

¿Qué hacen los académicos de ciencias de la salud para definir los propósitos de su docencia de pregrado?

Cristhian PÉREZ-VILLALOBOS, Giulietta VACCAREZZA-GARRIDO, Josseline TOIRKENS-NIKLITSCHKE, Horacio SALGADO-FERNÁNDEZ, Nancy BASTÍAS-VEGA, Mary Jane SCHILING-NORMAN, Maritza ESPINOZA-RIFFO, Olga MATUS-BETANCOURT

Introducción. Los procesos de planificación del aprendizaje son altamente complejos, tanto para estudiantes como para docentes. Para decidir qué hacer en el aula, los docentes deben considerar el perfil de egreso de la carrera y los programas de la asignatura, pero no está claro cómo finalmente definen sus propósitos antes de realizar una clase.

Objetivo. Analizar el proceso de definición de propósitos desde los cuales el docente planifica las actividades de enseñanza de programas de pregrado de la salud.

Sujetos y métodos. Estudio cualitativo, según la teoría fundamentada. Se entrevistó a cuatro expertos en educación médica y a 25 docentes, previo consentimiento informado. Para el análisis se realizó codificación axial.

Resultados. Los propósitos de los docentes suelen expresarse en términos afines al modelo por competencias y están arraigados en la concepción de 'qué se suele enseñar', afectado por lo establecido formalmente en el plan de estudios. Su operacionalización está fuertemente influida por las concepciones personales y profesionales y las experiencias del académico. Para el docente, esto aumenta la relevancia de su labor, aunque ello signifique un menor seguimiento de las directrices definidas por su universidad.

Conclusión. El docente ejerce un rol activo en la definición de los propósitos de enseñanza, lo que es coherente con lo esperado por un docente reflexivo. Sin embargo, queda abierta la discusión de cómo los problemas en la definición de los planes de estudio formales lo llevan a realizar frecuentes adaptaciones personales.

Palabras clave. Currículo. Educación de grado. Enseñanza. Profesor universitario.

How do health sciences faculties define undergraduate teaching purposes?

Introduction. Learning processes planning is highly complex, both for students and teachers. Prior to decide what to do in the classroom, teachers should consider graduate profile and courses programs. But it is unclear how they finally define their purposes before taking a class.

Aim. To analyze the process of purposes definition that underlies teaching activities election for undergraduate health programs.

Subjects and methods. Qualitative study, according to the grounded theory. Four experts in medical education and 25 teachers were interviewed, prior informed consent. For data analysis, axial coding was performed.

Results. Teachers' purposes are usually expressed in terms related to competency model. They are rooted in the conception of 'what is usually taught'. It is also affected by what is formally established in the curriculum. But its operationalization is strongly affected by personal and professional conceptions and teachers' experiences. For teachers, this increases the relevance of their work, although the guidelines defined by his university are less used.

Conclusion. Teachers showed an active role in teaching purposes definition, which is consistent with what is expected by a reflexive teacher. However, the discussion of what problems in formal curricula leads him to make frequent personal adaptations remains open.

Key words. Curriculum. Graduate education. Teaching. University teacher.

Introducción

La planificación en los procesos de enseñanza-aprendizaje es uno de los puntos críticos en educación médica. En el caso de los alumnos del área de la sa-

lud, es un componente del aprendizaje autodirigido [1] y se asocia a estilos de aprendizaje más profundos, metódicos y menos memorísticos [2]. Sin embargo, suele ser la dimensión menos desarrollada de su autonomía [3] y es menor aún en las genera-

Departamento de Educación Médica; Facultad de Medicina; Universidad de Concepción (C. Pérez-Villalobos, N. Bastías-Vega, M.J. Schiling-Norman, M. Espinoza-Riffo, O. Matus-Betancourt). Facultad de Psicología; Universidad San Sebastián; Concepción (G. Vaccarezza-Garrido, H. Salgado-Fernández). Dirección de Acompañamiento Académico y Socioemocional; Universidad Católica de Temuco; Temuco, Chile (J. Toirkens-Niklitschek).

Correspondencia:

Dr. Cristhian Pérez Villalobos. Departamento de Educación Médica. Facultad de Medicina. 5.º piso. Universidad de Concepción. Janequeo esquina Chacabuco. Concepción, Chile.

E-mail:

cperezv@udec.cl

Recibido:

06.02.20.

Aceptado:

12.02.20.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Competing interests:

None declared.

© 2020 FEM



Artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832

ISSN (ed. digital): 2014-9840

ciones más recientes de estudiantes [4]. En el caso de los docentes del área, aunque la planificación es la práctica pedagógica donde emplean mayor tiempo [5], no la reportan como una de sus principales necesidades de capacitación, superada por el interés por las estrategias de enseñanza y evaluación [6].

Sin embargo, es un rol central del docente, que implica organizar el proceso de aprendizaje, seleccionar los contenidos de un curso, definir la secuencia de actividades, constituir grupos de trabajo y diseñar las situaciones de aprendizaje y evaluación [7]. Por lo mismo, al pensar en las características de un buen docente, los alumnos suelen destacar la planificación de la enseñanza [7-11].

En la educación formal, la planificación de los procesos de enseñanza-aprendizaje, tanto por parte del alumno como del profesor, tiene su punto de partida en la definición de su propósito: para qué estoy planificando. Y aunque originalmente los propósitos se establecían en términos de objetivos de enseñanza ('qué se tiene que enseñar'), los cambios desde una formación centrada en el profesor a una centrada en el estudiante han movido el foco hacia los resultados de aprendizaje: ¿qué se quiere que el estudiante aprenda? Por este motivo, por ejemplo, tras el Acuerdo de Bolonia de 1999, todas las instituciones terciarias de la Unión Europea redactaron sus módulos y programas en términos de resultados de aprendizaje [12].

Los resultados de aprendizaje son declaraciones alcanzables, observables y relevantes sobre lo que se espera que el estudiante logre en un determinado período de aprendizaje [13]. El conjunto de resultados de aprendizaje de todas las actividades de un programa de estudio (perfil de egreso) debe ser coherente con los resultados finales de éste, que a su vez se suelen expresar en términos de competencias en todo el Espacio Europeo de Educación Superior [14] y en varias universidades de Estados Unidos, Canadá y América Latina, donde se ha extendido el modelo por competencias [15].

Sin embargo, ya sea que el perfil de egreso esté definido en términos objetivos de enseñanza o resultados de aprendizaje, y sin importar el grado de estructuración de los programas formativos, no está claro si éstos finalmente afectan la forma en que el docente decide hacia dónde conducir su planificación en el aula. Asimismo, tampoco está claro qué otros factores influyen en la definición de sus propósitos pedagógicos.

Por este motivo, el presente estudio busca analizar el proceso de definición de propósitos desde los cuales los docentes planifican las actividades de enseñanza de programas de pregrado de la salud. Se

ha decidido usar el concepto de propósito, ya que en Chile coexisten universidades cuyos planes están definidos en términos de objetivos y resultados de aprendizaje.

Sujetos y métodos

Se llevó a cabo una investigación cualitativa, con el método de la teoría fundamentada [16], siguiendo las directrices del diseño sistemático de Strauss y Corbin [17]. En este estudio se presenta uno de los modelos relacionales emergidos en la investigación.

Participantes

El estudio estaba compuesto por dos perfiles de informantes de universidades chilenas: especialistas en educación médica, que desempeñaban un papel de experto en procesos de enseñanza-aprendizaje dentro de facultades de ciencias de la salud, y docentes, esto es, profesionales que realizaban docencia en programas de pregrado de carreras de la salud hace al menos un año. Los primeros fueron elegidos por muestreo intencional, mientras que para los docentes se empleó un muestreo razonado [18] de variación máxima [19]. El tamaño muestral se definió por saturación teórica [17].

Se obtuvo una muestra de cuatro expertos, todos ellos médicos-cirujanos que dirigieron en algún momento de su vida una unidad de educación médica o simulación clínica en el país. Tres eran mujeres. Sus edades fluctuaban entre 44 y 72 años y tenían entre 10 y 43 años de experiencia docente. Dos poseían el grado de magíster en educación o educación en ciencias de la salud y tres tenían publicaciones científicas en el área de la educación médica.

En cuanto a los docentes, se obtuvo una muestra de 25 académicos: ocho médicos-cirujanos, siete enfermeras, tres matronas, dos bioquímicas, dos psicólogos, una fonoaudióloga, una ingeniera y una tecnóloga médica. Cuatro eran hombres. Sus edades fluctuaban entre 33 y 70 años y tenían entre 9 y 42 años de ejercicio docente. Ninguno poseía el grado de doctor, 19 tenían el grado de magíster y, entre éstos, 12 tenían un magíster en educación, docencia universitaria o educación médica.

Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas a los docentes, pues esta técnica permite indagar en los significados y experiencias que los participantes asocian al fenómeno estudia-

do, mediante un diálogo flexible aunque focalizado en los temas mencionados, alcanzando mayor exhaustividad y profundidad que entrevistas estructuradas o encuestas [20].

Procedimiento

Primero, se gestionó la autorización institucional de los decanos, directores de departamento o jefes de carrera de los programas a los que pertenecían los docentes seleccionados. Luego, se contactó con estos últimos para invitarlos a participar y realizar un procedimiento de consentimiento informado, en donde se les explicaron los objetivos y características del estudio, además de las condiciones de la participación solicitada, incluyendo tipo de colaboración, tiempo requerido y garantías de confidencialidad y voluntariedad. Además, se les pidió firmar un formulario de consentimiento informado para constatar su aceptación de las condiciones de la investigación.

El encuentro de las entrevistas se desarrolló en un momento y lugar convenidos con los docentes y las entrevistas tuvieron una duración de 58 a 112 minutos.

El audio de las entrevistas se grabó digitalmente, previa autorización del docente.

El procedimiento fue visado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Plan de análisis

Los datos se analizaron con el método de comparación constante de la teoría fundamentada [16], según el diseño sistemático de Strauss y Corbin [17].

En este estudio se muestran los resultados de uno de los modelos de la codificación axial, que elabora modelos relacionales parciales desde temáticas que hayan destacado como relevantes [17].

Para el análisis se utilizó el programa de apoyo al análisis de datos cualitativos Atlas.ti 8.4.2.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del modelo relacional en torno al tema 'definición de propósitos' (Figura), ilustrado con citas textuales de los participantes del estudio.

De acuerdo con lo observado, los docentes identifican nuevas directrices institucionales sobre hacia dónde debe dirigirse la formación en carreras de la salud, que les demanda incorporar conjuntamente

Figura. Modelo axial del proceso de definición de objetivos. 1: fenómeno; 2: factores causales; 3: factores intervinientes; 4: estrategias de acción-interacción; 5: consecuencias; 6: contexto.



te el modelo por competencias y la enseñanza constructivista. En este contexto, la definición de objetivos de los cursos se entiende principalmente como la actividad inicial de los procesos de planificación, que se plasma en la definición de los resultados de aprendizaje u objetivos de cada programa de asignatura.

En este contexto, la definición de propósitos tiene una arista asociada a la definición formal de las metas de cada asignatura e instancia de formación, que debe explicitarse en un documento con un formato institucional establecido. Además, debe tener estrecha relación con el perfil de egreso declarado por cada institución, usualmente planteado en términos de competencias. Todo ello, como parte de una mecánica establecida por disposiciones institucionales y fuertemente vinculada a la búsqueda de cada universidad y carrera por cumplir con los procesos de acreditación.

Como parte de este mismo proceso, dichos resultados de aprendizaje u objetivo de asignatura se plantean como las definiciones de los aprendizajes mínimos a alcanzar por los estudiantes y como orientadores de la actividad formativa y evaluativa.

A su vez, deben incluir elementos declarativos, procedimentales y actitudinales, coherentes con los perfiles de egreso que, aunque se percibe que rehúyen adscribirse al modelo por competencias, suelen

tener una orientación afín: 'que alcancen las competencias del programa, al menos; que alcancen un adecuado desarrollo cognitivo, procedimental, actitudinal, y que estén satisfechos con la forma en que han desarrollado estas competencias' (cirujana).

Sin embargo, la definición de los propósitos de un curso tiene un segundo momento, fuera de las definiciones formales y explícitas, en donde el docente adapta los objetivos que están en los planes y programas, incluso si participó en la redacción de éstos, y en donde los contextualiza a un curso en particular o selecciona lo que considera más relevante: 'los programas tienen un montón de información que hay que pasar; yo trato de pasarles lo principal' (bioquímica).

Esta contextualización se relaciona principalmente con la imagen que el docente tiene de lo que debe enseñarse, que está vinculado en primer lugar con la experiencia directa e indirecta que tiene en docencia. En esta línea, 'lo que habitualmente se enseña' es una idea que el docente trae de su propia experiencia como antiguo estudiante del curso, con una visión muy arraigada y flexneriana de que la teoría es algo separado de la práctica: 'en las prácticas clínicas igual, nosotros formamos esos dos ámbitos, o sea, una cosa es la cosa teórica y la otra es la práctica' (enfermera).

Aunque existe una alta valoración del modelo por competencias y de la enseñanza conjunta de aspectos declarativos, actitudinales y procedimentales, en la práctica emerge continuamente la idea tradicional de una docencia centrada en la transmisión de contenidos: 'lo que espero de ellos es que logren en el fondo incorporar estos contenidos, que es lo mínimo' (bioquímica).

En segundo lugar, lo que debe enseñarse también deriva de la experiencia profesional del docente, de las expectativas que tiene sobre lo que un egresado necesita para poder ejercer y de la distancia que percibe entre esta imagen y lo que los estudiantes son en la actualidad.

En cuanto al escenario profesional, la imagen de las complejidades del trabajo clínico es un determinante importante en la definición de propósitos, pues en el campo laboral el egresado deberá ser capaz de trabajar con personas: 'la diferencia aquí es que trabajamos con las personas enfermas y con la familia de las personas enfermas; tienen que adquirir otras competencias...' (enfermera).

En esta línea, incluso los especialistas en educación médica mantienen una aparente inconsistencia, ya que por un lado valoran la definición de los propósitos de la enseñanza con base en el perfil de egreso de cada carrera, pero simultáneamente con-

sideran que la reflexión de los propósitos de una asignatura descansa en el bagaje individual del docente y en el tipo de profesional que quiere formar a título personal: 'todo lo tienen bastante claro, sin embargo, necesitas sacarlo a la luz. «Yo quiero que aprendan reumatología». Perfecto, les vas a dar clases de reumatología. ¿Tú crees que la reumatología se aprende haciendo clases? ¿Tú crees que a partir de una clase van a aprender reumatología? Y entonces empiezan a darle vuelta cuando tú les vas preguntando. Entonces, «no, no, yo no quiero que aprendan reumatología, quiero que aprendan a derivar a los pacientes con problemas reumatológicos». Y después de un rato de preguntarles, ellos encuentran efectivamente los logros. Se sabe lo que quieren, pero de repente no son tan explícitos.' (cirujana).

Esto explica que los docentes consideren que la experiencia disciplinar, y específicamente la experiencia que los docentes tienen en contextos clínicos, es un elemento básico para el ejercicio de la docencia: 'todos los años de experiencia; generalmente te piden en la universidad, para ejercer docencia, que al menos tengas cinco años de experiencia y eso no debería perderse [...], porque justamente uno enseña desde la práctica, desde la vida...' (enfermera).

Los propósitos formativos, ya sea en forma de objetivos o resultados de aprendizaje, también son adaptados en relación a las carencias que presenta cada grupo de estudiantes.

La contextualización y ajuste de los propósitos formativos suele darse a través de una reformulación de aquellos definidos en los planes y programas oficiales, aumentando su vinculación con lo que el docente concibe como propio y necesario en el ejercicio laboral, pero también especificando aún más las intencionalidades declaradas en el programa. Esto lleva a operacionalizarlas en una forma que al académico le parezcan clínicamente relevantes: 'la actividad la hacemos con base en los resultados, que nosotros habíamos planificado, y un poco también en la experiencia nuestra de elegir los contenidos' (enfermera).

Ahora, esta adaptación va a depender de una serie de características del docente, como el nivel de confianza que tenga en sus conocimientos y en su experiencia. Así, aquellos docentes con mayor confianza se sentirán más empoderados para hacer cambios y modificaciones a los objetivos del programa, y cuando los realicen, serán más significativos.

También depende de la formación que tenga el docente en educación en general y, específicamente, en educación médica porque, por un lado, contribuye al proceso anterior al brindar mayor seguri-

dad al docente sobre su práctica y sobre la definición de objetivos, pero también le da elementos teóricos y herramientas conceptuales para conducir los cambios.

Otro factor interviniente en este sentido es la forma en que la institución trabaja. Según los participantes, los objetivos para los programas son definidos por una unidad universitaria (departamento, centro, etc.) o por un conjunto de colegas que dicta una asignatura, pero su adaptación dependerá también del grado en que ese equipo esté abierto a las adaptaciones de los objetivos y del grado en que decida orientar su aplicabilidad clínica.

Por último, otro factor que influye en la adaptación de los objetivos es el grado en que los alumnos exijan seguir el programa oficial. Aunque lo usual es que los alumnos no estén muy involucrados en esto, existen generaciones específicas o incluso carreras donde los estudiantes solicitan el programa y su calendarización, y aunque no insisten directamente al profesor para que se apegue a lo establecido, pueden cuestionar de manera activa, aunque sutil, cualquier variación a lo establecido formalmente.

Discusión

En primer lugar, este estudio buscaba abordar el proceso con que los docentes definen los propósitos para conducir su actividad pedagógica.

Los resultados obtenidos muestran que este proceso evidencia una mediana tensión entre las disposiciones institucionales, que son las que se plasman formalmente en los planes y programas de las asignaturas, y que se definen en coherencia con el perfil de egreso y el currículo de la carrera, y las intencionalidades personales del docente, que derivan de su experiencia académica y profesional. Esto no implica que los docentes desconozcan las disposiciones de la universidad o la carrera donde estudian, ni que se opongan a ellas, sino que se ven en la necesidad de adaptarlas.

Los propósitos de las asignaturas en carreras de la salud, como los definen los planes y programas, buscan aproximarse al modelo por competencias que se ha posicionado en América Latina y en Europa, entre otros lugares [14,15]. No obstante, dependiendo de las políticas de cada institución, los modelos a los que se adscriben las universidades suelen aludir indirectamente a este modelo y hablan, por ejemplo, de formación orientada por competencias, calificación que se utiliza incluso en las conceptualizaciones oficiales de los currículos de las carreras [21].

De este modelo, los docentes valoran que la formación universitaria no sólo debe favorecer el desarrollo de conocimientos en los estudiantes, sino también las habilidades, procedimientos y actitudes, para que los alumnos puedan integrarse en un desempeño profesional específico [12-14]. Estos elementos emergen insistentemente en el discurso de los docentes, así como la clasificación de los saberes propuesta hace más de veinte años por Delors [22]: saber, saber hacer, saber ser y saber estar con otros, lo que evidencia una preocupación por la formación integral de los estudiantes.

Sin embargo, pese a esta convicción declarada, el discurso del docente también suele hacer referencia de manera frecuente e involuntaria a la 'transmisión de conocimientos' como el propósito de la práctica pedagógica. Esto hace que, en ocasiones, se niegue el carácter del docente como transmisor de conocimientos, y en otros se reivindique, lo que evidencia las carencias del modelo tradicional de enseñanza [23] y también la inconsistencia que presentan las disposiciones curriculares que impulsó el Espacio Europeo de Educación Superior, que por un lado promueve el modelo por competencias con claras raíces conductistas [24], y por otro, el constructivismo como modelo formador [25].

Pese a estas inconsistencias y a este apego al modelo tradicional, la necesidad que los docentes destacan de tener que adaptar sus propósitos en cada actividad apuntarían a que perciben la insuficiencia de éstos, y acaso también del modelo por competencias, para lograr formar a un profesional de la salud. Cuando el docente se enfrenta a sus alumnos, independientemente de las directrices institucionales, piensa en el profesional que requiere formar y el profesional que necesita el contexto laboral, una preocupación propia del modelo por competencias [14,15,25] y de los rediseños curriculares que han derivado en carreras de la salud [21].

Lo que provoca una reflexión en este punto es por qué, si las inquietudes de los docentes y los modelos curriculares de las carreras van en la misma dirección, los académicos se ven en la necesidad de acudir a una reformulación de estos modelos. Ello puede entenderse como un problema para los programas de educación superior, sobre todo en el escenario actual, donde la tendencia es quitar autonomía a las universidades y fomentar las regulaciones gubernamentales y los sistemas de aseguramiento de la calidad [15]. Esto no implica necesariamente que existan inconsistencia entre ambos niveles. De hecho, los docentes declaran participar habitualmente en la formulación de objetivos y, cuando no lo hacen, no reportan un gran desacuerdo con lo

definido. Sin embargo, es la complejidad del mundo laboral y las carencias de los estudiantes lo que los llevan a trascender estas disposiciones, enriqueciéndolas y contextualizándolas desde el bagaje adquirido en la universidad y en el aula; ello, lejos de ser negativo, es justamente lo que deberíamos esperar de un docente desde la lógica del conocimiento didáctico del contenido: que a partir de su experiencia disciplinar y pedagógica, el docente sea capaz de definir una forma específica de volver enseñable una temática. Sólo que, en este caso, no únicamente define la forma de hacerla enseñable [26], sino que, en su rol empoderado como docente, también define qué ha de ser enseñado.

De hecho, Shulman, en 1987, ya sostenía que una de las preguntas que el docente debía ser capaz de responder sobre el tema que enseñaba era: ¿cuáles son las ideas y habilidades importantes de este tema? [26].

Como limitación del presente estudio es necesario considerar que, dado que es un estudio a partir de entrevistas, los resultados dependen fuertemente de los relatos de los docentes. Esto limita los resultados a lo que los docentes han reflexionado y deciden contar, por lo que es recomendable complementar con otras técnicas para evaluar si efectivamente estos procesos se traducen a la práctica.

En conclusión, los resultados del estudio muestran que, para definir los propósitos de cada clase, el docente considera las directrices institucionales, usualmente en términos de competencias. Sin embargo, también considera fuertemente sus propias inquietudes personales y su experiencia profesional.

Bibliografía

1. Fasce E, Pérez C, Ortiz L, Parra P, Matus O. Estructura factorial y confiabilidad de la escala de aprendizaje autodirigido de Fisher, King y Tague en alumnos de medicina chilenos. *Rev Med Chil* 2011; 139: 1437-43.
2. Márquez C, Fasce E, Pérez C, Ortega J, Parra P, Ortiz L, et al. Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina. *Rev Med Chil* 2014; 142: 1422-30.
3. Muñoz F, Matus O, Pérez C, Fasce E. *Blended learning* y predisposición al aprendizaje autodirigido en un programa de especialización dental. *Educ Med* 2018; Oct. 30 [Epub ahead of print].
4. Pérez-Villalobos C, Fasce-Henry E, Ortega-Bastidas J, Ortiz-Moreira L, Bastias-Vega N, Bustamante-Durán C, et al. ¿Cómo han cambiado los estudiantes que ingresan a medicina? Aprendizaje autodirigido y antecedentes académicos de las cohortes 2010 a 2014 de una universidad tradicional. *Rev Med Chil* 2017; 145: 934-40.
5. Troncoso D, Pérez C, Vaccarezza G, Aguilar C, Muñoz N. ¿Se relaciona la capacitación docente con las prácticas pedagógicas en académicos de carreras de la salud de Chile? *Rev Med Chil* 2017; 145: 610-8.
6. Pérez C, Fasce E, Coloma K, Vaccarezza G, Ortega J. Percepción de académicos de carreras de la salud de Chile sobre el perfeccionamiento docente. *Rev Med Chil* 2013; 141: 787-92.
7. Srinivasan M, Li S, Meyers F, Pratt D, Collins J, Braddock C, et al. 'Teaching as a competency': competencies for medical educators. *Acad Med* 2011; 86: 1211-20.
8. Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. *Acad Med* 2008; 83: 452-66.
9. Kikukawa M, Nabeta H, Ono M, Emura S, Oda Y, Koizumi S, et al. The characteristics of good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. *BMC Med Educ* 2003; 13: 100.
10. Qureshi MA, Shah AA, Iftikhar K, Atif M, Sabir A. First year medical student's viewpoint regarding qualities of an excellent teacher. *Pakistan Journal of Education* 2015; 32: 61-74.
11. Rasool G, Mahboob U, Sajid M, Ahmad S. Characteristics of effective teaching: a survey on teachers perceptions. *Pakistan Oral & Dental Journal* 2017; 37: 58-62.
12. Kennedy D. Redactar y utilizar resultados de aprendizaje: un manual práctico. Santiago de Chile: Ministerio de Educación de Chile; 2007.
13. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España. Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados de aprendizaje. Madrid: ANECA; 2014.
14. Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. *Educ Med* 2010; 13: 127-35.
15. Rueda M. La evaluación del desempeño docente desde el enfoque por competencias. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 2009; 11: 1-16.
16. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Piscataway, NJ: Aldine Transaction; 1967.
17. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
18. Vázquez M. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
19. Patton M. *Qualitative research: evaluation methods*. London: Sage; 2002.
20. Vieytes R. *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias; 2005.
21. Cisternas M, Rivera S, Sirhan M, Thone N, Valdés C, Pertuzé J, et al. Reforma curricular de la carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chil* 2016; 144: 102-7.
22. Delors J. *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana-UNESCO; 1996.
23. Fasce E. Andragogía. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud* 2006; 3: 69.
24. Nóvoa A. Para una formación de profesores construida dentro de la profesión. *Revista de Educación* 2009; 350: 203-18.
25. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Moreno-Casbas T, Madrigal-Torres M. Development and validation of the competence in evidence-based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students. *BMC Med Educ* 2013; 13: 19.
26. Shulman L. Knowledge and teaching: foundations of the new reform. *Harv Educ Rev* 1987; 57: 1-23.