de salud y paradigmas formativos. Desde la creación de las primeras escuelas de medicina hasta la consolidación de las facultades universitarias, las instituciones médicas han operado como espacios de reproducción y legitimación de saberes y prácticas, así como de disputa ética, política y epistemológica en torno al perfil profesional y los valores que se consideran fundamentales en la formación médica. Este proceso histórico ha tenido un impacto profundo en las formas de conceptualizar los procesos de salud-enfermedad-cuidado y, por ende, en la configuración del *habitus* que estas instituciones buscan inculcar en los estudiantes de medicina.

2.2 La Argentina de la generación del 80 y la higiene social.

Las facultades de medicina se incorporan al estado nacional en los albores de su organización federal a finales del siglo XIX. El país se integra a la economía mundial como modelo agroexportador y experimenta un desarrollo industrial significativo.

Gracias al monopolio de la fuerza legítima y habiendo superado las disidencias provinciales, se sancionan leyes nacionales laicas de educación y registro civil, que colocan en manos estatales un control de la población hasta ahora dividido con la iglesia católica (Terán, 2008). “Paz y administración”, “orden y progreso”, eran los lemas de la clase política dirigente liderada por Julio Argentino Roca (1843 - 1914), llamada la generación del 80. Esta generación, estaba compuesta por intelectuales de élite, que intervinieron desde el ensayo positivista para establecer proyectos que normalizaran los vínculos entre el aparato estatal y la sociedad. También generaron una serie de intervenciones amparadas por el prestigio de la ciencia, para dotar de legitimidad sus argumentos y promover así, un estado moderno (Bruno, 2015). El saber científico se tornó el lenguaje de la realidad, con expectativas de promover el bienestar de la humanidad a través de la reconstrucción social, moral y político liberándose de especulaciones divinas y metafísicas. El optimismo en este modelo, además, desprestigió, excluyó y anuló

cualquier interpretación o práctica de la realidad que esté por fuera de sus leyes y justificó bajo estas luces, prácticas de dominación, hegemonía social y cultural. De acuerdo con el positivismo evolucionista o darwinista de Herbert Spencer (1820-1903) estas imposiciones eran resultado de una selección natural humana, con la necesaria y aceptable selección de individuos más aptos al modelo económico occidental (Conti, 2011).

La epidemia de la fiebre amarilla y el cólera obligaron a tomar medidas sobre la salud pública. Por un lado, a través de políticas de reforma del espacio urbano como el tratamiento de las aguas, cloacas y pavimentación. Por otro lado, a través de implementación de medidas de prevención de contagio de enfermedades bajo el concepto de la pedagogía de la higiene (Álvarez, 2007). El Estado monopoliza el campo de la salud donde confluyen el patriotismo, la institucionalización del higienismo y la educación médica a través de las universidades estatales.

El higienismo tuvo un rol central en la configuración de políticas públicas destinadas a controlar y transformar las condiciones de vida en Argentina. Esta perspectiva promovió la idea de que la higiene social no solo era una herramienta para combatir las enfermedades, sino también un mecanismo para moldear comportamientos y valores en la población. De este modo, los médicos se convirtieron en actores normalizadores de estos ideales. Según Álvarez (2007), estas políticas de higiene social se materializaron tanto en la reforma del espacio urbano como en la implementación de programas educativos que difundieran prácticas de prevención y salud (Álvarez, 2007). Este proceso, liderado por el aparato estatal, representó un avance en la institucionalización de un modelo de salud pública centralizado, pero también evidenció las tensiones entre los discursos científicos y las dinámicas de poder que moldeaban la sociedad argentina en ese periodo.

2.3 Salud y educación como dispositivos de control

La educación y la salud fueron dos de los dispositivos utilizados para imponer técnicas de disciplinamiento sobre el individuo y mecanismos normalizadores de la población desde la mirada del cuerpo como sujeto político. La educación básica y el higienismo se fusionaron con las preocupaciones sanitarias, el comportamiento ético y moral: “*Mens Sana in Corpore Sano*” (Puiggros, 1996).

José Ramos Mejía formó parte de esta generación de intelectuales dirigentes; médico y miembro de una familia tradicional, ocupó cargos estratégicos como el de presidente del Consejo Nacional de Educación y del Departamento Nacional de Higiene. La preocupación por las multitudes urbanas formó parte de su producción literaria; estas multitudes o masas, estaban compuestas por el mundo de los trabajadores la mayoría de los cuales eran inmigrantes (Galeano, 2007).

En el país, las inmigraciones masivas, en su mayoría provenientes de Europa del sudeste, generaron una profunda metamorfosis en la sociedad argentina. Estos inmigrantes, lejos de asumir una actitud pasiva, tuvieron una amplia participación en la vida sindical, política y económica, transformando significativamente las dinámicas sociales y culturales del país. Sin embargo, esta expansión cultural y social de los inmigrantes era percibida por algunos sectores, como un peligro para la influencia directriz de los intelectuales criollos (Terán, 2008).

En este contexto, los dirigentes de la generación del '80 reconocieron que la sociedad argentina enfrentaba vulnerabilidades propias de ser un país receptor de una masiva oleada migratoria. Identificaron al Estado como la herramienta clave para abordar estos desafíos. A través de políticas públicas y estrategias de integración, el Estado buscó, por un lado, asimilar a los inmigrantes dentro de un proyecto nacional homogéneo y, por otro, contener las transformaciones culturales y sociales que pudieran amenazar el orden establecido. Este enfoque permitió al Estado intervenir activamente en áreas como la educación, la salud y el mercado laboral, consolidando su papel como mediador entre las demandas de la población inmigrante y los intereses de las élites gobernantes (Terán, 2008).

Ante la preocupación por la propagación de nuevas epidemias, ahora amenazados por la tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades de transmisión sexual, se establecieron medidas de prevención como tarea anti epidémica que se legitimaban en nombre del bien común y de “la salud ante todo”. Bajo ese espíritu se implementaron medidas de saneamiento urbano, campañas de vacunación y supervisiones domiciliarias asistenciales, especialmente en las zonas portuarias del litoral donde las condiciones de hacinamiento eran críticas. La medicalización de la vida privada buscaba no solo prevenir

enfermedades, sino también establecer un control sanitario sobre los cuerpos y el comportamientos de los individuos (Carballeda, 2004) .

No siempre eran bien recibidas las inspecciones domiciliarias, que ejercían una violencia simbólica, sobre las creencias existentes respecto a la medicina y la curación. Ello habilitó la aplicación de ciertas medidas coercitivas que transformó a los profesionales de salud en una verdadera policía médica (Galeano, 2007).

Desde las epidemias al saneamiento urbano, la moral familiar y los códigos, el hábitat y las condiciones de trabajo, el médico debía vigilar y perseguir toda condición desviada. (Vezzetti, 1989). Es así, como paralelamente al proceso de institucionalización del higienismo, se consolida un modelo de médico social que pondrá especial énfasis en el cuerpo y su cuidado como un objeto social y político.

Bajo la percepción de la sociedad argentina como un cuerpo enfermo, se desplazaron entonces los estigmas de la barbarie del Facundo¹³, del campo a la ciudad y del caudillo al inmigrante. Se argumenta desde el discurso positivista de Ramos Mejía la necesidad de gobernar las multitudes como intervención terapéutica de una sociedad patológica de “*guarangos, canallas, compadres y burgueses*” (Salessi, 2000)

La ley 1420 de enseñanza laica, gratuita y obligatoria de educación primaria no solo centralizó el sistema educativo, sino que también se erigió como una herramienta clave para el proyecto de modernización del Estado argentino. Esta legislación sirvió para instruir a los hijos de inmigrantes en concepciones de nacionalidad, clase y género, asociadas con las nociones de salubridad e insalubridad que sustentaban el discurso higienista de la época. La educación básica no solo tenía como objetivo la alfabetización, sino también la construcción de un ciudadano "sano" en términos físicos y morales, alineado con las demandas de un Estado que vinculaba el progreso social con el control sanitario (Sarlo, 1997).

¹³ *Facundo o civilización y barbarie en las pampas argentinas*, escrito por Domingo Faustino Sarmiento en 1845, es una obra central del pensamiento argentino del siglo XIX. En este texto, Sarmiento contraponen la "civilización" representada por las ciudades y la educación europea, frente a la "barbarie" del campo, asociada con el caudillismo y las costumbres rurales. Este discurso fue utilizado como marco interpretativo para justificar proyectos de modernización y disciplinamiento social en la Argentina poscolonial, y su influencia persiste en debates sobre identidad y poder en el país.

En este sentido, la escuela operó como un espacio donde se internalizaban prácticas de higiene personal y colectiva, promoviendo hábitos considerados civilizados y saludables. Estas medidas, respaldadas por el saber médico y el higienismo, buscaban disciplinar cuerpos y mentes para garantizar la estabilidad social y erradicar los comportamientos asociados con el desorden y la insalubridad de las clases populares. Así, la educación básica se estableció, por un lado, como un mecanismo de dirección de la conducta, atemperación de las pasiones y reducción de los excesos, es decir: disciplina; y por otro, como un medio para crear una identidad nacional homogénea mediante la ritualización de los símbolos patrios en los actos escolares (Puiggrós, 1996). Este proyecto educativo e higienista reflejaba la intención de construir una sociedad moderna donde la higiene y la moralidad fueran pilares fundamentales del "ser nacional".

2.4 Convertirse en médico a fines de siglo

Para los médicos, la accesibilidad de la universidad se limitaba a las élites provenientes de familias patricias. Las dos universidades, que pertenecían a las ciudades de Buenos Aires y Córdoba, eran centros de instrucción profesional, donde el objetivo central de la formación académica era profesionalista. La investigación y el ejercicio de disciplinas humanísticas se hacían por fuera de los ámbitos académicos formales (Buchbinder, 2005).

La escuela de medicina funcionó hasta 1874 en forma independiente, la elite que controlaba las cátedras participaba activamente de las políticas de salud y el desenvolvimiento de los hospitales del municipio porteño. Desde ese lugar se definían las incumbencias de los médicos y su rol como profesionales de la salud. La facultad de medicina se incorpora a la Universidad de Buenos Aires (UBA) gracias a una fuerte influencia ejercida desde el Círculo Médico Argentino (CMA), dirigido entre otros por José Ramos Mejía. Esta institución, fundada en 1875, emergió como un actor clave en la crítica al mal estado de la atención hospitalaria y la falta de compromiso con la enseñanza que profesaba la corporación médica a expensas de la práctica privada. Su creación respondió a los conflictos internos de la facultad entre los estudiantes y cuerpo docente respecto a los contrastes entre las reglamentaciones y la realidad de la enseñanza, la priorización teórica por sobre la práctica y el autoritarismo docente. Según Souza (2005), el CMA desempeñó un papel central en la transformación del pensamiento médico local, promoviendo un modelo de enseñanza clínica que subrayaba la importancia de los

hospitales-escuelas como espacios de práctica clínica y formación científico-política (Souza, 2007).

En el marco de la incorporación de las universidades de Córdoba y Buenos Aires al Estado por las dificultades de las provincias en su sostenimiento económico, Nicolás Avellaneda, rector de la UBA elabora un proyecto de ley que se sanciona en 1885. (Bustelo, 2018). La ley 1597/85 era una norma sencilla y constaba de cuatro artículos que se centraban fundamentalmente en la forma de integración de los cuerpos directivos, en las atribuciones de esos mismos cuerpos, en el modo de designación de los profesores y en el origen de los recursos presupuestarios. Los consejos académicos, también llamados “facultades” nombraban a sus propios miembros que tenían carácter vitalicio, aprobaban o reformaban sus planes de estudio y fijaban las condiciones de admisibilidad para los ingresantes. La asamblea universitaria, que elegía al rector, estaba integrada por los miembros de todos los consejos académicos. Sin embargo, esta autonomía se relativizaba con la fuerte dependencia de la universidad del poder ejecutivo sobre la elección de los profesores titulares y en aspectos financieros y presupuestarios (Buchbinder, 2005)

Con esta reorganización, el Estado a través de las universidades formaliza el monopolio sobre la formación de profesionales y la habilitación de su ejercicio; funcional a las necesidades de un estado docente, conservador e ilustrado y una serie de actividades para la reproducción social como la atención de salud de la población (Buchbinder, 2005; Bourdieu 1998).

2.5 Sobre el concepto de salud - enfermedad

En ese entonces, al paradigma dual cartesiano del cuerpo, separado de la mente o el espíritu, que además puede ser dividido, estudiado por partes y reparado desde afuera, se le agregan desde la observación empírica, la creación de ciertas leyes deterministas que den explicación al proceso de salud-enfermedad. Dichas leyes transformaron el cuerpo en datos cuantificables, medibles y reproducibles gracias a una técnica metodológica demostrable y objetiva que permitía intervenir en la evolución natural de la enfermedad. Es decir que sobre cierta enfermedad se manifiestan fenómenos clínicos que expresan alteraciones de la función orgánica por la presencia de agentes injuriantes externos que pueden ser sujetos de un tratamiento específico (Davis-Floyd, 2001; Vicco, 2019). Esta objetivación del cuerpo permitía tomar distancia de la dimensión personal, social y

cultural, desvinculándose en forma ilusoria de todo significado, más allá del dato empírico. (Le Breton, 2011).

Esta representación del cuerpo, acompaña la realidad social de la época, un cuerpo objeto fragmentado por las especialidades médicas, donde el todo es la suma de las partes, que sana o enferma de acuerdo a datos empíricos basados en la física, la química y la biología, se disocia de la mente a partir de su tratamiento exclusivo de la psicología o la psiquiatría (Asúa, 1986).

El diseño curricular de las facultades de medicina, con influencias de la escuela europea, se caracterizaba por la fragmentación y la multiplicación de asignaturas. La fragmentación se observaba por un lado entre la división de un ciclo básico y un ciclo clínico y por otro entre la división entre teoría y práctica.

El ciclo básico de tres años tenía el objetivo de conocer el hombre sano en estado estático (anatomía e histología) y luego dinámico (Fisiología) junto al aislamiento de fenómenos fisicoquímicos del cuerpo en relación con la naturaleza y los microorganismos (química biológica, microbiología y anatomía patológica). Durante el ciclo clínico se iniciaba el conocimiento de las enfermedades (patología médica y quirúrgica), los medios para investigarlas y conocerlas (semiología) y la terapéutica para curarlas (materia médica y terapéutica).

“el estudiante pareciera que armará un muñeco en primer año, lo pusiera en movimiento en el segundo, lo viera enfermarse en el tercero y a partir de entonces tratará de aprender a curarlo” (Asúa, 1986, pág. 267).

La teoría y la práctica, dispuestas en diferentes espacios físicos, reflejaban una división que dificultaba la integración del conocimiento y la formación profesional. Cada asignatura planificaba de manera autónoma sus clases teóricas, impartidas en las universidades, y sus trabajos prácticos, llevados a cabo en las “escuelas prácticas” u hospitales-escuelas. Este diseño fragmentado no solo limitaba la continuidad entre las etapas del aprendizaje, sino que también evidenciaba un enfoque compartimentalizado del conocimiento médico

El desarrollo científico y tecnológico de la época auspició la separación de especialidades médicas de sus respectivas clínicas madre, que paulatinamente iba construyendo sus

propias cátedras. Entre los años 1880 y 1900 se establecen como materia: enfermedades del niño, enfermedades de la mujer, psiquiatría, neurología, piel y sífilis, otorrinolaringología y vías urinarias entre otras. (Asúa, 1986).

La mirada científicista de la corporalidad se impuso como saber oficial a partir de su legitimación por el estado y buscó imponer la legitimación social desacreditando otros sistemas culturales a partir de la lucha por el ejercicio ilegal de la medicina. Los estudiantes universitarios, en tanto futuros dirigentes del país, recibían esa violencia simbólica positivista con una docilidad utilitaria en forma voluntaria, garantizando de esta manera la continuidad de una ideología dominante y hegemónica a los herederos de la nación argentina (Bourdieu y Passeron, 2013).

De este modo, la estructura curricular reflejaba no solo los avances y tensiones propios de la enseñanza médica de la época, sino también las influencias de un paradigma positivista que moldeó el diseño educativo bajo la lógica de la fragmentación, la acumulación y la especialización. Este modelo, aunque funcional para la formación de un profesional técnico, planteaba interrogantes sobre su capacidad para formar médicos con una visión integral y crítica, capaces de responder a las complejidades del contexto social y sanitario argentino. Sin embargo, algunos hechos de la vida cotidiana cambiarían el rumbo político de la universidad argentina.

2.6 La Reforma Universitaria

Ya a principios del siglo XX el perfil y las características del sistema educativo comenzaron a ser cuestionados. En el año 1906, la reforma de los estatutos de la universidad porteña constituyó el desenlace de una serie de conflictos entre un sector de las autoridades universitarias y los estudiantes. Los conflictos evidenciaban un cambio en las características del alumnado, que reflejaba la tensión social de la época.

La gran mayoría de la población universitaria estudiantil estaba compuesta por jóvenes de clase media y ascendencia extranjera. Este fenómeno se dio en un contexto en el que la población argentina había quintuplicado su tamaño, conformando un tejido social heterogéneo debido al aluvión inmigratorio. En este marco, la universidad desempeñaba un rol fundamental en la movilidad social, particularmente en el caso de los estudiantes de medicina, quienes a menudo provenían de las clases más modestas. Para ellos, el acceso al capital cultural representaba no solo una vía de ascenso social, sino también una

estrategia para satisfacer expectativas de éxito personal y prestigio profesional. Este proceso culminaba con la incorporación al *habitus* médico, en el cual los estudiantes lograban transformar su capital cultural en un capital también simbólico, dotándolos de reconocimiento y legitimidad social.

La reforma electoral del año 1912 que habilita el voto masculino, secreto y obligatorio y el triunfo del partido radical liderado por Hipólito Yrigoyen, es visto como una oportunidad de estas clases medias para legitimar su participación social y democrática (Ciria y Sanguinetti, 2006). En el ámbito universitario, el entusiasmo participativo se expresa en la juventud con el surgimiento de las primeras organizaciones gremiales como el centro de estudiantes y la Federación Universitaria de Buenos Aires. El primer centro de estudiantes fundado en el año 1900 fue el de la Facultad de Medicina, le siguió el de Ingeniería, Derecho, Filosofía y Letras y la Federación Universitaria de Buenos Aires en el año 1908. Se generaron reclamos en torno al carácter vitalicio y en algunos casos hereditario de los cargos docentes, el sistema de exámenes basados en la memoria y la retórica, la disminución de aranceles, la libertad de cátedra y el desdoblamiento del régimen de asistencia a clases que permitiese la asistencia de los estudiantes trabajadores (Ciria y Sanguinetti, 2006).

En Córdoba las autoridades universitarias, mucho más conservadoras que sus pares liberales de Buenos Aires, fueron reacias a incorporar cambios, manteniendo los estatutos sancionados en el año 1880, con influencias además clericales y elitistas. Las tensiones que esta situación generó en la universidad cordobesa darían lugar a uno de los movimientos de transformación universitaria más relevantes en la historia de las instituciones de educación superior de América Latina: La Reforma Universitaria de 1918 (Buchbinder, 2008).

La chispa inicial se generó cuando las autoridades universitarias anunciaron la supresión del internado del Hospital Nacional de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en lo relativo a la pensión de los estudiantes (que incluía manutención). La gestión justificaba esta decisión en razones económicas y morales. Este internado era la única escuela práctica para estudios médicos, y era especialmente importante para los estudiantes de bajos recursos cuyas familias residían fuera de la ciudad. La denuncia sobre este hecho se argumentó además con una fuerte

crítica al sistema de enseñanza en su totalidad. Los cuestionamientos rondaban en torno a la legitimidad del rector, los decanos y profesores, los reclamos de autonomía, cogobierno (gobierno tripartito), asistencia libre, libertad de cátedra sin censuras en las diferentes corrientes de pensamiento, régimen de concursos y periodicidad de cátedra, publicidad de los actos universitarios, bienestar estudiantil, extensión y misión social de la universidad (Ciria y Sanguinetti, 2006).

Los estudiantes cordobeses pidieron apoyo de las federaciones universitarias de Buenos Aires, La Plata, Santa Fe y Tucumán, solicitando que sus delegados viajen a la Capital Federal, para realizar una gran junta universitaria que conformaría la Federación Universitaria Argentina. Entre huelgas, movilizaciones (acompañadas por la población obrera) y hechos de violencia, se logró captar la atención del presidente Yrigoyen, así como de otros funcionarios y académicos destacados, como Juan B. Justo, José Ingenieros y Leopoldo Lugones, quienes apoyaron las demandas. Ello derivó no sólo en la reforma de los estatutos universitarios sino en la nacionalización de las universidades provinciales de Tucumán y Litoral. El 17 de octubre de 1919 se sancionó la ley N° 10.8619 para la creación de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) también llamada “*Hija de la Reforma*”. La UNL cuya sede de rectorado estaba en la ciudad de Santa Fe, se conformaba por siete facultades: dos en la misma ciudad, una en Corrientes, otra en Paraná y tres en Rosario, entre estas últimas, la Facultad de Ciencias Médicas. Para 1920, las facultades de medicina con sede en Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Rosario permitían a los estudiantes acceder al título de médico, consolidando un sistema educativo que buscaba expandir y descentralizar la enseñanza médica.

Sin embargo, esta expansión no estuvo exenta de desafíos en cuanto a la calidad y organización de los planes de estudio. Las escuelas de medicina que hasta entonces seguían los modelos europeos, pasaron a tener influencia norteamericana (Garcés Cabal, 2017). El informe de Abraham Flexner del año 1910, sobre la educación médica en Estados Unidos, representó un punto de quiebre para los paradigmas pedagógicos en medicina, estableciendo estándares más rigurosos y fomentando una mayor integración entre teoría y práctica. Estas ideas comenzarían a sentirse también en Argentina, donde las facultades de medicina debían enfrentarse al reto de modernizar sus planes de estudio y garantizar una formación que equilibrara el conocimiento científico y la práctica clínica.

2.7 La Facultad de Medicina y sus planes de estudio

En el año 1910, el educador estadounidense Abraham Flexner (1866 - 1959) presentó un informe crítico sobre la educación médica en Estados Unidos y Canadá que luego llevaría su nombre. El “informe Flexner” tuvo un gran impacto en las universidades latinoamericanas. Su enfoque se centró en el papel del médico en la atención de las enfermedades, al punto de afirmar que, sin la existencia de la enfermedad, la figura del médico carecería de propósito (Pinzón Flórez, 2008). Para la universidad argentina significó reafirmar el diseño curricular del ciclo básico y el ciclo clínico. Sin embargo, Flexner sostenía la necesidad de incorporar materias de humanidades y experiencias culturales para tratar con elementos más sutiles como la percepción y empatía (Flexner, 1910; Spinelli, 2022).

“El médico enfrenta hechos de dos categorías. La química, la física y la biología le permiten comprender un conjunto; sin embargo, necesita un aparato perceptivo y apreciativo diferente para tratar con otros elementos, más sutiles. La preparación específica en esta dirección es mucho más difícil; se debe depender, para obtener la percepción y empatía necesarias, de una experiencia cultural variada y en constante expansión. Esta ampliación del horizonte del médico es importante por otras razones, ya que el progreso científico ha modificado profundamente su responsabilidad ética. Su relación solía limitarse al paciente —en el mejor de los casos, a la familia del paciente— y era casi completamente remedial. El paciente tenía algún problema; se llamaba al médico para solucionarlo. El pago de una tarifa cerraba la transacción. Sin embargo, la función del médico está evolucionando rápidamente hacia un rol más social y preventivo, en lugar de individual y curativo” (Flexner, 1910, p.26)

Una de las propuestas más aceptadas de Flexner fue la importancia de normalizar los estándares de la formación médica en relación con la calidad, los sistemas de evaluación y acreditación de las escuelas de medicina. Para ello propuso prerrequisitos de ingreso, el diseño de un programa escalonado con duración específica (ocho meses por año en cuatro años) y la incorporación de los hospitales universitarios para la práctica. La filosofía educativa del autor estaba marcada por una pedagogía progresista con fuerte influencia

de John Dewey¹⁴ buscando descentralizar la imposición de conceptos dogmáticos del profesor educador al de la experiencia crítico-reflexiva del estudiante aprendiz, que aprende haciendo. Sus propias prácticas en el laboratorio o la clínica dentro de los hospitales debían constituirse en el centro de la disciplina y su formación llevando sentido a la experiencia práctica a fin de lograr un aprendizaje. Así como afirma Dewey *“La teoría del conocer ha de derivarse de la práctica que tenga mayor éxito para obtener conocimiento, y después esta teoría se empleará para perfeccionar los métodos que tienen menos éxito”* (Dewey, 1916, p520)

En consonancia también con las ideas de Dewey, Flexner planteó abiertamente la necesidad de un viraje del “médico del arte de curar” al “médico científico cuyo pensamiento clínico a modo de ensayo experimental, se guíe por principios metodológicos inductivos de observación, construcción de hipótesis y evaluación de resultados (Dewey, 2011; Flexner, 1910).

Abraham Flexner fue un hombre de su tiempo, cuya visión transformó radicalmente la formación médica al incorporar principios pedagógicos progresistas y científicos. Su informe del año 1910, patrocinado por la Fundación Carnegie, marcó un punto de inflexión al exponer las deficiencias del sistema médico estadounidense de la época. Según Flexner, muchas escuelas de medicina priorizaban la ganancia comercial sobre el interés público, operando como "empresas comerciales disfrazadas de instituciones educativas" (Spinelli, 2022, p. 20).

Flexner propuso estándares rigurosos que transformaron la enseñanza médica, destacando la necesidad de prácticas supervisadas en laboratorios y hospitales, la integración de la ciencia básica con la formación clínica y la profesionalización de los docentes mediante

¹⁴ John Dewey (1859-1952) fue un filósofo, psicólogo y pedagogo estadounidense, considerado uno de los principales exponentes del pragmatismo y de la pedagogía progresista. Su enfoque educativo se centró en la experiencia como eje central del aprendizaje, promoviendo una educación activa y participativa, en la que los estudiantes construyan conocimiento a través de la interacción con su entorno. Defendió la importancia de la democracia en la educación y la necesidad de formar ciudadanos críticos y reflexivos, destacando que "aprender haciendo" es esencial para una enseñanza significativa y transformadora. Entre sus obras más influyentes se encuentran *Democracy and Education* (1916), donde desarrolla su visión sobre la relación entre educación y democracia, y *Experience and Education* (1938), en la que profundiza sobre la importancia de la experiencia en los procesos educativos Dewey (2011).

dedicación exclusiva. Estas propuestas lo colocaron en una posición de tensión con la burguesía filantrópica que había financiado su trabajo, como la Fundación Carnegie, la Fundación Rockefeller y la American Medical Association (AMA), que inicialmente respaldaron su labor, pero posteriormente criticaron su enfoque calificándolo de pragmático y conservador. Entre las medidas más resistidas se encontraban la exigencia de una formación previa estricta, la eliminación de escuelas médicas de baja calidad y la prohibición de clínicas privadas vinculadas a las instituciones educativas, las cuales afectaban intereses económicos y corporativos consolidados (Spinelli, 2022).

De este modo, el modelo flexneriano no solo transformó los estándares educativos en medicina, sino que también expuso las tensiones entre los intereses científicos, pedagógicos y económicos, dejando un legado que continúa influyendo en la educación médica contemporánea (Spinelli, 2022).

Los reclamos al informe de Flexner fueron mutando a lo largo del tiempo al límite de responsabilizarlo del proceso de industrialización de la medicina. Lo que Almeida Filho (2010) llama “el mito flexneriano” sobre un currículum puramente biologicista y antihumanista, de concepción empirista y tecnologizada de la práctica médica (Almeida Filho, 2010).

La interpretación latinoamericana del informe de Flexner pareciera pertenecer más al mito que a las propuestas del propio autor, tal vez porque las instituciones antes nombradas eran las más influyentes en el proceso de dominación norteamericana económica y cultural sobre la región. La crítica al flexnerismo sigue siendo el punto de partida de innumerables debates que argumentan la necesidad de transformar la educación médica, promoviendo enfoques como los currículos basados en la comunidad o en la resolución de problemas (Miller et al., 2010; Muller et al., 2010). Sin embargo, el diseño curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral, que posteriormente pasaría a formar parte de la Universidad Nacional de Rosario, se mantuvo prácticamente inalterado, con ajustes mínimos en el número y la secuencia de asignaturas, hasta el año 2001 (Del Troncoso, 1985).

Más de un siglo después, muchas de las denuncias formuladas por Flexner, aún resuenan en los sistemas educativos y sanitarios contemporáneos. Persisten los desafíos relacionados con la desconexión entre la escuela secundaria y la universidad, la falta de

una preparación previa al ingreso, la prevalencia de modelos pedagógicos centrados en la enseñanza y no en el aprendizaje, y una distribución profesional desigual que favorece las zonas urbanas y margina las rurales. Además, sigue vigente la necesidad de una medicina que priorice al paciente y fomente el aprendizaje continuo a lo largo de la vida profesional (Almeida Filho, 2010; Spinelli, 2022). Estas cuestiones no solo reflejan un anclaje en los problemas del pasado, sino que también invitan a repensar las bases sobre las cuales se construye la educación médica actual.

2.8 Tensiones entre el perfil profesional y la reproducción de un conservadurismo estructural

Desde la creación del Departamento Nacional de Higiene hasta nuestros días el campo de la salud sufrió grandes transformaciones. A diferencia de la hegemonía doctrinaria de los inicios de la Nación Argentina, las siguientes décadas hasta la estabilidad democrática estuvieron surcadas por una gran fragmentación política e ideológica entre la formación médica y el estado. Estos últimos danzaron alrededor de la confrontación de la antinomia peronismo - antiperonismo, el vértigo de las dictaduras militares, las cesantías docentes y los desaparecidos (Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

El enfrentamiento más claro se da entre dos representaciones del campo: una bajo la perspectiva del médico científico de Flexner en la figura de Bernardo Houssay (1887 - 1971) y otra bajo la perspectiva del desarrollo social de Juan Domingo Perón (1895 - 1974) en la figura de Ramón Carrillo (1906 - 1956), el primer Ministro de Salud que tuvo la argentina (Del Troncoso, 1985; Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

Houssay, profesor de cátedra, director del Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Premio Nobel de fisiología, (1947) defendía la ideología de la ciencia pura o investigación fundamental, la autonomía académico-política del Estado y la búsqueda de estándares internacionales en la producción del conocimiento. Además, que dicha producción sea dirigida por la élite académico-científica y menos influida por las demandas sociales o políticas. Encontró solución a la falta de apoyo, en la creación de instituciones privadas como la Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias, financiadas por una red de filantropía nacional e internacional, entre las que se encontraba la Fundación Rockefeller. Ello generó un proceso de institucionalización médico-científica, el cual según el gobierno de turno,

migraba de los institutos científicos universitarios a los privados y a la inversa, paralelo al de la institucionalización de la salud pública argentina (Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

En contraposición a las ideas de Bernardo Houssay, la política de Ramón Carrillo, médico neurocirujano y pionero de la medicina social y preventiva, promovía una visión en la que la educación y la salud eran consideradas herramientas esenciales para alcanzar la justicia social. Su proyecto de Estado buscaba democratizar el acceso a la salud mediante una mayor regulación estatal del conocimiento y de las prácticas médicas, orientadas hacia la salud pública. Carrillo sintetizó esta visión en una de sus frases más recordadas: *“Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”* (Amrein y Young, 2015)

Con el apoyo de la Fundación “Eva Perón” (1948) se destinaron recursos para erradicar el paludismo, se construyeron nuevos hospitales y se duplicaron las camas hospitalarias, se estableció un programa de regionalización sanitaria con direcciones de salud distribuidas a lo largo del país como *“modelo centralizado en la concepción pero operativamente descentralizado en regiones”*, se crearon centros de asistencia ambulatorios y campañas de prevención y asistencia médica en el tren sanitario que recorría el país cuatro veces por año y había logrado llegar, gracias a la red de ferrocarriles, a todo el interior del país (Amrein y Young, 2015; López Marsano, 2016).

En este contexto pueden deducirse las tensiones entre los científicos y el poder político por la legitimidad en la producción científica. Este conflicto se hizo evidente en diversas acciones y declaraciones. Por un lado, el gobierno, a través de publicaciones afines, cuestionó la imparcialidad del premio Nobel otorgado a Bernardo Houssay, argumentando que los aportes del fisiólogo carecían de originalidad y relevancia para la salud pública al no abordar problemas como la tuberculosis, la sífilis o el cáncer. Incluso sugirieron que el galardón había sido concedido por motivos políticos (Hurtado de Mendoza y Busala, 2006; Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

Por otro lado, Houssay utilizó sus vínculos internacionales para desacreditar los proyectos oficiales en el ámbito de las ciencias biomédicas. Como corresponsal en Buenos Aires de la sección “Foreign Letters” del Journal of the American Medical Association (JAMA),

Houssay comunicó a su editor que, aunque en octubre de 1949 el ministro de Salud Pública, Ramón Carrillo, inauguró un Instituto Central de Cardiología, el verdadero referente en esta área era el Centro de Investigaciones Cardiológicas de la Universidad de Buenos Aires, liderado por Alberto C. Taquini (Hurtado de Mendoza y Busala, 2006; Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

Además, Houssay señaló en su informe que el Ministerio de Salud Pública había creado, en años recientes, numerosos institutos y direcciones, llegando a sumar 40 direcciones y 34 institutos, algunos con nombres poco convencionales como el Instituto Pro-vida, el Instituto de la Población y el Instituto de Clínica Tecnológica. En una carta posterior dirigida al nuevo editor de JAMA, dos años más tarde, enfatizó que la Asociación Médica Argentina era la única organización médica legítima del país, sugiriendo que la American Medical Association debía priorizar su relación con esta institución en lugar de organizaciones surgidas por intereses políticos (Hurtado de Mendoza y Busala, 2006; Hurtado de Mendoza y Fernández, 2013).

Estas posturas reflejan una tensión entre el enfoque técnico-científico y el enfoque social-político que estaba en auge en Argentina en la época. También reflejaban la creciente división en la sociedad argentina entre una élite intelectual y una masa popular que comenzaba a tener mayor acceso a servicios básicos, incluyendo la educación y la salud, gracias a las políticas estatales. Cabe preguntarse acerca del perfil profesional que se esperaba de los médicos: ¿Debían ser científicos o trabajadores sociales?

Las modalidades de inserción del médico en el mercado de trabajo podrían dar cuenta del capital económico que orientaba el perfil profesional. Para la década de 1970 la Seguridad Social, que había sido promovida por el mismo gobierno peronista, generó un gran desarrollo de las obras sociales sindicales que siguieron un camino distinto al de la salud pública estatal. Constituidas como el nuevo modelo de financiación de la atención médica de los trabajadores, se volcaron a financiar la asistencia de sus beneficiarios al subsector privado el cual creció significativamente tras ese impulso. De esta manera se constituyó un sistema dual de coexistencia de la Salud Pública: a cargo de los establecimientos y programas estatales destinado principalmente a las personas con menos recursos y para ese momento relegado por la falta de inversiones; y un Sector Privado: accesible a quienes pudieran pagarlo directamente, a través de la seguridad social o seguro privado bajo la

forma de sistemas prepagos (Barragán, 2007). Esta estructura generó para la práctica médica una diferenciación entre el trabajo autónomo en el consultorio privado, regido por las leyes del mercado libre dentro de las normas que regulan el ejercicio profesional de la medicina y el trabajo asalariado con dependencia del sector público, de la seguridad social o empresas médicas privadas entre otras (Del Troncoso, 1985).

Como producto del desarrollo capitalista, algunos médicos se agruparon para formar empresas en forma de instituciones o sanatorios, incorporando tecnología compleja (en su mayoría importada), controlando los instrumentos de trabajo, subcontratando otros médicos por salario o por servicio y compitiendo por los contratos de las obras sociales (Del Troncoso, 1985).

Las demandas laborales de la práctica médica, la expansión de conocimiento, que impedía a los profesionales dominar la totalidad del campo, y el prestigio social proporcionado a la ciencia y la tecnología tras el éxito de la biomedicina, provocaron un aumento gradual de especialistas y subespecialistas con el agregado de la sobrevaloración de estos por los usuarios de los servicios de salud en detrimento de la clínica y el contacto interprofesional (Triana Ramírez y Álvarez Soler, 2017). De esta manera se cuenta cómo al capital económico se le agrega capital cultural y simbólico para mantener la hegemonía del modelo tecnocrático de la medicina.

2.9 La medicina social como giro epistémico

El modelo biomédico, comienza a pensarse a partir de las críticas respecto a la relación médico-paciente, el desarrollo centrado en lo curativo en desmedro de lo preventivo y el incremento del gasto económico de tratar solo enfermedad, en el marco de una medicina de mercado liberal, capitalista e individual (E. L. Menéndez, 1998). Desde la perspectiva de la medicina social Juan Carlos García y Jorge Andrade¹⁵, entre otros, realizaron aportes

¹⁵ Juan Carlos García y Jorge Andrade fueron figuras clave en el desarrollo de la medicina social y la educación médica en América Latina, particularmente desde su trabajo en el Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). García, en su obra *Universidad y conocimiento: una crítica desde la medicina social* (1983), destacó cómo los espacios universitarios están históricamente determinados y vinculados a la producción, transmisión y socialización del saber, siempre en relación con la formación social concreta de cada contexto. Por su parte, Andrade, en *La enseñanza de la medicina en América Latina: perspectivas críticas* (1985), abordó la necesidad de incorporar los saberes de las ciencias sociales en la formación médica, proponiendo un enfoque que

importantes desde el Departamento de Recursos Humanos de la OPS. Sus principales propuestas se basaban en la necesidad de incorporar los saberes de las ciencias sociales a la educación médica que permitieran dar cuenta de la multicausalidad de los problemas de salud (Borrell Bentz, 2005). Encontraron que el diseño curricular era el lugar estratégico como punto de discusión y posibilidades de cambio (Galeano et al., 2011). Para García, los espacios universitarios estaban históricamente determinados e integraban la producción, transmisión y socialización del saber de acuerdo con la formación social concreta en la que se enmarcaban. En este sentido, la educación médica terminaba siendo vertebral en la reproducción social de los servicios de salud. Al mismo tiempo, García otorgaba a estas instituciones cierta autonomía y capacidad para albergar espacios de cambio e innovación (Galeano et al., 2011; García, 2008).

En 1972, García organizó en Cuenca, Ecuador, la primera reunión regional sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina, reuniendo a especialistas en medicina social de varios países latinoamericanos. Durante este encuentro, se cuestionaron críticamente los enfoques tradicionales, señalando que el "uso del análisis funcionalista para abordar los problemas de salud" y las perspectivas reduccionistas centradas en el paradigma de la historia natural de la enfermedad y en los determinantes individuales de la conducta contribuían a una "visión estática" y una "descripción formalista" de los procesos de salud (Galeano et al., 2011). En contraste, se propuso un modelo alternativo que integrara las relaciones entre salud, modos de producción social (como clase, género y etnia), contextos socioeconómicos, y la organización de la atención médica, promoviendo un diálogo interdisciplinario entre las ciencias sociales y biológicas (A. Castro, 2024).

En el año 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como meta "Salud para todos en el año 2000". Al año siguiente, en la entonces Unión Soviética, tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma-Ata. Este evento promovió la garantía de acceso universal a una atención sanitaria capaz de satisfacer las necesidades básicas de la población y responder a sus prioridades fundamentales (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

articule la medicina preventiva con una crítica estructural a los currículos tradicionales de las facultades de medicina.

Desde esta perspectiva, la APS se definió como un componente esencial del Sistema Nacional de Salud, representando el nivel inicial de contacto entre los individuos, las familias y las comunidades con el sistema de salud. Su propósito era acercar los servicios sanitarios al entorno de vida y trabajo de las personas, convirtiéndose en el punto de partida de un proceso continuo de atención médica (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Basándose en los principios propuestos en Alma-Ata, se impulsaron a nivel internacional acciones concretas orientadas a transformar el modelo de formación y desempeño profesional en el ámbito médico.

En el año 1988 se celebró en Edimburgo la Conferencia Mundial sobre Educación Médica. Durante esta conferencia, se abordaron aspectos clave como las dimensiones educativas y curriculares de la formación universitaria, las implicancias individuales de la práctica profesional y la ampliación de los espacios institucionales destinados a la formación. De este encuentro surgió un conjunto de recomendaciones significativas, entre las cuales se destacan:

- Entornos educativos pertinentes.
- Un currículum basado en las necesidades de salud.
- Importancia mayor a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.
- Aprendizaje activo durante toda la vida
- Aprendizaje basado en la competencia.
- Profesores capacitados como educadores.
- Integración de la ciencia en la práctica clínica

La Federación Mundial de Educación Médica vuelve a convocar a un evento internacional cinco años después (1993), ante las necesidades y demandas de sus integrantes a los fines de complementar acuerdos que permitan la puesta en práctica de las conclusiones arribadas en 1988. En base a ello el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud de la OPS, elaboró un documento en el año 1994 titulado

“Los cambios de la profesión y su influencia sobre la Educación Médica”¹⁶ que suscribía a las propuestas de la Federación Mundial.

En el año 1999 la Resolución del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación para la acreditación de las carreras de Medicina (RM 535/99), define el perfil de formación como la de un médico general que debe considerar un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, para lo cual se deberán tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico-técnicos, que lo capaciten para la atención de pacientes. Define además que las prácticas docentes deben favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y del aprendizaje activo para la adquisición, análisis, aplicación y transmisión de conocimientos en la investigación, se debe incentivar una actitud positiva hacia el autoaprendizaje y la formación permanente, se deberán considerar especialmente actividades vinculadas a la resolución de problemas, estudio de casos, de historia clínicas y otras que hagan al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para encarar los problemas clínicos, diagnosticarlos, tratarlos y/o derivarlos oportunamente y deben abordarse los problemas vinculados a la Medicina Social y Preventiva y a la Rehabilitación.

La Universidad Nacional de Rosario (UNR), única institución formadora de médicos en la Provincia de Santa Fe, desde la década de 1950 había promovido la formación de un médico generalista con énfasis en la medicina preventiva y social. Sin embargo, no se observaban modificaciones profundas, sustanciales, de relevancia en el plan de estudios más que el agregado de “Medicina y Sociedad” como disciplina. Además se evidenciaban marcadas contradicciones entre los ideales declarados y la práctica educativa real que

¹⁶ El documento aborda los cambios en la profesión médica y su impacto en la educación médica, analizando el contexto social, político y económico que influye en estos procesos. La práctica médica y la educación están condicionadas por el desarrollo científico-tecnológico, las demandas sociales y las transformaciones económicas, como la transición de un modelo de atención estatal hacia uno orientado al mercado, lo que genera inequidades en el acceso a los servicios de salud. También analiza las tensiones entre la formación profesional y las necesidades sociales, señalando que la educación médica debe integrar saberes de las ciencias sociales, desarrollar una ética profesional sólida y garantizar un enfoque integral y equitativo en la atención de la salud. Además, propone estrategias para superar la segmentación y exclusión social en la atención médica y redefinir el rol del médico en un sistema de salud centrado en las necesidades comunitarias

continuaba priorizando las especialidades y el diagnóstico clínico individual (Del Troncoso, 1985).

En este contexto, por el año 1998, comienza en la provincia de Santa Fe un doble proceso de transformación. Por un lado, comenzaron a generarse espacios permanentes de participación, análisis y debates, orientados a la construcción de una nueva currícula para la formación médica, que considerara las recomendaciones de los diversos Foros internacionales, ya citados, y su adecuación a las realidades y demandas de la sociedad. Por otro lado, y con las mismas intenciones curriculares, la UNR comenzó un proceso de apadrinamiento para la creación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral en la ciudad de Santa Fe (Castañeira, 2014).

2.10 La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral

La primera facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral tiene sede en Rosario, provincia de Santa Fe hasta su desprendimiento en 1968. Este se produjo bajo la presidencia del Gobierno Nacional de facto de Juan Carlos Onganía que dictó la Ley N° 17.987 para la creación de la décima universidad nacional argentina: la Universidad Nacional de Rosario [Plan de Estudios Medicina - Res. HCS 133-06).

La Facultad de Ciencias Médicas inicia su camino en la ciudad de Santa Fe con la Unidad Docente Asistencial dependiente de la Universidad Nacional de Rosario, que dictaba desde el año 1979 los últimos años de la Carrera de Medicina (Plan de Estudios Medicina - Res. HCS 133-06).

A partir de los procesos de autoevaluación y evaluación externa de la UNL se evidencia la demanda social sobre la necesidad de ampliación de la oferta académica en el ámbito de las ciencias de la salud. En el año 2001, la UNL creó el Programa de Desarrollo de las Ciencias Médicas (“C.S.” N.º 130/01), impulsando actividades de enseñanza de grado en medicina. Este Programa se constituyó a partir de la acción colaborativa entre la UNL, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. Ese mismo año, surge el nuevo Plan de estudio de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (Plan de Estudios Medicina - Res. HCS 133-06).

Durante el año académico 2002 comenzó el primer año de la Carrera de Medicina en Santa Fe. Si bien, la carrera dependía administrativamente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, se iban produciendo avances significativos en el proceso de autonomía de gestión a partir de la formación de recursos humanos en la coordinación de las áreas de cada uno de los ciclos, el seguimiento de los espacios tutoriales y los talleres de formación pedagógica para tutores.

El 22 de junio de 2006 se creó la Escuela de Ciencias Médicas (ECM) en el marco de la UNL (Resolución C. S. N°132/06) y en ese mismo año se aprobó el actual Plan de Estudios de la carrera de Medicina (Resolución C. S. N°133/06). Se refrendan por la Resolución de la Asamblea Universitaria N°005/06.

En el año 2007 inicia el dictado de la carrera de Medicina dependiente exclusivamente de la Universidad Nacional del Litoral. En este proceso, la acreditación de la carrera, por parte de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), certificó que la propuesta gozaba de la calidad académica exigible y completó el proceso de evaluación en el año 2014 (Resolución N. ° 989/14).

El compromiso con el medio, el prestigio alcanzado en el desarrollo profesional, sus antecedentes institucionales y los logros conseguidos en docencia, investigación y extensión, habilitaron a que el 2 de diciembre del año 2010 la Asamblea Universitaria aprobara la creación de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) sobre la base de la ECM. (Resolución A.U. N.º 8/2010).

El plan de estudios de la carrera de medicina de FCM - UNL, describe en su fundamentación que se encuentra enmarcado dentro del Plan de Desarrollo Institucional de la UNL; que responde al modelo médico propiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1977, por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) de Alma Ata, la Federación Mundial de Educación Médica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en tanto persiguen la formación de un profesional en salud, que se focalice en las necesidades comunitarias bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud; y la definición del perfil profesional y alcances del título, de los criterios de organización curricular, de los contenidos básicos y de la carga horaria responden a los estándares establecidos en la mencionada Resolución N.º535/99 del

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación para la acreditación de las carreras de Medicina.

De esta manera define el perfil profesional del médico egresado como graduado universitario:

- Con una sólida formación humanística y una amplia y profunda base de conocimientos científicos que dirijan su acción profesional en la Atención Primaria de la Salud.
- Con las bases científicas acordes con el progreso continuo de la Medicina
- Capaz de prestar atención integral e integrada en diferentes aspectos de la salud individual, colectiva y medio ambiental mediante acciones de promoción, prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud.
- Sensible a las necesidades de salud de las personas, consideradas en sus aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales, en las distintas etapas de la vida.
- Capaz de generar y organizar acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades que incorporen la participación comunitaria.
- Dispuesto a actuar operativa e interdisciplinariamente articulando la estrategia de interconsulta y/o derivación, cuando la situación lo requiera.
- Capaz de plantearse la reflexión ética ante los problemas que surjan en la práctica profesional para la toma de decisiones en consecuencia.
- Dispuesto a seguir aprendiendo y perfeccionándose a lo largo de su vida profesional.
- Sólidamente formado para realizar posgrados, sea en atención primaria o en especialidades, y para la investigación científica.

El eje central de su currículum se basa en el aprendizaje basado en problemas. Dichos problemas se abordan en pequeños grupos denominados “tutorías”, formado por un reducido número de alumnos y un tutor. Las tutorías se transforman en núcleo de aprendizaje que se complementa con consultoría, talleres, laboratorios, seminarios y práctica comunitaria (Castañeira, 2014).

Comienza así un nuevo ciclo en la educación médica, consolidado por un marco normativo que busca integrar principios de equidad, prevención y promoción de la salud en los sistemas formativos. Este recorrido histórico evidencia un giro epistémico fundamental, marcado por la transición del modelo biomédico hacia una perspectiva de medicina social y salud colectiva. Las tensiones entre ambos enfoques no solo destacaron al diseño curricular como un eje estratégico para impulsar transformaciones significativas, sino que también reafirmaron el rol central de la educación médica en la reproducción social de los sistemas de salud y en la capacidad de las universidades para ser espacios de innovación y cambio.

CAPÍTULO 3: Las prácticas docentes en educación superior

En el primer capítulo se fundamentó que el paradigma de la complejidad ofrecía otras claves de análisis sobre las prácticas docentes, en vistas de su perspectiva solidaria, relacional y multidimensional que puede observarse en la trama compleja de interrelaciones subjetivas mediadas por el conocimiento.

En el segundo capítulo se analizó cómo el entramado social, cultural y económico de determinados momentos históricos en nuestro país fueron moldeando el sistema educativo formal de la profesión médica, haciéndolo parte del campo de la salud con una identidad común de pertenencia a un sistema de ideas que se expresa en el *habitus* médico. No obstante, en relación con el pensamiento complejo, este no sería reducible al todo. Bajo la lógica de autonomía relativa que subyace en el poder crítico reflexivo de la educación liberadora está la esperanza de su papel como dispositivo transformador de la realidad.

En este capítulo, se propone realizar un análisis sobre las prácticas docentes desde el modelo complejo que propone Violeta Guyot (1995, 2011). Este se presenta de manera esquemática como un circuito concatenado de genericidad y resistencia, en cuyo centro se encuentra el microespacio del aula, a su vez atravesado por cuatro ejes analíticos: la vida cotidiana, relación poder-saber, relación teoría – práctica y situacionalidad histórica. (Gráfico 1)

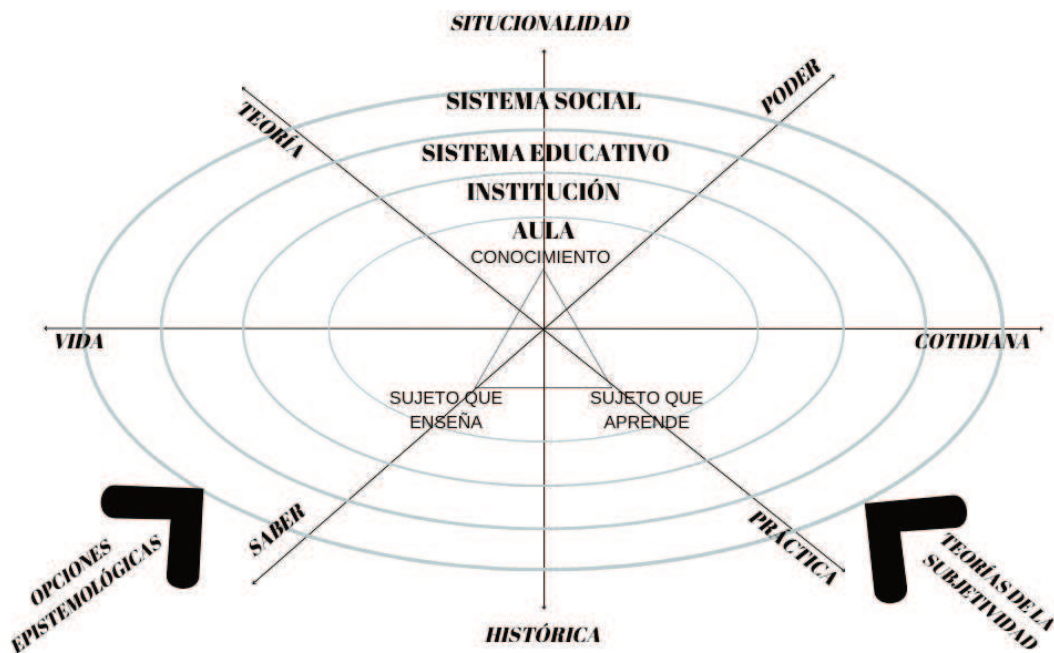


Gráfico 1: Modelo Complejo de las prácticas docentes en educación superior. Tomado de Guyot, Violeta (2011): Las prácticas del conocimiento. Un abordaje epistemológico: educación, investigación, subjetividad. 1 ed. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial.

3.1 Las prácticas docentes, subjetividades y saber-poder

La propuesta conceptual sobre las “prácticas docentes” hace hincapié en la palabra prácticas para diferenciarlas de las categorías de rol o perfil docente en tanto que estas últimas tratan de una serie de conductas o cualidades individuales que le son exclusivas al profesor. Estas categorías dejan por fuera los aspectos relacionales e intersubjetivos que implican. En este sentido el concepto se refiere a una forma especial de praxis social, como modo de hacer, modo de operar en un determinado campo teórico práctico, delimitado por la teoría y el sistema educativo, con relación al conocimiento, la reflexión y las posibilidades de transformación (Guyot et al., 1995).

El entendimiento de la práctica educativa como praxis social se constituye como una llave de apertura para analizar la vinculación entre los sujetos mediada por el conocimiento.

Desde esta perspectiva, la estructura nodal del modelo complejo de las prácticas docentes se configura como un triángulo dialéctico que vincula al sujeto enseñante, al sujeto que aprende y al conocimiento. Dicho triángulo está mediado por interacciones y relaciones intersubjetivas, las cuales son influenciadas por los juegos de poder y saber que atraviesan el dispositivo educativo. Esta organización implica una mutua referencialidad entre docente y aprendiz, habilitando determinadas formas de experimentar el aprendizaje según el paradigma epistemológico dominante. Como sostiene Guyot (2016), las opciones epistemológicas no solo afectan las prácticas docentes, sino que producen efectos significativos tanto en la construcción del conocimiento como en la formación de subjetividades (Guyot, 2016).

Violeta Guyot (1993, 2011), en su libro *“Poder Saber la educación”*, y en *“Las prácticas del conocimiento. Un abordaje epistemológico”*, toma la "caja de herramientas" foucaultiana para situar las prácticas docentes dentro del dispositivo educativo. Desde esta perspectiva, la práctica docente, en tanto práctica social, se constituye dentro de un campo de relaciones de poder y saber, un espacio marcado por luchas, confrontaciones y resistencias que se configuran en el orden de enunciar, ver, objetivar y en las formas de vincularse con el conocimiento. Estas prácticas responden a reglas que determinan qué se puede ver y decir en determinados momentos históricos. Guyot sostiene que la práctica docente es afectada por juegos de poder más amplios que la propia institución, el sistema educativo y la sociedad, al tiempo que habilita un contrapoder, una resistencia frente al poder instituido y un poder efectivo en la relación docente-estudiante (Guyot et al., 1992; Guyot, 2011).

Siguiendo esta línea, Michel Foucault¹⁷, en su conferencia *“Las redes del poder”* (1976), propone repensar el poder más allá de las concepciones jurídicas, estatalista o represivas

¹⁷ Michel Foucault (1926-1984): Filósofo, historiador, teórico social y crítico literario francés, reconocido como uno de los pensadores más influyentes del siglo XX. Su trabajo abarcó áreas como la filosofía, la sociología, la psicología y la política, abordando cómo las estructuras de poder, saber y subjetividad configuran la experiencia humana. Foucault es conocido por sus análisis sobre las instituciones sociales como las prisiones, los hospitales psiquiátricos y las escuelas, y por explorar cómo las relaciones de poder y saber operan en estos contextos. Entre sus obras más influyentes se encuentran *“Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión”* (1975), donde analiza la evolución del sistema penal y las técnicas disciplinarias, y *“La arqueología del saber”* (1969), en la que desarrolla su método arqueológico para estudiar los discursos históricos. Los últimos cuatro años de su vida se interesó por la hermenéutica del sujeto.

tradicionales. En lugar de buscar el poder como una regla o una prohibición que se ejerce desde un lugar fijo, sugiere analizarlo desde las formas de resistencia. Así, el poder puede entenderse como una red de relaciones que se ejerce en todos los niveles y contextos, incluidos los dispositivos educativos, permitiendo identificar no solo los mecanismos que reproducen las normas, sino también los espacios de transformación. Este enfoque, como señala Foucault, actúa como un catalizador para analizar las prácticas docentes desde una perspectiva crítica, reconociendo tanto los límites impuestos como las posibilidades de resistencia y transformación social (Foucault, 1976).

Paulo Freire¹⁸ (2008, 2015) también habla del poder directriz del docente tras el reconocimiento de la esencia asimétrica, que tiene el espacio educativo formal en el acto de conocer: alguien (el docente) enseña algo - un contenido - a alguien (el estudiante). El autor trabaja sobre el dualismo de la práctica bancaria y la práctica liberadora de la educación. Freire sostiene que en la "práctica bancaria" el docente deposita conocimientos en estudiantes pasivos, convirtiendo el acto educativo en un instrumento de control y reproducción social. Sin embargo, el enfoque liberador de Freire introduce el potencial de resistencia como una dinámica educativa fundamental: el diálogo y la construcción conjunta del conocimiento permiten cuestionar y transformar la relación educativa (Freire, 2008a, 2015b).

Desde la perspectiva foucaultiana, "donde hay poder, hay resistencia"¹⁹. En la práctica liberadora de Freire, esta resistencia toma forma a través de la participación del

¹⁸ Paulo Freire (1921-1997): Educador y filósofo brasileño, ampliamente reconocido como uno de los principales referentes de la pedagogía crítica. Freire desarrolló una visión educativa transformadora centrada en la emancipación y la concientización de los oprimidos a través del diálogo y la reflexión crítica. Su obra más influyente, *Pedagogía del oprimido* (1970), establece los fundamentos de una educación liberadora que busca superar las estructuras de opresión en la sociedad. Freire (2015b). La tesis trabajará con parte de sus obras entre las que se encontrarán "*Pedagogía de la esperanza*" (2007), "*El grito manso*" (2008), *Pedagogía de la autonomía* (2015) y "*La educación como práctica de la libertad*" (2008)

¹⁹ En la "Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber" Foucault (2011) afirma que por poder hay que comprender primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen y que son constitutivas de su organización. Sostiene que se pueden establecer cierto número de proposiciones: En primer lugar, el poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta, que se conserve o se deje escapar dado que el poder se ejerce a partir de innumerables puntos y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias. En segundo lugar, que las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respecto de otros tipos de relaciones, tales como procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales, sino que son inmanentes, constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen. En tercer lugar,

estudiante, quien ya no es un receptor pasivo, sino un sujeto crítico. En esta tensión entre poder y resistencia, el docente se transforma en un facilitador del aprendizaje crítico, permitiendo un espacio donde las relaciones de poder se desafían y se resignifican (Freire, 2007).

La práctica bancaria de la educación viene del paradigma pedagógico positivista que se relaciona de forma autoritaria y opresora. En el espacio del aula se tiende a la formación del conocimiento de manera acumulativa y descontextualizada, como forma pura, intelectual, racional o instrumental que va de la teoría a la práctica, jerarquizando la primera sobre la otra (Freire, 2015b). El camino del aprendizaje se estructura como una senda lineal en forma de “escalera ascendente” que va graduando la transmisión de contenidos “asépticos” de los más simples a los más complejos, donde el todo se conforma por la suma de las partes (Temporetti, 2014).

El vínculo con el docente se establece a partir de una asimetría controladora y disciplinar. El estudiante se adapta y se somete a las prescripciones impartidas por el profesor omnisciente. Se acomoda a la matriz de la educación alienada del “hombre-objeto”, convirtiéndose en simple espectador del mundo que se le muestra (Freire, 2008a). Este vicio resulta funcional a ciertas estructuras sociales dominantes ya que reproduce un hombre alienado, inmóvil o adaptable que se ajusta a una realidad ya dada, a una cultura sin historia (Freire, 2015a).

La educación problematizadora como práctica de libertad viene del hombre ecológico-relacional y podría describirse como una práctica educativa democrática, dialógica, crítica y emancipatoria del estudiante sujeto. Sujeto histórico que pueda reconocerse como hacedor de su propia historia, como sujeto autónomo que se debe autoconfigurar responsablemente (Freire, 2015b).

dice que el poder viene de abajo, es decir que no hay, en el principio de las relaciones de poder y como matriz general, una oposición binaria y global entre dominadores y dominados. Por el contrario, cabría suponer que las relaciones de fuerza múltiples que se forman y actúan en los aparatos de producción, en las familias, los grupos restringidos y las instituciones, sirven de soporte a amplios efectos de escisión que recorren todo el cuerpo social. En cuarto lugar que las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas, no hay poder que se ejerza sin una serie de miras y objetivos, tácticas explícitas y/o implícitas. En quinto lugar, donde hay poder hay resistencia y esta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder. Los puntos de resistencia están presentes en todas partes dentro de la red de poder. Ellas no pueden existir sino en el campo estratégico de las relaciones de poder Foucault (2011).

Este enfoque sitúa la práctica docente como un acontecimiento de encuentro con el otro, de vínculo, un momento de proximidad, que implica apertura, recibimiento, acogida y hospitalidad frente a otro diferente, extranjero, vulnerable, que carece de un conocimiento del que el docente dispone y lo obliga a responder porque le incumbe e involucra (Jaramillo Ocampo et al., 2017). El hecho de que el estudiante carezca de algo que el docente tiene, no lo convierte ad-hoc en envase vacío, sino todo lo contrario, la diversidad de su trayectoria histórica y cultural lo habilita como “*partenaire*” en este espacio y lo invita al juego de negociación de significados. Es cuando el docente debe transformar las intenciones de su práctica ya no dirigidas *al* estudiante sino *con* el estudiante (Freire, 2007). Este “juego” está mediado por el diálogo estratégico entre docente-estudiante, estudiante – docente que provoca un movimiento de espiral ascendente recursivo y recreativo, de reflexión y acción que resultará en la toma de conciencia de su inserción en el devenir histórico de la cultura, ya no como espectadores sino como actores y autores (Freire, 2007; Morin y Figueira, 2015).

Ardoino (1991) representa esta forma de relaciones intersubjetivas como la partida de un juego de mesa. El juego está sujeto a ciertas reglas, que deben respetarse, y se desarrolla entre dos *parteners*. Los *parteners* no son compañeros, amigos, ni socios, sino jugadores donde los intereses no son los mismos, donde la comunicación fluye entre uno y otro no solamente a nivel consciente sino también inconsciente. Incluso, la estrategia de uno puede contraponerse a la del otro en lo que el autor llama negatricidad (Ardoino, 1991).

Ambos *parteners* están vinculados, uno no puede hacer nada sin el otro. Sin embargo, hay relaciones de adversidad y lazos que los unen. Por lo tanto, en las *partidas* muy razonables como el proceso de enseñanza aprendizaje existen elementos racionales (las reglas) pero también hay deseos, expectativas, problemas y frustraciones (Ardoino, 1997). En este contexto dicho proceso podría pensarse como una estrategia, que, a diferencia de un programa estructurado, se constituye como un conjunto de intenciones que una vez que llegan a la acción, en el juego de interacción y retroacción con el medio, tienden a escapar de las voluntades o a generar resistencias u oposiciones (Morin, 1994). Estos vectores de ida y vuelta podrían modificar y hasta invertir la apuesta inicial, pero dentro de ciertas coordenadas de precaución que permitan sostener el espacio educativo (Morin y Figueira, 2015). Podría reconocerse incluso el poder transformador de este ir y venir que tiene en cuenta la forma de apropiación que el estudiante hará con lo que le fue

transmitido y deberá el profesor tolerar un cierto grado de traición a sus intenciones iniciales, como forma de custodia sobre la diversidad y la convivencia (Ardoino, 1997). Este poder transformador es el que hace que estos vectores de ida vuelta no resulten en vectores de lucha. Si de esto se tratara la apuesta inicial prevalecerá sin cambios, como partida ganada, imponiéndose como supuesto aprendizaje logrado. En cambio, los vectores de diálogo incorporan las posibilidades de incertidumbre de los sujetos y el contexto de realidad compleja que dará lugar casi sin excepciones a nuevas propuestas creativas.

Aceptar la estrategia implica la elaboración de varios escenarios posibles que podrían llamarse propuestas (principio de precaución) y estar presentes, atentos para monitorizar y reflexionar (Gaidulewicz et al., 2002). Esto permite negociar con la incertidumbre, sacarle ventaja ahí donde la reflexión crítica otorga nuevo sentido para habilitar lo nuevo (Morin, 2002).

“...toda nuestra enseñanza tiende al programa, en tanto que la vida nos solicita la estrategia y, si es posible, la serendipia y el arte. Es por supuesto, una inversión de concepción que habría que producir para prepararse para los tiempos de incertidumbre” (Morin, 2002, p66)

3.2 Teoría y práctica: profundizando sobre el concepto de praxis

La dicotomía entre teoría y práctica es una de las características de la educación bancaria. En tanto cuerpos separados, la teoría se evoca como forma de transmisión de contenido que parecieran no sufrir modificación alguna en el proceso de enseñarlo y aprenderlo, palabras vacías que se depositan en los hombres y se mitifican con la ritualidad de la práctica, corriendo el riesgo del verbalismo o el activismo insensato (Freire, 2008a). La práctica, se considera la aplicación teórica de un modelo dado en forma de actividad instrumental repetitiva alrededor de situaciones simples, fragmentadas y descontextualizadas. Muchas veces esta dicotomía se presenta además jerarquizada a favor de la teoría. No solo se ofrece o se evalúa primero, sino que en general se encuentra a cargo de los profesores titulares o de mayor antigüedad en las cátedras (Celman de Romero, 1994).

Violeta Guyot (1995) toma el concepto de praxis de K. Kosik como un modo de ser del sujeto humano que forma parte de todas las manifestaciones que se despliegan en la

historia como prácticas creadoras: la de una realidad humano social, la comprensión de la realidad humana y no humana y la transformación permanente de esa realidad. El concepto de praxis abarca la totalidad de las prácticas humanas por lo que engloba aquellas que consideran al hombre objeto alienado y al hombre sujeto autónomo y responsable (Guyot, 2011). Una educación problematizadora, justamente, se inclina en favor de la praxis la cual implica reflexión y acción de los hombres sobre el mundo y sus problemas para transformarlo (Freire, 2015a). Puede pensarse por un lado, la enseñanza como forma de enseñar a pensar o construir conocimiento; y pensar para enseñar o transformar un contenido para hacerlo objeto de enseñanza (Celman de Romero, 1994). Al enseñar, los docentes rehacen su cognoscividad en la cognoscividad de los estudiantes (Freire, 2007). Por otro lado, el aprendizaje conceptualizado como forma de aprender a aprender; al aprender la razón de ser del objeto o del contenido, accediendo al bucle recursivo del pensamiento que separa, une, analiza, sintetiza, compara, relaciona, contextualiza, en síntesis, comprende (Morin, 2002). Enseñar y aprender son así momentos de un proceso mayor: el de construir conocimiento. Este proceso se logra gracias al diálogo de dos sujetos cognoscentes sobre un objeto cognoscible que se presenta críticamente con sus relaciones dialécticas con el mundo, no como una realidad dada, sino como una realidad en transformación, en constante devenir y capaz de recrearse (Freire, 2007, 2015b)

Se diluyen los límites entre teoría y práctica en favor de un accionar reflexivo sobre el conocimiento que, en su proceso, temporalmente podrá tener un mayor énfasis en alguno de estos dos aspectos (Celman de Romero, 1994). De esta manera, enseñar y aprender se comprenden como un proceso dialógico en el que la praxis, entendida como reflexión y acción transformadora, permite construir conocimiento en constante devenir. Esta construcción dialógica implica superar la fragmentación entre teoría y práctica, promoviendo una comprensión crítica y contextualizada del mundo. Es aquí donde los aportes de Edgar Morin (2011) en *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* resultan clave, al ofrecer una visión educativa que aborda las complejidades humanas y planetarias, orientada hacia una educación integral que enfrente los desafíos del presente y del porvenir (Morin, 2011).

Morín enuncia los siete saberes de esta forma:

1. **Las cegueras del conocimiento: el error y la ilusión:** Morin invita a reconocer los errores inherentes al conocimiento humano y desarrollar la autocrítica. Enseñar a detectar ilusiones y errores que surgen de percepciones, ideologías y paradigmas. Podríamos establecer aquí una relación directa con el concepto bachelardiano de obstáculo epistemológico y de ruptura epistemológica con lo que impide la construcción del conocimiento. Agrega Morin que lo inesperado y la incertidumbre también son fuente de errores e ilusiones sobre los que la educación debe proveer lucidez.

“Las posibilidades de error y de ilusión son múltiples y permanentes: las que vienen del exterior cultural y social inhiben la autonomía del pensamiento y prohíben la búsqueda de verdad; aquellas que vienen del interior, encerradas a veces en el seno de nuestros mejores medios de conocimiento, hacen que los pensamientos se equivoquen entre ellos y sobre sí mismos.

¡Cuántos sufrimientos y desorientaciones se han causado por los errores y las ilusiones a lo largo de la historia humana y de manera aterradora en el siglo XX!” (Morin, 2011).

2. **Los principios de un conocimiento pertinente:** Morin sostiene que, en un mundo cada vez más interconectado y complejo, la educación debe promover un conocimiento capaz de abordar los problemas globales que enfrentamos como humanidad. Este conocimiento debe ser pertinente, es decir, debe ser capaz de relacionar las partes con el todo, de integrar las distintas dimensiones de la realidad y de comprender las interacciones entre los diversos elementos que componen el universo humano y natural.

“De allí la paradoja: el siglo XX ha producido progresos gigantescos en todos los campos del conocimiento científico, así como en todos los campos de la técnica; al mismo tiempo, ha producido una nueva ceguera hacia los problemas globales, fundamentales y complejos, y esta ceguera ha generado innumerables errores e ilusiones comenzando por los de los científicos, técnicos y especialistas. ¿Por qué? Porque se desconocen los principios mayores de un conocimiento pertinente. La parcelación y la compartimentación de los saberes impide coger «lo que está tejido en conjunto». (Morin, 2011)

3. **Enseñar la condición humana:** Morin señala que el ser humano es, simultáneamente, un ser físico, biológico, psicológico, cultural, social e histórico. Esta complejidad inherente se ve fragmentada en los enfoques educativos tradicionales, que suelen separar estas dimensiones en disciplinas aisladas.

“Como si fuera un punto de un holograma, llevamos en el seno de nuestra singularidad, no solamente toda la humanidad, toda la vida, sino también casi todo el cosmos, incluyendo su misterio que yace sin duda en el fondo de la naturaleza humana. Pero no somos seres que se puedan conocer y comprender únicamente a partir de la cosmología, la física, la biología, la psicología...”
(Morin 2011)

Morin aboga por restaurar una visión integrada de la condición humana que permita a los estudiantes comprenderse a sí mismos y a los demás como parte de una totalidad compleja. Morin introduce la idea de la “*unitas multiplex*” bajo la idea de que la unidad de la humanidad no anule su diversidad, y que el reconocimiento de la diversidad no diluya la comprensión de su unidad.

La humanidad comparte una base común que no se limita a los aspectos biológicos propios de la especie *Homo sapiens*. A su vez, la diversidad humana no solo abarca dimensiones psicológicas, culturales y sociales, sino que también se manifiesta en la variabilidad biológica dentro de esa misma unidad. Este vínculo incluye no solo la unidad cerebral, sino también la conexión mental, afectiva e intelectual. Aunque las culturas y sociedades del mundo son profundamente diversas, comparten principios estructurales y organizativos universales. Así, la humanidad contiene en su núcleo los fundamentos de sus múltiples diferencias. Entender lo humano implica reconocer la unidad que subyace en la diversidad, y la diversidad que emerge de la unidad. En este sentido, la educación tiene la tarea de resaltar y ejemplificar esta relación entre lo uno y lo múltiple en todos los ámbitos.

4. **Enseñar la identidad terrenal:** Morin plantea que uno de los grandes desafíos de la educación es fomentar una conciencia planetaria que reconozca la interdependencia de los seres humanos con el planeta y entre sí. La identidad terrenal implica comprender que todos los habitantes del mundo comparten un

destino común, vinculado a la salud del ecosistema global y a los retos sociales, políticos y económicos que enfrentamos como especie.

“El tesoro de la humanidad está en su diversidad creadora, pero la fuente de su creatividad está en su unidad generadora”

“La unión planetaria es la exigencia racional mínima de un mundo limitado e interdependiente. Tal unión necesita de una conciencia y de un sentido de pertenencia mutua que nos ligue a nuestra Tierra considerada como primera y última Patria” (Morin 2011)

5. **Enfrentar las incertidumbres:** Morín subraya la importancia de educar para manejar la incertidumbre como una constante inherente a la existencia humana, el conocimiento y la acción. Todo conocimiento implica riesgo de error e ilusión. La educación debe enseñar que el acto cognitivo es incierto y requiere examen crítico, verificaciones y apertura al cuestionamiento. Morin afirma: *“El conocimiento es navegar en un océano de incertidumbres a través de archipiélagos de certezas” (Morin 2011).*

En esta sección Morin introduce el concepto de “ecología de la acción” afirmando que toda acción humana, lejos de ser un proceso lineal y predecible, se inserta en un entramado de interacciones complejas que influyen en su desarrollo y resultados. Cada acción es, en esencia, una apuesta, pues implica decisión y riesgo, con plena conciencia de la incertidumbre inherente. Una vez iniciada, la acción empieza a escapar del control del actor, interactuando con factores externos que pueden desviar sus intenciones originales. Este "universo de interacciones" puede provocar resultados inesperados o incluso efectos boomerang, obligando al actor a corregir, adaptar o, en casos extremos, detener la acción, como sucede en la NASA al destruir un cohete que se desvía de su trayectoria (Morin, 2011).

La ecología de la acción, por tanto, destaca la necesidad de aceptar la complejidad que acompaña a todo acto humano, considerando el riesgo, el azar, las transformaciones y los imprevistos. Reconocer esta complejidad implica desarrollar una actitud de vigilancia constante sobre las acciones emprendidas, permitiendo ajustes y mitigando riesgos en función de las circunstancias. Este enfoque no solo enriquece nuestra comprensión de las dinámicas humanas, sino que también fomenta una responsabilidad ética hacia las consecuencias previstas

e imprevistas de nuestras decisiones, preparándonos para actuar con flexibilidad y adaptabilidad en un mundo cambiante (Morin, 2011).

6. **Enseñar la comprensión:** El autor afirma que superar la incomprensión humana debe ser uno de los objetivos centrales de la educación. A pesar de los avances en comunicación, la incomprensión sigue siendo una barrera universal en las relaciones humanas, mediada por egocentrismo, etnocentrismo y el sociocentrismo. Estos obstáculos del espíritu reductor limitan la capacidad de entender al otro y de reconocer la diversidad en toda su complejidad. Enseñar la comprensión implica no solo fomentar el conocimiento mutuo entre las personas, sino también estudiar y combatir las raíces de la incomprensión, como los prejuicios, el racismo y la xenofobia, promoviendo una educación para la paz basada en la introspección crítica y la tolerancia (Morin, 2011).

La comprensión debe ser tanto un medio como un fin de la educación, extendiéndose desde las relaciones personales hasta la construcción de una "cultura planetaria" que una a la humanidad en su diversidad. Este enfoque exige una profunda reforma de las mentalidades para promover valores de empatía, solidaridad y convivencia. Morin subraya que solo a través de la comprensión mutua es posible superar el "estado bárbaro de incomprensión" y avanzar hacia una sociedad más cohesionada, donde la educación se convierta en el puente hacia una convivencia global basada en el respeto y el entendimiento (Morin, 2011).

7. **La ética del género humano:** Aquí Morin introduce el concepto de "antropoética" como la necesidad de desarrollar una ética que reconozca y articule las interdependencias entre el individuo, la sociedad y la especie humana. Esta triada (individuo ↔ sociedad ↔ especie) es inseparable y co-creadora: cada componente depende de los otros para su existencia y desarrollo. En este sentido, Morin subraya que no es posible absolutizar ninguno de estos términos; más bien, su relación dialógica es la base para una ética verdaderamente humana, capaz de integrar autonomía individual, participación comunitaria y conciencia de pertenencia a la especie humana. Propone una educación orientada hacia la solidaridad y la responsabilidad, que permita a los individuos reconocer su papel en una comunidad planetaria. Esto implica no solo comprender las complejidades

de nuestra condición humana, sino también asumir una ciudadanía terrestre que trascienda las fronteras nacionales y las diferencias culturales (Morin, 2011).

La dicotomía entre teoría y práctica, característica central de la educación bancaria según Freire (2015), emerge como un desafío crítico en la formación médica. Este capítulo ha reflexionado sobre cómo dicha fragmentación no solo perpetúa dinámicas jerárquicas en las prácticas educativas, sino que también limita las posibilidades de un aprendizaje integral y transformador (Freire, 2015b). A través del marco teórico de Violeta Guyot (2015, 2011), se destaca que la praxis, como un modo de ser del sujeto humano que combina reflexión y acción transformadora, ofrece un camino para superar estas limitaciones, permitiendo que la educación se convierta en un espacio de construcción dialógica del conocimiento (Guyot et al., 1995; Guyot, 2011).

El aporte de Edgar Morin (2011) resulta crucial para comprender cómo las complejidades humanas y planetarias demandan una educación que reconozca la interrelación entre lo uno y lo múltiple, la incertidumbre como parte inherente del conocimiento y la necesidad de enseñar para la comprensión, la identidad terrenal y la ética del género humano. Superar la dicotomía teoría-práctica implica avanzar hacia un modelo educativo que trascienda la instrumentalización del conocimiento, promoviendo un pensamiento crítico, recursivo y contextualizado, capaz de enfrentar los desafíos de un mundo en constante devenir (Morin, 2011).

3.3 El microespacio del aula como movimiento contrahegemónico: praxis del pensamiento crítico: vida cotidiana y situacionalidad histórica

La práctica docente se desarrolla en el microespacio del aula, el cual se sitúa a su vez en otros espacios correspondientes a la institución universitaria, el sistema educativo y el sistema social. Establecerá con ellos diferentes formas de articulación y genericidad respecto de su gobernabilidad, dependencia y autonomía; y estará fuertemente influenciada por la situacionalidad histórica que acontece en el espacio-tiempo de un lugar, una ciudad, un país y un mundo (Guyot, 2011). El concepto de situacionalidad histórica refuerza el análisis complejo sobre lo que acontece en el aula, no como un hecho aislado, sino como un proceso culturalmente situado dentro de una estructura histórica que le da especificidad y sentido. Según Casalla (1977), todo pensar es un proyecto que

busca trascender su situación de origen, pero al mismo tiempo está profundamente enraizado en el contexto que lo produce (Casalla, 1977) .

La situacionalidad histórica, por lo tanto, invita a entender el aula como un espacio de interacciones dialógicas que no se limitan a su interior, sino que están atravesadas por los condicionamientos históricos, políticos y culturales del entorno. Este enfoque no niega la autonomía relativa del docente o del estudiante, pero subraya que dicha autonomía se construye y redefine continuamente en relación con las dinámicas estructurales que moldean la experiencia educativa (Casalla, 1977; Guyot, 2011). En este sentido, como propone Casalla, no se puede pensar el acto educativo fuera de la “doble situacionalidad”: aquella del hecho educativo en sí y aquella de los sujetos respecto al hecho (Casalla, 1977).

La articulación de estos procesos se da en el hacer de todos los días, la vida cotidiana, y es en la cotidianidad educativa donde se ponen en juego las peculiaridades de la praxis. Agnes Heller²⁰ (1977) define la vida cotidiana como el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social. En toda sociedad hay una vida cotidiana y el hombre se reproduce al cumplir una función en la sociedad según sus modos de vida. La vida cotidiana de cada uno colabora en la reproducción del conjunto, pero no a modo de rompecabezas sino como como una expresión hologramática donde la experiencia vivida contiene la totalidad de las dimensiones estructurales del sistema social, en la situación histórica que remite a un pasado, a un presente y se proyecta en el futuro (Heller, 1977; Morin, 1994)

²⁰ Ágnes Heller (1929-2019) fue una destacada filósofa y socióloga húngara, reconocida por su profunda influencia en el pensamiento marxista y su posterior evolución hacia posiciones socialdemócratas. Nacida en Budapest en una familia judía de clase media, sobrevivió al Holocausto, experiencia que marcó profundamente su vida y obra. Estudió en la Universidad Eötvös Loránd, donde fue discípula y asistente de Georg Lukács, integrando la llamada "Escuela de Budapest". Tras la invasión soviética de Hungría en 1956, fue expulsada de la universidad junto a Lukács. En 1978, emigró, residiendo en Australia y posteriormente en Estados Unidos, donde impartió clases en la New School for Social Research de Nueva York. Su trabajo abarcó temas como la ética, la filosofía hegeliana, el existencialismo y la crítica del totalitarismo, con una atención especial a la vida cotidiana y la democracia Villagrán (1986).

Una dimensión de la reproducción social se da en el proceso de socialización mediado por el espacio educativo formal, lugar de privilegio por el potencial que impacto sobre los sujetos en la construcción del significado de la realidad inmediata. Realidad incuestionable, a - histórica o natural que marcará el rumbo de su integración social ya sea por autoconvencimiento o corrección; o realidad que se indaga producto de una construcción subjetiva e histórica y por lo tanto transformable.

Al movimiento de genericidad que se dirige desde las dimensiones estructurales e intermedias del sistema social y el sistema educativo que modelan el espacio del aula, se opone desde este microespacio un movimiento emancipatorio de praxis, reflexión y acción de los hombres para transformar esas mismas estructuras. Incluso en el concepto de historicidad de la vida cotidiana Heller (1977), afirma que la mayoría de las veces las revoluciones sociales se expresan previamente con cambios en la vida cotidiana, a nivel micro (Heller, 1977). En la cotidianeidad del proceso educativo está el poder de la trascendencia a nuevas prácticas transformadoras. Es a través de la actitud crítica del proceso reflexivo del aquí y ahora donde las personas superan su comportamiento de ajuste y son capaces de despertar la conciencia de pertenencia no sólo del yo particular sino del nosotros, del ciudadano planetario de Morin (2011), coherentemente inserto en el proceso histórico del que participa, responsabilizándose de su capacidad transformadora y su libertad en acción (Morin, 2011).

La responsabilidad, entendida como un hecho existencial, no puede ser incorporada de manera teórica o abstracta, sino que se construye desde la experiencia vivida, tal como señala Paulo Freire (2008). Este proceso exige que el sujeto se inserte críticamente en los problemas de su tiempo, asumiendo un papel activo dentro de la construcción histórico-cultural. De esta manera, la comprensión de la realidad no debe conducir a una inmovilidad fatalista, sino a un movimiento transformador, impulsado por los desafíos que emergen de las necesidades y exigencias socioculturales. Así, la responsabilidad se convierte en una praxis dinámica que articula reflexión y acción, permitiendo que el sujeto no solo interprete su realidad, sino que también contribuya a transformarla en función de un compromiso ético y social (Freire, 2008a).

“Cuanto más se problematizan los educandos como seres en el mundo y con el mundo, se sentirán mayormente desafiados. Tanto más desafiados cuanto más obligados se vean

a responder al desafío. Desafiados, comprenden el desafío en la propia acción de captarlo. Sin embargo, precisamente porque captan el desafío como un problema en sus conexiones con otros, en un plano de totalidad y no como algo petrificado, la comprensión resultante tiende a tornarse crecientemente crítica...” (Freire, 2015, p63)

En este proceso, Freire (2015) enfatiza que la problematización de los educandos como seres en y con el mundo les permite captar los desafíos como problemas dinámicos, conectados a un plano de totalidad en constante transformación. En palabras de Pierre Furter citadas por Freire (2015), este pensar crítico implica temporalizar el espacio, entendiendo el universo no como algo estático que impone su forma, sino como un campo que cobra sentido a través de la acción del sujeto. Temporalizar el espacio es, entonces, tridimensionalizar el tiempo, integrando pasado, presente y futuro en un devenir que refleja las creaciones humanas y las posibilidades de transformación. De este modo, la praxis educativa convierte la comprensión de la realidad en un acto de creación continua y compromiso con el cambio (Freire, 2015b).

CAPÍTULO 4: Práctica docente y Práctica Final Obligatoria: la cuestión del currículum

En el capítulo anterior se argumentó sobre el modelo complejo que propone Violeta Guyot (1995, 2011), para el análisis de las prácticas docentes. (Gráfico 1)

Se analizó la confluencia de las categorías: relación poder – saber, relación teoría y práctica y vida cotidiana y situacionalidad histórica en el microespacio del aula en relación al movimiento generativo y potencial recreativo sobre la producción del conocimiento y la reproducción de subjetividades de las prácticas docentes según su paradigma (Guyot et al., 1995).

A partir de los desarrollos teórico-pedagógicos de Freire (2007, 2008, 20015) pudimos reflexionar en torno a dos formas de práctica docente: la práctica bancaria basada en el paradigma de la simplicidad del estudiante objeto; y la práctica problematizadora de la educación basada en el paradigma de la complejidad del estudiante sujeto. Esta última evoca el potencial que tienen los momentos de reflexión - acción como experiencia vivida en el microespacio del aula para trascender recreativamente el devenir histórico de la cultura como autores de transformación a partir de una realidad que se indaga producto de una construcción subjetiva e histórica (Freire, 2007, 2008b, 2008a, 2015a, 2015b).

En este capítulo se pretende describir cómo se analizaron las prácticas docentes que se sitúan en el último año de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) como forma de representación de la subjetividad construida por la trayectoria curricular de la carrera.

4.1 Acerca del recorte epistemológico y sus categorías de análisis posible.

Se parte del supuesto de que las facultades de medicina ofician como fuerza formadora de hábitos que provee a los futuros médicos, de esquemas de pensamientos y acción que serán aplicados en el campo de la salud (Bourdieu y Passeron, 2017; R. Castro, 2011). Siguiendo la hipótesis de Guyot (2011) podríamos decir que las opciones epistemológicas - también pedagógicas, filosóficas, didácticas - impactan sobre las prácticas docentes. En tal sentido, dichas prácticas se encuentran hilvanadas por un hilo conductor definido por el currículum. Alicia de Alba (1998) entiende que el currículum se trata de una

síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta político - educativa pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales cuyos intereses son diversos y contradictorios, aunque algunos tiendan a ser dominantes o hegemónicos, y otros tiendan a oponerse y resistirse a tal dominación o hegemonía (De Alba, 1998, p 59).

El currículum de la escuela de medicina, como propuesta político - educativa, es el resultado del equilibrio de intereses y fuerzas de diversos grupos y sectores sociales reguladores que gravitan sobre la formación médica y cuyos intereses convergen en el rol que se pretende que cumplan los recursos humanos en salud dentro de la sociedad. Ello incluye tanto a los criterios formales de la licencia como a los conocimientos y actitudes profesionales (Alba, 1998; Borrell Bentz, 2005).

La definición de Alba sigue con:

(...) Síntesis a la cual se arriba a través de diversos mecanismos de negociación e imposición social. Propuesta conformada por aspectos estructurales formales y procesales prácticos, así como por dimensiones generales y particulares que interactúan en el devenir de la currícula en las instituciones sociales educativas. Devenir curricular cuyo carácter es profundamente histórico y no mecánico y lineal. Estructura y devenir que conforman y expresan a través de distintos niveles de significación (De Alba, 1998, p59).

Se entiende aquí que el currículum no puede cristalizarse en un plan de estudios, sino que, como práctica social se trata de un elemento vivo. Si bien requiere de una cierta estabilidad en su estructura, posee una organización activa: generadora y regeneradora de significados, propuestas y proyectos según su relación con el sistema social y su autonomía relativa (Morin, 1984). Esto incluye además elementos explícitos basados en las propuestas sobre el plan de estudios, su diseño curricular, las opciones pedagógico - didácticas y otros menos explícitos relacionados al currículum oculto en tanto configuración de unos significados y valores de lo que el colectivo docente y el propio estudiantado no son plenamente conscientes pero que suele manifestarse en la praxis (Torres Santomé, 1991).

Partiendo de la definición de De Alba se realizó un recorte de las dimensiones del modelo complejo que propone Violeta Guyot para permitir el análisis de las prácticas docentes en la Práctica Final Obligatoria de la carrera de medicina. De esta manera se articulan las categorías antes descritas: 1- Relación saber poder, 2- Teoría y práctica, 3- Vida cotidiana y situacionalidad histórica; con las dimensiones político - reguladoras de la formación médica, del diseño curricular de la carrera de medicina y el triángulo dialéctico de la práctica docente en PFO.

Dichas dimensiones se analizaron en base a su jerarquía de determinación o genericidad y su potencial recreativo sobre la producción del conocimiento y la reproducción de subjetividades de las prácticas docentes (Guyot et al., 1995). El esquema de Guyot se reformuló de esta manera:

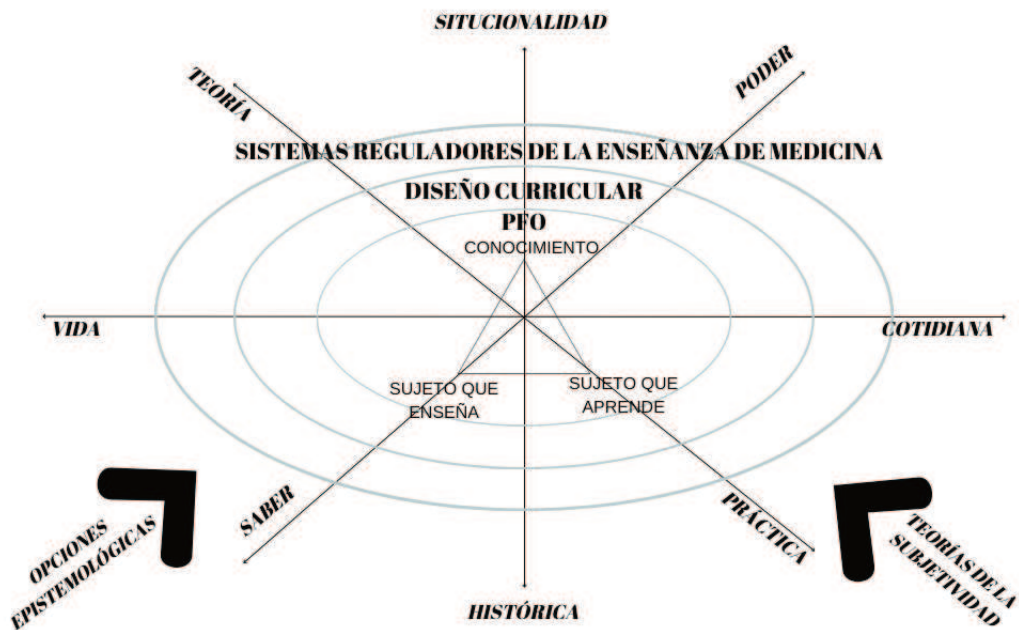


Gráfico 2: Enfoque metodológico para analizar las prácticas docentes de PFO en relación con el currículum. Esquema reformulado de Guyot, 2011.

4.2 Definiciones operacionales, material y métodos

Para el análisis de las prácticas docentes de la Práctica final obligatoria en relación al currículum se articularon las categorías: Relación saber poder, Teoría y práctica y Vida cotidiana y situacionalidad histórica con las dimensiones político - reguladoras de la formación médica, del diseño curricular de la carrera de medicina y el triángulo dialéctico de la práctica docente en PFO. La dimensión político reguladora se refiere al estilo de pensamiento y práctica médica que se pretende y su relación con las entidades reguladoras de esa práctica; la dimensión del diseño curricular se refiere la forma de organización y selección de contenidos, así como algunos métodos pedagógicos que devienen de ello y la dimensión del triángulo dialéctico se refiere a la praxis del acto de conocer desde el movimiento dialéctico que va de la acción a la reflexión y de la reflexión sobre la acción a una nueva acción (Freire, 2015b).

Para ello se realizó un estudio descriptivo – transversal con un enfoque metodológico de tipo mixto que permitió aportar evidencia tanto de datos cuantitativos como cualitativos.

Se realizó una revisión documental de publicaciones, reglamentaciones, resoluciones de la universidad y otras instituciones que influyen en el perfil profesional del médico. También se realizó una encuesta estructurada autoadministrada a 75 estudiantes que se encontraban realizando las prácticas de simulación del ciclo de PFO durante el período de septiembre, octubre y noviembre de 2022, junto a 41 docentes rentados vinculados a las disciplinas que participan de PFO como clínica médica, ginecología clínica y obstetricia, cirugía general, pediatría, emergentología, salud mental y medicina familiar y comunitaria. El relevamiento se realizó, previo consentimiento informado, en forma virtual desde el software de encuestas surveymonkey²¹, con ciertas diferencias según se

²¹ SurveyMonkey es una plataforma en línea para la creación y administración de encuestas. Permite diseñar cuestionarios personalizados, recolectar respuestas de manera anónima y analizar los datos mediante herramientas integradas de generación de informes. Su interfaz intuitiva facilita la distribución de encuestas a través de diversos canales, como correo electrónico, enlaces web o redes sociales, asegurando un alcance amplio y una recolección eficiente de datos. En esta investigación, SurveyMonkey fue utilizado para aplicar encuestas estructuradas de forma autoadministrada, garantizando la confidencialidad de los participantes

trataba de docentes o estudiantes, pero que compartieron categorías correspondientes a establecer un orden jerárquico de las disciplinas que participan en PFO según la importancia para la práctica profesional, el grado de valoración sobre las funciones sustantivas en la universidad; las especialidades médicas y el ámbito de desempeño profesional de los docentes y los pretendidos por los estudiantes, los modelos explicativos acerca de los procesos de salud-enfermedad-cuidado y la opinión sobre la importancia de las etapas de aprendizaje que se pueden observar en simulación y práctica en terreno. (Anexo 1 y 2).

El análisis de la estadística descriptiva sobre las variables generadas a través de las encuestas se realizó con el software IBM SPSS V23.0. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y sus correspondientes frecuencias relativas. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central (media y/o mediana) y medidas de dispersión (desvío estándar o rango intercuartilo) adecuadas según su distribución de frecuencias. El análisis de relación entre variables cualitativas (comparación de proporciones) se realizó mediante Test Chi Cuadrado de Pearson. El nivel de significancia estadística se fijó en $\alpha=0.05$.

Al mismo tiempo, se realizó la observación no participante de nueve encuentros de prácticas de simulación de alta fidelidad de PFO correspondientes a las disciplinas de pediatría, emergentología y ginecología clínica y obstetricia.

Se obtuvo consentimiento informado, garantía de confidencialidad y anonimato en el manejo de los datos. Se analizaron categorías relacionadas a la autoridad pedagógica como: la disposición en el aula, la comunicación con los estudiantes, la presencia de técnicas de distanciamiento o coerción se observó el grado de valoración y jerarquía que tienen las habilidades y destrezas técnicas sobre las de comunicación entre los estudiantes y las de comunicación de los estudiantes con los pacientes simulados. Se tomaron notas en una lista de cotejo se accedió a las filmaciones de las simulaciones y se grabaron los audios del briefing y debriefing. (Anexo 3 y 4)

y permitiendo una sistematización inmediata de las respuestas para su posterior análisis estadístico.

El análisis de los datos sobre las observaciones de las prácticas de simulación se realizó utilizando el Software Atlas-ti 9. Este posee funciones que derivan de la Teoría Fundamentada o Grounded Theory e incorpora herramientas que permiten la serendipia, gracias al método de comparación constante y permite analizar los datos a partir de una codificación abierta y axial, los memorandos y los vínculos que puedan establecerse entre ellos. Durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias (Strauss y Corbin, 2002).

Para el desarrollo del trabajo de campo se solicitó la aprobación por el comité de bioética de la FCM – UNL y el aval de la casa de estudios. (Anexo 5 y 6)

4.3 Información conceptual sobre la simulación de alta fidelidad como metodología de aprendizaje.

La simulación es una metodología de aprendizaje que se emplea para producir una experiencia sin pasar por el evento real. Habilita a acercarse al máximo nivel posible al medio asistencial, sin generar daño. Se trata de un andamiaje para garantizar la seguridad de los pacientes y la de los profesionales en tanto propicia un entorno para la reflexión crítica y el aprendizaje de los errores (Gonzalez Anglada et al., 2019; Sánchez et al., 2013).

Durante las simulaciones de alta complejidad se desarrolla una situación que requiere de la asistencia de profesionales de la salud. Se realiza con un grupo pequeño de estudiantes a los cuales se le asigna una profesión a modo de juego de roles ya sea de médico/a, enfermero/a, licenciado/a en obstetricia, familiar de un paciente etc. El objetivo de este tipo de simulaciones busca poner en práctica ciertas habilidades y destrezas además de desafiar a los estudiantes con situaciones posibles de la vida real en un marco de seguridad y control que habilite la posibilidad del error el aprendizaje a partir de ello. En este marco pueden observarse además las relaciones intersubjetivas entre compañeros, con el paciente o el familiar simulados que permite la expresión del propio *habitus* del estudiante.

Cada simulación tiene tres fases, en la primera llamada briefing o prebriefing, la simulación propiamente dicha y el debriefing.

El prebriefing es una etapa preparatoria esencial en las simulaciones clínicas, diseñada para proporcionar a los estudiantes la orientación y la información necesaria antes de iniciar el escenario simulado. Su propósito principal es facilitar que los estudiantes alcancen los objetivos de aprendizaje al crear un entorno propicio para la participación y el desarrollo de competencias. Esta fase comienza con la bienvenida, donde todos los miembros del equipo se presentan, estableciendo un ambiente de confianza. Es recomendable enunciar un principio fundamental: “Cada alumno que participa en las actividades de simulación es inteligente, competente, se preocupa por realizar bien su trabajo y quiere mejorar.” Este mensaje inicial establece una atmósfera positiva, donde los estudiantes se sienten valorados y apoyados en su proceso de aprendizaje (McDermott et al., 2021).

Además de las presentaciones, el prebriefing incluye la clarificación de los objetivos de la simulación y la explicación de las actividades planificadas. La definición de los roles y el sistema de evaluación que se utilizará (ya sea formativa o sumativa), ayudan a reducir la ansiedad de los estudiantes y a estructurar su participación. Al conocer de antemano las expectativas y el marco en el que se desarrollará la actividad, los estudiantes pueden involucrarse activamente y concentrarse en aplicar sus habilidades en un ambiente controlado y seguro (Watts et al., 2021).

Otro aspecto crucial es el contrato de ficción, que establece normas de confidencialidad y respeto, necesarias para que la simulación funcione como una experiencia realista y sin distracciones. En esta etapa, se obtiene el consentimiento de los estudiantes para grabaciones o fotografías y se subraya la importancia de comprometerse plenamente con el caso clínico. Este contrato de ficción es un acuerdo de confianza mutua, que asegura que todos los participantes estén dispuestos a colaborar en la simulación de manera auténtica y respetuosa, permitiendo una inmersión completa en el escenario (Watts et al., 2021).

Finalmente, se ofrece una orientación sobre el entorno de la simulación, en la que los estudiantes pueden familiarizarse con el material y el espacio físico con el que trabajarán. Este tiempo de adaptación permite que los estudiantes exploren el entorno y se

familiaricen con los recursos disponibles, facilitando su rendimiento durante la simulación (Valera-Bermejo et al., 2015).

Respecto a la simulación propiamente dicha los escenarios de simulación observados fueron aquellas clasificadas como Zona 2. Este tipo de simulaciones se centra en el desarrollo de habilidades clínicas en situaciones de cuidado agudo, promoviendo la aplicación de protocolos conocidos en un entorno de práctica más realista y complejo (C. J. Roussin y Weinstock, 2017). En este nivel, los estudiantes deben poner en práctica habilidades en un contexto cercano a la realidad en el entrenamiento para situaciones de emergencia. Aquí se añaden un nivel significativo de ruido o distracciones, en relación con las interacciones humanas o presencia de ciertas complicaciones u obstáculos lo cual permite simular la presión y las dinámicas reales que se pueden encontrar en un entorno clínico de emergencia. (González Anglada et al., 2019; C. Roussin et al., 2020)

Las simulaciones en Zona 2 suelen incluir competencias relacionadas al trabajo y la comunicación en equipo por lo que incorporan roles específicos para los participantes que incluyen diferentes profesiones y disciplinas. Algunos pueden representar también personajes como familiares. Esta estructura está diseñada para fomentar una comprensión contextualizada de la atención aguda (González Anglada et al., 2019).

El debriefing es un proceso formal, estandarizado, colaborativo donde se discute con el equipo participante el desempeño durante la simulación en relación conocimientos, habilidades, actitudes y manejo de recursos en crisis. Esta última etapa es la que permite observar el máximo despliegue de triangulación dialéctica entre los estudiantes, el docente y el objeto de conocimiento. El proceso se centra en construir la reflexión, el pensamiento crítico y el feedback. El docente debe guiar la discusión como verdadero facilitador, debe garantizar la confidencialidad de la sesión, establecer un ambiente de seguridad psicológica que incentive a todos los intervinientes a participar.

El debriefing suele organizarse en tres o cuatro etapas según la bibliografía (Abatzis y Littlewood, 2015; Armijo Rivera, 2021; Cheng et al., 2021; Corvetto et al., 2013):

La primera etapa se la llama de contextualización o reacción: el grupo pone en contexto el escenario simulado, el instructor recuerda los objetivos de la simulación e invita al

equipo a compartir las reacciones inmediatas sus sensaciones y emociones experimentadas durante el escenario.

En la segunda etapa a veces está descripta junto con la tercera es la de observación donde se invita al equipo a describir verbalmente el escenario, el cuadro clínico y la cronología de los acontecimientos.

La tercera etapa es la de reflexión o comprensión suelen analizarse por un lado los objetivos clínicos, como la evaluación del síndrome, el diagnóstico y el tratamiento; y por otro, los objetivos no clínicos, relacionados con el factor humano y la gestión de recursos en crisis. Usualmente se emplea el método *Plus Delta* para identificar aspectos positivos y oportunidades de mejora, en algunas ocasiones se pasa la grabación del escenario simulado, para identificar errores de comportamiento que de otro modo podrían pasar desapercibidos. El instructor suele utilizar preguntas abiertas o preguntas de buen juicio estas son preguntas que parten de una observación objetiva, por ejemplo: “Noté que se administró epinefrina para tratar la hipotensión del paciente. Dicha observación es seguida por una pregunta abierta, siguiendo con el ejemplo: Me pregunto, ¿por qué elegiste la epinefrina?”. Esta forma de indagación permite que el estudiante pueda dar cuenta de sus mapas mentales para tomar decisiones habilitando así un proceso de reflexión, metacognición y aprendizaje

Finalmente, en la cuarta etapa, se concluye el debriefing con un resumen de cierre y con preguntas orientadas a reflexionar sobre los aprendizajes clave y su posible aplicación en la práctica diaria. (Fornells et al., 2008; González Anglada et al., 2019).

La simulación constituye una metodología de aprendizaje clave en la formación médica, al conjugar la práctica segura con la posibilidad de recrear escenarios complejos y contextualmente significativos. Su relevancia radica en su capacidad para articular la teoría con la práctica en un entorno controlado, favoreciendo la reflexión crítica, el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas, y la comprensión profunda de las dinámicas interprofesionales. Esta estrategia metodológica ha sido seleccionada como eje del presente estudio de campo debido a su capacidad para observar de manera directa las prácticas docentes en un marco de análisis que integra todas las categorías propuestas permitiendo explorar con profundidad las interacciones entre estudiantes, docentes y el objeto de conocimiento. Ello ofrece una perspectiva integral para comprender cómo se

construyen y reproducen los saberes en la formación médica. La riqueza pedagógica de la simulación y su potencial para promover aprendizajes significativos y transformadores justifican plenamente su elección en este análisis.

La Práctica Final Obligatoria (PFO) representa una instancia central en la formación médica, donde el currículum se materializa en los conocimientos y habilidades adquiridos a lo largo de la trayectoria académica de los estudiantes, enfrentándose a contextos reales o simulados. La PFO no solo traduce los objetivos y valores del currículum explícito, sino que también revela el currículum oculto, moldeando las subjetividades profesionales a través de las interacciones y las disposiciones que configuran el *habitus* médico. Además, actúa como un puente entre los enfoques teóricos y las demandas prácticas, permitiendo reflexionar críticamente sobre cómo la formación académica se adapta a los desafíos del campo de la salud. Finalmente, la PFO se configura como un laboratorio pedagógico que no solo evalúa la eficacia del currículum, sino que también genera insumos para su ajuste y resignificación. Así, las prácticas docentes observadas en la PFO constituyen no solo un espacio de enseñanza, sino también un lugar estratégico para cuestionar, resignificar y recrear el modelo educativo en favor de una formación médica integral y crítica.

CAPÍTULO 5: La relación saber-poder en la formación médica

En el análisis sobre las prácticas docentes, se subrayó sobre las relaciones intersubjetivas y el contexto social en el que operan dichas prácticas, analizando el triángulo dialéctico entre el sujeto que enseña, el sujeto que aprende y el conocimiento. En este marco, el conocimiento está mediado por interacciones de poder y autoridad en el acto educativo estructurando un escenario donde las decisiones - opciones epistemológicas - influyen en la formación profesional y en la reproducción de valores y jerarquías de saberes (Guyot et al., 1995).

Desde esta perspectiva, el saber-poder en la formación médica se manifiesta en el currículum, en diferentes dimensiones, en los discursos formales de documentos, reglamentaciones y aquellos no tan formales que se manifiestan en la praxis. El modelo de práctica bancaria, como señala Freire (2008), sitúa al docente en una posición de poder autoritario, en la que el conocimiento se presenta de forma acumulativa y descontextualizada. Esta organización refleja una relación asimétrica entre el docente y el estudiante, limitando la capacidad crítica y el protagonismo del estudiante en el proceso de aprendizaje. En contraste, la práctica problematizadora de la educación, basada en un enfoque dialógico y emancipador, propone una interacción más horizontal y transformadora, donde el conocimiento no solo se transfiere, sino que se construye y configura constantemente (Freire, 2007, 2008a).

Este capítulo explora cómo el saber-poder, en el contexto de la Práctica Final Obligatoria (PFO) y las simulaciones clínicas, establece dinámicas que influyen en la percepción y jerarquización de los saberes médicos, moldeando tanto el perfil del futuro médico como sus decisiones sobre la práctica profesional.

5. 1. El currículum como instrumento de poder en la educación médica

El currículum de la facultad de medicina de la UNL de acuerdo con el modelo complejo se encuentra articulado y determinado por un proyecto político - social más amplio cuyas intenciones suponen la adopción de un marco de conocimientos, valores, costumbres, creencias y hábitos que moldean la identidad del médico, más allá de lo establecido en el plan de estudios (Alba, 1998). La educación médica está condicionada por un entramado de políticas y legislaciones nacionales e internacionales que definen qué saberes son legítimos y cómo deben ser impartidos. Esto genera una estructura de poder que regula

no sólo los contenidos curriculares, sino también la formación profesional de los médicos, moldeando subjetividades y estableciendo jerarquías sobre el conocimiento.

La Ley de Educación Superior N.º 24.521/1995 y su artículo 43 regulan la formación médica como una profesión controlada por el Estado. Estas normativas definen el perfil profesional, organizan los contenidos curriculares básicos y la carga horaria mínima, lo que subraya el control estatal sobre los saberes que deben ser transmitidos. A través de organismos como la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y asociaciones como el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) y la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) que engloba a las universidades públicas y privadas, se ejerce un control sobre la calidad y orientación de la práctica profesional. Esta relación entre saber y poder se expresa en el hecho de que el conocimiento médico responde a las expectativas y demandas sociales, políticas y económicas que moldean el perfil del médico y, por ende, su posición dentro del sistema de salud²².

Una de las líneas de mayor interés de la Organización Panamericana de la Salud trabaja sobre la formación de los recursos humanos en salud y la definición de estrategias tendientes a comprometer el quehacer de las universidades con los objetivos de la Atención Primaria de Salud. Ello lo hace en colaboración estrecha con la Asociación

²² El artículo 43 de ley de Educación Superior N.º 24.521/1995 expresa que cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, como el título del médico (RM N°238/1999), cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria mínima prevista por el artículo 42 de la misma norma, los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Educación en acuerdo con el Consejo de Universidades. Que, además, el Ministerio debe fijar, con acuerdo del Consejo de Universidades, las actividades profesionales reservadas a quienes hayan obtenido un título comprendido en la nómina del artículo 43. Que de acuerdo con lo previsto por el mismo artículo en su inciso b) tales carreras deben ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin, de conformidad con los estándares que establezca el Ministerio de Educación en consulta con el Consejo de Universidades, según lo dispone el art. 46, inciso b). Para la toma de decisiones el Consejo de Universidades toma en cuenta las opiniones formales del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y el Consejo de Rectores de Universidades Privadas (CRUP), así como de las asociaciones dedicadas a la educación médica como el Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) y la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) que engloba a las universidades públicas y privadas.

Latinoamericana y del Caribe de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) una organización internacional constituida con representación de las instituciones de enseñanza de las Ciencias Médicas, auspiciada por la Unión de Universidades de América Latina y del Caribe (UDUAL) (UDUAL, 2016).

La nueva estrategia de la OPS de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud pretende la formación de profesionales capacitados según las necesidades de las comunidades priorizando la educación con compromiso social: considerando que los equipos de salud deben formarse trabajando activamente con las comunidades; estableciendo acuerdos intersectoriales de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud; planificando la formación de profesionales en relación a las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud (Artaza et al., 2020; Borrell, 2012).

5.2. Críticas al modelo biomédico y el diseño curricular fragmentado

Como se estableció en capítulos anteriores, las mayores críticas a la formación médica se han relacionado con las representaciones biologicistas, lineales y reduccionistas de los procesos de salud-enfermedad, congruente con un diseño curricular por materias disciplinares básicas y clínicas. Este diseño curricular muestra la realidad de los padecimientos en enfermedades ordenadas en libros de diagnóstico etiológico y tratamiento causal (Lifshitz Guinzberg y Pomposo García-Cohen, 2017). Además, pretende un ordenamiento lógico de los aprendizajes de lo normal a lo patológico, del hombre sano al hombre enfermo. Al que padece, lo separa en partes a ser atendidas en especialidades cada vez más atomizadas a través del asistencialismo fragmentado y descontextualizado de la ciencia y la técnica. El paciente recibe el tratamiento como objeto pasivo y sufriente, acepta y se adapta a las prescripciones médicas curativas y a un saber que le es completamente ajeno (E. L. Menéndez, 1998). La sorpresa a la que se enfrenta el médico cuando aquel no refleja lo que se expresa en los libros o cuando no se obtienen los efectos deseados tras las intenciones de curación, genera altas tasas de frustración y una gran inoperancia para dar respuesta a las problemáticas complejas de salud (Lifshitz Guinzberg & Pomposo García-Cohen, 2017). Los desafíos que se presentan en materia de salud no vienen estructurados en bloques disciplinarios y sobrepasan continuamente sus límites encontrando puntos ciegos entre las intersecciones de una a otra disciplina (Morin, 1994).

El desafío de la educación médica es poder mostrar la salud en la complejidad de sus fenómenos y de sus procesos, sus múltiples dimensiones, sus relaciones, sus contradicciones, sus autorregulaciones y su interconexión con el entorno (Lifshitz, 2019). Así la determinación de la salud, como cualquier otro suceso humano, está siempre entrecruzada por diversas dimensiones, es multifacética. Hombres y mujeres estamos compuestos de dimensiones bioquímicas, pero también y de manera muy relevante de historia, de tradiciones. Las experiencias individuales en los marcos familiares y en todas las demás instituciones de las que se participa dejan, normalmente, sus huellas. La cultura, mentalidad y expectativas de cualquier persona son fruto de una historia vivida en el seno de una o varias familias, resultado de su participación dentro de colectivos sociales, étnicos, de género, de condicionamientos geográficos, históricos, biológicos, etc. (Torres, 1994)

5.3. Enfoque integrado del currículum, interdisciplina e integración de saberes.

Una de las características del diseño curricular de la carrera de medicina de FCM - UNL se trata de su enfoque integrado, con la pretensión de superar la fragmentación disciplinar y la linealidad evolutiva de la causalidad para dar paso a procesos evolutivos espiralados recurrentes desde un pensamiento sistémico que permita la integración de saberes bajo un enfoque dialéctico globalizador en el cual las partes se comprendan e interpreten a partir del todo, y este a su vez a partir de aquellas (Morin, 2011; Torres, 1994)

Este trabajo suele articularse desde las Áreas, estas forman parte del diseño curricular y se conciben como una división funcional y operativa destinada a cumplir con los objetivos comunes relacionados con la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas. Ejemplo de ello es el Área Ginecología Clínica y Obstetricia que comprende disciplinas de anatomía, salud mental, medicina legal, salud pública y toco ginecología. Su propósito principal es integrar las disciplinas dentro de un marco que abarca aspectos convergentes, promoviendo un enfoque interdisciplinario. En particular, las Áreas de formación específica están orientadas a organizar un conjunto de contenidos diseñados para alcanzar dichos objetivos, constituyendo la base necesaria para sustentar el ejercicio de la práctica médica (Castañeira, 2014).

La integración de diferentes campos de conocimientos y experiencias facilitan una comprensión más reflexiva y crítica de la realidad. Revalorizar el papel de la experiencia

implica reivindicar la importancia del proceso formativo o los procesos de aprendizajes entre los que se incluyen la observación, la comunicación, la deducción, la medición, la clasificación, la comparación, la toma de decisiones, la síntesis, la evaluación, la reflexión y la crítica como herramientas para solucionar problemas de la realidad cotidiana. Estos se presentan como un conflicto sociocognitivo adecuado para su nivel de desarrollo, que debe encontrar respuesta integrando las ciencias básicas y clínicas a lo largo de todo el trayecto formativo (Torres, 1994; Venturelli, 1997). Por consiguiente, es un modelo que alienta a la formación de profesionales creativos e innovadores con mayor capacidad de adaptación a la oferta y la movilidad de empleo que implique distintas formas de práctica disciplinar (profesional, docente, investigativa) en distintas complejidades y territorios de trabajo.

La interdisciplina se justifica como modalidad de integración de saberes y como forma de desentrañar los problemas desde múltiples lentes. Ante un objeto de estudio común se buscan relaciones dinámicas y estructurantes de cooperación, contribución, permeabilidad integración e integralidad entre varias disciplinas (Torres Santomé, 1991).

5.4. Jerarquización y dinámicas de poder en las disciplinas de la PFO

Dentro del relevamiento realizado a estudiantes y docentes de PFO se consultó sobre cuáles de las disciplinas que comprende este ciclo eran consideradas prioritarias para la actividad profesional. Según las frecuencias registradas, los estudiantes opinaron que el primer lugar lo ocupa Clínica Médica (n=42, 46%), le siguieron en orden: Emergentología (n=30, 40%), Pediatría (n=22, 29%), Ginecología clínica y Obstetricia (n=26, 34.7%), Medicina Familiar y comunitaria (n=15, 20%), Cirugía (n=22, 29,3%) y por último Salud Mental (n=35, 46.7%). En el caso de los docentes opinaron que el primer lugar lo ocupa Clínica Médica (n=21, 51.2%), le siguieron en orden: Emergentología (n=9, %), Pediatría (n=22, 51.2%), Ginecología clínica y Obstetricia (n=18, 43.9%), Cirugía (n=15, 36.6%), Salud Mental (n=15, 36.6%) y por último Medicina Familiar y comunitaria (n=15, 20%). (Gráfico 3)

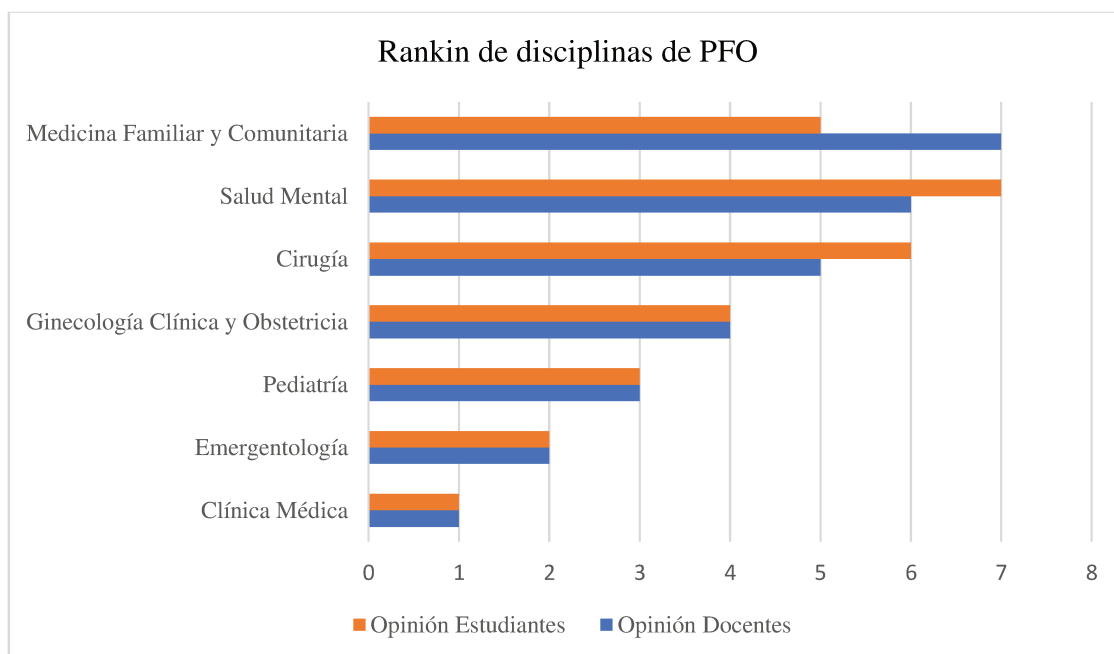


Gráfico 3: Comparación entre Rankin de las disciplinas comprendidas en PFO que, de acuerdo con docentes y estudiantes resultan prioritarias para la actividad profesional médica.

Podríamos considerar cómo la priorización de ciertas disciplinas refleja las dinámicas de poder en la construcción del conocimiento médico y en la jerarquización de los saberes.

El hecho de que Clínica Médica y Emergentología se encuentren en las primeras posiciones tanto para estudiantes como para docentes, podría indicar un consenso en torno a la centralidad de estos saberes en la práctica médica. Desde una perspectiva de saber-poder, esta jerarquización responde a un modelo biomédico que enfatiza el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas, consolidando un enfoque de poder que privilegia el saber técnico y clínico, particularmente en situaciones críticas (E. L. Menéndez, 2010).

La baja priorización de Medicina Familiar y Comunitaria (especialmente para los docentes) y Salud Mental (especialmente para los estudiantes) sugiere que estas áreas, más enfocadas en la atención primaria y en una perspectiva integral de la salud, se encuentran en los márgenes del saber-poder dentro del ámbito médico (Silberman y Pozzio, 2015). Esto podría reflejar no solo una diferencia en la percepción de la utilidad o aplicabilidad de estos saberes, sino también una jerarquización del conocimiento que responde a experiencias y expectativas divergentes sobre la práctica médica. Por un lado, los docentes, con una visión moldeada por su experiencia en la complejidad del sistema de salud, pueden percibir la importancia de enfoques que los estudiantes aún no valoran

por falta de vivencias profesionales. Por otro lado, los estudiantes, en tránsito por distintos espacios formativos, podrían reconocer la relevancia de disciplinas que los docentes, focalizados en la propia, tienden a subestimar.

5.5. Relación saber-poder en el contexto de las simulaciones

En la Práctica Final Obligatoria, las simulaciones clínicas constituyen un espacio clave para observar cómo se refuerzan las dinámicas de poder entre docentes y estudiantes y estudiantes con el paciente simulado. Durante las observaciones realizadas en las etapas de briefing, simulacro y debriefing, se identificó la convivencia de momentos autoritarios con momentos democráticos incluso dentro del mismo grupo de personas.

La fase del briefing o pre - briefing es un momento introductorio que permite al docente consolidar su autoridad al establecer el marco de la simulación, generando un ambiente en el que los estudiantes puedan asumir distintas profesiones en forma de juego de roles correspondientes al equipo de salud bajo una supervisión directa y controlada.

Durante las observaciones ninguno de los docentes se presentó con su nombre y apellido y en muy contadas ocasiones preguntaron su nombre a los estudiantes. Se observó una centralidad en introducir el tema brevemente, clarificar objetivos y expectativas de la simulación. Tampoco se recordó en ninguna de las simulaciones el principio fundamental: *“Cada alumno que participa en las actividades de simulación es inteligente, competente, se preocupa por realizar bien su trabajo y quiere mejorar”*, a pesar de que este principio está escrito en una cartelería en cada uno de los espacios donde se realiza simulación.

Nos parece interesante traer en este momento del análisis, el concepto de “a priori antropológico” que propone Arturo Roig²³ (2009), en tanto nos invita, como la doble cara

²³ Arturo Roig (1922-2012): Fue un destacado filósofo, docente e investigador argentino, nacido en Mendoza, reconocido como una de las figuras más influyentes del pensamiento filosófico latinoamericano del siglo XX. Especialista en filosofía latinoamericana, ética y política, Roig desarrolló un enfoque crítico que reivindicaba las raíces históricas, culturales y sociales del pensamiento en la región, buscando superar las categorías eurocéntricas tradicionales. Su obra más emblemática, *“Teoría y crítica del pensamiento latinoamericano”* (1981), marcó un hito al proponer la autenticidad y la dignidad como conceptos fundamentales en la construcción de una identidad filosófica propia de América Latina. También es conocido por su estudio del humanismo crítico, donde vinculó la filosofía con las luchas sociales y la emancipación de los pueblos Roig (2009).

de Jano, a pensarlo en tanto principio de todas las cosas, en este caso, como principio de acuerdo de una regla elemental para iniciar la práctica, y al mismo tiempo, en el sentido que Roig lo propone, como afirmación de nosotros mismos como valiosos. Alude a un punto de partida ineludible en toda práctica reflexiva, vinculado a esta autoafirmación del sujeto, que además es histórico y situado. En el ámbito educativo, este a priori implica reconocer al estudiante no solo como un ser que aprende, sino como un sujeto que actúa, siente y se auto comprende en interacción con los otros. En este concepto se articula a los problemas de la afirmación, valoración y reconocimiento de sí y de los otros que no se reduce al sujeto singular, sino al sujeto plural, lo que supone una afirmación sobre la autonomía relativa del sujeto (Roig, 2009).

“No es difícil de ver que el ejercicio del "ponernos como valiosos" supone un horizonte de comprensión desde el cual, con diverso signo, se elabora el nivel discursivo, que tiene como eje siempre aquel "ponernos", que, como hemos tratado de mostrarlo, nos da el sentido del “nosotros” y de lo “nuestro” en cada caso” (Roig, 2009, pag13).

Este reconocimiento es una condición fundamental para evitar reproducir condiciones de alienación - la educación bancaria de Freire (2008) -, para generar un espacio de aprendizaje significativo, especialmente en contextos pedagógicos como las simulaciones médicas, donde se ponen en juego no solo habilidades técnicas, sino también subjetividades y dinámicas intersubjetivas (Freire, 2015b). En relación con estos conceptos Roig (1998) trabajó también las relaciones educativas a partir de una “filosofía de la mismidad” o de “una filosofía de alteridad”.

En la filosofía de la mismidad hace eco de la educación bancaria, a partir de la falta de reconocimiento de la alteridad del sujeto que aprende en relación con el sujeto que enseña. Este último al considerarse una totalidad dada dentro de la cual debe incorporarse el educando convierte la relación educativa en una expresión de dominador-dominado (Roig, 1998).

Roig (1998) invita a pensar la fórmula pedagógica no como docente – estudiante sino como estudiante – estudiante, dentro de la cual hay un estudiante maduro y avezado que

Arturo Roig fue profesor en la Universidad Nacional de Cuyo y otras instituciones de América Latina, y su legado se mantiene vigente como referente del pensamiento crítico regional.

ayuda a un estudiante joven e inexperto sin incorporarlo a su mismidad. La clave de esta fórmula es reconocer al sujeto del acto educativo en su alteridad, desde una pedagogía activa, desde una pedagogía de la liberación. De esta forma la relación educativa “*se constituye en la conducción de un acto creador, respecto de un determinado campo objetivo, realizado con espíritu crítico entre dos o más estudiosos, con diferente grado de experiencia respecto de la posesión de aquel campo*” (Roig, 1998, p.19)

Las observaciones de la simulación ponen en tensión la autoafirmación antropológica, al dejar de lado un acto básico de reconocimiento personal y el anunciamiento del principio fundamental.

En este contexto, el "a priori antropológico" de Roig (2008) cobra especial relevancia, ya que señala la necesidad de valorar al sujeto en su historicidad, situacionalidad y dignidad. Este principio debería ser considerado una base previa y explícita de toda simulación, en tanto reconoce lo que está en juego para los estudiantes en ese momento: ser evaluados y observados no solo por los docentes, sino también por sus pares. Ignorar este *a priori* puede contribuir a reproducir prácticas que deshumanicen la experiencia educativa, transformándola en un ejercicio puramente técnico y desvinculado del reconocimiento mutuo, tan necesario para la praxis educativa transformadora que Roig defiende (Roig, 2009).

En la mitad de los casos se habló sobre la confidencialidad de la actividad. Este es un momento clave donde los estudiantes y docentes acuerdan no divulgar lo ocurrido durante la simulación o en el proceso de reflexión. Esta práctica se promueve como atributo de integridad profesional en relación con el comportamiento y conductas éticas que se esperan de los involucrados y habilita una apertura esencial para el aprendizaje, donde los errores se convierten en oportunidades pedagógicas en lugar de ser fuente de vergüenza. Este tipo de acuerdo pareció establecerse más en el marco de la investigación de la presente tesis que como una parte estandarizada para establecer un ambiente psicológicamente seguro. Así lo expresaba uno de los docentes:

“No se preocupen que ella es docente de acá...y como siempre decimos, lo que sucede en Bariloche, queda en Bariloche”.

Esta frase suele ser un aforismo al estilo Contrato “Las Vegas”: ‘What happens here, stays here’ o “Lo que pasa en la sala de simulación, se queda en la sala de simulación” (Leyes et al., 2022). El uso de estas expresiones podría generar ambivalencias sobre la percepción de los estudiantes. La alusión a estos lugares puede llevar a trivializar la experiencia como un espacio donde “todo vale” en lugar de un entorno profesional y controlado donde lo que se pretende es la reflexión crítica y el aprendizaje profundo.

La forma de distribución de los roles revela variaciones en el grado de participación de los estudiantes en su propia organización. En el caso de pediatría y emergentología la mayoría de las veces el docente fue quien designó los roles de los estudiantes sin oposición de estos, sin embargo, cuando el docente habilitaba la posibilidad de elección, los estudiantes definieron sus propios roles y distribución de trabajo; en el caso de obstetricia la designación se hacía al azar por elección de tarjetas estilo “carta de juego”.

En las simulaciones de pediatría, el foco no estaba en la profesión de los participantes sino en la funcionalidad del equipo, en relación con la evaluación y toma de decisiones. Al respecto, mientras parte del equipo de estudiantes que iba a simular le explicaba al docente sobre su organización de trabajo este decía:

“Bueno, vamos a conservarlo así a ver cómo funcionan”. “El líder se encarga de la vía aérea y desde ahí dirige la batuta. “¿C quien hace?” (haciendo referencia a la valoración cardiovascular). “Acuérdense de comunicarse todos los hallazgos que hace cada uno. Somos equipo, cada uno nos encargamos de algo y comunicamos al resto que encontramos, porque si no somos una isla”

Durante el simulacro los estudiantes interactúan en un marco que muestra las jerarquías típicas de la práctica médica. De forma refleja, cuando los estudiantes interactuaron con el familiar en casos excepcionales se presentaron con su nombre y en contadas ocasiones mencionando su profesión. Si bien en su mayoría preguntaron el nombre al familiar o al paciente al inicio de la simulación (con excepción de las simulaciones de emergentología donde no había interacción dado que se trataba de un paciente en paro cardiorrespiratorio) el resto de las interacciones entre el familiar o paciente simulado (rol a cargo de los docentes) y los estudiantes nunca fue mediada por nombre de pila de uno u otro. Lo mismo sucedía entre los propios estudiantes.

La mayor atención se centraba en escuchar el relato del paciente o familiar en relación con la afección que se estaba padeciendo. Así mismo las intervenciones sobre el paciente se realizaban sin explicar su cuadro clínico exceptuando que haya sido demandado por los mismos, en ese sentido el familiar de un paciente exigía: “¿Entonces qué es, entonces que tiene?” (Imagen 1)



Imagen 1: Se ilustra un escenario donde los estudiantes trabajan sobre el paciente simulado sin comunicarse con el familiar, que en este caso es la mamá. Imagen realizada con inteligencia artificial para proteger la identidad de los participantes del estudio.

La distancia jerárquica que subyace a estas interacciones iniciales parece despersonalizar el proceso de aprendizaje al centrarse exclusivamente en los roles funcionales, objetivando a los sujetos, soslayando la relevancia del vínculo intersubjetivo sobre todo

desde la perspectiva de *partenrs* que comentábamos en el capítulo 3 (Ardoino, 1991). La ausencia de una presentación clara sobre el diagnóstico o tratamiento hacia el paciente simulado, a menos que fuese explícitamente solicitada, también refleja esta dinámica de poder, en la que la comunicación se limita a los aspectos técnicos y operativos de la práctica médica.

La etapa de debriefing es un momento de reflexión, donde la actitud del docente puede reforzar la jerarquización de saberes al resaltar aciertos y errores o abrir espacio para un diálogo más horizontal. El balance entre control y apertura en esta etapa influye en cómo los estudiantes perciben el poder y la autoridad, afectando su capacidad para reflexionar críticamente sobre su desempeño. La disposición en el aula - exceptuando una de las simulaciones de emergentología que se dispuso un formato de ronda - se observó con los estudiantes enfrentados al docente. Sin embargo, la actitud corporal de los docentes siempre se disponía relajada invitando a los estudiantes a una igual disposición. Pudo observarse como aquellos estudiantes que iniciaban la sesión de debriefing con los brazos o piernas cruzadas iban adoptando una posición más relajada a medida que se establecía el diálogo y la interacción entre ellos, e incluso se habilitaba a hacer bromas dentro de un marco de respeto. Todos los docentes abrieron el espacio indagando sobre las sensaciones y emociones que produjo a los estudiantes su participación en el escenario, en su mayoría estos tendieron a dar respuestas en relación con el desempeño por lo que la mayoría de los docentes insistieron en diferenciarlo del accionar, así lo hacía uno de los docentes:

“Docente: (llama por su nombre al estudiante) ¿cómo te sentiste?”

Estudiante: “Creo que no estaba mal, digamos, la idea la tenía, bueno, lo que quería hacer, pero falta como terminar de administrarnos, como decir bueno, entre las personas, como asignar un rol bien a cada uno y no tener que dirigir”

Docente insiste: ¿Vos cómo te sentiste? Intranquilo, nervioso...

Estudiante: No estaba tan nervioso sino intentando querer hacer todas las cosas y no saltarme nada, estaba concentrado.”

La mayoría de los docentes utilizaron la técnica de debriefing Plus Delta. Esta metodología evita jerarquizar los errores por encima de los aciertos, centrándose en preguntas como: "¿Qué hicieron bien?" o "¿Qué podría haberse hecho mejor?". Así lo

decía uno de los docentes al mostrar la grabación a los estudiantes de su propia simulación:

“Los dos grupos, escuchen y vamos a prestar atención a lo que les parece que hicieron bien, a lo que les parece que tendrían que haber hecho mejor. Fíjense si se dan cuenta que se equivocaron en algo y después lo vamos a charlar, pero aprovechen a prestar atención”

La cuestión de la equivocación abre la puerta a la reflexión crítica y a un acercamiento al concepto de obstáculo epistemológico y la psicología del error propuestos por Gastón Bachelard (2000).

En su libro “La formación del espíritu científico”, Bachelard (2000) expresa: *"Lo real no es jamás 'lo que podría creerse', sino siempre lo que debiera haberse pensado."*(Bachelard, 2000, p.15). Este planteo revela que el conocimiento no es inmediato ni intuitivo, sino el resultado de un proceso crítico donde el pensamiento se va perfeccionando al confrontar sus propias limitaciones. Bachelard sostiene que, al examinar los errores del pasado, el sujeto descubre la verdad en un estado de "arrepentimiento intelectual", reconociendo que el conocimiento se construye en oposición a comprensiones previas y superando aquello que, en el propio pensamiento, obstaculiza la progresión del conocimiento (Bachelard, 2000).

De esta manera, la técnica Plus Delta se alinea con la noción de Bachelard de que el aprendizaje genuino surge de enfrentar los obstáculos internos y de superar el "error" como algo inherente al proceso de conocimiento. No se trata sólo de señalar que estuvo mal, sino de trascender el error para refinar el pensamiento y avanzar hacia un conocimiento más objetivo y crítico.

Si bien las discusiones giraron en torno al rendimiento relacionado a habilidades prácticas, todos los estudiantes reconocieron sus limitaciones en relación con las habilidades comunicacionales para con el paciente, familiar o entre los participantes del propio equipo y esto fue objeto de reflexión con los docentes así expresaba uno de los estudiantes de pediatría:

“Estudiante: Un niño que pesaba alrededor de siete kilos más o menos y presentaba sibilancias en ambos campos pulmonares, y empezamos a tratarlo como lo que yo pensé que era una bronquiolitis, la mamá nerviosa...”

Docente: ¿Y eso lo compartiste con el resto del grupo?

Estudiante: No, no yo no lo compartí

Docente: ¿Estaban todos al tanto del paciente?

Otro estudiante responde: En realidad se dio por sentado porque él venía con un cuadro de vía aérea superior...

Estudiante: Claro, como que nadie lo dijo...

Docente insiste: ¿Lo charlaron entre ustedes?

Los estudiantes responden al unísono: No

Docente: Primer punto quizás a mejorar para la próxima simulación, si les parece, es el tema de la comunicación y el trabajo en equipo.”

Durante el debriefing, los docentes tienen la oportunidad de balancear su autoridad, promoviendo un espacio reflexivo donde se cuestiona el desempeño en términos de habilidades técnicas y comunicacionales. Al utilizar el método Plus Delta, la mayoría de los docentes evitan una jerarquización de aciertos y errores - entendido como obstáculo pedagógico - creando un entorno de aprendizaje más inclusivo y menos autoritario.

La reflexión que surge en esta etapa destaca, de manera constante, las limitaciones de los estudiantes en cuanto a habilidades comunicacionales, una dimensión clave en la práctica profesional que resulta especialmente relevante para la APS. La insistencia de los docentes en la necesidad de compartir información y trabajar en equipo, evidencia la importancia de la comunicación en el entorno clínico, priorizando el sentido de colaboración profesional y la comunicación integral con el paciente.

Estas observaciones permiten una transición hacia el análisis de las preferencias profesionales y la relación con la APS, pues las dinámicas de poder presentes en las simulaciones pueden influir en la percepción que los estudiantes desarrollan sobre distintas especialidades. La tendencia hacia roles más técnicos en entornos simulados

fortalece la seguridad en el manejo de situaciones de alta complejidad, una competencia valiosa para la práctica en hospitales de tercer nivel. Esta experiencia se complementa con prácticas en efectores de primer y segundo nivel de atención, así como una rotación rural que fomentan un enfoque más cercano al modelo de APS, donde la comunicación efectiva y la relación personalizada con el paciente adquieren una centralidad que beneficia tanto al paciente como al equipo de salud.

5. 6. Preferencias profesionales y la relación con la Atención Primaria de la Salud (APS)

Al preguntar a los estudiantes sobre las especialidades médicas deseadas sólo el 4% (n=3) marco como preferencia Medicina Familiar y Comunitaria, coincidieron en frecuencia (n=13, 17,3%) Clínica Médica y Ginecología Clínica y Obstetricia, el 14,7% (n=11) prefirió Cirugía y el 8% (n=6) Pediatría; el resto de los estudiantes 38.6% (n=29) optaron por especialidades como Salud Mental, Oftalmología y Cardiología entre otros, sólo el 4% (n=3) manifestó no haber tomado una decisión aún. Los resultados del relevamiento reflejan además una tendencia de los estudiantes a preferir desempeñarse en el servicio público del tercer nivel de atención (86,7%, n=65), aunque también manifiestan interés en el ámbito privado, principalmente en Sanatorios Privados (32%, n=24) y Consultorios Privados (29%, n=22). Esta preferencia parece estar en tensión con el perfil profesional orientado hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), que busca formar médicos comprometidos con la atención integral y comunitaria. Esta elección puede estar influida por la jerarquización del conocimiento en la formación médica, donde el tercer nivel de atención es percibido como un espacio de alta especialización y prestigio, lo que refuerza el poder simbólico asociado a la práctica en entornos complejos. Por otra parte, la mayoría de las formaciones de postgrado como las residencias médicas se llevan a cabo en hospitales de tercer nivel de atención. (Gráfico 4)

En cuanto a la percepción de ingresos, los estudiantes identifican al servicio público del tercer nivel de atención como una fuente significativa de aporte económico (64%, n=48), aunque una proporción notable también asocia el ámbito privado, tanto en sanatorios (21%, n=28) como en consultorios privados (36%, n=27), con una mayor viabilidad financiera. Esta percepción refuerza la estructura de poder que valora más los espacios de alta especialización y menor contacto con la comunidad, lo cual se desvía de los

principios de la APS, que promueven un enfoque en la prevención y la atención centrada en el paciente, con equidad y accesibilidad como ejes centrales. (Gráfico 5)

Por su parte, los docentes también muestran un patrón de desempeño centrado en el servicio público del tercer nivel (63,3%, n=28), aunque una proporción significativa también trabaja en el ámbito privado (Sanatorios: 56,1%, n=23; Consultorios Privados: 53,7%, n=22) (Gráfico 4). En términos de aporte económico, los docentes señalan que su mayor ingreso proviene del sector privado (Sanatorio Privado: 34,1%, n=14; Consultorio Privado: 46,3%, n=27), lo que sugiere una influencia económica que podría perpetuar un distanciamiento del modelo de APS en favor de un perfil más orientado hacia especialidades rentables en el mercado. (Gráfico 5)



Gráfico 4: Comparación entre los servicios de salud de desarrollo de las prácticas profesionales de los docentes con los servicios de salud deseados para el desarrollo de las prácticas profesionales de los estudiantes una vez egresados

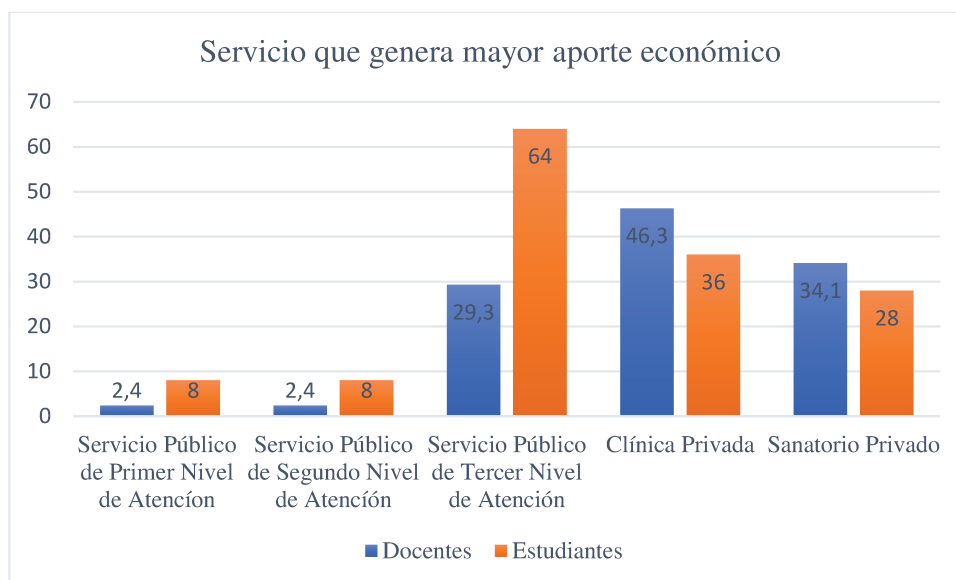


Gráfico 5: Comparación entre los Servicio de salud que ofrece mayor aporte económico en la práctica profesional de los docentes con la percepción de los estudiantes.

Estos resultados revelan una interacción compleja entre el saber y el poder en el ámbito de la salud: la formación orientada hacia el servicio público y el tercer nivel de atención posiciona este espacio como un ideal de desempeño profesional, reforzando el capital simbólico de los hospitales de alta complejidad. Por otro lado, subrayan una tensión entre el modelo formativo ideal, que promueve una orientación hacia la APS, y las dinámicas de poder económico y de prestigio que refuerzan una preferencia por el tercer nivel de atención y el sector privado. El capital simbólico de los estudiantes se manifiesta más abiertamente ya que es posible que desconozcan que para el sistema de salud público la hora de práctica médica tiene el mismo valor, independientemente del nivel de atención en donde se desempeñe.

La jerarquización del conocimiento en la formación médica, que privilegia la alta complejidad y las demandas del mercado, tiene raíces en las tensiones históricas entre los enfoques técnico-científicos y los enfoques social-políticos sobre la que argumentamos en el capítulo 2, particularmente en la década de 1970, cuando el sistema de salud comenzó a segmentarse entre sectores público y privado, sumado a la creciente especialización médica y la sobrevaloración de las subespecialidades. En este contexto, se hace evidente la necesidad de revisar las estructuras de poder que configuran las pretensiones sobre la práctica profesional para alinearla con los valores de una atención más equitativa e integral.

Capítulo 6: La relación entre teoría y práctica en la formación médica

En el capítulo 3 realizamos una crítica sobre la separación clásica entre teoría y práctica, característica de la educación bancaria de Freire (2008). Allí la teoría se presenta como un contenido transmitido y la práctica como una aplicación instrumental (Freire, 2008a, 2015b). Esta dicotomía, frecuentemente jerarquizada en favor de la teoría obstaculiza la visión de la realidad, las posibilidades de su análisis y la capacidad transformadora del conocimiento. Frente a esta perspectiva, Guyot (1995) - citando a Kosik - afirma que teoría y práctica forman parte de una unidad mayor que es la *praxis*, como actividad ontocreadora del hombre en tanto un modo de ser creador, reflexivo y transformador de su entorno. Esta actividad transformadora tiene implicaciones éticas y políticas, ya que el sujeto no solo conoce el mundo, sino que lo modifica a través de su acción crítica (Guyot, 2011).

En este capítulo se analiza la relación entre teoría y práctica en relación con el currículum de medicina y las prácticas docentes de PFO. Aquí se desafía esa propuesta formativa histórica bajo el concepto de competencias, educación basada en la comunidad y la educación interprofesional.

6.1 La dicotomía teoría-práctica en el currículum médico

La relación entre teoría y práctica en el currículum de la carrera de medicina está profundamente influida por las normativas que separan la enseñanza teórica de la práctica. Si bien la Resolución 798/2022 del Ministerio de Educación establece los contenidos curriculares básicos organizados en ejes temáticos *como forma de articulación e integración vertical y horizontal, atendiendo a la formación básica, clínica y de práctica final obligatoria adaptable a cualquier estructura curricular*²⁴, el Anexo II

²⁴ Se establecen dieciocho ejes a saber:

- El cuerpo humano
- Desarrollo y crecimiento humano
- Mecanismos de integración y regulación
- Mecanismos de agresión, adaptación, defensa y respuesta
- Acción y utilización de fármacos
- Proceso de salud enfermedad
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Abordaje clínico en personas adultas
- Salud-enfermedad en la niñez y la adolescencia
- Salud sexual y reproductiva
- Condiciones de salud de la población y organización de redes y servicios de atención
- Relación médico-paciente-familia y comunidad

de dicha resolución separa las horas de formación teórica y práctica o bien aclara cuántas de estas horas deben dedicarse en cada etapa de formación. Para la Formación Básica y Clínica (FBC) se proponen 4000 h de las cuales el 50% deben ser prácticas. Para la PFO se disponen 1280 h de las cuales el 80 % deben ser prácticas que se desarrollen en diversos escenarios y niveles de complejidad (Resolución Ministerial N.º 1051/19, Anexo II y III).

El hecho de discriminar separadamente la intensidad de la formación práctica tanto para la FBC como para la PFO parece retomar la histórica distinción entre teoría y práctica, esta última, en términos de aplicación de un conocimiento teórico previamente enseñado. Esta dicotomía suscribe a la concepción epistemológica lineal fragmentada de la crítica de Freire (2008), que en la mayoría de los programas aparece implícito sin ser sometido a discusión. Esta forma de comprender la teoría implica que toda práctica entendida en términos de saber cómo supone la aplicación de un saber qué. Así, el papel instrumental que cumple la práctica en función de la teoría le quita a ambos cualquier iniciativa con poder transformador de la realidad (Freire, 2008a; Guyot et al., 1995).

La perspectiva crítica de la “praxis” alrededor del conocimiento permite introducir otro enfoque a la propuesta curricular que es el de las competencias. Las competencias en medicina se definen como el habitual y juicioso uso de comunicación, conocimiento, técnica, habilidades, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a la que sirve (Cate, 2017). Sergio Tobón (2013) además aclara que las competencias trascienden las conductas y habilidades en

Problemas bioéticos, éticos y legales

Prácticas clínicas contextualizadas

Procedimientos clínicos y quirúrgicos indispensables en la atención inicial de las urgencias y emergencias

Procedimientos clínicos o quirúrgicos necesarios en las prácticas de salud

Metodología científica en la práctica médica”

Requisitos transversales” asociada a la comunicación adecuada oral, escrita y no verbal con las personas, sus familias, su entorno, el equipo y las organizaciones de salud, conocimiento del idioma inglés científico-técnico en el nivel de comprensión de textos, uso de tecnologías de la información y la comunicación en la práctica profesional.

En cada uno de los ejes se agrupan contenidos de distintas disciplinas de la profesión médica y otras profesiones como biología, bioquímica, psicología, antropología, derecho y nutrición, entre otras. Se habilita a que dichos contenidos puedan ser reagrupados y reorganizados de acuerdo con las decisiones y orientaciones de cada Universidad o Unidad Académica responsable de la elaboración del correspondiente del Plan de Estudios (Resolución Ministerial N.º 1051/19, Anexo I).

favor de actuaciones integrales para abordar problemas del contexto con idoneidad y ética, poniendo en acción el saber ser (actitudes y valores), el saber convivir (interdisciplinariedad, interculturalidad), el saber hacer (habilidades procedimentales) y el saber conocer (conceptos y teorías) (Tobón, 2019).

El plan de estudios de FCM – UNL (Resolución C. S. N°133/06) establece las competencias del médico en el marco de la Atención Primaria de la Salud como aquel que sea capaz de:

- Comprender al ser humano integralmente, articulando sus aspectos biológicos, sociales, psicológicos y culturales; reconociendo a la vida y la dignidad humana como valores supremos e involucrándose en la defensa activa de estos valores.
- Intervenir idóneamente en el proceso salud-enfermedad- atención, desde el campo teórico práctico de la atención primaria de la salud, reconociendo a la salud como un derecho y su tarea como un servicio en el camino para la construcción de la ciudadanía.
- Tomar decisiones aun en contextos de incertidumbre, crisis y cambios sociales profundos para desarrollar un desempeño autónomo y a la vez comprometido con la realidad social, reconociendo a la profesión como una práctica ética.
- Promover la formación del equipo de salud con otros trabajadores de la salud y actores sociales para realizar la prestación de servicio y funciones de docencia e investigación, asumiendo la complejidad de sus problemáticas y múltiples determinaciones.
- Reconocer la importancia del autoaprendizaje y de la educación continua para afianzar el desarrollo de competencias simbólicas, analíticas y comunicacionales, y lograr un posicionamiento crítico con sólidos argumentos frente a la construcción del conocimiento científico, tecnológico y los usos.

Para el desarrollo de estas competencias, el artículo N° 14 del Régimen de Enseñanza de la carrera de medicina de FCM - UNL (Res. Dir. 089-09) estructura la enseñanza teniendo en cuenta los lineamientos generales del aprendizaje basado en problemas como eje vertebrador del currículum. Se trata de una modalidad de clase llamada tutorías que trabaja sobre Unidades de Aprendizaje Basado en Problemas (UABP). Los espacios de tutoría se complementan con seminarios teóricos, laboratorios y talleres de habilidades de destrezas clínicas y salidas o prácticas en terreno.

Según Jorge Venturelli (1997), las UABP logran estructurar el aprendizaje en torno a problemas significativos y relevantes en el contexto profesional, orientando a los estudiantes a desarrollar competencias y habilidades de resolución de problemas en situaciones simuladas que reflejan la realidad médica. Las UABP están diseñadas para que los estudiantes adquieran conocimientos de manera autónoma y colaborativa, a través de un proceso que incluye la identificación, análisis y solución de problemas médicos concretos con un enfoque interdisciplinario. Cada UABP representa una situación práctica que permite a los estudiantes integrar conocimientos teóricos con habilidades prácticas en un contexto de tutoría facilitado por la guía y retroalimentación del docente (Venturelli, 1997).

En el marco de la educación médica, el modelo de UABP fomenta un aprendizaje activo y profundo, en el que el conocimiento no solo se adquiere, sino que se aplica y transforma continuamente. Las UABP, al estar estructuradas en torno a problemas complejos, requieren que los estudiantes trabajen en equipos, desarrollando competencias como la comunicación, el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la reflexión ética. Venturelli (1997) subraya que este enfoque permite a los estudiantes involucrarse en un proceso dialógico, donde, bajo la orientación de un tutor, exploran y confrontan diferentes perspectivas y posibles soluciones. Así, las UABP no solo contribuyen al desarrollo de conocimientos técnicos y clínicos, sino que también promueven una formación integral, centrada en la praxis y en la resolución de problemas reales de salud (Venturelli, 1997).

Puede observarse una tensión significativa entre el modelo de competencias y aprendizaje activo promovido en el currículum y los estándares de acreditación exigidos por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). Estos estándares se centran en la contabilización y separación de horas teóricas y prácticas, lo que refuerza una visión fragmentada y tradicional de la enseñanza, donde la teoría y la práctica se entienden como dimensiones autónomas y no integradas.

Esta segmentación, exigida para cumplir con los criterios de acreditación, contrasta con la propuesta curricular de la FCM-UNL. En este sentido, el diseño curricular orientado por competencias y centrado en el ABP enfrenta el desafío de reconciliar una estructura regulatoria que mide el aprendizaje de manera cuantitativa con un enfoque pedagógico que promueve la integración y la aplicación crítica del conocimiento en escenarios reales.

Esta tensión puede limitar el potencial transformador del currículum, pues, si bien las UABP y la formación en competencias intentan superar la dicotomía entre teoría y práctica, la necesidad de cumplir con un régimen de acreditación rígido y normativo mantiene a la formación médica en un esquema de enseñanza que muchas veces prioriza la certificación de contenidos y horas sobre la calidad y profundidad de los procesos de aprendizaje.

6.2 Educación basada en la comunidad e integración de las funciones sustantivas de la universidad.

El enfoque clínico - comunitario se propone desde el inicio de la formación ya que desde el primer año se introduce al estudiante en prácticas extrahospitalarias asistenciales y comunitarias, privilegiando la APS. La APS continúa siendo hoy la principal estrategia para lograr equidad y calidad en salud. De ello deviene la necesidad de formación profesional centrada en la comunidad. Ello se logra a través de prácticas de integración de docencia-servicios-comunidad, así como a través de la integración curricular de actividades de investigación y extensión al proceso de enseñanza aprendizaje (Carrera, 2015; Castañeira, 2014). La estrategia tiene una gran ventaja respecto de la responsabilidad social de las instituciones, dado que acerca la formación médica a su práctica real y promueve una atención médica de mayor aceptabilidad que contempla la esfera social de los procesos de salud/ enfermedad y aborda de forma adecuada las necesidades reales de la población (Sordini et al., 2024). Los estudiantes son confrontados con los problemas de salud de las comunidades en las que supuestamente desarrollarán su práctica futura haciendo que ante una determinada situación de salud, el estudiante se cuestione e identifique los problemas que puedan estar presentes en ella (Borrell Bentz, 2005).

La educación centrada en la comunidad oficia como forma de educación experiencial, en tanto una clase particular de aprendizaje que relaciona la enseñanza académica con la vida real. A partir de una situación auténtica el estudiante pone a prueba sus habilidades y conocimientos teóricos, se evalúa, se enriquece con otros conocimientos y habilidades, identifica nuevos problemas, y fija prioridades de resolución de dichos problemas (Camilloni, 1998; G. Menéndez et al., 2013).

El concepto de educación experiencial implica por un lado tener claro su papel formativo, sin perder de vista el compromiso social. Esto exige momentos de planificación, monitoreo, reflexión y evaluación. Por otro lado, la experiencia, en el marco de un proceso de aprendizaje, significa un conjunto de vivencias donde nuestras acciones generan un cambio. Las consecuencias de ese cambio fluyen hacia nosotros en forma de gozo o sufrimiento, cargando de sentido ese accionar. Determinar la significación de una acción es lo que invita a pensar, a reflexionar y puede ser el punto de partida de una nueva experiencia resignificada. La alteridad interpela al estudiante, lo obliga a escuchar, a conmoverse, a sentirse responsable y a cambiar. (Magendzo, 2005) Es decir, retomando el concepto de John Dewey, la experiencia permite aprender y seguir aprendiendo, generando nuevo conocimiento en un mundo que se está haciendo (Dewey, 2011).

Las actividades de extensión han mostrado un importante crecimiento y compromiso. Las mismas se enmarcan en el Sistema Integrado de Programas, Proyectos y Prácticas de Extensión (SIPPPE), coordinado por la Secretaría de extensión Social y Cultural de la UNL y reglamentado por la Resolución C.S. N 16, implementada a partir del año 2019. Se destacan proyectos extracurriculares como los de: Interés Social (PEIS), los de Interés Institucional (PEII) y las Acciones de Extensión al Territorio (AET). También proyectos curriculares como las prácticas de extensión de educación experiencial (PEEE).

Dentro de este sistema, la FCM es sede del Programa Equidad en Salud el cual cuenta con un equipo de coordinación con participación de la Facultad de Humanidades y Ciencias y la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Además, desarrolla acciones en forma articulada con otros Programas Institucionales de Extensión de la UNL.

Así también el Programa de Voluntariado Universitario de la UNL, permite la participación responsable y solidaria de la comunidad universitaria en articulación con los distintos espacios de la sociedad civil en el desarrollo de los Programas y Proyectos de Extensión. El Voluntariado Universitario se basa en la promoción de los valores de solidaridad, compromiso y responsabilidad intentando lograr bases para el desarrollo progresivo de una cultura sostenible y, especialmente, una educación integral de los futuros profesionales. Las actividades de voluntariado, entre otras actividades extracurriculares, se incorporan al certificado analítico bajo el encuadre “Suplemento al Título” como certificación académica que se expide de manera complementaria al título

para registrar las trayectorias estudiantiles que no son contempladas en la exigencia para obtener la titulación (R M N 2405/17)

Por otra parte, la unidad académica cuenta con Programas Institucionales que constituyen estrategias de fortalecimiento e integración de las funciones sustantivas de la Universidad, posibilitando llevar adelante la articulación de Proyectos de Extensión en sus diversas modalidades, con las prácticas de enseñanza e investigación en el marco de la Facultad de Ciencias Médicas.

Los Programas Institucionales de la Facultad de Ciencias Médicas son:

- Desarrollo de la medicina del trabajo y salud ocupacional
- Envejecimiento activo y saludable
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Desarrollo de la medicina de emergencia, rescate y trauma
- Programa de cirugía mini invasiva.
- Salud rural

La FCM - UNL también ha desarrollado diferentes líneas de investigación resultantes de convocatorias institucionales como los del Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo (CAI+D), los CAI+D orientados, y el Programa de Promoción y Apoyo a la investigación en Temas de Interés Institucional (PAITI). También ha participado de convocatorias de otros organismos públicos o privados de alcance provincial, nacional e internacional. Los equipos se conforman con docentes - investigadores formados, tesistas de trabajos doctorales y colaboradores docentes. Los estudiantes se incorporan desde las becas de iniciación a la investigación (llamados cientibecas), los trabajos de práctica final obligatoria (PFO) o integradores (TIF), como también desde las propuestas de cátedra que tengan intereses comunes. Las líneas actuales estudian sobre el cáncer genito-mamario, riesgo cardiovascular y metabólico, salud ambiental, la enfermedad de Chagas y COVID-19.

En concordancia con su trayectoria de responsabilidad social, la facultad propone resignificar la investigación y la extensión como estrategia pedagógica a través de la

inclusión en el currículum de sus carreras desde la perspectiva del currículum basado en la comunidad comentado en párrafos anteriores. En la mayoría de las áreas, las propuestas de investigación o educación experiencial, ya sea dentro de proyectos o como parte de salidas a terreno, surgen espontáneamente de parte de los docentes con mayor regularidad en los primeros años de la carrera. Desde tercer año en adelante se presenta una importante vacancia en este aspecto hasta la PFO, que incorpora el cumplimiento de horas en extensión y un trabajo grupal de investigación como parte de sus condiciones de regularidad.

Se consultó a estudiantes y docentes si habían realizado actividades de investigación extensión en algún momento, qué porcentaje de su tiempo en la universidad le dedicaban a las actividades de cursado, investigación y extensión, así como el grado de valoración a las funciones sustantivas de la universidad en una escala de Likert donde 5 era el máximo grado de valoración y 1 el mínimo

El 50, 7% (n=38) de los estudiantes encuestados refirió no haber realizado nunca actividades de investigación o extensión, el 25,3 % (n=19) refirió haber realizado actividades de investigación, el 12 % (n=9) refirió haber realizado actividades de extensión y el 12% (n=9) refirió haber realizado ambas actividades. (Gráfico 6) En concordancia con estos datos los estudiantes refirieron que la mayoría de su tiempo en la universidad está dedicada al cursado de las materias (percentil 50 igual al 70%), solo el 25% de los estudiantes llegan a asignarle un 20 % o más a las actividades de investigación (percentil 75= 20%) y un 15% o más a las actividades de extensión (percentil 75= 15%). Respecto al grado de valoración que asignan los estudiantes a las funciones sustantivas de la universidad, el 70.7% (n=53) de los mismos calificaron entre 4 y 5 las actividades docentes, el 52.7% (n=39) asignaron los mismos valores para las actividades de investigación y finalmente el 51.4% (n=38) asignaron estos puntajes a las actividades de extensión. (Gráfico 7)

En relación con los docentes el 39% (n=16) de los encuestados refirió no haber realizado nunca actividades de investigación o extensión, el 17.1 % (n=7) refirió haber realizado actividades de investigación, el 22 % (n=9) refirió haber realizado actividades de extensión y el 22 (n=9) refirió haber realizado ambas actividades. (Gráfico 6) En concordancia con estos datos los docentes refirieron que la mayoría de su tiempo en la

universidad está dedicada a las actividades de docencia (percentil 50 igual al 70%), solo el 25% de los docentes llegan a asignarle un 10 % o más a las actividades de investigación e investigación (percentil 75= 10%). Respecto al grado de valoración que asignan los estudiantes a las funciones sustantivas de la universidad, donde 5 es el máximo grado de valoración y 1 el mínimo, el 80.5% (n=33) de los mismos calificaron entre 4 y 5 las actividades de cursado, el 56.1% (n=23) asignaron los mismos valores para las actividades de investigación y finalmente el 43.9% (n=18) asignaron estos puntajes a las actividades de extensión. (Gráfico 7)

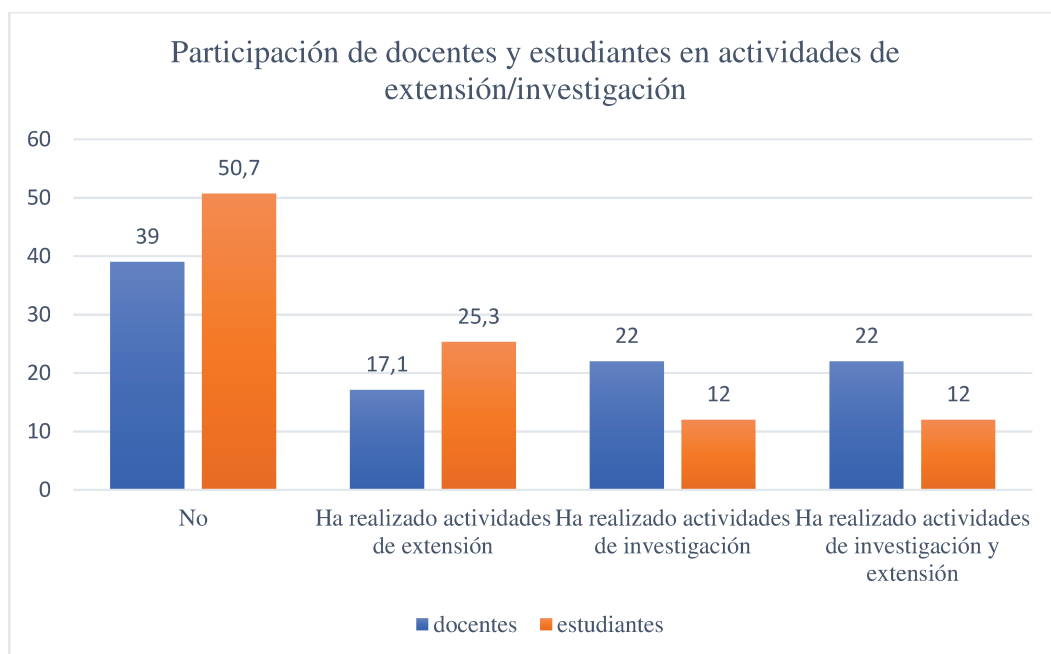


Gráfico 6: Comparación entre de docentes y estudiantes sobre su participación en actividades de investigación, extensión o ambas

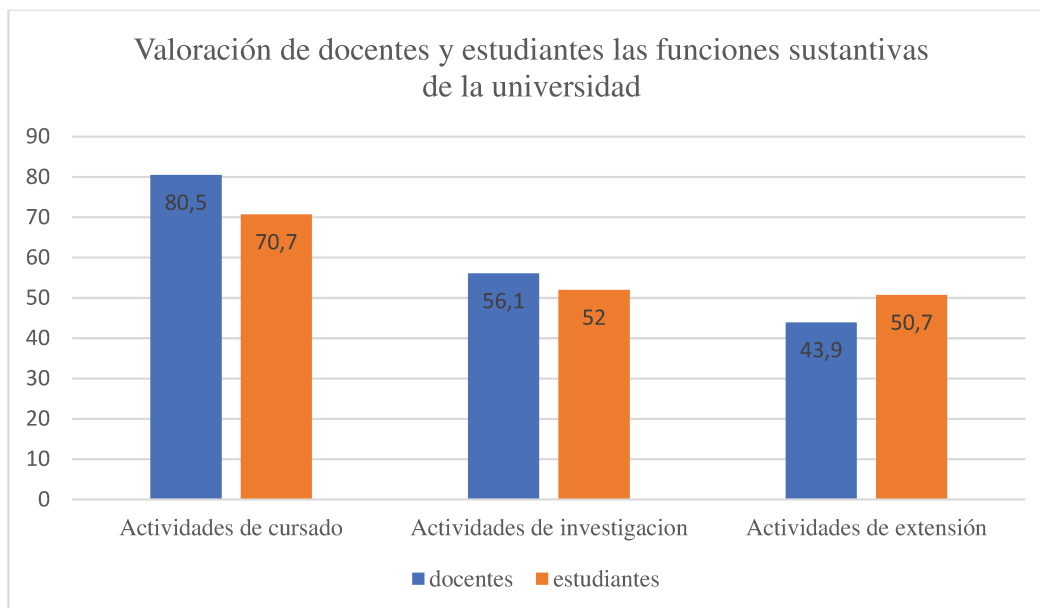


Gráfico 7: Comparación entre de docentes y estudiantes sobre el grado de valoración que le dan a las funciones sustantivas de la universidad.

Más de la mitad de los estudiantes reporta no haber realizado ninguna actividad de investigación o extensión, en comparación con el 39% de los docentes. Esto podría indicar una menor exposición de los estudiantes a estas actividades que podría estar influenciado por la carga curricular del cursado de materias o por la falta de conceptualización de las actividades de extensión integradas al currículum. Las salidas a terreno que forman parte del régimen de enseñanza son actividades de extensión. Las mismas llevan consigo tres etapas: una introductoria del tema que se trabajará con la población y las actividades a desarrollar, otra que implica la actividad en sí misma y una tercera etapa reflexiva de puesta en común de los estudiantes, docentes y actores sociales involucrados. Estas actividades se ofrecen tanto en el primero como en el segundo año de cursado con una regularidad que lleva más de 10 años.

La proporción de estudiantes que se involucran exclusivamente en investigación es notablemente mayor (25.3%) que la de los docentes (17.1%), lo que sugiere una curiosidad o interés temprano en la investigación.

Tanto estudiantes como docentes dedican un alto porcentaje de su tiempo al cursado (70%). Sin embargo, los estudiantes dedican más tiempo a investigación y extensión

(20% y 15%, respectivamente) en comparación con los docentes, quienes asignan sólo un 10% a cada una de estas actividades. Estos resultados podrían vincularse a que es necesario acreditar actividades de investigación y extensión para la regularidad de PFO y a que la mayoría de los docentes encuestados eran jefes de Trabajos Prácticos o Ayudantes (73,2% n=30 y 12,2 % n=5) de cátedra con una carga horaria semanal de 10 horas. (Gráfico 8)

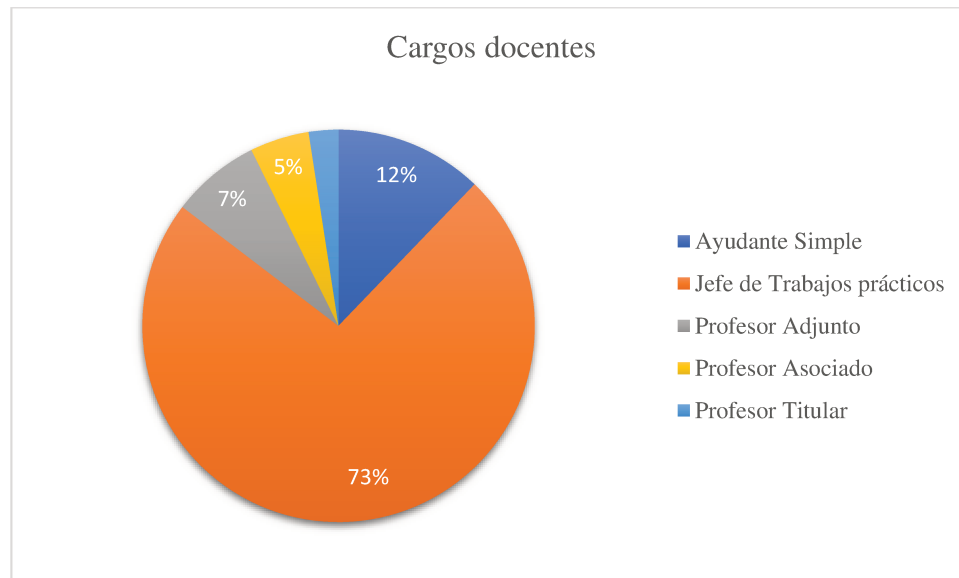


Gráfico 8: Cargos de los docentes encuestados

La docencia es valorada altamente por ambos grupos, con un 80.5% de valoración positiva entre los docentes y un 70.7% entre los estudiantes. La investigación recibe una valoración similar, aunque ligeramente mayor entre los docentes (56.1%) en comparación con los estudiantes (52.7%). Finalmente, la extensión muestra la mayor diferencia en valoración: los docentes la valoran menos (43.9%) en comparación con los estudiantes (51.4%). Esta diferencia podría reflejar variaciones en las oportunidades de participación o en la percepción de su relevancia para la formación profesional.

Los resultados de las encuestas reflejan tanto el potencial como los desafíos de la integración de las funciones sustantivas de la universidad en la formación médica. Si bien la facultad promueve un enfoque clínico-comunitario y el aprendizaje basado en la práctica desde los primeros años, los datos indican una limitada participación de los estudiantes en actividades de investigación y extensión, especialmente en los años intermedios de la carrera. Esta situación puede estar influenciada por la carga curricular,

la falta de integración de actividades de extensión en el currículum, y la disponibilidad de oportunidades estructuradas para involucrarse en las actividades extracurriculares que podrían ser efecto de la falta de tiempo, interés o promoción. Por otro lado, la alta valoración de la docencia y la apreciación moderada de la investigación y extensión destacan la necesidad de fortalecer la percepción y la relevancia de estas funciones en la formación profesional. Las actividades de extensión, en particular, se muestran como un área con oportunidades de crecimiento en cuanto a la vinculación entre estudiantes, docentes y la comunidad. La facultad tiene el desafío de continuar promoviendo una educación integral que reconozca la investigación y la extensión como componentes clave en la construcción de un profesional de la salud comprometido con el contexto social, cultural e histórico de la región.

6.3 La interprofesionalidad como nueva clave para la formación médica

La OPS establece que el trabajo interprofesional es una de las estrategias para lograr el objetivo de salud universal, ya que tiene el potencial de mejorar la salud de las personas y el acceso a la atención de la salud, aumentar la confianza de los profesionales de la salud, reducir los costos de atención en salud y mejorar las prácticas y la productividad en el ambiente de trabajo (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Para hacer que el trabajo colaborativo se internalice en la vida cotidiana de los equipos de salud, las experiencias interprofesionales deben transitarse dentro de la formación de grado para que los estudiantes puedan trabajar, compartir y comprender su importancia. Es por ello por lo que las habilidades del trabajo colectivo e interprofesional necesitan concebirse como parte del currículum (Moiso y Villalba Adriana, 2022).

La educación interprofesional (EIP) en salud se muestra como una estrategia para llegar a abordar las problemáticas complejas vinculadas a los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado (van Diggele et al., 2020). Estos últimos requieren de la participación colaborativa de varias profesiones y disciplinas que, durante las trayectorias de trabajo en común se enriquecen mutuamente para resolver los problemas de salud. Por ello la EIP se ha transformado en una necesidad obligatoria de entrenamiento de las prácticas reales en contextos reales, simulados o proyectos de trabajo en común. De esta manera, el aprendizaje sobre los demás, con los demás y entre sí resultan significativos (World Health Organization, 2010)

El aprendizaje en este contexto proporciona un proceso de socialización y desarrollo cognitivo que habilita a los estudiantes a compartir sus experiencias dentro de la propia profesión y con estudiantes de otras profesiones. Esto ofrece la oportunidad de familiarizarse con la diversidad de lógicas, lenguajes, tareas o roles de los profesionales que forman parte de la atención integral de los usuarios en salud. Al mismo tiempo, este modelo contribuye al desarrollo de la propia identidad profesional y la comprensión sobre las responsabilidades que han de asumir cada uno de ellos (van Diggele et al., 2020).

Retomando el concepto praxis entendida como una actividad en la que teoría y práctica se unen en un proceso transformador, trabajar en la interprofesionalidad implica poner en acción la definición completa de competencias que plantea Sergio Tobón (2019): saber ser (actitudes y valores), el saber convivir (interdisciplinariedad, interculturalidad), el saber hacer (habilidades procedimentales) y el saber conocer (conceptos y teorías) (Tobón, 2019).

La FCM - UNL cuenta con su representación dentro de la Secretaría Ejecutiva de la Red Regional de la Educación Interprofesional de las Américas (UNIRED-EIP), siendo institución fundadora en su constitución en el año 2019. Esta red está formada por un conjunto de universidades interesadas en el fortalecimiento de la cooperación académica para la implementación de la EIP y la Práctica Colaborativa (PC) en América Latina y el Caribe. Mientras las universidades cerraban las puertas de sus aulas en la pandemia por COVID-19, la FCM abría su centro de simulación para convertirse en pionera en el desarrollo de competencias interprofesionales para el abordaje de las situaciones de seguridad del paciente y de los profesionales, así como el manejo de casos sospechosos o confirmados en diversos ámbitos y situaciones de gravedad jerarquizando el trabajo colaborativo (Carrera, 2021).

Anualmente los estudiantes de las carreras de la FCM participan del taller interprofesional internacional en salud, donde se reúnen junto a otros estudiantes de otras profesiones y universidades para realizar actividades orientadas al trabajo en equipo, la comunicación y la seguridad del paciente.

El mayor desafío para EIP ha sido encontrar estrategias para integrar estas propuestas al currículum. Una forma de superarlo ha sido su incorporación como propuesta de práctica de educación experiencial como por ejemplo el proyecto “Conocer para mejorar la Salud”

que implicó el trabajo en territorio de los estudiantes de enfermería y medicina. El propósito del proyecto fue de la integrar y resignificar los contenidos abordados durante el ciclo de promoción de la salud de la carrera de medicina y los contenidos de Enfermería Comunitaria II y práctica profesionalizante comunitaria y hospitalaria II de la Tecnicatura de Enfermería. Otra forma ha sido a través de propuestas de simulación de emergentología entre los estudiantes de PFO de Medicina, la Tecnicatura de emergencia prehospitalaria, rescate y trauma, Tecnicatura en cosmiatría (Kuttel et al., 2016).

En el año 2021 la facultad fue sede de la Jornada Internacional de la Red Académica de Educación Interprofesional en Salud de las Américas (UNIRED - EIP). donde se concluyó que la EIP es una estrategia indispensable para afrontar las inequidades y problemas en salud, que se necesita mayor difusión de EIP, capacitación docente, incorporación de tecnologías de la información, participación en redes del conocimiento, acuerdos intersectoriales, voluntad política y liderazgo.

La observación de los espacios de simulación resulta clave para el análisis de las prácticas docentes que promueven la interprofesionalidad. Esta actividad representa una de las primeras experiencias en las que los estudiantes asumen el rol de distintas profesiones, 'poniéndose en la piel' de otros profesionales de la salud. Esta inmersión en roles diversos facilita una comprensión más profunda de las competencias, responsabilidades y perspectivas de las demás disciplinas, promoviendo el desarrollo de habilidades interprofesionales y el respeto por la diversidad de funciones en el equipo de salud.

Se pudo evidenciar el compromiso asumido por cada estudiante en su rol, ya que todos respondieron afirmativamente ante la pregunta de si el escenario preparado por los docentes les había parecido suficientemente real. Esto respalda las observaciones sobre el capital simbólico que los estudiantes atribuyen a las profesiones distintas a la médica

En el caso de las simulaciones de ginecología y obstetricia por ejemplo vale la pena describir la siguiente observación:

“El grupo de 5 estudiantes que va a simular se encuentra en escenario preparado para trabajar un caso de emergencia hipertensiva en el embarazo. Se encuentran en la sala que simula una guardia de un hospital de tercer nivel de atención de tipo *shockroom* (es un espacio preparado para asistir las emergencias más graves). El docente entrega una

bandeja con tarjetas invertidas para que cada uno de los estudiantes elija, de esta forma los roles se asignan al azar. Se proponen 5 roles: enfermero, licenciado en obstetricia, médico de traslado, médico especialista en ginecología y obstetricia y médico residente en ginecología y obstetricia.

La primera estudiante que saca su tarjeta se encuentra con el rol “licenciada en obstetricia” y expresa “*hay no...*” haciendo un gesto de descontento de tipo “berrinche” bajando la tarjeta y dando una pequeña vuelta sobre sí misma. Otro de los compañeros al que le había tocado el rol de médico expresa “*hay...gracias a Dios*”. El docente capta la expresión de la estudiante:

Docente: *¿A vos que te tocó? ¿Licenciada en obstetricia?, se dirige a otra estudiante: ¿Y enfermería? Bueno ustedes dos se quedan acá, los chicos van a llegar con una paciente. Cuando ustedes consideren, cuando ustedes consideren que tienen que llamar a los médicos que están de guardia como obstétrica y como licenciada en enfermería: los llaman. Cuando ven que la capacidad de actuar sobre la paciente las supera, los llaman. Ahí tienen el teléfono y si el teléfono no funciona, se acercan a hasta la habitación y llaman a los chicos. ¿Estamos?*

Estudiante: *Eso estaría bueno que digo, fuera de esto, si en algún momento tengamos alguna charla o algo de qué diferencia hay, o sea, ¿hasta dónde llega la obstetra, dónde interviene el médico?*

Docente: *¿Qué les parece a ustedes que hace una licenciada en obstetricia?*

Estudiante: *Eso te estaba por decir, yo por ejemplo no tengo ni idea qué hace la licenciada en obstetricia más que el parto, digamos. No sé qué hace.*

El docente explica sobre las competencias de la licenciada en obstetricia y finaliza diciendo: *...” un triage, una recepción, un diagnóstico de un embarazo patológico tranquilamente lo puede hacer una licenciada en obstetricia”.* (Imagen 2)



Imagen 2: Se ilustra un escenario descrito donde una de las estudiantes muestra su descontento al recibir el rol de licenciada en obstetricia. Imagen realizada con inteligencia artificial para proteger la identidad de los participantes del estudio.

Especialmente en las simulaciones de ginecología y obstetricia la distribución de roles era una sección muy concreta del prebriefing. Más allá del azar de la asignación y las diferentes reacciones de los estudiantes al encontrarse con sus funciones, pudo observarse en el momento del debriefing que la mayoría había podido transitar de forma más organizada y tranquila esta situación de emergencia. Así lo expresaban los estudiantes:

Estudiante 1: *Me sentí bien porque todos se estaban ocupando de la paciente*

Docente: *¿Estabas tranquila?*

Estudiante 1: *Si*

Docente: Perfecto. *¿Vos que hacías? (dirigiéndose a otro estudiante)*

Estudiante 2: *Yo era residente. Sensación no sé, pero me sentí rara, ni bien ni mal. Como yo sentía que lo único que tenía en mente era la medicación, y no sabía que otra cosa hacer*

Docente: *¿Por qué crees que lo único que tenía en mente era la medicación?*

Estudiante 2: *Porque como que era lo que tenía que hacer sí o sí, pero a la vez yo tenía que llegar, preguntar cosas o sentía que tenía que hacer algo en el examen físico y otras cosas, en ese sentido me sentía en blanco.*

Docente: Bien ¿Vos? *dirigiéndose a otro estudiante*

Estudiante 3: *Yo era la licenciada en obstetricia, me sentí tranquila y cuando llegaron los médicos ellos se encargaron de la medicación y como que yo sentía que tenía que controlar la panza.*

El Docente afirma: *Habías encontrado una función dentro del grupo.*

Estudiante 4: *Yo era enfermero y me sentí cómodo*

Docente: ¿Vos?

Estudiante 5: *Era médico de traslado, y ya también me sentí tranquilo porque era como que yo había cumplido mi función que era digamos, darme cuenta que era lo que tenía la paciente en el prehospitalario y saber que la tenía que llevar, cumplir con la función de médico prehospitalario.*

Docente: *Yo les hago una consulta, ante una situación de emergencia obstétrica y el ver a todos sus compañeros trabajando, ¿todos estaban tranquilos? ¿No les generó nada?*

Estudiante 5: *No, tranquilidad por el saber qué es lo que está pasando en realidad, tranquilidad de no tener la incertidumbre, de decir no sabemos qué está pasando y no sabemos qué hacer.*

Estudiante 1: *O sea, sabíamos que teníamos que hacer muchas cosas, pero lo teníamos en mente, sabíamos que hacer, no me sentí perdida.*

Estudiante 4: *Se sintió como un engranaje que funcionaba bien... ..*

Estudiante 1: *Aparte nos comunicamos*

Estudiante 5: *Si bien le erramos en un par de cosas me sentí más cómodo por el orden de los roles*

En este fragmento del debriefing surge que uno de los estudiantes pasa por un momento de *sentirse en blanco*. En otras observaciones se escucharon frases como *sentir una laguna* o *sentirse paralizado* (Imagen 3). Esta situación suele observarse cuando se expone a los estudiantes a simulaciones que ponen en riesgo la vida del paciente. El momento de la reflexión resulta clave para resignificar estas sensaciones como una posibilidad latente, o humana de cualquier profesional sometido a tal estrés y que resulta clave poder sortear estas dificultades contar con el apoyo del equipo interviniente, promoviendo una revalorización de los roles y una visión de equipo más inclusiva (Cooper-Ioelu y Jowsey, 2022)



Imagen 3: Se ilustra un escenario donde uno de los estudiantes se siente paralizado frente a la situación de emergencia. Imagen realizada con inteligencia artificial para proteger la identidad de los participantes del estudio.

En estas observaciones puede analizarse cómo las expectativas y las percepciones de rol influyen en la dinámica de aprendizaje y la integración interprofesional en escenarios de simulación médica. Así como los estudiantes demuestran un claro compromiso en la simulación, también expresan juicios o preferencias sobre roles, especialmente cuando se asignan al azar.

Aquí nos posicionamos sobre la intersección de la categoría poder - saber y la relación entre teoría y práctica: el “capital simbólico” atribuido a roles distintos al de médico revela una jerarquización que se asocia a una percepción de prestigio o autoridad inherente e incluso son vistos como líderes naturales. Estos comportamientos no solo reflejan estructuras jerárquicas arraigadas, sino que también afectan el grado de protagonismo, autonomía y responsabilidad que los estudiantes asumen en roles considerados “menores” o auxiliares (Cooper-Ioelu y Jowsey, 2022; Violato et al., 2021).

El desconocimiento y subvaloración de competencias específicas de profesiones como la licenciada en obstetricia, limitando su comprensión a tareas específicas como el parto. Podría reflejar una falta de visibilidad y valoración adecuada de roles fuera de la medicina. Este desconocimiento contribuye a perpetuar estereotipos e interferir en la efectividad del equipo al no aprovechar plenamente las habilidades interprofesionales (Cooper-Ioelu y Jowsey, 2022)

Los estudiantes que no eran médicos se sintieron tranquilos al delegar la medicación en sus compañeros médicos. Resulta relevante identificar estas reacciones durante el debriefing ya que puede significar un peligroso ejercicio de desplazamiento de responsabilidad hacia las figuras de autoridad como una estrategia psicológica para evitar conflictos morales. Esta forma de accionar podría ser una barrera para el desarrollo de la autonomía profesional y la toma de decisiones compartidas (Violato et al., 2021; Violato y King, 2021).

El debriefing pareciera ser una herramienta clave para que los estudiantes cuestionen sus suposiciones y entiendan la importancia de roles interprofesionales en situaciones de alta presión. La reflexión guiada permite a los estudiantes resignificar la capacidad y funciones de otras profesiones, promoviendo una visión de equipo en la cual todos los integrantes tienen una contribución crítica. Esto fomenta una “aplanación” de las jerarquías y ayuda a desarrollar una identidad interprofesional que se centra en el bienestar del paciente.

Este análisis muestra cómo la simulación interprofesional, al combinar roles variados, permite a los estudiantes desafiar preconcepciones y desarrollar una mentalidad de colaboración y respeto mutuo esencial en entornos de atención médica complejos. Esta

dinámica refuerza la teoría a través de la práctica en un contexto de equipo, relevante para la futura realidad profesional.

Las actividades interprofesionales permiten a los estudiantes vivir la praxis como una unidad dinámica de teoría y práctica, en la que el conocimiento se genera colectivamente a través de la acción reflexiva y la colaboración. La praxis en educación va más allá de la simple aplicación de conceptos; se trata de una actividad transformadora, donde los estudiantes, al trabajar junto a otras disciplinas, no solo aplican su saber teórico, sino que lo revisan y enriquecen a partir de la interacción y el contexto práctico.

6.4 La reflexión como reconciliación entre teoría y práctica:

La simulación permite trascender la dicotomía entre teoría y práctica al ofrecer un espacio controlado donde los estudiantes pueden experimentar situaciones clínicas complejas, sin los riesgos asociados a la práctica real. Al recrear escenarios médicos realistas, la simulación expone a los estudiantes a situaciones que ponen a prueba sus competencias, como la toma de decisiones rápidas y el trabajo en equipo, permitiéndoles experimentar y reflexionar sobre la aplicación de conceptos teóricos en contextos dinámicos. El uso de simulaciones complejas fomenta una reflexión crítica sobre el conocimiento médico, ya que los estudiantes no solo deben ejecutar procedimientos, sino también analizar sus acciones, adaptarse a la incertidumbre y cuestionar sus conocimientos en función de los resultados obtenidos.

Durante el debriefing, la evaluación de la praxis se convierte en una parte crucial del aprendizaje: el docente facilita un análisis reflexivo sobre el desempeño práctico de los estudiantes, incentivando el diálogo crítico y la autocrítica. Con el uso de herramientas de revisión tipo *check list* o como grabaciones en video, se refuerza la relación entre teoría y práctica, y se objetiviza el conocimiento fomentando una comprensión profunda y crítica que trasciende la simple ejecución técnica y las falsas percepciones de desempeño, promoviendo una praxis auténtica y contextualizada.

Solamente en los escenarios de emergencias obstétricas los equipos tuvieron acceso a observar su práctica en las simulaciones y sobre este aspecto uno de los estudiantes reflexionaba:

Docente: ¿Qué viste después en el video?

Estudiante (rol de médico): Yo no me di cuenta de que le habían pasado toda la medicación ahí y a los 5 minutos le pregunté a él qué le había pasado, o sea, qué le habían hecho ahí pensando... y todo esto creí que había pasado antes de que nosotras entremos y en el video veo que nosotros estábamos adentro cuando él pasó toda la medicación.

Docente: Pero ¿qué pasaba mientras estaban ahí hablando ustedes tres? ¿Qué pasaba? ¿No los veían a ellos desesperados? ¿Estaba convulsionando la paciente! ¿Bajaron como una ventana ahí? Eso por ahí es una negación, una negación que por ahí capaz que estaban teniendo. O sea, él estaba asumiendo todo el rol, ¡que pobre! o sea, él hizo lo que creía que estaba bien. Pero ¿qué pasó?

Estudiante 2 (rol de licenciado en obstetricia): Yo para, un pequeño... Yo decía licenciado acá (marcando el lugar sobre su pecho donde tenía el cartel), pero yo traté de ayudar como pude... Porque por más que acá decía licenciado yo estoy a cargo de esto y es culpa mía no saber que el Lorazepam daba eso...

Otra reflexión importante se manifestaba de esta manera:

Docente: ¿Que creen que los dos grupos se tardaron en hacer o no se ordenaron en hacer?

Estudiante 1 (rol médico): En darle la misma prioridad a la madre que al feto. Yo decía, a la par que uno está controlando a la madre, mandar a controlar al bebé...

Docente: ustedes estaban midiendo la altura uterina, sin haber escuchado los latidos (señalando a un grupo) y ustedes (señalando a otro grupo) estaban colocando medicación antihipertensiva porque ya sabían que le habían hecha la dosis de carga de sulfato de magnesio y nadie le había escuchado los latidos todavía al bebé... “El algoritmo les tapó el bosque”

La conversación entre el docente y los estudiantes podría revelar, ante la priorización incorrecta de las intervenciones del equipo o la “ceguera” de ciertos detalles como no escuchar los latidos del bebé o no ver que la paciente estaba en convulsión, una adherencia excesiva a protocolos o algoritmos. La frase “*el algoritmo les tapó el bosque*” ilustra cómo el conocimiento teórico puede imponerse de tal manera que obstaculice una visión integral del caso. Esto subraya la importancia de que los estudiantes aprendan a equilibrar

el protocolo con la evaluación contextual y dinámica del paciente, fortaleciendo así su capacidad para actuar de manera más efectiva. Desde la perspectiva compleja de Morin (2002), el pensamiento clínico debiera ser un pensamiento complejo que reconozca la interconexión de los elementos en cualquier sistema y pueda contextualizar cada acción y decisión en la totalidad del caso clínico (Morin, 2002). Este enfoque ayuda a los estudiantes a ver más allá de los algoritmos y a priorizar una atención integral al paciente. Por otro lado, el concepto de hologramaticidad, implica que cada parte del conocimiento contiene información sobre el todo, y viceversa. Cada escenario de simulación representa un “todo” complejo del que los estudiantes pueden aprender a partir de cada acción específica, como la toma de decisiones sobre el manejo de la medicación o la comunicación con el equipo (Morin, 1994).

La simulación no solo enseña habilidades técnicas, sino también una forma de pensamiento que prepara a los futuros médicos para la complejidad inherente en la práctica clínica real. También se resalta como la reflexión en el debriefing no solo fomentan la reconciliación entre teoría y práctica, sino que también ayuda a desarrollar una praxis médica que privilegie la toma de decisiones flexibles, informadas y situadas en el contexto real del paciente. Desde el principio de recursividad de Morin (1984), este proceso implica que cada experiencia de simulación, especialmente el debriefing, transforma a los estudiantes, quienes incorporan este aprendizaje en su identidad profesional y lo reflejan en futuras actuaciones clínicas (Morin, 1984).

En este sentido, el relevamiento realizado consultó a estudiantes y docentes sobre la valoración de cada fase de la simulación (prebriefing, simulación y debriefing) en relación con las prácticas del conocimiento. Para el 60% (n=45) de los estudiantes, la etapa del debriefing es la más relevante, seguida de la simulación en sí misma para el 32% (n=24) y el prebriefing para el 8% (n=6). En consonancia, un 68,3% (n=28) de los docentes también consideran el debriefing como la etapa clave, mientras que el 31,7% (n=13) optan por la simulación propiamente dicha, y ninguno lo hace por el prebriefing. (Gráfico 9)

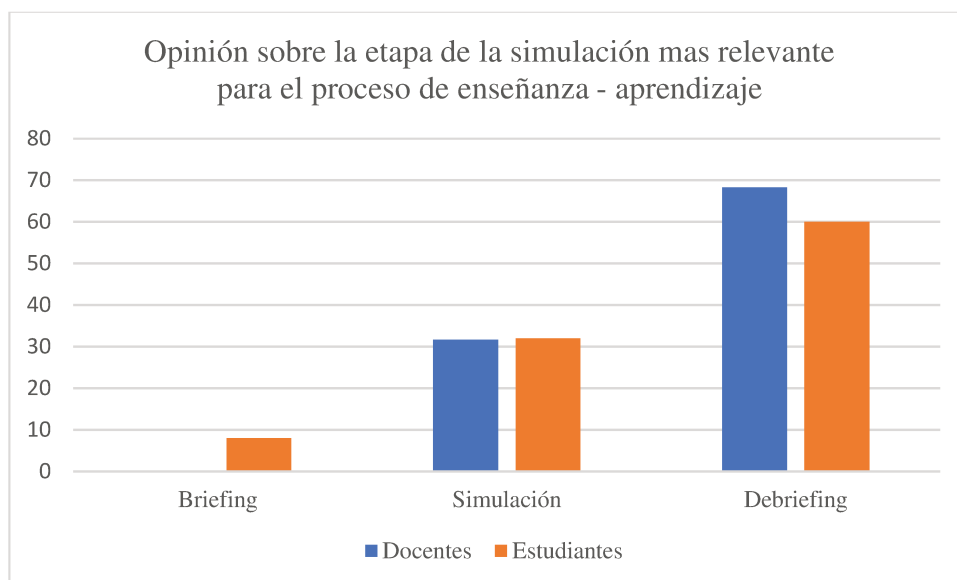


Grafico 9: Comparación entre la opinión de docentes y estudiantes con relación a la relevancia de las etapas de simulación para el proceso de enseñanza - aprendizaje

Estos resultados reflejan cómo el debriefing permite a los participantes revisar, asimilar y transformar su conocimiento, evidenciando el ciclo recursivo de aprendizaje y adaptación que propone Morin, en el que cada experiencia de simulación retroalimenta la práctica futura y fortalece el desarrollo de una competencia médica integral.

Capítulo 7: Vida cotidiana y compromiso social en la formación médica

En el capítulo 3 se exploró la práctica docente universitaria desde su situacionalidad histórica y su articulación con la vida cotidiana, considerando cómo el espacio del aula no existe de manera aislada, sino en constante relación con las estructuras sociales, educativas e históricas que lo modelan. A partir de aportes de diversos autores, se analizó cómo la vida cotidiana en el aula reproduce y transforma las estructuras sociales, convirtiéndose en un espacio de posibilidad para la praxis transformadora y el pensamiento crítico.

Este capítulo pretende analizar cómo la educación puede resultar transformadora desde el microespacio del aula, fomentando en los estudiantes una comprensión crítica de su entorno y un sentido de responsabilidad social.

En los capítulos sobre la relación saber-poder y la relación entre teoría y práctica en la formación médica, pudo observarse cómo la vida cotidiana se fue filtrando sobre las prácticas docentes a través de formas de praxis contrahegemónicas. En algunos casos se cuestionaron los estereotipos y jerarquías del equipo de salud promoviendo una visión de responsabilidad compartida a través del trabajo interprofesional. En otros pudo observarse el beneficio del error como forma de trascendencia a un conocimiento más objetivo y crítico. También se identificaron oportunidades para discutir la praxis médica como una actividad crítica y situacional al favorecer capacidades de adaptación y flexibilidad frente a la mera aplicación de protocolo en las situaciones en las que el *“algoritmo tapa el bosque”*. Es decir, que estas tres categorías, se despliegan en forma de un entramado complejo sobre las prácticas docentes. Vale la pena agregar un par de hilos a la urdimbre con relación a la responsabilidad social de la universidad, como respuesta al contexto sociohistórico.

7.1 Historicidad y responsabilidad social de la FCM - UNL

El currículum de la carrera de medicina, influenciado por las políticas reguladoras, está inserto en un contexto histórico y social particular que condiciona las prácticas educativas cotidianas. Las políticas de salud, tanto a nivel nacional como internacional, imponen un marco que no solo regula el contenido del currículum, sino que también define los modos en que los estudiantes y docentes se relacionan con el conocimiento y la práctica médica de acuerdo con las necesidades de la población.

Especialmente uno de los lineamientos de las políticas de salud impulsadas por la OPS pretende la formación de profesionales capacitados según las necesidades de las comunidades, priorizando la educación con compromiso social. Se propone que los equipos de salud se formen trabajando activamente con las comunidades; estableciendo acuerdos intersectoriales de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud; planificando la formación de profesionales con relación a las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud. Estas políticas responden a un contexto sociohistórico que prioriza la equidad en el acceso a la salud y la promoción de una medicina con enfoque comunitario, implementando estrategias para motivar a los equipos de salud (a través de incentivos económicos, de desarrollo profesional y de calidad de vida) para promover su retención y permanencia en zonas remotas y desatendidas (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La falta y la mala distribución de la fuerza laboral de salud, así como la discrepancia entre las necesidades de las personas y las competencias de los profesionales de la salud, son obstáculos para lograr el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud para todos. Es por ello que las instituciones de formación del personal sanitario y sus graduados han de reconocer esta necesidad como un mecanismo eficaz para maximizar su impacto positivo en la salud y el fortalecimiento del sistema de salud para garantizar que los países tengan equipos interprofesionales bien capacitados, listos y dispuestos a trabajar con y en las comunidades para abordar sus problemáticas de salud, dondequiera que vivan (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En el año 2014 se constituyó, por llamado de la OPS, el Consorcio de Facultades de Medicina para la Misión Social. La FCM-UNL fue convocada y comenzó a trabajar de forma sostenible sobre la formación con perspectiva de salud pública y atención primaria, con miras a trabajar sobre las zonas subatendidas de salud (UNL Noticias, 2023). En el año 2021, fue la primera facultad de medicina en la Argentina y de las primeras 9 en mundo en acreditar su compromiso social a través los indicadores de la herramienta de responsabilidad social (ISAT). El instrumento fue desarrollado por la OPS – OMS en conjunto con representantes de universidades de América. Evalúa la dedicación y capacidad de una institución para responder a las necesidades de salud prioritarias de la sociedad en la que está inserta. El proceso de evaluación fue llevado a cabo por La Red: Hacia la Unidad para la Salud, sus siglas en inglés *TUFH*. El instrumento de valoración

social analiza varios puntos entre los que se encuentran los siguientes componentes básicos: captación, selección y apoyo a los estudiantes; selección y desarrollo del profesorado; qué, cómo y dónde aprenden los estudiantes (escenarios de prácticas comunitarios y en efectores de salud de diferentes niveles); características de las actividades de investigación; gobernanza y participación de los actores institucionales en los órganos de gobierno y las decisiones; resultados de la escuela/facultad e impacto en la sociedad, seguimiento de graduados y tipo de actividad profesional que realizan, socios comunitarios estratégicos. Cada componente central se divide en cuatro fases e incluye hitos, estándares e indicadores que a la FCM-UNL le permitió valorar el grado de progreso de su misión social pero también le permitirán trazar un camino de perfeccionamiento para lograr mayores avances en el futuro (The Network. Toward Unity for health, 2018; UNL Noticias, 2023)

Este proceso fue llevado a cabo en el marco del CAI+D “Misión social de las facultades de Medicina: Fortalecer el sistema de salud a través de la formación de sus profesionales” dirigido por la actual vicerrectora Larisa Carrera junto a un grupo de docentes investigadores pertenecientes a la FCM - UNL.

Uno de los hitos claves para la FCM - UNL como respuesta a las problemáticas de recursos humanos alejados de los conglomerados urbanos fue el desarrollo del Programa de Salud Rural (Res CD n ° 133/21). Partiendo como antecedente del Convenio Marco “Para la Salud de los Santafesinos” donde se acuerda un trabajo conjunto entre el Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe, el Colegio de Médicos y la Universidad Nacional del Litoral en su conjunto de facultades, se reafirma el compromiso con el programa de salud rural de la FCM - UNL.

El programa de Salud Rural comprende cuatro ejes de trabajo:

1. Trayecto formativo de los estudiantes de medicina de la Práctica Final Obligatoria: el mismo se piensa en una localidad de la provincia de Santa Fe fuera de la ciudad de Santa Fe. Dura 6 a 8 semanas y cuenta con un conjunto de especificaciones de las actividades a realizar por parte del estudiante y se trabaja articuladamente con el profesional responsable del efector de salud seleccionado para sostener un contacto permanente.

2. Medicato rural: el mismo tiene una duración de 6 meses y se ofrece a los graduados recientes de la FCM-UNL (por ejemplo, a aquellos que no hubieran podido ingresar a la residencia o decidan hacer con posterioridad su formación de posgrado).

3. Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la población en un trabajo articulado con el Ministerio de Salud Provincial y/o los Municipios respondiendo a demandas de la propia población local y promoviendo el análisis de la situación de salud por parte de los estudiantes, así como su participación en proyectos de intervención comunitaria.

4. Trabajos de investigación epidemiológica en coordinación con los responsables de la gestión de los efectores y del municipio o del propio Ministerio de Salud de la Provincia.

En concordancia con una política universitaria en clave territorial, la FCM - UNL hizo foco en desarrollar estas actividades en el centro norte de la provincia de Santa Fe, para hacer partícipes a estudiantes y graduados de las prácticas que allí se desarrollan. Esto permite resignificar, valorar y comprender los desafíos del ejercicio profesional en localidades que cuentan con centros de primer o segundo nivel. Las prácticas en estos espacios tienen que ver con que los mismos puedan conocer estas realidades y el día de mañana tenerlo en cuenta para desempeñarse profesionalmente (Litus, 2024; UNLitoral, 2022)

Las experiencias se han desarrollado en localidades del departamento San Javier, Reconquista y Las Colonias entre otros. La universidad desarrolló un sitio virtual que reúne los relatos de los estudiantes de PFO llamado “Mi experiencia en rural” (Facultad de Ciencias Médicas - UNL, 2023)

Allí uno de los estudiantes decía:

“Hice mis prácticas médicas en el SAMCO de Felicia. Felicia es un pueblo que cuenta con un solo centro asistencial al cual acuden todos los habitantes de la zona. Durante mi estadía me alojé en el hogar de abuelos que está integrado en el SAMCO. Durante dos meses realicé atención en el consultorio y también atención domiciliaria donde también aprendí a trabajar con los recursos disponibles que hay acá en el SAMCO. Estuve supervisada y acompañada por un gran equipo interdisciplinario el

cual me tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones. Este tipo de prácticas me permitió conocer y conectar con las personas así también pude tener en cuenta la atención integral de cada paciente” (Imagen 4)

El compromiso de la FCM - UNL con la formación médica en entornos rurales y comunitarios ejemplifica una praxis educativa transformadora. Agnes Heller (1977) destaca que la vida cotidiana es el ámbito en el que las personas reproducen, y potencialmente transforman, las estructuras sociales; cada acción cotidiana contiene elementos de la totalidad social, reflejando y cuestionando las normas y expectativas de una época (Heller, 1977). En este sentido, las prácticas en comunidades rurales permiten a los estudiantes vivir la medicina desde un contexto en el cual los condicionamientos y desigualdades históricas son tangibles, y donde sus acciones tienen un impacto directo en la vida de los usuarios de salud y en la estructura social misma. Morin (1994) enfatiza que la educación no puede desligarse de la complejidad y la interdependencia de los sistemas sociales (Morin, 1994). Al adoptar un enfoque comunitario en la formación médica, la FCM - UNL fomenta un pensamiento clínico y social complejo, que se construye en la intersección entre el conocimiento médico, la realidad histórica de las comunidades desatendidas y el compromiso ético. Este enfoque rompe con la visión fragmentada de las ciencias de la salud, integrando la práctica y la teoría en un contexto en el que las decisiones de los estudiantes no son solo actos técnicos, sino intervenciones situadas y contextualizadas.

La repetición de estas prácticas en distintos espacios comunitarios articula la responsabilidad social y fomenta la transformación, pues al integrar a los estudiantes en los problemas de salud reales y específicos de cada comunidad, el conocimiento académico se convierte en un recurso para la acción y el cambio social.

Así, al insertarse en la realidad cotidiana de las comunidades, los estudiantes desarrollan una conciencia crítica y una responsabilidad histórica, preparándose para contribuir activamente en un sistema de salud que responda a las verdaderas necesidades sociales.

Este modelo de formación, entonces, se configura como un acto de resistencia frente al modelo médico hegemónico, que tradicionalmente prioriza la especialización y el conocimiento fragmentado. Al integrar la vida cotidiana y la situacionalidad histórica en la formación de los futuros médicos, la FCM - UNL no solo fortalece la responsabilidad

social de sus estudiantes, sino que también habilita una educación médica integral, donde la práctica es un medio de construcción de sentido, compromiso y transformación social.



Imagen 4: Se ilustra un escenario donde uno de los estudiantes trabaja de forma tutorizada en un centro asistencial en zona rural. Imagen realizada con inteligencia artificial para proteger la identidad de los participantes del estudio.

7.2 Modelos epidemiológicos y situacionalidad histórica en la formación médica

La pandemia de COVID-19 impactó profundamente la vida cotidiana en todas sus dimensiones, incluida la formación médica. Esta crisis de salud global confrontó a estudiantes y docentes con múltiples perspectivas sobre el cuidado y la salud, generando un espacio de reflexión crítica en torno a los enfoques y prácticas que sustentan la atención sanitaria. Este fenómeno estuvo inscripto en un momento histórico particular, caracterizado por la coexistencia y tensión entre distintos modelos explicativos de los procesos de salud-enfermedad o distintas opciones epistemológicas. En el contexto educativo, la pandemia ha ofrecido una oportunidad única de reflexión para que los

profesionales de la salud pongamos conciencia sobre las implicancias éticas, políticas y prácticas de los modelos epidemiológicos que conviven en el campo de la salud.

En el relevamiento se propuso a estudiantes y docentes que optaran por el modelo epidemiológico que se adaptara mejor a su forma de ver los procesos de salud-enfermedad. Se mostraron las siguientes tres imágenes:

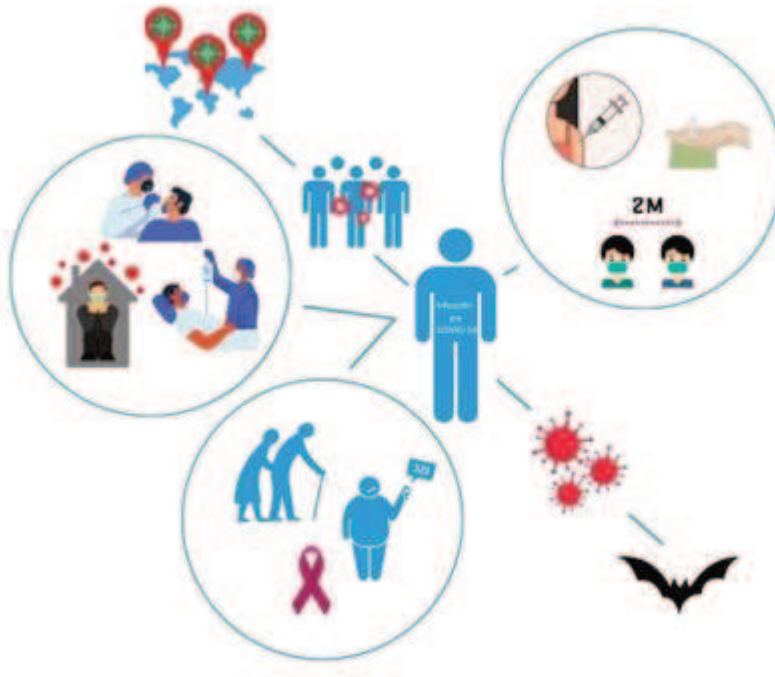


Imagen 1 de la encuesta. Adaptada de: Yi, Y., Lagniton, P. N., Ye, S., Li, E., & Xu, R. H. (2020). COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. International journal of biological sciences, 16(10), 1753.



Imagen 2 de la encuesta: Adaptada de López, R. y col. (2021). Jalisco después del COVID-19. Editorial Universidad de Guadalajara.

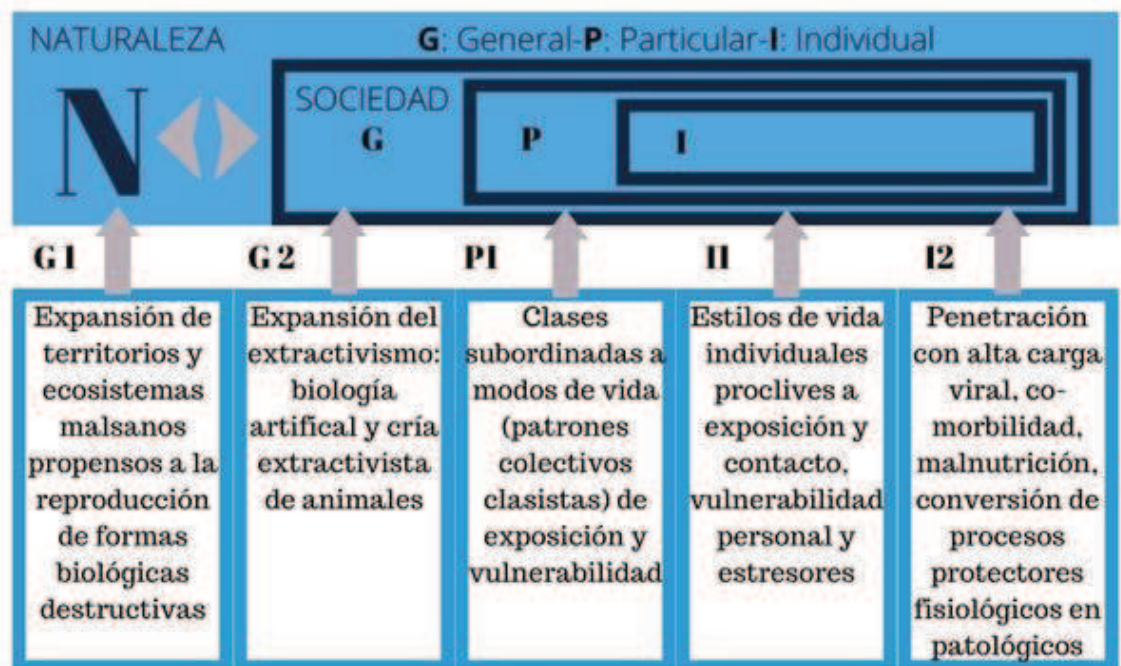


Imagen 3 de la encuesta: Adaptada de Breilh Paz y Miño, J. E. (2020). SARS-COV2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia.

El 37,3 % (n= estudiante 28) de los estudiantes de PFO optaron por la primera ilustración, el 46,7 % n=35 lo hicieron por la segunda y el 16% (n=12) lo hicieron por la tercera. En el caso de los docentes, el 26,8 % (n=11) eligieron la primera imagen, el 51,2% (n=21) lo hicieron por la segunda y el 22 % (n=9) optaron por la tercera imagen. (Grafico 10)

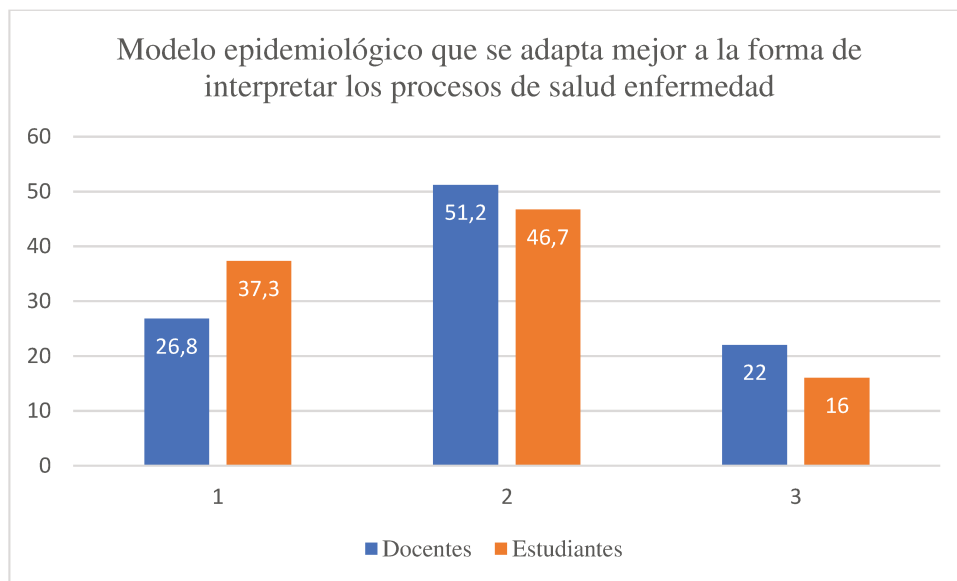


Gráfico 10: Comparación entre las elecciones de estudiantes y docentes sobre el modelo epidemiológico que se adapta mejor a su forma de ver los procesos de salud-enfermedad.

Las imágenes hablan de tres modelos y opciones epistemológicas distintas, que evidentemente coexisten en la práctica docente y las prácticas profesionales, aunque con una mayor tendencia hacia la segunda imagen propuesta.

La primera imagen ilustra el modelo multicausal o de tipo bola de billar, donde la enfermedad es efecto de una secuencia lineal de la lógica cartesiana. Este modelo, desde el pensamiento simplificador del que habla Edgar Morin (1994) reduce la realidad a ciertos fenómenos desencadenantes. La enfermedad del sujeto-objeto depende de variables como factores de riesgo, en tanto suma de partes que generan un todo (Breilh, 2003; Morin, 1994). Estas partes, se convierten en puntos de acción de los programas en salud como la vacunación, el confinamiento, el barbijo y sus tratamientos médicos específicos (Spinelli, 2016; Yi et al., 2020). Esta forma de ver la enfermedad corresponde

además a la definición del modelo médico hegemónico de Eduardo Menéndez (2010), cuyo rasgo estructural más relevante es el biologicismo y una praxis tecnocrática funcionalista (E. L. Menéndez, 2010).

La segunda imagen está relacionada al modelo de los determinantes sociales de la salud que propone la OMS, con una apertura a lo estructural de tipo “causa de las causas”. Bajo un discurso de salud integrativa multidimensional las estructuras sociales se constituyen en variables generales de tipo estructurales: socioeconómico y político; y otras variables intermedias: como las condiciones de vida y trabajo, factores conductuales, biológicos y psicosociales (López et al., 2021; Solar y Irwin, 2010).

La tercera y última imagen parte del discurso de la determinación social de la salud, un movimiento contrahegemónico que parte de la epidemiología crítica de Jaime Breilh (2003) quien afirma que, en la determinación de las condiciones de salud, devienen procesos estructurales o permanentes; procesos cotidianos, pero no permanentes y otros de carácter eventual. Justamente la ruptura del concepto de los determinantes por la determinación incorpora lo procesual, el movimiento y con ello el tiempo de procesos históricos de génesis (pasado) y emancipación (utopía). En los procesos de génesis a su vez se dan formas de subsunción en las cuales las dimensiones más simples o individuales se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece una dialéctica social-natural, o social-biológica que resulta de un circuito entre partes de un todo concatenado (Breilh, 2003, 2020).

Estos procesos entre los que se desenvuelve la población pueden tener propiedades protectoras o benéficas (saludables) o destructivas y deteriorantes (insalubres). También en un mismo proceso pueden coexistir de forma contradictoria ambas facetas. Cuales facetas se expresan con mayor o menor fuerza dependen del modo de vida y de la lógica que opera en las diferentes dimensiones de la reproducción social correspondiente, por lo que pueden provocar alteraciones de mayor o menor nivel significación en el desarrollo epidemiológico (Breilh, 2020).

La pandemia en este sentido ha resultado como un catalizador para el análisis crítico de los modelos epidemiológicos y cómo la elección de estos modelos en la encuesta refleja las maneras en que los docentes y estudiantes han interpretado los procesos de salud-enfermedad en función de sus experiencias durante este momento histórico.

Un análisis crítico de sus respuestas sugiere que la elección del modelo multicausal (primera imagen) por algunos estudiantes y docentes puede indicar una interpretación más alineada con el pensamiento lineal y simplificador. Esta elección se relaciona con un *habitus* que privilegia la eficacia operativa y la tecnificación, reflejando una tendencia a internalizar prácticas y esquemas de percepción coherentes con el enfoque biomédico tradicional. Este enfoque, aunque pragmático, puede carecer de una integración crítica con la realidad social.

La inclinación mayoritaria hacia el modelo de determinantes sociales de la salud (segunda imagen) por estudiantes y docentes refleja una perspectiva de salud-enfermedad que reconoce a los factores socioeconómicos y políticos como elementos esenciales en la definición de la salud. Esta inclinación puede interpretarse como una apertura a nuevas disposiciones dentro del campo médico, en donde se empieza a valorar cómo las condiciones de vida, trabajo y contexto social impactan en la salud de la población, lo que implica una mayor responsabilidad social en el quehacer médico.

Finalmente, la elección del modelo de determinación social de la salud (tercera imagen), aunque menos frecuente, representa un *habitus* crítico y reflexivo, que cuestiona las bases del campo médico. El mismo desafía sus disposiciones dominantes desde una visión contrahegemónica, que busca desnaturalizar la salud como una entidad aislada de las estructuras de poder y la historia social. Esta elección sugiere una postura que va más allá de la práctica médica convencional, integrando una perspectiva transformadora que busca redefinir el campo médico mediante la conciencia crítica y la praxis comprometida con el cambio social. En este sentido, la salud se interpreta como un fenómeno complejo, dinámico y contradictorio, afectado por factores de dominación y emancipación.

7.3 Ritmos y prácticas de la vida cotidiana en el aula

En la última sección del capítulo 6 se discutió sobre la relevancia para estudiantes y docentes de la etapa del debriefing como momento de reflexión y resignificación del conocimiento. Durante el relevamiento, también se invitó a los estudiantes y docentes a extrapolar las etapas de simulación a las prácticas en terreno y definir cuáles de estas (introducción, práctica o reflexión) consideraba que tenía menor despliegue. Para el 46,7% (n=35) de los estudiantes la etapa introductoria es la que tiene menor despliegue, el 25,3% (n=19) expresó que era la práctica en sí y el 26,7% (n=20) opinó que el menor

despliegue lo tiene la etapa reflexiva. En el caso de los docentes, el 12,2% (n= 5) opina que el menor despliegue lo tiene la etapa introductoria, el 34,1% (n=14) que lo tiene la práctica y el 53,7% (n=22) que lo tienen la etapa reflexiva. (Grafico 11)

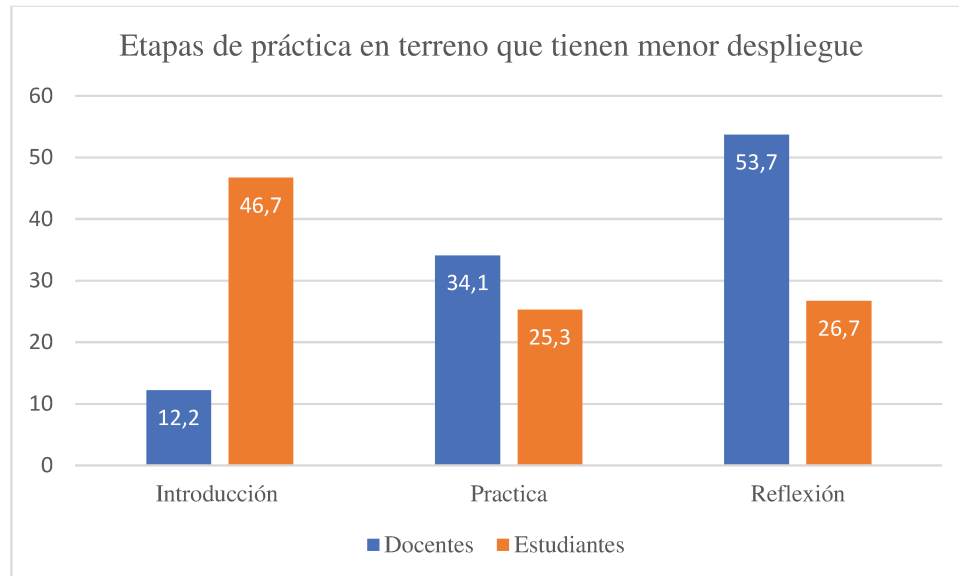


Gráfico 11: Comparación sobre la opinión de docentes y estudiantes acerca de cuáles de las etapas de práctica en terreno tiene menor despliegue.

Esta pregunta invita a reflexionar sobre las posibles brechas y áreas de mejora en la formación práctica, considerando cómo cada etapa contribuye al desarrollo de habilidades clínicas, la reflexión crítica y la integración de conocimientos teóricos y prácticos. Los resultados de la consulta a estudiantes y docentes sobre las etapas de la simulación muestran una percepción diferenciada en cuanto a cuál de estas fases está menos desarrollada en las prácticas en terreno. Para los estudiantes, la etapa introductoria es vista como la de menor despliegue, lo cual sugiere una posible falta de preparación o contextualización antes de la práctica. Este aspecto introductorio es fundamental, ya que permite al estudiante vincular el caso o situación clínica con sus conocimientos previos y objetivos de aprendizaje, favoreciendo una transición más fluida hacia la práctica. Sin esta etapa, el estudiante puede sentir que su participación en el terreno carece de una conexión clara con los objetivos de aprendizaje, afectando su capacidad de integrar conocimientos.

En contraste, la mayoría de los docentes percibe que la etapa reflexiva tiene el menor despliegue. Resulta discordante que la etapa de debriefing sea considerada para los

docentes como uno de los momentos más importantes para el proceso de enseñanza aprendizaje y ellos mismos afirman que la etapa de reflexión es la que tiene menos despliegue en las prácticas en terreno. Podría indicar una preocupación desde el ámbito docente sobre la falta de estos espacios, fundamentales para resignificar el aprendizaje a partir de la experiencia en terreno. La reflexión permite revisar decisiones clínicas, cuestionar supuestos y entender las consecuencias de las intervenciones, un paso esencial para formar médicos capaces de adaptarse a la complejidad de situaciones reales. Esta diferencia en las percepciones entre estudiantes y docentes revela una posible brecha en la preparación y consolidación de aprendizajes en las prácticas de campo e interpela a no perder el norte de la educación experiencial o práctica en terreno en su función formativa, lo que implica planificación, monitoreo, reflexión y evaluación.

El 25,3% de los estudiantes y el 34,1% de los docentes también señalaron la práctica en sí como la fase con menor despliegue, lo cual puede señalar limitaciones en la posibilidad de aplicar habilidades prácticas en un entorno real y desafiante. Esta percepción podría estar relacionada con la falta de oportunidades para ejecutar procedimientos de manera supervisada, limitar la exposición a situaciones diversas y, por ende, restringir el desarrollo de competencias clínicas.

Pensar la práctica en terreno desde una perspectiva de praxis, donde las actividades profesionales permitan un ritmo intencionado de introducción, práctica y reflexión, implica desafiar las prácticas rutinarias y tecnocráticas propias del modelo médico hegemónico. Esta perspectiva cuestiona la transmisión disciplinante y alienante que prescribe una conciencia opresora, confinando el saber al ámbito de la reproducción técnica sin cuestionamiento. En cambio, se propone una pedagogía del oprimido que revaloriza el rol del sujeto responsable al problematizar su mundo vivido y decodificarlo críticamente puede trascenderlo históricamente (Freire, 2015b).

Dice Freire:

“Si la conciencia se distancia del mundo y lo objetiva es porque su intencionalidad se hace reflexiva...es presencia y distancia del mundo: la distancia es la condición de la presencia. Al distanciarse del mundo, constituyéndose en la objetividad, se sorprende ella misma de su subjetividad” (Freire, 2015, pág. 11).

En el ritmo de las prácticas en terreno, en el ritmo de las simulaciones puede encontrarse un ordenamiento en relación con la introducción, práctica y reflexión o prebriefing, simulación y debriefing que dan continuidad al proceso de aprendizaje. Funcionan como fragmentos de un relato que devuelven la narrativa a la educación médica y le dan sentido a las prácticas en la demora contemplativa de la que habla Byung-Chul Han (2015). Cada fase necesita su tiempo propio para que el conocimiento se decante y se transforme. La prisa o el simple cumplimiento de contenidos destruyen este "aroma", convirtiendo la práctica en una actividad vacía de sentido y desvinculada de la reflexión crítica (Han, 2015). En cambio, un ritmo pausado y contemplativo, que permita saborear cada etapa, se configura como una práctica contrahegemónica dentro de la vida cotidiana de la formación médica, donde la praxis se vuelve un acto de resistencia ante la mera inmediatez (Han, 2015). Las prácticas fuera de su situacionalidad histórica, las prácticas sin objetivo ni reflexión se transforman en mera información.

“La historia deja lugar a las informaciones. Estas no tienen ninguna amplitud ni duración narrativa. No están centradas ni siguen una dirección. En cierto modo, se apoyan en nosotros. La historia ilumina, selecciona y canaliza el enredo de acontecimientos, le impone una trayectoria narrativa lineal. Si esta desaparece, se arma un embrollo de informaciones y acontecimientos que da tumbos sin dirección. Las informaciones no tienen aroma” (Han, 2015, p. 27).

Freire (2008) en su libro *“El Grito manso”*, hace también una reflexión del tiempo, pero en este caso del tiempo pedagógico, entendiendo que la práctica docente se desarrolla en un espacio tiempo y que por lo tanto el tiempo es también constitutivo de la misma. Llama a la reflexión a los educadores sobre la toma de conciencia de su propio tiempo pedagógico, un tiempo educativo que debe estar al servicio de la producción del saber y que por lo tanto debe reconocer su dimensión ética y política (Freire, 2008b).

“La pregunta que debemos hacernos es: al servicio de quiénes, de qué ideales producimos juntamente con los alumnos, el saber dentro del tiempo – espacio de la escuela” (Freire, 2008b, p43)

Al considerar el contexto histórico y la vida cotidiana de la formación médica, se vislumbra una oportunidad de transformar la práctica en una herramienta que, lejos de reproducir el modelo hegemónico y rutinario, abra paso a una pedagogía que valora el

tiempo de cada experiencia y fomenta una reflexión auténtica y emancipadora. Este enfoque, en consonancia con la idea de Byung-Chul Han (2015) de un “*aroma del tiempo*” y la crítica de Freire (2008), invita a los futuros médicos a saborear el proceso de aprendizaje, otorgándole sentido a cada acción y estimulando la formación de un pensamiento crítico y comprometido con la transformación social (Freire, 2008b; Han, 2015).

CAPÍTULO 8: Más allá del funcionalismo: consideraciones y proyecciones en la educación médica

En su libro “*Educación en la era planetaria*” Morin (2013) hace referencia a Freud quien decía que hay tres funciones imposibles de definir: educar, gobernar y psicoanalizar, porque trascienden los límites de una función o profesión. En la docencia, esta imposibilidad se refleja en la tensión entre su carácter funcional, que reduce al docente a un mero operador técnico, y su carácter profesional, que lo confina al dominio experto de un saber específico. Sin embargo, enseñar no es solo una función ni una profesión; es, en esencia, una tarea política por excelencia: la misión de transmitir estrategias para la vida. Esta transmisión requiere no solo competencia, sino también un arte y una técnica que, en conjunto, construyan un espacio educativo capaz de reconciliar lo técnico con lo humano, lo individual con lo colectivo, y lo académico con la vida cotidiana (Morin et al., 2013).

El método, tal como señala Edgar Morin (2013), no es un itinerario predeterminado ni un pensamiento seguro de sí mismo. Es un discurso en construcción, un viaje, una travesía que se inventa y reconstruye continuamente. Es una estrategia que se ensaya para llegar a un final que puede ser pensado e imaginado, pero que también es insólito, imprevisto y errante. Así, el acto educativo, y especialmente en la formación médica, se convierte en una búsqueda inacabada, que abraza la incertidumbre y la complejidad como elementos inherentes al proceso de aprendizaje. Las conclusiones de este trabajo se plantean desde esta mirada crítica y compleja, explorando cómo la enseñanza médica puede transformarse en un acto de resistencia frente al modelo médico hegemónico y en una apuesta por un conocimiento situado, ético y comprometido con las comunidades (Morin et al., 2013).

El proceso de problematización que dio origen a esta investigación surgió a partir de mi experiencia directa en escenarios de simulación médica. En una ocasión, durante el debriefing, al preguntar a los estudiantes “¿cómo se sintieron?”, emergió una respuesta que me interpeló profundamente: “*Sentí que estaba en modo alumno, estar ahí parado sin hacer nada*”.

Esta declaración, aparentemente sencilla, abrió una serie de interrogantes que se convirtieron en el eje del análisis de este trabajo. ¿Qué implica “estar en modo alumno”?

¿Es esta inmovilización un reflejo de la objetivación que los estudiantes experimentan a lo largo de la carrera?

Desde esta perspectiva, la quietud del estudiante puede ser interpretada como una reproducción de experiencias previas en las prácticas docentes, que, lejos de ofrecer etapas reflexivas y recursivas de diálogo, refuerzan un modelo de aprendizaje en el que la teoría y la práctica permanecen desconectadas.

Estas preguntas llevaron a explorar no solo el contexto individual de este estudiante, marcado también por las particularidades de la formación durante la pandemia, sino también dimensiones más amplias relacionadas con las prácticas docentes, los modelos de enseñanza en la formación médica y las elecciones de los egresados para la práctica profesional.

Partiendo de la tesis de Guyot (1995) acerca de que la práctica educativa se constituye en productora y reproductora de subjetividades, se problematizaron las prácticas docentes con relación al *habitus* médico (Guyot et al., 1995). Desde la perspectiva de *habitus* de Pierre Bourdieu, las prácticas docentes y profesionales en salud se analizaron como un proceso de reproducción y transformación del campo médico, donde las universidades, a través de sus currículos formales y ocultos, configuran esquemas de percepción y acción que naturalizan determinadas formas de ejercer la medicina (Bourdieu, 2001; Bourdieu y Passeron, 2017).

Desde una mirada compleja, esta problemática se comprende como multidimensional e intersubjetiva. Requirió para su análisis de un entramado de conceptos epistémicos, éticos y políticos, y que además incorpore la interconexión entre pasado, presente y futuro como claves para interpretar al sujeto histórico y su potencial transformador. En este sentido, se llevó a cabo un diagnóstico del presente y las dinámicas que configuran nuestra realidad actual, a la luz de la evolución histórica de la educación médica en Argentina. Este ejercicio reflexivo no solo permite pensar en las prácticas deseables para lo que estamos siendo, sino también imaginar y proyectar un porvenir como una historia en construcción, una narrativa en devenir que, lejos de ser determinista, se encuentra abierta a la acción colectiva y al compromiso con la transformación educativa. (Rodríguez Zoya y Aguirre, 2011).

La tesis siguió las coordenadas que plantean las hipótesis de Violeta Guyot (2011) en su libro: “Las prácticas del conocimiento. Un abordaje epistemológico” (Guyot, 2011).

El capítulo 1 se centró en la primera hipótesis: “*las opciones epistemológicas determinan la producción e interpretación de las teorías e impactan en las prácticas investigativas, docentes y profesionales*”. Desde las críticas al pensamiento simplificador, derivado del positivismo lógico y sus principios de disyunción, reducción y abstracción, se contrastó con el paradigma de la complejidad propuesto por Edgar Morin y la noción de vigilancia epistemológica de Gastón Bachelard.

El paradigma de la complejidad asume la interdependencia, la incertidumbre y la contradicción como elementos fundamentales para abordar la realidad de manera multidimensional y transdisciplinaria. La perspectiva compleja articula la ciencia como un producto social, en diálogo constante con las necesidades y los contextos históricos y culturales, enfatizando su responsabilidad ética. Asimismo, desde la vigilancia epistemológica se promueve una autoevaluación crítica de los prejuicios y obstáculos epistemológicos, destacando la necesidad de un racionalismo abierto y transformador. La ruptura epistemológica propuesta por ambos autores no solo desafía los modelos tradicionales, sino que plantea la enseñanza como un espacio dinámico y dialógico, donde se reconozcan los límites del conocimiento, se abraza la incertidumbre y se promueva una comprensión multidimensional de la realidad. Esto establece las bases para una educación más comprometida y transformadora, capaz de responder a los desafíos complejos del mundo contemporáneo.

El capítulo 2 toma la segunda hipótesis de Guyot acerca de que la “*epistemología, abordada en su articulación con la historia de la ciencia, permite pensar y recrear críticamente las prácticas del conocimiento en su campo disciplinar actualizado*”. Este capítulo abordó la relación entre la educación médica, la configuración de subjetividades y la historia de la medicina en Argentina.

El análisis genealógico evidenció cómo el *habitus* médico en Argentina se ha configurado históricamente bajo la influencia del paradigma positivista, que promovió un perfil tecnocrático. Este enfoque, funcional al contexto socioeconómico y cultural, ha reproducido desigualdades y jerarquías en el campo médico. Además, ha fragmentado la atención en salud y reducido el cuerpo humano a criterios cuantificables y objetivistas,

desvinculándolo de su dimensión social y cultural. Desde el siglo XIX, este modelo permeó la formación médica, consolidando un enfoque técnico-científico que, aunque adaptado al proyecto de modernización estatal, ha sido objeto de críticas y cuestionamientos a lo largo de la historia.

La evolución de la educación médica en Argentina muestra cómo las instituciones académicas han sido funcionales tanto al desarrollo del Estado como a la consolidación de un modelo profesionalista, pero también han albergado posibilidades de cambio. Desde las políticas higienistas de la generación del 80 hasta la influencia del Informe Flexner y las reformas curriculares, la formación médica osciló entre un conservadurismo estructural y las demandas de modernización, que en algunos casos intentaron integrar un enfoque más humanístico y social. En este último esquema, se refunda la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. La incorporación de enfoques como la Atención Primaria de la Salud, el aprendizaje basado en problemas y en la comunidad representan un esfuerzo por superar las limitaciones del modelo biomédico y responder a las necesidades del territorio.

El capítulo 3 toma de lleno el paradigma de la complejidad para el estudio de las prácticas docentes en la tercer hipótesis de Guyot : *“El paradigma de la complejidad permitiría reformular el campo epistemológico de las ciencias humanas para investigar, intervenir y transformar las prácticas docentes, investigativas y profesionales atendiendo a las complejidades específicas que cada una de ellas plantea en relación a los sujetos y al conocimiento, las instituciones, los regímenes de prácticas y el sistema social en el que se concretan”*.

Retomando justamente lo que el paradigma positivista pudo haber dejado en el espacio ciego, las prácticas docentes se interpretan como praxis social, esto implica un espacio intersubjetivo mediado por el conocimiento que va a estar atravesado por múltiples dimensiones y categorías con relación a la vida cotidiana, la relación poder-saber, relación teoría – práctica y situacionalidad histórica.

El capítulo analiza las prácticas docentes desde el modelo complejo de Violeta Guyot, concebido como un circuito de genericidad y resistencia que sitúa al aula como microespacio central de reflexión y transformación. Estas prácticas se entienden como una forma de praxis social que vincula al docente, al estudiante y al conocimiento

mediante relaciones intersubjetivas, y que están influenciadas por opciones epistemológicas y las dinámicas de poder-saber.

Violeta Guyot, desde un marco foucaultiano, plantea que las prácticas docentes no son entidades aisladas, sino que están inmersas en un dispositivo de poder-saber que se materializa en los discursos, estrategias pedagógicas y relaciones intersubjetivas del aula. Estas prácticas, legitimadas tanto por el conocimiento como por las dinámicas de poder, no solo configuran subjetividades, sino que también condicionan las posibilidades de transformación en el proceso educativo. En este sentido, el docente ejerce un poder directriz que, según Paulo Freire, puede reproducir un modelo bancario de educación, caracterizado por una transmisión unidireccional, descontextualizada y alienante del conocimiento, o puede resignificarse a través de una práctica liberadora, capaz de promover una educación dialógica, situada y crítica.

Como señala Foucault (2021) en diálogo con Deleuze, las relaciones entre práctica y teoría no son lineales ni unidireccionales, sino un entramado continuo de conexiones y retroalimentaciones. La práctica, entendida como un conjunto de conexiones entre puntos teóricos, no puede desarrollarse sin enfrentar barreras conceptuales que requieren de la teoría para perforarlas y transformarlas en nuevas posibilidades. A su vez, la teoría encuentra su sentido y su posibilidad de expansión en el empalme con nuevas prácticas (Foucault, 2021). Este entrelazamiento dinámico permite concebir las prácticas docentes no solo como vehículos de reproducción, sino como espacios emancipatorios.

La pedagogía de Freire introduce el diálogo como elemento central para cuestionar las relaciones de poder-saber, permitiendo que tanto docentes como estudiantes se reconozcan como sujetos históricos en un proceso de co-construcción del conocimiento. Esta interacción dialógica no elimina las asimetrías inherentes al espacio educativo, pero las resignifica, transformándolas en una relación de mutua referencia y aprendizaje crítico. Desde esta perspectiva, el aula puede convertirse en un espacio de resistencia, donde las dinámicas de poder-saber se reinterpretan para propiciar la creación de subjetividades críticas y la transformación de realidades sociales y educativas.

Se abordó la dicotomía entre teoría y práctica en la educación médica desde una perspectiva crítica, señalando cómo esta separación, frecuentemente jerarquizada, limita el potencial transformador del proceso educativo. Se retomó el concepto de praxis como

reflexión y acción transformadora que permite trascender la fragmentación entre teoría y práctica, integrando ambas dimensiones en un proceso dialógico de construcción del conocimiento. Asimismo, se incorporó la visión de Edgar Morin sobre los "siete saberes necesarios para la educación del futuro" como un marco para repensar la educación en clave planetaria, subrayando la importancia de reconocer la complejidad, la interdependencia y la incertidumbre como elementos centrales de la enseñanza y el aprendizaje.

El capítulo concluye destacando el aula como espacio contrahegemónico, donde la vida cotidiana y la situacionalidad histórica se convierten en elementos transformadores. Desde esta perspectiva, el proceso educativo no solo reproduce estructuras sociales, sino que también habilita la posibilidad de cambiarlas a través de la reflexión crítica, la acción responsable y el reconocimiento de los sujetos como autores de su devenir histórico.

El capítulo 4 aborda la metodología de análisis de las prácticas docentes en la Práctica Final Obligatoria (PFO) de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL, destacando su relación con el currículum como un elemento dinámico y generador de subjetividades. Desde una perspectiva compleja, inspirada en el modelo de Violeta Guyot, se exploraron tres categorías clave: relación saber-poder, relación teoría-práctica y vida cotidiana y situacionalidad histórica, articuladas con las dimensiones político-reguladoras, del diseño curricular y de la praxis docente en el contexto de la PFO. Es importante subrayar que esta visión metodológica se aleja de la idea de un método entendido como una serie de recetas preestablecidas dirigidas a un resultado previsto. Por el contrario, se trata de un proceso abierto y reflexivo, en el cual el análisis no presupone sus conclusiones, sino que avanza en un constante diálogo entre teoría y práctica, reconociendo la incertidumbre y la complejidad como elementos constitutivos de la investigación educativa (Morin et al., 2013).

El estudio utilizó un enfoque metodológico mixto, combinando datos cuantitativos y cualitativos. Se realizaron encuestas estructuradas a 75 estudiantes y 41 docentes vinculados a disciplinas de la PFO y se llevaron a cabo observaciones no participantes en simulaciones de alta fidelidad en pediatría, emergentología y ginecología clínica. Estas simulaciones, organizadas en fases de briefing, simulación y debriefing, permitieron

evaluar habilidades técnicas, comunicación interprofesional y reflexiones críticas en un entorno controlado

El capítulo 5, describió cómo las dinámicas de saber-poder en la formación médica estructuran y condicionan tanto el proceso educativo como las preferencias profesionales de los futuros médicos. Si bien el currículum formal en la Facultad de Medicina de la UNL promueve una atención integral orientada hacia la APS, en la Práctica Final Obligatoria (PFO) se despliega un *habitus* que tiende a reforzar una perspectiva orientada a la alta especialización y al tratamiento de casos complejos. Este *habitus*, actúa como un conjunto de prácticas y disposiciones implícitas que moldean la percepción de prestigio y profesionalismo en los estudiantes, orientándose hacia especialidades técnicas y al tercer nivel de atención, mientras los valores de prevención y atención primaria, si bien están presentes en el currículum formal, quedan en segundo plano.

El análisis de las preferencias profesionales sugiere, además, una tensión entre el modelo ideal de APS y las dinámicas de poder simbólico y económico que impulsan a los estudiantes hacia el tercer nivel de atención y el sector privado. La percepción de los hospitales de alta complejidad como espacios de mayor valor simbólico y viabilidad financiera puede distanciar a los futuros médicos de una práctica más comprometida con la APS. Este estudio invita a reflexionar sobre la necesidad de equilibrar las competencias técnicas con una comprensión profunda del compromiso comunitario, integrando valores que fomenten una visión de la medicina más humanista y próxima a las realidades locales. En este sentido, potenciar una formación que reconozca y cuestione el *habitus* presente en las prácticas docentes puede contribuir a una atención médica más equitativa y accesible para todos.

Sobre el hecho que estudiantes y docentes valoricen las disciplinas que enfatizan el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sobre aquellas que trabajan más sobre la comunidad o tienen una orientación más integral del paciente, cabe preguntarse cómo se integran en la vida cotidiana las disciplinas de las diferentes áreas que trabajan bajo el modelo de curriculum integrado de la FCM -UNL. Ello especialmente en relación con las cuestiones más vitales, conflictivas, o que se encuentran en el límite de cada una de ellas y cómo se favorece la colegialidad de los profesores y profesoras de las áreas como partícipes de un equipo con metas comunes. También vale preguntarse en relación con la

autoridad pedagógica que ejerce el tutor durante el trabajo con las unidades basadas en problemas si mediante la estructuración del conocimiento y la práctica en el aula enfatiza ciertas disciplinas por encima de otras dentro del campo de la salud.

La tensión significativa que se evidenció entre el perfil profesional que idealmente promueve la Atención Primaria de la Salud (APS) y las preferencias reales de los estudiantes y docentes hacia el tercer nivel de atención y el ámbito privado sugiere la necesidad de revisar cómo la trayectoria formativa de los estudiantes en APS permite, o no, valorar sus principios de accesibilidad, integralidad y equidad a través de experiencias concretas. El interrogante, que excede a esta investigación, se establece sobre la existencia de experiencias significativas y sostenidas en el tiempo, que confronten a los futuros médicos con los desafíos y beneficios del modelo comunitario. Insistir en ello podría ayudar a equilibrar el poder simbólico de las especialidades de alta complejidad con un compromiso más fuerte hacia la atención integral de salud.

El análisis sobre la perspectiva interprofesional de las simulaciones demuestra que no solo se trata de entrenamiento de habilidades técnicas, sino que también exponen y desafían las concepciones tradicionales de autoridad y función en los equipos de salud.

El capítulo 6 ha explorado cómo el modelo educativo en la formación médica enfrenta la dicotomía entre teoría y práctica, promoviendo su integración a través de enfoques como el aprendizaje basado en competencias, la educación centrada en la comunidad y la interprofesionalidad. Se identificó que el currículo médico tradicional, estructurado por normativas que separan las horas de formación teórica y práctica, limita la posibilidad de una praxis transformadora en los estudiantes. Sin embargo, el enfoque de competencias, la educación experiencial, el aprendizaje basado en problemas y la simulación, abren caminos para trascender esta separación, promoviendo el desarrollo de habilidades integrales que abarcan conocimientos, actitudes y valores.

La interprofesionalidad se presenta como un eje crucial en la formación médica, promoviendo un aprendizaje colaborativo que permita a los estudiantes experimentar y reflexionar sobre la distribución de roles en escenarios de atención médica. Durante las simulaciones, al vivenciar otras profesiones, los estudiantes confrontan sus propias percepciones jerárquicas y el “capital simbólico” atribuido a ciertos roles, lo cual se hizo evidente en las simulaciones de ginecología y obstetricia. La integración de estas

experiencias dentro del currículum ofrece un espacio donde pueden cuestionar estereotipos y aprender a trabajar en equipo, asumiendo responsabilidades compartidas para mejorar los resultados en salud y fortalecer la identidad interprofesional. La incorporación de la educación interprofesional como parte de la estrategia curricular fomenta el respeto por la diversidad de roles en el equipo de salud, ampliando la perspectiva de los estudiantes sobre la práctica clínica colaborativa.

La simulación se configura como una herramienta esencial para la reconciliación entre teoría y práctica en la formación médica, permitiendo a los estudiantes no solo aplicar sus conocimientos en un entorno seguro, sino también reflexionar profundamente sobre sus decisiones y acciones. La reflexión a través del debriefing emerge como un recurso clave en este proceso, para la evolución continua en el pensamiento clínico de los futuros médicos. A través de la recursividad, cada simulación se convierte en una oportunidad para asimilar y transformar el aprendizaje, promoviendo una praxis médica flexible y centrada en la atención integral del paciente. Así, la simulación no solo prepara a los estudiantes para el ejercicio práctico, sino que los habilita para enfrentar la complejidad del mundo clínico real con una comprensión crítica y adaptativa, esencial en un entorno de salud en constante cambio.

Para fortalecer esta integración, es esencial que el currículum continúe evolucionando hacia un enfoque que priorice la praxis en un contexto de complejidad, siguiendo los principios que propone el paradigma de Morin. En este sentido, la reforma del pensamiento planteada por Morin no es de naturaleza programática, sino paradigmática, ya que concierne a nuestra capacidad de organizar el conocimiento. Esto implica no solo una mayor flexibilidad en las normativas de acreditación, sino también la promoción de espacios de reflexión crítica que valoren la interdisciplinariedad y la colaboración en entornos reales y simulados. Según Morin, la finalidad es desarrollar una "cabeza bien puesta", capaz de usar plenamente la inteligencia al organizar ideas de manera compleja y lucida (Morin, 2002). Asimismo, incrementar las oportunidades de participación en proyectos de investigación y extensión permitirá a los estudiantes desarrollar una comprensión profunda de la responsabilidad social y ética de la práctica médica, alineada con este modelo de organización del pensamiento.

Finalmente, el capítulo 7 exploró la relación entre la vida cotidiana, la situacionalidad histórica y el compromiso social en la formación médica, abordando cómo estas dimensiones influyen en las prácticas docentes y en la formación de los futuros profesionales de la salud.

Se describió cómo la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL (FCM-UNL) ha integrado el compromiso social en su currículum y prácticas educativas, alineándose con las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para formar profesionales sensibles a las necesidades comunitarias. La acreditación del compromiso social de la FCM-UNL mediante indicadores ISAT y el desarrollo del Programa de Salud Rural son hitos destacados que reflejan su enfoque en fortalecer el sistema de salud en zonas desatendidas. Estas experiencias fomentan un aprendizaje que trasciende lo técnico, dotando a los estudiantes de herramientas críticas para enfrentar desigualdades estructurales.

A partir de las respuestas de estudiantes y docentes sobre tres modelos epidemiológicos (multicausal, determinantes sociales y determinación social), se observó la coexistencia de diversas perspectivas sobre los procesos de salud-enfermedad. La preferencia por el modelo de determinantes sociales destaca una apertura hacia una visión más integradora, mientras que las elecciones del modelo multicausal reflejan una inclinación hacia enfoques biomédicos tradicionales. La minoritaria adopción del modelo de determinación social evidencia una necesidad de continuar desafiando el modelo médico hegemónico, buscando integrar una perspectiva de salud que se reproduce socialmente bajo el concepto de determinación social de la salud en tanto modo de devenir o modo de darse el condicionamiento dialéctico complejo que comienza en la sociedad y del que solo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos (salud - enfermedad) en los individuos.

Las prácticas en terreno de los estudiantes de medicina se analizaron como metáfora de las fases de simulación: introducción, práctica y reflexión (prebriefing, simulación y debriefing). Los estudiantes identificaron déficits en la etapa introductoria, mientras que los docentes subrayan la falta de espacio para la reflexión. Estas discrepancias más allá de reconocer las diferencias en la percepción de estas experiencias de estos dos actores sociales, reflejan los desafíos en la formación médica actual, destacando la necesidad de

un ritmo educativo que integre adecuadamente todas las etapas del aprendizaje. Inspirados en Byung-Chul Han y Paulo Freire, se propone recuperar el "aroma del tiempo", ralentizando el proceso educativo para permitir la contemplación crítica y una praxis transformadora.

La FCM-UNL se posiciona como un modelo innovador en la formación médica, integrando el compromiso social y la atención primaria en su currículum. Este enfoque fortalece la conexión entre la vida cotidiana de los estudiantes y las comunidades, transformando la práctica médica en una herramienta de equidad y justicia social. La coexistencia de distintos modelos epidemiológicos en la práctica docente refleja tensiones en el campo médico entre enfoques tradicionales y visiones críticas. Las prácticas médicas cotidianas deben superar la inmediatez tecnocrática del modelo hegemónico, adoptando un ritmo educativo que valore la introducción, la práctica y la reflexión como componentes esenciales de la formación médica.

La reflexión crítica y la educación situada en las comunidades emerge, así como un espacio privilegiado para la resistencia, la innovación y el compromiso social en la educación médica.

De cara al futuro, se propone fortalecer las experiencias en el territorio con proyectos formativos, organizados en torno a etapas fundamentales de planificación, monitoreo, reflexión y evaluación. Estas experiencias no solo permitirían a los estudiantes integrar conocimientos teóricos y prácticos en contextos reales, sino que también fomentarían un compromiso más profundo con las necesidades de las comunidades. Para ello, resulta esencial que estas experiencias se situaran desde la Atención Primaria de la Salud con el objetivo de reforzar su capital simbólico.

Asimismo, podría proponerse una mesa de diálogo para la consolidación de proyectos interprofesionales integrados al currículum formal para las carreras de grado de FCM que luego podrían ampliarse a otras casas de estudio para fomentar la colaboración, el respeto por la diversidad de roles y la construcción de un saber compartido que trascienda jerarquías tradicionales.

Además, se plantea la necesidad de adoptar un principio fundamental como el de simulación que guíe todas las prácticas educativas, inspirado en el "a priori

antropológico" propuesto por Roig y adaptado al contexto de las prácticas formativas: **“Cada estudiante es un sujeto valioso, inteligente, competente, comprometido con su aprendizaje y capaz de mejorar continuamente”**. Este principio transversal reconoce la potencialidad de los estudiantes y permite iniciar de manera auspiciosa procesos educativos transformadores.

Se preguntaba Manuel Cruz²⁵, *“¿Recordará el futuro a esta generación como la que inauguró un tiempo nuevo, la que inició la andadura de un camino distinto? ¿O, por el contrario, la contemplará, irónico, como aquella que soñó el sueño, áspero y dulce, de la posmodernidad, como la que repitió por enésima vez en la historia el recurrente gesto de la tabula rasa?”*

Problematizar desde la complejidad habilita inaugurar el *tiempo nuevo* porque se constituye en la praxis, en la articulación de la dimensión cognitiva y pragmática de investigar para conocer e investigar para transformar. Como tiempo nuevo, el futuro forma parte del problema complejo dentro de nuestra racionalidad científico-académica. Si ponemos nuestra mirada en el pasado, las representaciones construidas alrededor del objeto “salud” o del “proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado” se fundaron sobre una perspectiva determinista ligadas a la linealidad unívoca del principio causal de las enfermedades cuyo futuro como presente nos ha llevado a operar bajo una lógica estructural - funcionalista. Un presente distinto al actual podría haber tenido lugar si nuestros esquemas de pensamiento hubieran conservado los principios del Buen Vivir del *Sumak Kawsay* en Ecuador o del *Suma Qamaña* en Bolivia. Reflexionar sobre ello nos habilita a pensar que nuestro futuro va a ser algún día presente, que hay una variedad de futuros posibles y como sujetos históricos culturales somos responsables del futuro que se construye.

²⁵ CRUZ, M. (1999): *Hacerse cargo. Sobre responsabilidad e identidad personal*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, p. 77.

Al inicio de este capítulo, se tomó del epílogo de Edgar Morín (2013) del libro “Educar en la Era Planetaria” su reflexión sobre la necesidad de superar la perspectiva funcionalista de la práctica docente hacia una misión de transmisión de estrategias para la vida que contemplen la técnica y el arte (Morin et al., 2013). A estas palabras le siguen las siguientes:

“Necesita lo que no está indicado en ningún manual, pero que Platón ya había señalado como condición indispensable de toda enseñanza: el eros, que es al mismo tiempo deseo, placer y amor, deseo y placer de transmitir amor por el conocimiento y amor por los alumnos. El eros permite dominar el gozo ligado al poder, en beneficio del gozo ligado al don.

Donde no hay amor, no hay más que problemas de carrera, de dinero para el docente y de aburrimiento para el alumno. La misión supone, evidentemente, fe en la cultura y fe en las posibilidades del espíritu humano. La misión es, por lo tanto, elevada y difícil, porque supone al mismo tiempo arte, fe y amor” (Morín, 2013, p. 122-123).

Referencias

- Abatzis, V. T. y Littlewood, K. E. (2015). Debriefing in Simulation and Beyond. *International Anesthesiology Clinics*, 53(4), 151–162.
<https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000070>
- Alba, A. de. (1998). *Currículum: Crisis, mito y perspectivas* (1ra.ed). Colección Educación, Crítica & Debate. Miño y Dávila Editores.
- Almeida Filho, N. de (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos De Saúde Pública*, 26(12), 2234–2249.
- Álvarez, A. (2007). De la higiene pública a la higiene social en Buenos Aires, una mirada a través de sus protagonistas, 1880-1914. *Boletín Mexicano De Historia Y Filosofía De La Medicina*, 10(1), 4–11.
- Amrein, M. E. y Young, P. (2015). Ramón Carrillo (1906-1956). El primer ministro de Salud Pública de la Argentina. *Fronteras En Medicina*, 9(1), 18–26.
- Ardoino, J. (1991). El análisis multirreferencial. *Sciences De L'education, Sciences Majeures*.
- Ardoino, J. (1997, 4 de noviembre). *La implicación*. UNAM. Conferencia impartida en el Centro de Estudios sobre la Universidad, Mexico.
https://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/11596/mod_forum/attachment/115617/la%20implicacion%20-%20ardoino.pdf
- Armijo Rivera, S. (Ed.). (2021). *Manual para la inserción curricular de simulación*.
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Alvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., Tomasina, F. y Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas [Training of human resources for universal health: strategic actions from academic institutions]. *Rev Panam Salud Public*; 48, jun. 2024, 44, e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Asúa, M. de (1986). Evolución de la formación médica en las facultades de medicina, Argentina, 1900-1982. *Educación Médica Y Salud*, 20(2). <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&src=google&base=wholis&lang=p&nextaction=lnk&exprsearch=7566&indexsearch=id>
- Ayer, A. J. (Ed.). (1965). *El Positivismo Lógico*. Fondo de Cultura Económica.
- Bachelard, G. (1978). *El racionalismo aplicado*. Paidós.
<https://books.google.com.ar/books?id=WY3pMwEACAAJ>

- Bachelard, G. (2000). *La Formación del espíritu científico: Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. (23° ed.). Siglo Veintiuno Editores.
- Bachelard, G. y Beccacece, H. (1991). *El compromiso racionalista / Gastón Bachelard ; traducción de Hugo Beccacece* (6. ed.). Teoría. Siglo Veintiuno.
- Barragán, H. L. (2007). Evolución histórica de la atención médica en la Argentina. En H. L. Barragán (Ed.), *Fundamentos de Salud Pública* (pp. 361–385). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Borrell, R. M. (2012). Educación médica?¿ Hacia dónde ir. *Pan American Health Organization*.(Online).
- Borrell Bentz, M. R. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina : el desafío de una nueva práctica educativa* (1° Ed.). OPS.
<https://miman.bib.bth.se/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/bthbib-ebooks/detail.action?docID=319988>
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales* (2° ed.). Desclee de Brouwer.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (2013). *Los herederos: Los estudiantes y la cultura* (M. Mayer, Trad.) (3a edición argentina). *Biblioteca Clásica del Siglo Ventiuno*. Siglo Ventiuno Editores.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.-C. (2017). *La Reproducción.: Elementos para una teoría del sistema educativo*. Siglo Veintiuno Editores.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* (1. ed.). Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2020). SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos, la ciencia. En E. Rodríguez Alzueta (Ed.), *Posnormales* (pp. 31–89).
- Bruno, P. (2015). Positivismo y cultura científica. Escenario, hombres e ideas. *Prismas, Revista De Historia Intelectual*(19), 193–200.
- Buchbinder, P. (2005). *Historia de las universidades argentinas. Historia argentina*. Editorial Sudamericana.
- Buchbinder, P. (2008). *Revolución en los claustros? La reforma universitaria de 1918. Nudos de la historia argentina*. Editorial Sudamericana.
- Camilloni, A. W. de. (1998). *Corrientes didácticas contemporáneas* (1a ed., 2a reimp). *Paidós cuestiones de educación: Vol. 13*. Paidós.
- Carballeda, A. J. M. (2004). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad. Colección Ciencias Sociales. Novedades*. Espacio Editorial.

- Carrera, L. (2015). Importancia de las propuestas curriculares en la formación de los profesionales de la salud. *+E(4.Ene-Dic)*, 36–39. <https://doi.org/10.14409/extension.v1i4.4587>
- Carrera, L. (2021). *Educación interprofesional. Algunos aportes desde Latinoamérica*. Organización Panamericana de la Salud. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP). Educación interprofesional: la experiencia de la enfermería. https://youtu.be/SAzVPf-tLbs?si=ZCDxSM3A7IfK_Wfd
- Casalla, M. C. (1977). *Crisis de Europa y reconstrucción del hombre : Un ensayo sobre Martin Heidegger. Estudios Filosóficos num.1*. Ediciones Castañeda.
- Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias De La Salud*, 15(3), 397–408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castañeira, M. (2014). *Reconocimiento de facilitadores y obstructores del aprendizaje basado en problema en la carrera de medicina de la UNL*. Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Humanidades y Ciencias. <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/784/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, A. (2024). La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Rev Panam Salud Public; 48, Jun. 2024*.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud* (1° ed). Lugar Editorial.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana De Sociología*, 76(2), 167–197.
- Cate, O. ten (2017). Competency-based postgraduate medical education: past, present and future. *GMS Journal for Medical Education*, 34(5).
- Celman de Romero, S. (1994). La tensión teórica-práctica en la educación superior. *Revista Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Educación*.
- Cheng, A., Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M. y Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. *Advances in Simulation*, 6(1), 22.
- Ciria, A. y Sanguinetti, H. J. (2006). *La reforma universitaria: 1918-2006* (1. ed.). Itinerarios. Ediciones UNL.

- Conti, N. A. (2011). El Positivismo en Argentina y su proyección en Latinoamérica. *V Xerte*, 22(98), 271.
- Cooper-loelu, P. y Jowsey, T. (2022). Interprofessional identity: an ethnography of clinical simulation learning in New Zealand. *BMC Medical Education*, 22(1), 51.
- Corvetto, M., Bravo, M. P., Montaña, R., Utili, F., Escudero, E., Boza, C., Varas, J. y Dagnino, J. (2013). Simulación en educación médica: una sinopsis [Simulation in medical education: a synopsis]. *Revista medica de Chile*, 141(1), 70–79. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000100010>
- Del Troncoso, M. C. (1985). Evolución histórica de la educación médica en Argentina y su relación con el sistema de salud y la práctica médica. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, 33–47. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-1958>
- Dewey, J. (2011). *Democracy and education - an introduction to the philosophy of education*. READ Books.
- Facultad de Ciencias Médicas - UNL. (2023). *Mi experiencia en salud rural*. <https://youtu.be/Neunm26nRJQ?si=YQWZf9kGem1gMahz>
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in The United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching*. Carnegie Foundation for the advancement of teaching.
- Fornells, J. M., Julià, X., Arnau, J. y Martínez-Carretero, J. M. (2008). Feedback en educación médica. *Educación Médica*, 11(1), 7–12.
- Foucault, M. (1976). Las redes del poder. Conferencia proferida en 1976 en la Facultad de Filosofía de la Universidad del Brasil. *Revista Barbarie*(4), 1981–1982.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad: 1.la voluntad de saber* (3°). Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2021). *Microfísica del poder* (Primera edición). *Biblioteca clásica de Siglo Veintiuno. Serie Fragmentos foucaultianos*. Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Freire, P. (2007). *Pedagogía de la esperanza.: Un reencuentro con la pedagogía del oprimido* (2ª ed.). *Biblioteca clásica de siglo veintiuno*. Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Freire, P. (2008a). *La educación como práctica de la libertad* (2. ed. revisada). Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Freire, P. (2008b). *El grito manso* (2a ed.). *Biblioteca clásica de siglo veintiuno*. Siglo Veintiuno Editores Argentina.

- Freire, P. (2015a). *Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa* (Edición revisada y corregida). *Biblioteca clásica de siglo veintiuno*. Siglo Veintiuno.
- Freire, P. (2015b). *Pedagogía del oprimido* (J. Mellado, Trad.) (4a edición argentina, corregida y revisada). *Biblioteca clásica de siglo veintiuno*. Siglo Veintiuno Editores.
- Galeano, D. (2007). Mens sana in corpore sano: José M. Ramos Mejía y la medicalización de la sociedad argentina. *Salud Colectiva*, 3, 133–146. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652007000200003>
- Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 7(3), 285. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.267>
- Garcés Cabal, D. J. (2017). El paradigma de la educación médica en América Latina. En M. Díaz Villa (Ed.), *Problemas del campo curricular en América Latina: Una aproximación comparativa* (1ª ed., pp. 103–125). USC Universidad Santiago de Cali Editorial.
- García, J. C. (2008). *Las ciencias sociales en medicina*. SciELO Public Health. *Revista Cubana De Salud Pública*, 34.
- Gonzalez Anglada, M. I., Fernández, C. G. y Núñez, L. M. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educación Médica*, 20(3), 170–178.
- González Anglada, M. I., Garmendia Fernández, C. y Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico a la simulación. Parte 2. *Educ. Med.(Ed. Impr.)*, 231–237.
- Guyot, V. (2005). Epistemología y prácticas del conocimiento. *Ciencia, Docencia Y Tecnología*, 16(30), 9–24.
- Guyot, V. (2011). *Las prácticas del conocimiento: Un abordaje epistemológico : educación, investigación, subjetividad* (1 ed.). Lugar Editorial.
- Guyot, V. (2016). Epistemología, prácticas del conocimiento y universidad. *Itinerarios Educativos*(9), 43–58. <https://doi.org/10.14409/ie.v0i9.6535>
- Guyot, V., Fizzi, N. y Vitarelli, M. (1995). La Práctica Docente y la Realidad del Aula: Un enfoque epistemológico. *Enfoques Pedagógicos*, 3(2), 21–35.
- Guyot, V., Marincevic, J. y Luppi, A. (1992). *Poder Saber la Educación. De la teoría educativa a las prácticas docentes*. Lugar Editorial.
- Han, B.-C. (2015). *El aroma del tiempo: Un ensayo filosófico sobre el arte de demorarse* (1ra ed. digital). Herder Editorial.

- Heller, À. (1977). *Sociología de la vida cotidiana. Historia, ciencia, sociedad: Vol. 144*. Península.
- Hurtado de Mendoza, D. y Busala, A. (2006). De la “movilización industrial” a la “Argentina científica”: la organización de la ciencia durante el peronismo (1946-1955). *Revista Da Sociedade Brasileira De História Da Ciência*, 4(1), 17–33.
- Hurtado de Mendoza, D. y Fernández, M. J. (2013). Institutos privados de investigación “pura” versus políticas públicas de ciencia y tecnología en la Argentina (1943-1955). *Asclepio*, 65(1), p010. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2013.10>
- Jaramillo Ocampo, D. A., Jaramillo Echeverri, L. G. y Murcia Peña, N. (2017). Acogida y proximidad: Algunos aportes de Emmanuel Levinas a la Educación. *Actualidades Investigativas En Educación*, 18(1). <https://doi.org/10.15517/aie.v18i1.31771>
- Klimovsky, G. (1993). Disparen contra la Ciencia. *Diario Clarín, Suplemento Futuro*.
- Kuttel, Y., Reus, V. y Birri, M. L. (2016). Los dispositivos para integrar la docencia con la extensión en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral. *+E(6)*, 188–193.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad* (1a ed.). Nueva Visión.
- Leyes, L. E., Gorotnet, A. A., Armella, T. B., Barrios, B. R., Villasboas Jaureguiberry, S. M. y Wetzel, M. R. (2022). Aula inversa y simulación con debriefing entre pares para el desarrollo de habilidades comunicacionales y del examen clínico. *Revista Argentina De Educación Médica*, 11(4), 6–13.
- Lifshitz, A. (2019). Edgar Morin y la educación médica del futuro. *Medicina Interna De México*, 35(2), 187–189.
- Lifshitz Guinzberg, A. y Pomposo García-Cohen, A. (2017). Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 6(24), 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.06.001>
- Litus. (2024). *Salud rural. El Paraninfo, un espacio para construir conocimiento*.
- López, R. P., Vargas, P. N., Bernal, A. S., Solano, C. E. B., Gadea, H. R. S., Cerón, A. I. C., Casillas, J. C. S., Moloeznik, M. P., Mancilla, Y. M. y Santana-Castellón, E. (2021). *Jalisco después del COVID-19*. Editorial Universidad de Guadalajara.
- López Marsano, C. (2016). *Ramón Carrillo el " negro": Primer Ministro de Salud Pública de la Argentina*. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2346>
- Madrid, R. (2008). *Hacia una ética de la responsabilidad: Derrida y el otro “por venir” en Lévinas*. Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Filosofía y Letras. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/4720>

- Magendzo, A. (2005). Alteridad y diversidad: componentes para la educación social. *Pensamiento Educativo*, 37, 106–116.
- Marí, E. (1993). La ciencia también dispara. *Diario Clarín, Suplemento Futuro*, 25.
- McDermott, D. S., Ludlow, J., Horsley, E. y Meakim, C. (2021). Healthcare simulation standards of best practice™ prebriefing: preparation and briefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 9–13.
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*(51), 17–22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Menéndez, E. L. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (1. ed.). *Colección Salud colectiva*. Lugar Ed.
- Menéndez, E. L. (2020a). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias [Hegemonic medical model: Possible trends, and more or less imaginary trends]. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Menéndez, E. L. (2020b). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (1ªEd ampliada). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937490>
- Menéndez, G., Camilloni, A., Rafaghelli, M., Kessler, M. E., Boffelli, M., Sordo, S., Pellegrino, E. y Malano, D. (2013). Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y de aprender. *UNL. Argentina*.
- Miller, B. M., Moore, D. E., Stead, W. W. y Balser, J. R. (2010). Beyond Flexner: A new model for continuous learning in the health professions. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(2), 266–272. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c859fb>
- Ministerio de Salud de la Nación. Observatorio Federal de Talento Humano en Salud. (2024). *M.A.P.A. de residencias*. Gobierno de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/mapa-0#3>
- Moiso, A. y Villalba Adriana. (2022). *Aprender a cuidar: material de estudio para el curso de formación interprofesional en salud* (1a ed.). EDULP.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia* (1ª ed.). *Pensamiento crítico / Pensamiento utópico: Vol. 8*. Anthropos.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo* (1ª ed.). *Colección Hombre y sociedad. Serie Cla-de-ma*. Gedisa.

- Morin, E. (Ed.). (2002). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento: Bases para una reforma educativa*. (1°). Nueva Visión.
- Morin, E. (2011). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* (1ª ed. en la Biblioteca Edgar Morin). *Biblioteca Edgar Morin: Vol. 5*. Paidós.
- Morin, E. y Figueira, R. (2015). *Enseñar a vivir: Manifiesto para cambiar la educación*. Nueva Visión.
- Morin, E. y Kern, A. B. (1993). *Tierra-patria / Edgar Morin, Anne Brigitte Kern ; [traducción Ricardo Figueira]*. Nueva Visión.
- Morin, E., Roger Ciurana, E. y Domingo Motta, R. (2013). *Educación en la era planetaria* (1°). Gedisa.
<http://repositorio.dl-e.es/viewer.vm?id=90581&view=global&lang=es>
- Muller, D., Meah, Y., Griffith, J., Palermo, A.-G., Kaufman, A., Smith, K. L. y Lieberman, S. (2010). The role of social and community service in medical education: The next 100 years. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(2), 302–309. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c88434>
- The Network. Toward Unity for health. (2018). *Indicadores de responsabilidad social en la educación médica (ISAT): Herramienta y Guía de Autoevaluación*.
<https://socialaccountabilityhealth.org/es/guia-institucional-2/>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 diciembre del 2016 en Bogotá, Colombia*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324721>
- Pinzón Flórez, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33(1), 33–41.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0120-24482008000100007&script=sci_arttext
- Prigogine, I. y Stengers, I. (1983). *La nueva alianza: Metamorfosis de la ciencia*. Alianza Editorial.
- Puiggrós, A. (1996). *Sujetos, disciplina y curriculum: en los orígenes del sistema educativo argentino (1885 - 1916)* (3°). Editorial Galerna.

<https://curriculum911.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/08/puiggrc3b3s-cap-4.pdf>

- Rodríguez Zoya, L. G. (2012). Sistemas complejos y conocimiento emancipador en América Latina: notas acerca del rol social y político de un programa de investigación científica de larga duración. *Pacarina Del Sur*, 5(13), 1–24. <http://pacarinadelsur.com/callers/561-sistemas-complejos-y-conocimiento-emancipador-en-america-latina-notas-acerca-del-rol-social-y-politico-de-un-programa-de-investigacion-cientifica-de-larga-duracion>
- Rodríguez Zoya, L. G. y Aguirre, J. L. (2011). Teorías de la complejidad y ciencias sociales. Nuevas estrategias epistemológicas y metodológicas. *Nómaditas. Revista Crítica De Ciencias Sociales Y Jurídicas*, 30(2). https://doi.org/10.5209/rev_noma.2011.v30.n2.36562
- Roig, A. A. (1998). *La universidad hacia la democracia: Bases doctrinarias e históricas para la constitución de una pedagogía participativa* (1. ed.). Serie Manuales: no. 21. EDIUNC.
- Roig, A. A. (2009). *Teoría y crítica del pensamiento latinoamericano* (Ed. corr. y aum). Colección Contracorriente. Una Ventana.
- Roussin, C., Sawyer, T. y Weinstock, P. (2020). Assessing competency using simulation: the SimZones approach. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6(5), 262.
- Roussin, C. J. y Weinstock, P. (2017). SimZones: an organizational innovation for simulation programs and centers. *Academic Medicine*, 92(8), 1114–1120.
- Salessi, J. (2000). *Médicos maleantes y maricas: Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina. (Buenos Aires 1871-1914)* (2. ed.). Estudios Culturales. Viterbo.
- Sánchez, M. L., López, L. R., López, O. P. y Álvarez, S. L. (2013). La simulación clínica como herramienta de aprendizaje Simulation based-training in Medicine: A teaching tool. *Cir. May. Amb*, 18(6).
- Sarlo, B. (1997). Cabezas rapadas y cintas argentinas. *Prismas-Revista De Historia Intelectual*, 1(2), 187–191.
- Silberman, M. S. y Pozzio, M. R. (2015). La enseñanza de la Medicina en debate: prácticas formativas en la realidad social y su impacto en las representaciones de los estudiantes sobre el rol profesional. *Trayectorias Universitaria*, 1(1), 83–95. <https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias>
- Silberman, M. S., Silberman, P. y Pozzio, M. (2012). Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina [Evaluation of a pedagogical proposal in teaching Medicine]. *Salud colectiva*, 8(2), 175–189. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000200006>

- Solar, O. y Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization.
- Sordini, M. V., Sordini, N. J. y Esteban, C. (2024). Educación basada en la comunidad a partir de la asignatura “Epidemiología Crítica, Social y Comunitaria” en la carrera de Medicina. *Iberoforum. Revista De Ciencias Sociales*, 4(1), 1–32.
- Souza, P. (2007). El Círculo Médico Argentino y su papel en la configuración del pensamiento médico clínico (Buenos Aires, 1875-1883). *Entrepasados*(31), 141–159.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293.
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios [Thinking about health once again: programs and territories]. *Salud Colectiva*, 12(2), 149–171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Spinelli, H. (2022). Abraham Flexner: trayectoria de vida de un educador [Abraham Flexner: the life trajectory of an educator]. *Salud Colectiva*, 18, e4053. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053>
- Temporetti, F. (2014). Entre la escalera ascendente y la espiral recurrente.: Los procesos de adquisición de conocimiento en tiempos de textos e hipertextos. *Itinerarios Educativos*(7), 81–97.
- Terán, O. (2008). *Historia de las ideas en la Argentina: Diez lecciones iniciales, 1810-1980*. Biblioteca básica de historia. Siglo Veintiuno Editores.
- Tobón, S. (2019). *Formación integral y competencias: Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación* (4° Ed., Vol. 227). Ecoe ediciones.
- Torres, J. (1994). *Globalización e interdisciplinariedad: El curriculum integrado*. Colección Pedagogía. Manuales. Ediciones Morata.
- Torres Santomé, J. (1991). *El currículum oculto* (2ª ed.). Manuales. Morata.
- Triana Ramírez, A. N. y Álvarez Soler, J. A. (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. Entrevista al doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & Saber*, 8(18), 267. <https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n18.2017.7251>
- UDUAL. (2016). *Convenio: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. <http://132.247.70.169/bitstream/Rep-UDUAL/1827/1/OPS%20OMS-UDUAL.pdf>

- UNL Noticias. (2023). *FCM: Institución socialmente responsable en salud*. Universidad Nacional del Litoral.
https://www.unl.edu.ar/noticias/news/view/fcm_instituci%C3%B3n_socialmente_responsable_en_salud_2
- UNLitoral. (2022). *UNL y Provincia trabajan para fortalecer la Salud Rural en Santa Fe*. Canal de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe.
<https://youtu.be/20S11KSKuyM?si=A8aMovhawkqxbx7C>
- Valera-Bermejo, J. M., Pizá-Aragón, A., Treviño-Hernández, J. E., Daniel-Guerrero, A. B. y Rubio-Martínez, R. (2015). El realismo en simulación clínica, arte y ciencia. *Gaudeamus*(1), 37–54.
- van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A. y Mellis, C. (2020). Interprofessional education: Tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 455.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
- Venturelli, J. (1997). *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. OPS.
- Vezzetti, H. (1989). Literatura médica: disciplina científica y moralización ciudadana en el 80. En R. Bergalli y E. E. Mari (Eds.), *Colección Sociedad-estado: Vol. 5. Historia ideológica del control social: (España-Argentina, siglos XIX y XX)* (1ª ed.). PPU.
- Villagrán, C. (1986). Agnes Heller y la escuela de Budapest. *Revista Mexicana De Ciencias Políticas Y Sociales*, 31(122).
- Violato, E [Efrem]; King, S. (2021). *Disruption and innovation in interprofessional attitude assessment* (núm. 3). Taylor & Francis, 35.
- Violato, E [Efrem], Witschen, B., Violato, E [Emilio] y King, S. (2021). A Multi-Method Analysis of Students' Experience During a Simulated Compliance Scenario: Behavior, Cognition, and Emotion. *Cognition, and Emotion* (November 22, 2021).
- Watts, P. I., McDermott, D. S., Alinier, G., Charnetski, M., Ludlow, J., Horsley, E., Meakim, C. y Nawathe, P. A. (2021). Healthcare simulation standards of best practice™ simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14–21.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization.
http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Yi, Y., Lagniton, P. N. P., Ye, S., Li, E. y Xu, R.-H. (2020). Covid-19: What has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1753–1766. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45134>

Anexo 1



Prácticas docentes en educación superior. Las opciones epistemológicas de los docentes de FCM-UNL en simulación de PFO.

Encuesta para estudiantes

Estimada Participante:

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de

investigación de la med. Marisa Espinoza para la tesis de Maestría en Docencia de la Facultad de Humanidades y Ciencias (FHUC) de la Universidad Nacional del Litoral avalado por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la misma universidad.

El propósito del este estudio es investigar las categorías de las prácticas docentes que operan en la génesis del *habitus* médico (formas de hacer y de ser adquiridas en el espacio social e interiorizadas de forma de tornarse natural o ya dado) durante las simulaciones de alta fidelidad de PFO en los meses de septiembre- noviembre de 2022. Esta encuesta tiene como objetivo evaluar las ideas de los estudiantes acerca de la enseñanza de la Medicina y las diferentes formas de la práctica profesional.

Su participación en este estudio es voluntaria y anónima. Antes de empezar, necesitamos que manifieste si está de acuerdo con participar haciendo clic en el botón aceptar. Luego le pediremos que conteste un cuestionario con preguntas sobre sus opiniones y expectativas profesionales.

Su participación en este cuestionario es totalmente voluntaria y gratuita, y no le causará beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad, si usted así lo desea.

La confidencialidad de sus datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales, de modo tal que no pueda identificarse lo que usted plantee con su nombre.

Si hay algo que no le quedó claro o tiene alguna duda puede comunicarse con el siguiente correo: marisa_espinoza_@hotmail.com

Muchas Gracias.

* 1. ¿Qué edad tienes?

* 2. ¿Has realizado actividades de extensión o investigación?

☐ No

☐ Si, he realizado actividades de extensión

- ☐ Si, he realizado actividades de investigación
- ☐ Si, he realizado actividades de extensión e investigación

* 3. ¿Qué porcentaje de tu tiempo en la universidad le dedicas a las actividades de cursado, investigación y extensión?

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80 %	90%	100 %
Actividades de	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades en investigación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades en	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 4. Que valoración le das a las funciones sustantivas de la universidad donde 5 es el máximo grado de valoración y 1 el mínimo.

	1	2	3	4	5
Docencia	☐	☐	☐	☐	☐
Investigación	☐	☐	☐	☐	☐
Extensión	☐	☐	☐	☐	☐

* 5. Establece un ranquin de las disciplinas comprendidas en PFO que, de acuerdo con tu consideración, son las más prioritarias para la actividad profesional médica.

- ☐ Clínica médica
- ☐ Ginecología Clínica y Obstetricia
- ☐ Clínica Pediátrica
- ☐ Cirugía
- ☐ Emergentología
- ☐ Salud mental
- ☐ Medicina Familiar y comunitaria

* 6. ¿En qué área o especialidad te gustaría dedicarte cuando egreses?

* 7. ¿Describe brevemente porqué te gustaría dedicarte a ello?

* 8. ¿En qué lugares te gustaría realizar tu práctica profesional?

- ☐ Sector público-1º Nivel de atención
- ☐ Sector público-2º Nivel de atención
- ☐ Sector público-3º Nivel de atención
- ☐ Clínica Privada
- ☐ Sanatorio Privado
- ☐ Otro (especifique)

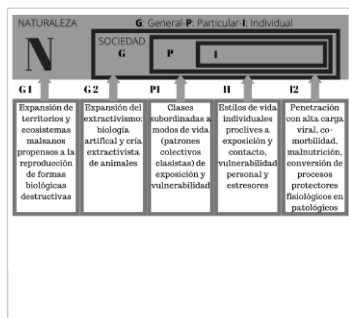
* 9. ¿Cuál de estos lugares donde realizarías tu práctica profesional piensas que te generaría el mayor aporte económico?

- ☐ Sector público-1º Nivel de atención
- ☐ Sector público-2º Nivel de atención
- ☐ Sector público-3º Nivel de atención
- ☐ Clínica Privada
- ☐ Sanatorio Privado
- ☐ Otro (especifique)

* 10. La pandemia por COVID-19 atravesó de manera transversal todas las disciplinas y profesiones de salud. Elige el modelo epidemiológico que se adapte mejor a tu forma de ver los procesos de salud-enfermedad.

Imágenes tomadas de:

1. Yi, Y., Lagniton, P. N., Ye, S., Li, E., & Xu, R. H. (2020). COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1753.
2. López, R. y col. (2021). *Jalisco después del COVID-19*. Editorial Universidad de Guadalajara.
3. Breilh Paz y Miño, J. E. (2020). SARS-COV2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. *Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia*.



* 11.

Las simulaciones de alta fidelidad constan de tres etapas claras: el **briefing** (sesión breve de orientación o información preparatoria a los participantes, para que puedan alcanzar los objetivos de la simulación), **la simulación propiamente dicha**, y el **debriefing** (actividad posterior a la simulación, conducida por el docente quien explora lo sucedido desde la perspectiva de los participantes, considerando sus emociones, y motivándolos a reflexionar sobre sus acciones, aportando recomendaciones o feedback sobre sus desempeños). ¿Cuál de ellas consideras que resulta más relevante para los aprendizajes de práctica médica?

- ☐ Briefing
- ☐ Simulación Propiamente dicha
- ☐ Debriefing

* 12. Si extrapoláramos estas etapas a la práctica en terreno, ¿Cuál de ellas consideras que tiene menor despliegue?

- ☐ Briefing
- ☐ Observación o prácticas de habilidades y destrezas
- ☐ Debriefing



Prácticas docentes en educación superior. Las opciones epistemológicas de los docentes de FCM-UNL en simulación de PFO

Encuesta para docentes

Estimada Participante:

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación de la med. Marisa Espinoza para la tesis de Maestría en Docencia de la Facultad de Humanidades y Ciencias (FHUC) de la Universidad Nacional del Litoral avalado por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la misma universidad. El propósito del este estudio es investigar las categorías de las prácticas docentes que operan en la génesis del *habitus* médico (formas de hacer y de ser adquiridas en el espacio social e interiorizadas de forma de tornarse natural o ya dado) durante las simulaciones de alta fidelidad de PFO en los meses de septiembre- noviembre de 2022. Esta encuesta tiene como objetivo evaluar las ideas de los docentes acerca de la enseñanza de la Medicina y las diferentes formas de la práctica profesional.

Su participación en este estudio es voluntaria y anónima. Antes de empezar, necesitamos que manifieste si está de acuerdo con participar haciendo clic en el botón aceptar. Luego le pediremos que conteste un cuestionario con preguntas sobre sus opiniones y prácticas profesionales.

Su participación en este cuestionario es totalmente voluntaria y gratuita, y no le causará beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad, si usted así lo desea.

La confidencialidad de sus datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales, de modo tal que no pueda identificarse lo que usted plantee con su nombre.

Si hay algo que no le quedó claro o tiene alguna duda puede comunicarse con el siguiente correo: marisa_espinoza@hotmail.com

Muchas Gracias.

* 1. ¿Qué edad tienes?

* 2. ¿Cuánto tiempo llevas (en años) desempeñándote como docente en la FCM-UNL?

* 3. ¿En que disciplina te desempeñas como docente?

* 4. ¿Cuál es tu cargo docente?

* 5. ¿Has realizado actividades de extensión o investigación?

- ☐ No
- ☐ Si, he realizado actividades de extensión
- ☐ Si, he realizado actividades de investigación
- ☐ Si, he realizado actividades de extensión e investigación

* 6. ¿Qué porcentaje de tu tiempo en la universidad le dedicas a las actividades de cursado, investigación y extensión?

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80 %	90%	100 %
Actividades de	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades en investigación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actividades en	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 7. Que valoración le das a las funciones sustantivas de la universidad donde 5 es el máximo grado de valoración y 1 el mínimo.

	1	2	3	4	5
Docencia	☐	☐	☐	☐	☐
Investigación	☐	☐	☐	☐	☐
Extensión	☐	☐	☐	☐	☐

* 8. Establece un ranquin de las disciplinas comprendidas en PFO que, de acuerdo a tu consideración, son las mas prioritarias para la actividad profesional médica.

- ☐ Clínica médica
- ☐ Ginecología Clínica y Obstetricia
- ☐ Clínica Pediátrica
- ☐ Cirugía
- ☐ Emergentología
- ☐ Salud mental
- ☐ Medicina Familiar y comunitaria

* 9. ¿A que área o especialidad te dedicas en la práctica profesional?

* 10. Describe brevemente porque elegiste esta disciplina

* 11. ¿En que lugar/es realizas tu práctica profesional?

- ☐ Sector público-1º Nivel de atención
- ☐ Sector público-2º Nivel de atención
- ☐ Sector público-3º Nivel de atención
- ☐ Clínica Privada
- ☐ Sanatorio Privado
- ☐ Otro (especifique)

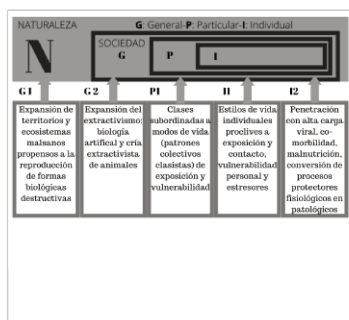
* 12. ¿Cuál de estos lugares donde realizas tu práctica profesional te genera el mayor aporte económico?

- ☐ Sector público-1º Nivel de atención
- ☐ Sector público-2º Nivel de atención
- ☐ Sector público-3º Nivel de atención
- ☐ Clínica Privada
- ☐ Sanatorio Privado
- ☐ Otro (especifique)

* 13. La pandemia por COVID-19 atravesó de manera transversal todas las disciplinas y profesiones de salud. Elige el modelo epidemiológico que se adapte mejor a tu forma de ver los procesos de salud-enfermedad.

Imágenes tomadas de:

1. Yi, Y., Lagniton, P. N., Ye, S., Li, E., & Xu, R. H. (2020). COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. International journal of biological sciences, 16(10), 1753.
2. López, R. y col. (2021). Jalisco después del COVID-19. Editorial Universidad de Guadalajara.
3. Breilh Paz y Miño, J. E. (2020). SARS-COV2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia.



* 14.

Las simulaciones de alta fidelidad constan de tres etapas claras: el **briefing** (sesión breve de orientación o información preparatoria a los participantes, para que puedan alcanzar los objetivos de la simulación), la **simulación propiamente dicha**, y el **debriefing** (actividad posterior a la simulación, conducida por el docente quien explora lo sucedido desde la perspectiva de los participantes, considerando sus emociones, y motivándolos a reflexionar sobre sus acciones, aportando recomendaciones o feedback sobre sus desempeños). ¿Cuál de ellas consideras que resulta mas relevante para los aprendizajes de práctica médica?

- ☐ Briefing
- ☐ Simulación Propiamente dicha
- ☐ Debriefing

* 15. Si extrapoláramos estas etapas a la práctica en terreno. ¿Cuál de ellas consideras que tiene menor despliegue?

- ☐ Briefing
- ☐ Observación o prácticas de habilidades y destrezas
- ☐ Debriefing

Anexo 3

Consentimiento Informado de Investigación de Tesis de Maestría en Docencia Universitaria.

Las prácticas docentes en educación superior. Una mirada compleja sobre la formación de estudiantes de medicina de Práctica Final Obligatoria de la Universidad Nacional del Litoral en el período de septiembre a noviembre de 2022.

FHUC/FCM. UNL

He tomado contacto con usted para la su colaboración en un trabajo de investigación para la tesis de Maestría en Docencia Universitaria de la Facultad de Humanidades y Ciencias (FHUC) de la Universidad Nacional del Litoral avalado por la Facultad de Ciencias Médicas de la misma universidad.

El propósito del este estudio es investigar las categorías de las prácticas docentes que operan en la génesis del *habitus* médico (formas de hacer y de ser adquiridas en el espacio social e interiorizadas de forma de tornarse natural o ya dado) durante las simulaciones de alta fidelidad de PFO en los meses de septiembre-noviembre de 2022. Se parte acerca de que las opciones epistemológicas de los docentes marcan la lente con la que se mira y produce el conocimiento a través de su práctica, las cuales tienen impacto en la subjetividad del estudiante.

Su participación nos permitirá realizar un primer análisis exploratorio de las categorías que tendrían impacto en la generación del *habitus* médico con el fin de identificar aquellas que limitan o potencian las posibilidades de una mirada ampliada sobre los complejos procesos de salud enfermedad cuidado. Para ello se procederá a la observación y grabación de todas las etapas de simulación de alta fidelidad: briefing, simulación propiamente dicha y debriefing donde se tomará nota de categorías relacionadas al tipo de relaciones subjetivas establecidas entre los estudiantes y el docente, las estudiantes entre sí y los estudiantes y el paciente o familiar simulado; y el enfoque con el que se abordan los procesos de salud enfermedad en la simulación.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y gratuita, y no le causará beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad, si usted así lo desea.

Anexo 4

La confidencialidad de sus datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y por la ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales, de modo tal que no pueda identificarse lo que usted plantee con su nombre.

Si decide participar, debe saber que la información que nos dé será transcrita en computadora para su posterior análisis, sin que su nombre figure en ningún momento. Para el análisis se utilizarán códigos de números en lugar de su nombre por lo que estos documentos no lo identifican.

Le sugerimos que se tome el tiempo que le resulte necesario para decidir realizarla, y que lo haga solamente si así lo desea. Si hay algo que no le quedó claro o tiene alguna duda puede comunicarse con el siguiente correo: marisa_espinoza@hotmail.com

Acta de Consentimiento Informado:

Se me ha invitado a participar de la investigación para la tesis de maestría en docencia universitaria de la médica Marisa Espinoza.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,,
DNI....., con domicilio en
....., consiento
en participar en la investigación denominada: “Las prácticas docentes en educación superior. Una mirada compleja sobre la formación de estudiantes de medicina de Práctica Final Obligatoria de la Universidad Nacional del Litoral en el período de septiembre a noviembre de 2022.

Firma:

Anexo 5

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN DE SIMULACIONES

GRUPO:

CASO DE SIMULACIÓN _____ FECHA _____

DOCENTE RESPONSABLE _____

Observaciones durante el briefing Creación de un contexto de aprendizaje estimulante y psicológicamente seguro.	Check	Comentarios y sensaciones del observador
El docente se presenta.		
El docente presenta el caso brevemente, introduce el tema, clarifica los objetivos del curso, el entorno, la confidencialidad, los roles y las expectativas		
El docente establece un “Contrato de Ficción” con los participantes. Se preocupa de detalles logísticos.		
Transmite un compromiso a respetar a los participantes y a comprender sus perspectivas.		
Tiempo de briefing:		
Observaciones durante el simulacro		
Los participantes preguntan el nombre al paciente-familiar.		
Los participantes se presentan mencionando su nombre y su profesión.		
Los participantes llaman al paciente-familiar por su nombre.		
Los participantes escuchan con respeto el relato del paciente-familiar sobre la afección simulada.		

Los participantes dan contención emocional al paciente-familiar.		
Los participantes explican al Paciente/familiar su cuadro clínico con palabras sencillas.		
Los participantes se llaman por sus nombres cuando dan indicaciones.		
Los participantes son respetuosos cuando dan instrucciones.		
Los participantes trabajan de manera organizada.		
Los participantes parecen involucrarse con sus roles.		
El escenario resulta suficientemente real.		
Tiempo de simulacro		
Observaciones durante el debriefing		
Disposición espacial de estudiantes y docente. (espacio, disposición de sillas)		
Actitud postural de estudiantes.		
Actitud postural del docente.		
El docente se dirige a los participantes por sus nombres.		

Docente incentiva a los participantes al comienzo a expresar sus sensaciones y emociones, si es necesario, los orienta a diferenciarlas de sus desempeños.		
El docente escucha con atención las sensaciones de los participantes antes de intervenir.		
El docente promueve la expresión de los procesamiento de pensamientos sobre el caso.		
El docente usa el video, reproducción de material audiovisual u otros dispositivos de revisión (si están disponibles)		
El docente facilita un análisis del rendimiento de los participantes durante la parte central de la sesión.		
Se identifica algún grado de valoración o jerarquía entre los aciertos y los errores de desempeño de los participantes.		
El docente permite el diálogo entre estudiantes, facilitando las discusiones.		
Los estudiantes toleran el diálogo entre compañeros		
El docente revela sus propios razonamientos y juicios.		
El docente reconoce y contiene al participante disgustado.		
Se identifica algún grado de valoración o jerarquía entre habilidades comunicaciones y prácticas.		
El docente colabora con los participantes para sintetizar lo aprendido al final de la sesión.		
El docente proporciona feedback concreto a los participantes acerca del su rendimiento o el de su equipo, basado en declaraciones de los hechos precisas y punto de vista honesto.		

Anexo 6



Anexo 7

Las Malvinas
son argentinas



Universidad Nacional del Litoral

FCM-1125578-22

Santa Fe, 09 de Setiembre de 2022

Visto la solicitud y en un todo de acuerdo, esta secretaría sugiere otorgar aval al plan de tesina de la Med. Marisa Espinoza, docente de esta casa de estudios y colaborar en toda información necesaria para el desarrollo de la misma.

Pase a Despacho General (Mesa de Entradas - FCM) a sus efectos.

Pasado desde: Secretaría Académica (Mesa de Entradas - FCM)
Por Usuario: Cámara, Liza Natalia (Cámara)