

Estudiantes como agentes activos de su proceso formativo: una experiencia emergente en educación médica

Students as active agents in their training process: an emerging experience in medical education

Pablo Araya¹, Pauline Böhm¹, Ignacio Bustos¹, Diego Durán¹, Catalina Giacaman¹, Isidora González¹, Camilo Laprida¹,
Camila Martínez¹, Javiera Meléndez¹, Rodrigo Olivares¹, Paula Villarroel¹, Natalia Gana³, Denisse Zúñiga^{2,3},
Marcela Cisternas³, Klaus Püschel²

Resumen

Introducción: la participación de estudiantes en su proceso formativo ha emergido como un estándar de calidad en educación médica. Sin embargo, existe escasa información sobre la perspectiva concreta de los estudiantes respecto a estrategias institucionales de participación y escasas experiencias reflexivas de su propio proceso formativo. **Métodos:** basado en el modelo de investigación participativa, un grupo de 104 estudiantes, docentes, y funcionarios administrativos de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, participaron en un proceso de reflexión sistemático de 6 meses de duración relativo a participación estudiantil, estrategias e innovaciones en educación médica. El proceso culminó con la Jornada Docente Alumno Funcionario donde se abordaron aspectos específicos de los tópicos definidos. **Resultados:** se identificaron estrategias mixtas de participación que incluyeron elementos de los modelos de gobernanza, co-creación y alianzas. La excelencia, el respeto y la amabilidad fueron elementos centrales de la formación médica identificados por los estudiantes. Sin embargo, se identificó también la preponderancia de una cultura de competitividad por sobre una de colaboración a nivel formativo. Existió desacuerdo sobre la relevancia del compromiso social como parte del proceso formativo en Medicina. Se enfatizó la relevancia de la formación de habilidades de comunicación, trabajo interdisciplinario y retroalimentación. **Conclusiones:** la participación de estudiantes en su propio proceso formativo es factible, pero requiere estrategias específicas. Un proceso de reflexión sistemático en la comunidad académica puede exponer aspectos relevantes de la identidad formativa médica. Este proceso puede exponer competencias esenciales a profundizar tales como comunicación, trabajo interdisciplinario y retroalimentación.

Palabras clave: educación médica; estudiantes de medicina; participación estudiantil; investigación participativa; América Latina

Abstract

Introduction: Student participation in their formative medical processes has emerged as a quality standard in medical education. However, there is a lack of information on concrete student perspectives on institutional strategies to boost participation and on concrete reflective experiences on their formative process. **Methods:** Based on a participatory research model, a group of 104 undergraduate students, faculty and administrative staff at the School of Medicine Pontificia Universidad Católica de Chile were involved in a 6-month systematic reflective process focused on student participation and medical education strategies and innovations. The process concluded in an integrated student-led Medical Education encounter where specific topics on student participation, education strategies, and innovations were addressed. **Results:** Mixed participation strategies including governance, co-creative and partnership models, were identified. Excellence, respect, and amiability were identified as key elements of the medical training by students at Pontificia Universidad Católica de Chile. However, a culture of competitiveness over collaboration was also identified. There was disagreement among students on the relevance of social accountability in medical formation. The relevance of improving communication skills, interdisciplinary work, and feedback along the training process was also highlighted. **Conclusions:** Student participation in their formative process is feasible but needs specific strategies. A systematic reflective process can expose relevant identity features of the training processes that need to be reinforced or changed. It can also expose relevant competencies to be emphasized, such as communication, interdisciplinary skills, and feedback.

Keywords: medical education; medical students; student engagement; participatory research; Latin America

Fecha de envío: 2021-04-08 - Fecha de aceptación: 2021-11-24

(1) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) Centro de Educación Médica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(3) Dirección de Pregrado, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor de correspondencia: kpuschel@med.puc.cl



Introducción

Durante la última década, se ha enfatizado el rol de los estudiantes como agentes activos en el proceso de educación médica. Este rol no se limita a la participación de ellos en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sino también a su involucramiento en los procesos de diseño educacional, cambios curriculares y metodologías de enseñanza (Meeuwissen & Whittingham, 2020). El involucramiento de la comunidad de estudiantes en estas áreas ha adquirido gran relevancia en procesos de acreditación de las escuelas de medicina a nivel internacional y es considerada como un componente de excelencia vinculado al compromiso institucional con la comunidad académica y con su entorno social (Puschel *et al.*, 2017; Hunt *et al.*, 2018; Soled & Goel, 2020).

Los beneficios de una participación estudiantil activan en su proceso formativo incluyen un incremento en la satisfacción de estudiantes, una mejor comprensión meta-cognitiva de los procesos de enseñanza-aprendizaje y una mejor interacción docente-estudiante (Bovill *et al.*, 2011; Dhaese *et al.*, 2015). En el corto plazo, la participación estudiantil permite un *feedback* continuo para informar y estimular la innovación y mejora del diseño curricular. En el largo plazo, el involucramiento sistemático y activo de los estudiantes contribuye a generar una cultura institucional más horizontal y una comunidad de aprendizaje integrada (Dhaese *et al.*, 2015; Carey, 2018; Geraghty *et al.*, 2020).

A pesar de los beneficios observados en la participación activa de estudiantes en su proceso educativo, la implementación de dichas políticas a nivel organizacional ha sido compleja. Además, se ha observado que el modelo de participación es relevante para la implementación de cambios duraderos en las estrategias educativas. En algunos casos la participación se limita a la presencia de estudiantes en comités donde ellos tienen un rol más bien pasivo y son informados de decisiones previamente definidas (Meeuwissen & Whittingham, 2020). Modelos con roles de gobernanza bien definidos (Bilodeau *et al.*, 2019), co-creativos (Martens *et al.*, 2019) o de alianzas (Bilodeau *et al.*, 2019) han presentado resultados mixtos. Es posible que una participación activa efectiva deba combinar elementos de cada uno de estos modelos en forma integrada. Dentro de los factores relevantes de éxito se han descrito la continuidad en la interacción estudiante-docente, la definición de espacios claros de discusión y una estrategia clara en la cadena de toma de decisiones (Goldfarb & Morrison, 2014).

Existe consenso en la necesidad de desarrollar mayor investigación en el área de la participación activa de estudiantes en los procesos de educación médica y específicamente en el análisis de experiencias concretas de participación (Geraghty *et al.*, 2020; Meeuwissen & Whittingham, 2020).

Este estudio presenta una experiencia específica de participación activa de estudiantes de Medicina en su proceso formativo. El trabajo expone el diseño, proceso y resultados de la Jornada Docente-Alumno-Funcionario de Medicina (JDAF) de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) 2019, donde se abordó el tema de educación médica. Las jornadas, que se han desarrollado anualmente durante las últimas dos décadas, reflejan un trabajo continuo y sistemático de interacción de estudiantes y docentes en el proceso formativo (Meeuwissen & Whittingham, 2020).

Metodología

La metodología de trabajo se basó en el modelo de investigación participativa (Andersson, 2018) e incluyó tres etapas. La primera etapa consistió en una convocatoria participativa, la segunda etapa fue de discusión participativa semiestructurada y la tercera etapa fue de análisis de la información.

a) Convocatoria

Inicialmente se conformó un comité de organización de la JDAF 2019 que estuvo conformado por 10 estudiantes y 2 docentes. Durante el mes de junio de 2019 se realizó un llamado abierto por redes sociales a los estudiantes de la Escuela de Medicina de la PUC, con el objetivo de conformar el comité organizador de la JDAF 2019 mediante inscripción voluntaria. En la misma fecha, se realizó una consulta abierta vía electrónica sobre tópicos posibles a abordar en la etapa de discusión participativa de esta edición de la JDAF. Posteriormente, se identificaron prioridades temáticas mediante una encuesta *online* anónima para elegir el tópico final en base a las propuestas más mencionadas en la pesquisa inicial. Esta encuesta fue enviada a todos los estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina PUC, y también a los docentes. Finalmente, se realizó una invitación abierta vía mail y redes sociales a todos los estamentos de la Facultad de Medicina PUC: estudiantes, docentes y funcionarios. Para tener un mayor alcance, se añadió una invitación presencial a funcionarios, guardias y personal de aseo. Las invitaciones vía mail y presenciales fueron coordinadas con el equipo de Pregrado.

b) Discusión participativa

En esta etapa se diseñó una metodología de trabajo participativo grupal para abordar el tema de educación médica y sus desafíos en la PUC, seleccionado en la etapa previa. Las temáticas a discutir y la composición de las pautas semiestructuradas para abordar dichas temáticas fueron definidas en conjunto por el comité organizador, Dirección de Pregrado y Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud (CEMCIS). En este proceso de elaboración participaron 19 personas (14 estudiantes, 5 docentes). Luego de una introducción general sobre el tema y una exposición de los

desafíos de enseñanza intergeneracional en Medicina, se desarrolló el trabajo de reflexión participativa. Durante la primera actividad, los participantes se distribuyeron en 6 mesas temáticas, previa manifestación de su preferencia. Las temáticas abordadas fueron: involucramiento estudiantil, rol comunicador, relaciones interpersonales, rol público, sello formativo, e internacionalización y salud global. En cada grupo de trabajo participaron entre 14-20 personas que discutieron durante 30-45 minutos el tópico inicialmente seleccionado. La pauta semiestructurada de discusión incluyó seis preguntas abiertas por tópico. Cada grupo estuvo moderado por dos facilitadores, un docente y un estudiante, que aseguraron la participación balanceada de sus miembros. Uno de los facilitadores tomó notas de campo de la discusión. Esto incluyó, de ser necesario, solicitar la precisión de opiniones y consensuar con el grupo el resumen de los acuerdos y controversias.

Concluida la modalidad de las mesas temáticas, se procedió a una modalidad de mesas rotatorias donde se discutieron innovaciones. En esta instancia se organizaron 6 mesas, 2 mesas para desarrollar cada uno de los siguientes tópicos: innovación en metodologías de evaluación, innovación en metodologías de retroalimentación, e innovación en metodologías de enseñanza. Se contó con 30 minutos en total para realizar la actividad. Se asignó 10 minutos por tópico, tras lo cual, los participantes rotaban a la mesa del tópico siguiente, pasando así por los 3 temas a desarrollar. Cada mesa rotatoria contó con un total de 10 a 15 participantes. En cada mesa rotatoria, un facilitador se encargó de recibir a cada grupo, dar las instrucciones, presentar el tópico y realizar el acta de resumen. Este material también contó con el conocimiento y aprobación de los participantes de la sala.

En síntesis, producto de la discusión participativa se obtuvieron dos tipos de documentos: 6 corpus de notas de campo de las mesas temáticas y 3 actas de resumen de las mesas rotatorias. Cada acta contiene la información de 3 rotaciones.

c) Análisis

Coherente con el tipo de indagación realizada en esta experiencia educativa -que problematiza y sugiere propuestas acerca de un tema específico- se realizará un análisis de contenido de los documentos. El análisis de contenido es un método de investigación cualitativo que en su origen tuvo como propósito cuantificar las categorías que emergen de los documentos. Este método describe el significado del material analizado mediante la clasificación sistemática de códigos y la identificación de temas o patrones (Cho & Lee, 2014).

Para este estudio se realizó el siguiente procedimiento de análisis (Creswell, 2009; Cho & Lee, 2014): 1) formación del equipo de codificadores y asignación de los documentos; 2) definición a priori

de las categorías de análisis basadas en los tópicos que guiaron la discusión por mesa. 3) codificación de los conceptos /temas comunes y triangulación (Flick, 2017): En el caso de las mesas temáticas, se asignó a un codificador por cada documento obtenido. El material de cada codificador fue triangulado con la revisión de otros dos revisores. En las mesas rotatorias, en cambio, se asignó un codificador por tema, luego, se realizó una triangulación del contenido de los tres grupos que rotaron en cada tema; 4) elaboración del primer borrador de integración de resultados que es revisado por tres académicos. La retroalimentación recibida permitió ajustar los resultados hasta obtener la versión final. Para terminar, la síntesis y conclusiones de la Jornada fueron resumidas en un informe oficial. El informe fue posteriormente compartido vía electrónica con la totalidad de estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina y presentado en el Comité curricular de la Escuela.

Resultados

Los resultados se han agrupado en aquellos vinculados al proceso de convocatoria, definición de tópicos y perfil de participantes y, en aquellos vinculados con avances y desafíos identificados para implementar innovaciones en educación médica.

a) Convocatoria, tópicos y perfil de participantes

El proceso de convocatoria recogió en una primera instancia los votos de 22 participantes mediante una consulta abierta. Posteriormente, se realizó una encuesta online para votar entre las dos opciones más votadas en la consulta abierta, la cual contó con 66 participantes. Se conformó un comité organizador de 14 estudiantes y 5 docentes. Se obtuvieron 22 sugerencias de tópicos a abordar en la etapa de discusión, donde "educación médica" y "sustentabilidad" obtuvieron un 54,5% y 18,2% de las menciones respectivamente. Otros tópicos incluyeron "uso de sustancias en estudiantes y personal médico", "burnout en Medicina", "abordaje integral de pacientes con discapacidad", "sistema de salud chileno", entre otros, con 4,5% de las menciones cada uno. Se realizó una votación online con estas sugerencias, y se decidió finalmente por "educación médica", que obtuvo el 53% de las preferencias de un total de 66 votos. Dentro de esta área, los principales tópicos seleccionados por el comité, la Dirección de Pregrado y CEMCIS para el análisis fueron: involucramiento estudiantil, rol comunicador, relaciones interpersonales, rol público, sello formativo, e internacionalización y salud global.

El proceso de discusión contó con 104 participantes: 51,9% docentes (n=54), 45,2% estudiantes (n=47) y 2,9% funcionarios (n=3). Del total, un 44,23% pertenecía al sexo femenino. La generación de estudiantes con mayor participación se concentró en 3er año. El perfil de participantes en la fase de discusión de la Jornada se detalla en la **Tabla 1**.

Tabla 1: Perfil de participantes en la etapa de discusión de la JDAF 2019 (N=104). Incluye número de participantes por estamento y porcentaje en base al total de asistentes, y número de participantes del sexo femenino por estamento y porcentaje en base al total de personas dentro del mismo estamento.

Estamento	Participantes	Sexo femenino
	n (%)	n (%)
Docentes	54 (51,92)	17 (31,48)
Estudiantes	47 (45,19)	27 (57,45)
	1er-3er año	25 (24,04)
	4to-5to año	9 (8,65)
	6to-7mo año	13 (12,5)
Funcionarios	3 (2,88)	2 (66,67)
Total	104 (100)	46 (44,23)

b) Avances y desafíos identificados

El análisis de la información generada en los grupos de discusión se organizó en base a los seis tópicos propuestos para la Jornada: involucramiento estudiantil, rol comunicador, relaciones interpersonales, rol público, sello formativo, e internacionalización y salud

global. La **Tabla 2.** resume los principales avances y desafíos en educación médica de acuerdo a los seis tópicos desarrollados. La **Tabla 3.** presenta los principales avances y desafíos asociados a la innovación en estrategias de enseñanza y aprendizaje necesarias para optimizar la educación médica.

Tabla 2: Avances y desafíos en educación médica por tópico.

Principales avances y desafíos identificados en educación médica de acuerdo a los seis tópicos desarrollados durante la JDAF 2019 en los grupos de discusión.

Tópicos esenciales	Avances y desafíos
Involucramiento estudiantil en procesos académicos	<ul style="list-style-type: none"> El Comité curricular, las encuestas de evaluación y retroalimentación en cada curso son instancias valoradas. Se requiere una participación estudiantil activa y constructiva durante las dinámicas cotidianas de enseñanza, siendo las ayudantías de docencia, las evaluaciones tempranas, la exposición a pacientes y las clases invertidas importantes herramientas para fomentar ésta. Instrumentos como la encuesta docente deben facilitar el identificar problemas específicos de cada curso.
Rol comunicador	<ul style="list-style-type: none"> Existen escasos espacios formales para su entrenamiento, que tienden a ser subvalorados por estudiantes. Debe ser un contenido transversal y central en la formación, enseñándose y evaluándose en los distintos cursos. Su desarrollo involucra la interacción tanto con pacientes/familia/equipo de salud como la participación en calidad de expertos en medios de difusión masiva. Existe una positiva percepción por parte de los estudiantes de que el rol comunicador del médico pasa a ser un aspecto cada vez más importante, que permite influir tanto dentro del sistema de salud como en la sociedad.
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> Es importante que la vía de comunicación oficial se establezca al inicio de cada curso entre docentes y alumnos. Se reconoce que existen instancias interdisciplinarias durante la carrera, las cuales se valoran y se consideran necesarias, no sólo en los primeros cursos, sino en toda la carrera. Se debería estandarizar la sección de la evaluación docente de comentarios abiertos.
Rol público	<ul style="list-style-type: none"> El rol público de Medicina UC es evidenciable en la práctica de la Medicina en sus distintos niveles de atención. Existe una discordancia en la percepción del estudiantado acerca de su virtud. A nivel de Escuela se deben generar más espacios de participación, visibilización y difusión para transmitir a la comunidad estudiantil el impacto público.
Sello formativo ("sello UC")	<ul style="list-style-type: none"> Se considera como parte del "sello UC" el cumplimiento de las tareas, buen trato, respeto a los pacientes y equipo de salud. Existe una tendencia en los estudiantes por priorizar el éxito académico por sobre el profesionalismo. Se identifica como desafío cambiar la idea del éxito personal por una de servicio.
Internacionalización y salud global	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere aumentar la difusión, y participación de alumnos y organizaciones con la Oficina de Relaciones Internacionales. Se debe emplazar a los departamentos a favorecer la salida y recepción de alumnos y docentes al/del extranjero. Es necesario ajustar el currículum de pregrado a futuro, incluyendo tópicos de salud global con foco en atención de población migrante.

Tabla 3: Avances y desafíos asociados a las estrategias de enseñanza y aprendizaje por tópico.

Principales avances y desafíos asociados a la innovación en estrategias de enseñanza y aprendizaje necesarias para optimizar la educación médica desarrollados durante la JDAF 2019 en los grupos de discusión.

Estrategias de enseñanza y aprendizaje	Avances y desafíos
Innovación en metodologías de enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> • Existe preferencia por aquellas metodologías que permiten mayor involucramiento estudiantil, sean clases invertidas, seminarios o actividades prácticas. • Se valoran las actividades presenciales por sobre las online, sin embargo estas últimas sirven para complementar las primeras. • El formato <i>online</i> resulta cómodo para varios estudiantes, sin embargo, existen inquietudes con respecto al aumento de exigencias que se entrega en este formato. • Existe consenso en la necesidad de reinventarse, centrando siempre la enseñanza en el estudiante.
Innovación en metodologías de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Las formas de evaluación que existen actualmente en la Escuela no logran evaluar todas las competencias que se requieren. • Las distintas formas de evaluación tienen características positivas por las cuales son utilizadas, sin embargo, tienen debilidades en otros aspectos. • Sería importante combinar mejor las distintas formas de evaluación, sacando provecho de sus aspectos positivos. • Se debe contar con pautas de evaluación que se ajusten y cubran todos los objetivos de aprendizaje de forma equilibrada.
Innovación en metodologías de retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se deben generar más instancias de retroalimentación a estudiantes, tanto en distintos momentos del curso por sí mismo así como durante la carrera. • Uno de los principales desafíos para generar una correcta retroalimentación a cursos lectivos o clínicos es el método utilizado, debiendo variar según el curso. • Se deben aprovechar instancias como la evaluación a mediados del curso, el diálogo con los estudiantes y el rol de los representantes estudiantiles en el Comité curricular.

I. Involucramiento estudiantil en procesos académicos

Dentro del diagnóstico inicial respecto al involucramiento estudiantil en la formación médica, se identifican tres instancias formales en donde se ejerce participación: el Comité curricular, la encuesta docente y los espacios de retroalimentación en cada curso. Los estudiantes valoraron positivamente el aporte que hacen estudiantes de cursos superiores en el rol de ayudantes de docencia, y plantean la necesidad de incorporar evaluaciones tempranas de los cursos. Por otro lado, estudiantes y docentes destacan la importancia de que cada estudiante tome un rol activo en su aprendizaje, estimulados a su vez por los docentes. La exposición a pacientes y las clases invertidas son importantes instancias para promover un rol activo. Se plantea que una de las principales barreras para generar una adecuada evaluación del contenido de los cursos es la correcta comunicación. Se sugiere que los docentes deben desarrollar más instancias de retroalimentación y evitar instrumentos que induzcan respuestas cerradas, invitando a los estudiantes a responder de forma concreta, constructiva, respetuosa y sin juicios de valor. Por último, se plantea la necesidad de reformar el formato de la encuesta docente, permitiendo más respuestas abiertas, y reforzar la importancia de contestarla.

II. Rol comunicador: ¿Cómo nos formamos para la transmisión efectiva de información?

El médico tiene el deber de comunicarse con pacientes, miembros del equipo de salud, estudiantes, y con la sociedad, con fines educativos y de difusión, afianzando así su rol público. Sin embargo los estudiantes señalan que no se enseñan de manera formal las habilidades necesarias para la entrega de información de forma sencilla al paciente sobre su salud y autocuidado. Si bien existen escasos espacios formales, estos tienden a tratarse con mayor liviandad que otros cursos teóricos. Hay consenso en que estas habilidades deberían ser enseñadas y evaluadas a lo largo de toda la carrera. En relación al rol del médico en los medios de difusión, se identifican diversas dificultades para una adecuada comunicación: compatibilizar la agenda clínica con la de los medios, que exigen respuestas inmediatas; la falta de preparación técnica de los interlocutores, y la defensa de posturas erróneas en dichos espacios. Resulta necesario gestionar en la formación el ejercicio de habilidades retóricas, con el fin de aprender a transmitir mensajes efectivos a un público amplio. Además, es necesario entrenamiento en el uso de otras plataformas que permitan la difusión de información de importancia.

III. Relaciones interpersonales: ¿Cómo trabajamos como equipo de salud?

En esta mesa se buscó reflexionar sobre las relaciones actuales, cómo estas han evolucionado en el tiempo y cómo se adaptan a los futuros cambios. En primer lugar, se discutieron las barreras y facilitadores de la comunicación entre los miembros de la Escuela. Los facilitadores encontrados fueron las diversas vías y plataformas de comunicación virtual y la buena disposición de docentes para comunicarse con los alumnos. Por otro lado, las barreras identificadas fueron las jerarquías dentro de la escuela, el aumento de alumnos en la Facultad, la nueva malla curricular que presenta rotaciones más cortas que impiden entablar relaciones, y la expectativa de inmediatez de los alumnos para recibir respuestas de parte de los docentes. En segundo lugar, se discutió sobre la relación con el resto del equipo de salud. Se hace énfasis en el rol de los tutores en la práctica clínica, siendo modelos que tienen la oportunidad de enseñar en terreno la interdisciplina. Además, algunos plantean que durante la formación de pregrado, la importancia de la relación con otras carreras de la salud se aprende de una forma más intuitiva que formal. Es por esto que parece importante reforzar y aumentar las actividades interdisciplinarias obligatorias durante toda la formación de pregrado.

IV. Rol público: ¿Cómo abordamos la contingencia nacional en nuestra educación?

Es de común acuerdo que la Facultad de Medicina de la UC ofrece un aporte valioso y práctico en el sistema de salud público, traducido a través de su impacto en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y los centros Áncora, en la cual destaca una preocupación especial por ofrecer una atención de calidad y digna hacia sus pacientes y un trabajo en equipo de especialistas de carácter multidisciplinario. Sin embargo, hay acuerdo en que el impacto que la facultad genera sobre el sistema de salud no está suficientemente visibilizado. A nivel del estudiantado se tiene la noción que el contacto que se establece con el sistema de salud público durante la formación no es lo suficientemente representativo de la realidad nacional, existiendo la percepción que nuestros centros formadores tienen mejores capacidades y recursos que los del sistema de salud general. Aquello genera incertidumbre en los estudiantes respecto a su formación, pero también los desafía a adaptarse en su futuro laboral. Asimismo, se tiene la percepción de que el enfoque de la formación en la carrera es centralista y orientado hacia la especialización pese a los cambios de malla curricular, sin incentivos para fomentar la permanencia de los egresados en el sistema público.

V. "Sello UC": ¿Cómo nos define en nuestra formación médica?

El "sello UC" se entiende como lo que caracteriza a los estudiantes y médicos de la UC. Hay consenso en que este sello se hace más notorio al estar en contacto con terceros fuera de la institución. Algunas características recogidas sobre el "sello UC" es el buen trato con los pacientes, destacando como valores la cercanía, empatía y la comprensión. Además, se identifica el cumplimiento que tiene el médico UC con sus tareas, el buen trato y respeto a los pacientes y al equipo de salud. Una debilidad sería la excesiva necesidad de acompañamiento al empezar en un nuevo lugar de trabajo. A futuro se plantea como desafío cambiar la idea de éxito personal por una de servicio y humanizar la atención ante un mundo tecnológico.

VI. Internacionalización y salud global: ¿Cómo aprendemos en un mundo interconectado?

Existe acuerdo en que la internacionalización en la etapa de formación en Medicina tiene una multiplicidad de beneficios, como el adquirir una mirada interdisciplinaria y multicultural frente a los problemas de salud, y el aprendizaje de distintas realidades asistenciales. Entre las barreras identificadas para el acceso a intercambios están: la poca flexibilidad de la malla curricular, la escasa orientación en el proceso y las dificultades en el financiamiento. Es importante que las escuelas de Medicina logren fomentar el interés en la internacionalización en todo nivel. En este punto tiene una importante función la Oficina de Relaciones Internacionales, que idealmente debiera ofrecer apoyo económico y social. Por otra parte, enfrentamos nuevos problemas de salud en todas las áreas de la Medicina, derivados del fenómeno de la globalización. Esto desafía el currículum de las escuelas, que a futuro deberá enfocarse en los nuevos desafíos de la Atención Primaria de Salud. Se discute que estas adaptaciones deben estar en el contexto de un país con cambios epidemiológicos importantes derivados de la migración, y deben tener énfasis en otorgar herramientas para un abordaje biopsicosocial de pacientes vulnerables.

Innovación en metodologías de enseñanza

Se lograron identificar cuatro grandes metodologías de enseñanza y aprendizaje y sus respectivas ventajas. Primero están las clases tradicionales presenciales, que se caracterizan por ser una instancia para transmitir información teórica de manera ordenada. Por otro lado, están las clases invertidas que destacan por ser una estrategia útil para captar la atención del estudiantado. Asimismo, los seminarios fomentan la participación y la resolución de dudas. Por último, está la práctica clínica, instancia fundamental para la aplicación de los conceptos aprendidos. Se determinó que la modalidad presencial

tiene un gran valor para generar discusión, crear comunidad y transmitir habilidades blandas. Por otra parte, la modalidad *online* se identifica como más cómoda, siendo complementaria a lo presencial, sin embargo, existe la percepción de que los docentes estarían menos capacitados para medir o valorar la carga académica con esta modalidad. Hubo un acuerdo respecto a la necesidad de reinversión, teniendo en cuenta que el aprendizaje es un proceso activo, que requiere de varios canales, y que debe adaptarse a las dinámicas y expectativas de las nuevas generaciones.

Innovación en metodologías de evaluación

Se identificaron tres formas de evaluación predominantes en la formación. Las pruebas de selección múltiple son fáciles de corregir, sin embargo, presentan desventajas como la facilidad de copia, poca profundización, y que las notas no reflejan necesariamente lo aprendido. Las pruebas de desarrollo causan temor en los estudiantes y no son fáciles de corregir. Las evaluaciones prácticas parecen ser ideales, acercándose a la atención en salud, sin embargo, tienden a ser evaluadas subjetivamente. Finalmente, se proponen diferentes estrategias para mejorar estos aspectos entre las que destacan: revisar las competencias y objetivos que se espera evaluar; realizar evaluaciones “mixtas” e incorporar otras metodologías como preguntas de desarrollo acotado, redacción de ensayos, entre otras; incorporar nuevos recursos tecnológicos; confeccionar pautas con amplia variabilidad de respuestas correctas para las pruebas de desarrollo; o entregar ideas generales de los casos previo a la realización de exámenes prácticos.

Innovación en metodologías de retroalimentación

A nivel estudiantil, se percibe una falta de “cultura de retroalimentación” durante los primeros años, donde predomina la entrega de calificaciones, sin poder identificar falencias específicas. La retroalimentación se instaura formalmente con el inicio de la actividad clínica, aunque difiere según la rotación y el docente a cargo. Existen elementos de las pautas evaluativas considerados poco aplicables y que deben ser actualizados o puestos en contexto. Se sugiere estructurar el *feedback* en torno a los objetivos que el estudiante debe completar y favorecer múltiples espacios de retroalimentación a lo largo de la rotación, a fin de identificar aspectos a mejorar que puedan ser optimizados de inmediato. La entrega de retroalimentación a los cursos lectivos/clínicos representa un desafío, pues en general la encuesta de fin de curso/rotación, que suele ser respondida al término de la actividad docente, genera múltiples reparos en los cuales no se expone necesariamente el motivo de molestia, y rara vez se identifican críticas constructivas. El formato impreso de la encuesta conlleva la necesidad de tabular y transcribir los resultados, lo que determina una demora entre

que se realiza el *feedback* y el organizador del curso lo recibe, por lo que se plantea la utilización de formularios en línea. Por último, se comenta que el proceso de retroalimentación al final de cada curso es sólo unidireccional, siendo necesario que también los estudiantes reciban *feedback* acerca de la percepción de su desempeño en estos cursos. Se plantea que el rol de retroalimentación directa a la Escuela por parte de los representantes estudiantiles en el Comité curricular se ve limitado al no conocer a cabalidad los problemas de cada curso, y podría ser optimizado con mejor flujo de información entre los delegados académicos y el resto de los representantes.

Discusión

La participación de la comunidad académica en la formación de los futuros profesionales de salud es un componente esencial de la educación médica (Gonzalo *et al.*, 2017; Meeuwissen & Whittingham, 2020). El contexto actual del quehacer médico requiere que desde los inicios en su formación los estudiantes asuman un rol activo en la adquisición de conocimientos y desarrollo de aptitudes. A pesar del consenso existente respecto a la relevancia de la participación activa de estudiantes en su formación, existe escasa literatura sobre experiencias concretas de participación y reflexión de la propia comunidad de estudiantes respecto a su proceso formativo (Bilodeau *et al.*, 2019; Geraghty *et al.*, 2020). Este estudio contribuye a reducir la brecha de conocimiento en esta área de la educación médica.

En el análisis de los resultados aparecen tres ejes esenciales. Un primer eje transversal que incluye la meta-reflexión de los estudiantes respecto de su involucramiento en su proceso formativo, la identificación de un sello profesional y el significado social de su formación. Un segundo eje que incorpora un análisis específico de conocimientos y competencias formativas como son comunicación, trabajo interdisciplinario y salud global. Por último, un eje vinculado al análisis de las estrategias del proceso enseñanza-aprendizaje.

En el primer eje transversal, los resultados obtenidos son consistentes con la relevancia que los estudios han mostrado que la comunidad académica y los propios estudiantes atribuyen al involucramiento estudiantil en la formación profesional (Geraghty *et al.*, 2020). En este estudio, la comunidad de estudiantes reconoció iniciativas concretas de participación que combinan elementos de los modelos de gobernanza, co-creativos y alianzas presentes en la literatura (Bilodeau *et al.*, 2019; Martens *et al.*, 2019). Sin embargo, la comunidad de estudiantes expresó también la necesidad de profundizar esta participación y de contar con estrategias aún más específicas de participación en el plan de formación.

La comunidad de estudiantes identificó un perfil formativo distintivo que expresó como “sello UC” en donde destacaron elementos como respeto, amabilidad y trabajo en equipo. Estos elementos están contenidos en la definición de “profesionalismo UC” acordada en la comunidad académica y que probablemente ha permeado en alguna medida el proceso formativo de esta comunidad estudiantil (Puschel *et al.*, 2017). Sin embargo, los propios estudiantes identificaron también una fuerte influencia de una cultura de competencia y éxito individual sobre la de servicio y liderazgo colectivo. La preponderancia de una cultura competitiva y de éxito individual se ha identificado como fuente de *burnout*, errores médicos y como una barrera al trabajo en equipo (Kwah *et al.*, 2016; Rios, 2016). Este aspecto sin duda, merece ser abordado en forma más profunda al interior de la comunidad académica. Por último, los estudiantes reconocieron el sentido de rol público de la Escuela de Medicina UC expresado en diversas estrategias formativas. Sin embargo, también reconocieron que existía discordancia en la comunidad estudiantil respecto a la relevancia de este aspecto en el proceso formativo. Esta discordancia también se ha observado a nivel institucional en diversos estudios al evaluar el grado real de compromiso social de las escuelas de Medicina. El compromiso social se ha identificado como un aspecto de excelencia institucional (Puschel *et al.*, 2020), sin embargo, más allá del consenso general de su relevancia, su aplicación práctica es muy diversa a nivel de las escuelas de Medicina a nivel global (Puschel *et al.*, 2014). Es posible que la comunidad estudiantil simplemente esté exponiendo en forma muy honesta las divergencias reales que existen en esta área en la educación médica a nivel global.

En relación a conocimientos y competencias, la comunidad estudiantil reconoció aspectos específicos a mejorar. Las habilidades comunicacionales y de trabajo en equipos interdisciplinarios fueron reconocidos como aspectos aún limitados de formación. A pesar de la incorporación sistemática e innovadora de formación en habilidades de comunicación en la formación médica en la Escuela de Medicina UC desde hace más de una década (Moore *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2016), la comunidad de estudiantes sigue percibiendo que sus habilidades en ésta área son insuficientes y se requiere profundizarlas. Como contraparte, la formación interdisciplinaria, ha sido identificada como un área que requiere ser fortalecida en la formación médica en Medicina UC. Las escasas experiencias sistemáticas realizadas han sido muy bien valoradas y revelan que es factible una implementación a mayor escala (García-Huidobro *et al.*, 2013). Esta es un área prioritaria de educación médica a nivel internacional.

Las estrategias educativas innovadoras en educación médica también fueron abordadas en las JDAF. Los estudiantes enfatizaron la relevancia de estrategias de educación centrada en el estudiante

y reconocieron modelos específicos tales como la aplicación de clases invertidas que favorecen esta estrategia. Por otra parte, reconocieron también ventajas y limitaciones de las modalidades virtuales de enseñanza en consistencia con lo publicado a nivel internacional (Pei & Wu, 2019). En el área de retroalimentación y evaluación los estudiantes plantearon la necesidad de extender aún más la retroalimentación no sólo de cursos sino que de manera longitudinal. Este es un desafío complejo, que se ha abordado de diferentes maneras tales como portafolios o mentorías longitudinales con resultados mixtos (Driessen, 2017; Skjjevik *et al.*, 2020). Respecto a evaluaciones, los estudiantes valoran las estrategias existentes pero plantean una mayor integralidad en las competencias a evaluar fortaleciendo el uso de metodologías mixtas.

Este estudio tiene limitaciones que son importantes de explicitar. En primer lugar se trata de una experiencia transversal de participación de la comunidad académica en torno a la educación médica y no incluye un diseño longitudinal con medidas de efecto. Sin embargo, la experiencia fue diseñada y desarrollada en forma sistematizada, siguiendo los principios de investigación participativa y un registro estandarizado de la información obtenida. En segundo lugar, la experiencia presentó un número limitado de participantes, más aún en el estamento de funcionarios. Es posible que los tópicos de discusión a abordar o las metodologías participativas utilizadas no hayan convocado apropiadamente a este grupo de la comunidad académica. Por otro lado, la participación de estudiantes, aunque extensa, puede no representar la diversidad de percepciones de la comunidad estudiantil, considerando también la baja participación de estudiantes de 4to y 5to año. A pesar de ello, se hizo especial énfasis en una invitación abierta, sin restricciones por diferentes vías entregando espacio curricular para la Jornada. De esta forma, el grupo de estudiantes participantes, probablemente refleja los de mayor interés y compromiso en influir en sus procesos de enseñanza-aprendizaje, recogiendo al interior del grupo miradas y experiencias diversas. Para futuras jornadas resulta necesario evaluar la causa de la baja participación y rediseñar estrategias para incorporar apropiadamente a los grupos anteriormente mencionados.

Por último, esta experiencia obedece probablemente a la realidad de una sola casa de estudios, lo que sumado al número limitado de participantes, no necesariamente permite extrapolar sus resultados a otras comunidades educativas. Se requieren más estudios para obtener conclusiones más precisas, incluyendo a un número mayor de participantes, y replicando modelos de investigación participativa en otras comunidades estudiantiles. Un aspecto interesante a evaluar podría ser la inclusión de estudiantes de postgrado en la Jornada, ya que también tienen un rol activo en la comunidad, no representados en esta experiencia.

En conclusión, este estudio presenta una experiencia concreta de participación estudiantil en educación médica. El estudio aporta, desde la perspectiva de los estudiantes, su concepción de involucramiento formativo, desarrollo de conocimiento y competencias así como estrategias de retroalimentación y evaluación. El modelo dialogante de la Jornada aseguró un intercambio dirigido pero profundo respecto a elementos esenciales de la educación médica y el aporte de los propios estudiantes para optimizar su formación profesional.

Contribuciones y reconocimientos

El presente estudio recibió aportes de la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través del fondo concursable "Representación estudiantil 2019" para la adquisición de materiales de ejecución de la etapa "Discusión participativa". Declaramos no tener otras fuentes de financiamiento externas.

Marcela Cisternas se desempeña como Directora de Pregrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Klaus Püschel se desempeña como Director del Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El resto de autores declaramos no tener otros conflictos de interés.

Todos los autores contribuyeron de manera equitativa en este trabajo y son considerados primer autor compartido.

Referencias

Andersson N. (2018). Participatory research-A modernizing science for primary health care. *J Gen Fam Med* **19**, 154-159.

Bilodeau PA, Liu XM & Cummings BA. (2019). Partnered Educational Governance: Rethinking Student Agency in Undergraduate Medical Education. *Acad Med* **94**, 1443-1447.

Bovill C, Bulley CJ. & Morss K. (2011). Engaging and empowering first-year students through curriculum design: perspectives from the literature. *Teaching in Higher Education* **16**, 197-209.

Carey P. (2018). The impact of institutional culture, policy and process on student engagement in university decision-making. *Perspectives: Policy and Practice in Higher Education* **22**, 11-18.

Cho JY. & Lee E. (2014). Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report* **19**, 1-20.

Creswell J. (2009). Qualitative Procedures. En *Research Design*, pp. 173-202. Sage.

Dhaese SA, Van de Caveye I, Bussche PV, Bogaert S. & De Maeseneer J. (2015). Student participation: to the benefit of both the student and the faculty. *Educ Health (Abingdon)* **28**, 79-82.

Driessen E. (2017). Do portfolios have a future? *Advances in Health Sciences Education* **22**, 221-228.

Flick U. (2017). Triangulation and Mixed Methods. En *The Sage Handbook of Qualitative Data Collection*, pp. 525-614. Sage.

García-Huidobro D, Skewes S, Barros X, Pizarro C. & Gawinski BA. (2013). Learning together to work together: interprofessional education for students in a primary care setting in Chile. *Fam Med* **45**, 272-275.

Geraghty JR, Young AN, Berkel TDM, Wallbruch E, Mann J, Park YS, Hirshfield LE. & Hyderi A. (2020). Empowering medical students as agents of curricular change: a value-added approach to student engagement in medical education. *Perspect Med Educ* **9**, 60-65.

Goldfarb S. & Morrison G. (2014). Continuous curricular feedback: a formative evaluation approach to curricular improvement. *Acad Med* **89**, 264-269.

Gonzalo JD, Dekhtyar M, Hawkins RE & Wolpaw DR. (2017). How Can Medical Students Add Value? Identifying Roles, Barriers, and Strategies to Advance the Value of Undergraduate Medical Education to Patient Care and the Health System. *Acad Med* **92**, 1294-1301.

Hunt D, Klamen D, Harden RM. & Ali F. (2018). The ASPIRE-to-Excellence Program: A Global Effort to Improve the Quality of Medical Education. *Acad Med* **93**, 1117-1119.

Kwah J, Weintraub J, Fallar R & Ripp J. (2016). The Effect of Burnout on Medical Errors and Professionalism in First-Year Internal Medicine Residents. *J Grad Med Educ* **8**, 597-600.

Martens SE, Meeuwissen SNE, Dolmans D, Bovill C. & Könings KD. (2019). Student participation in the design of learning and teaching: Disentangling the terminology and approaches. *Med Teach* **41**, 1203-1205.

Meeuwissen SNE. & Whittingham JRD. (2020). Student participation in undergraduate medical education: a continuous collective endeavour. *Perspect Med Educ* **9**, 3-4.

Moore P, Gómez G, Kurtz S. & Vargas A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista médica de Chile* **138**, 1047-1054.

- Moore P, Leighton MI, Alvarado C. & Bralic C. (2016). Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: el lado humano de la simulación. *Revista médica de Chile* **144**, 617-625.
- Pei L. & Wu H. (2019). Does online learning work better than offline learning in undergraduate medical education? A systematic review and meta-analysis. *Med Educ Online* **24**, 1-13.
- Puschel K, Repetto P, Bernaldes M, Barros J, Perez I. & Snell L. (2017). "In our own words": Defining medical professionalism from a Latin American perspective. *Educ Health (Abingdon)* **30**, 11-18.
- Puschel K, Riquelme A, Sapag J, Moore P, Díaz LA, Fuentes-López E, Burdick W, Norcini J, Jiménez de la Jara J, Campos H, Valdez JE, Llosa MP, Lamus-Lemus F, Yulitta H. & Grez M. (2020). Academic excellence in Latin America: Social accountability of medical schools. *Med Teach* **42**, 929-936.
- Puschel K, Rojas P, Erazo A, Thompson B, Lopez J. & Barros J. (2014). Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. *Fam Pract* **31**, 399-408.
- Rios IC. (2016). The contemporary culture in medical school and its influence on training doctors in ethics and humanistic attitude to the clinical practice. *International Journal of Ethics Education* **1**, 173-182.
- Skjevik EP, Boudreau JD, Ringberg U, Schei E, Stenfors T, Kvernenes M. & Ofstad EH. (2020). Group mentorship for undergraduate medical students-a systematic review. *Perspect Med Educ* **9**, 272-280.
- Soled D. & Goel S. (2020). Making a Medical School Class Whole: A Holistic Approach to Student Government. *J Med Educ Curric Dev* **7**, 1-3.