



ELSEVIER

# Educación Médica

[www.elsevier.es/edumed](http://www.elsevier.es/edumed)



ORIGINAL

## Barreras identificadas para el ejercicio de las buenas prácticas docentes en especialidades médicas



Ximena Lee Muñoz<sup>a,\*</sup>, Karin Kleinsteuber Saá<sup>b</sup>, Paula Soto Reyes<sup>c</sup>,  
Mariela Torrente Avendaño<sup>d</sup> y Christel Hanne Altermatt<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Norte, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>d</sup> Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 27 de mayo de 2024; aceptado el 1 de octubre de 2024

Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2024

### PALABRAS CLAVE

Ambiente aprendizaje;  
Educación médica;  
Maltrato;  
Educación superior

### Resumen

**Introducción:** la Universidad de Chile busca promover la diversidad estudiantil y la calidad docente en medio de desafíos como el maltrato en el ámbito clínico. La facultad de medicina se esfuerza por transformar la enseñanza, priorizando prácticas responsables y de alta calidad. Este estudio aborda la identificación de barreras en la implementación de buenas prácticas en educación clínica, con el objetivo de fomentar un enfoque centrado en el ser humano en la formación médica.

**Material y métodos:** la metodología para la recolección de datos fue a través de un análisis de contenido retrospectivo e interpretativo, de tipo cualitativo, de 442 relatos provenientes de 308 participantes del curso de educación continua *Buenas prácticas docentes*, cuyo enfoque estuvo inspirado en el enfoque SoTL (*Scholarship of Teaching and Learning*), con el objetivo de desarrollar y potenciar el proceso formativo, mejorando los resultados de aprendizaje comprometidos.

**Resultados:** el análisis interpretativo permitió distinguir 3 categorías que representan barreras para las buenas prácticas docentes: 1) discriminación (por género, nacionalidad y apariencia), 2) abusos (por sobrecarga laboral y académica, y humillaciones públicas) y 3) mal ejemplo docente (por modelaje docente inadecuado).

**Conclusión:** los tutores clínicos deben ser conscientes de estas barreras y trabajar para eliminar la cultura del abuso en los entornos clínicos. Esta investigación proporciona una base sólida para que la institución aborde áreas críticas en la formación en salud y guíe a la comunidad hacia prácticas que reflejen una calidad educativa superior y generen cambios significativos a corto y largo plazo.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [xlee@odontologia.uchile.cl](mailto:xlee@odontologia.uchile.cl) (X. Lee Muñoz).

**KEYWORDS**

Learning environment;  
Medical education;  
Maltreatment;  
Higher education

**Barriers identified to good teaching practices in medical specialties****Abstract**

**Introduction:** The University of Chile seeks to integrate student diversity and teaching quality beyond academic achievement. Facing tensions and inadequate practices, such as mistreatment in the clinical setting, the School of Medicine strives to transform teaching, promoting responsible and quality practices. This article aims to determine how certain barriers affect the implementation of good practices in clinical education, to overcome obstacles in the training of health professionals.

**Material and methods:** The methodology for data collection was through a retrospective and interpretative qualitative content analysis of 442 reports from 308 participants of the continuing education course *Good Teaching Practices*, whose approach was inspired by the SoTL (Scholarship of Teaching and Learning) approach, to develop and enhance the training process, improving the committed learning outcomes.

**Results:** The interpretative analysis made it possible to distinguish three categories that typify teacher mistreatment: 1) discrimination (by gender, nationality, and appearance), 2) abuse (by work and academic overload, and public humiliation), and 3) poor teaching example (by inadequate teacher modeling).

**Conclusion:** Health educators should be aware of the barriers identified to eradicate the culture of abuse in clinical settings previously seen as effective in medical education. This research provides a solid foundation for the institution to address critical areas in education and guide the community toward practices that reflect superior educational quality and meaningful change in the short and long term.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El maltrato en el ámbito de la educación médica es un fenómeno más común de lo esperado y representa un desafío significativo para la integridad de la educación disciplinar<sup>1</sup>. Este tipo de maltrato se caracteriza generalmente por comportamientos que denotan falta de respeto y obstaculizan el proceso educativo<sup>2</sup>. Esta preocupante situación impone una barrera para la adopción de Buenas Prácticas Docentes (BPD), siendo el trato desigual de los educadores hacia los alumnos un aspecto crítico. Tal conducta no solo desgasta y desconecta a los estudiantes del aprendizaje, sino que también podría perpetuar actitudes similares en su desempeño profesional futuro<sup>3,4</sup>. Además, el estrés crónico en estos entornos puede derivar en problemas de salud mental entre los estudiantes, afectando adversamente su capacidad para empatizar con los pacientes, así como la adquisición de habilidades esenciales como el profesionalismo y su rendimiento en la disciplina<sup>5,6</sup>.

El maltrato por parte de los docentes y la falta de reconocimiento de la individualidad del estudiante son indicativos de negligencia en el entorno académico, donde un porcentaje significativo de residentes ha experimentado maltrato, incluyendo casos de comentarios sexistas y humillaciones públicas, con los docentes como instigadores principales<sup>7</sup>. Este problema también se manifiesta en formas específicas de discriminación, como el acoso y la discriminación de género, especialmente prevalentes entre las estudiantes<sup>8</sup>.

Además, se han identificado otras formas de discriminación como la xenofobia hacia estudiantes extranjeros y las políticas de vestimenta discriminatorias, que afectan tanto a hombres como a mujeres, pero con un enfoque más restrictivo hacia lo femenino<sup>9,10</sup>. Las prácticas abusivas en la enseñanza y evaluación, que incluyen abuso verbal y desprecio, también representan problemáticas adicionales. Un aspecto crítico de este maltrato es la falta de descanso adecuado posturno, lo que afecta negativamente tanto el bienestar personal del estudiante como la calidad del cuidado al paciente<sup>11,12</sup>.

Por su parte, el acoso y abuso sexual, con una mayor incidencia en mujeres, es otra preocupación destacada, caracterizada por incidentes como humillaciones públicas y comentarios ofensivos<sup>13,14</sup>. La persistencia de este maltrato estudiantil estaría influenciado por factores tales como marcadas asimetrías de poder y los entornos estresantes<sup>15</sup>.

En la educación médica y otras áreas de la formación en ciencias de la salud, variables como el mal ejemplo docente, el abuso y la discriminación, han sido objeto de creciente atención debido a su impacto negativo en la calidad educativa y en el desarrollo profesional de los estudiantes. El mal ejemplo docente, definido como comportamientos de los educadores que modelan conductas inapropiadas, no éticas o contrarias a los valores de la profesión, tiene un efecto directo en la formación de actitudes y prácticas en los futuros profesionales<sup>16</sup>. El abuso, especialmente en contextos educativos, se manifiesta en formas de poder asimétricas que pueden incluir discriminación, trato diferenciado y asignación de tareas no relacionadas con el

desarrollo académico de los estudiantes<sup>17</sup>. La discriminación por género, orientación sexual y otros factores personales no solo perpetúa inequidades dentro del ámbito educativo, sino que también limita el potencial de aprendizaje y profesionalización<sup>18</sup>. Comprender y analizar estas variables en el contexto educativo permite visibilizar prácticas docentes que necesitan ser transformadas para lograr un entorno de aprendizaje más inclusivo y profesional.

Se propone que la docencia universitaria debe abogar por un enfoque ético y un desarrollo integral del estudiantado, en concordancia con la responsabilidad social de la universidad<sup>19</sup>. En este contexto, el presente estudio cualitativo se centra en la identificación de las barreras para la implementación de BPD mediante el análisis de los relatos de académicos que ejercen la docencia clínica. El objetivo es contribuir a la mejora de la educación médica, promoviendo un enfoque más justo y empático.

## Material y métodos

Se diseñó un curso en línea titulado *Buenas prácticas docentes*, que constaba de sesiones sincrónicas presenciales participativas y actividades de aprendizaje autónomo asincrónico. La formulación de este curso se basó en elementos de *Scholarship of Teaching and Learning* (SoTL) y se desarrolló de manera metodológicamente intencionada para fomentar la construcción colectiva del conocimiento.

Dado que el estudio fue de carácter retrospectivo, la muestra estuvo compuesta por 308 docentes de la Universidad de Chile que participaron en alguna de las primeras 10 ediciones del curso *Buenas prácticas docentes*. Se excluyeron únicamente aquellos que no completaron el curso, sin aplicar criterios de inclusión adicionales, como experiencia mínima en docencia o participación en programas previos. Esta metodología permitió captar una amplia gama de experiencias y percepciones docentes, sin imponer restricciones que pudieran limitar la representatividad de la muestra. La diversidad de la muestra en términos de edad, género y especialidad docente ofreció una visión comprensiva de las barreras y malas prácticas identificadas. Esta variabilidad enriqueció el análisis, proporcionando una exploración profunda de cómo dichas barreras se manifiestan y afectan diferentes contextos y estilos docentes, lo que a su vez fortaleció la interpretación de los resultados.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis cualitativo retrospectivo de los foros y trabajos finales de los académicos participantes. Este análisis condujo a la planificación de una investigación cualitativa de tipo retrospectivo interpretativo, utilizando el método de casos, con el propósito de identificar las barreras que obstaculizan la implementación de BPD. Es relevante mencionar que el estudio y la obtención del consentimiento informado fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, bajo el número de identificación 169–2022.

El equipo de investigación se enfocó en garantizar la integridad científica del estudio, respetando rigurosamente los siguientes principios clave: 1) coherencia epistemológica, se aseguró que existiera una alineación

precisa entre el problema de investigación y la teoría de referencia. Esto se logró a través de una exhaustiva revisión bibliográfica que abarcó tanto las BPD en programas de especialidades médicas a nivel nacional como internacional. 2) Credibilidad, se mantuvo la autenticidad de los resultados mediante el uso de fuentes y referencias bibliográficas apropiadas que reflejaban con precisión el fenómeno investigado. 3) Transferibilidad, se evaluó cuidadosamente la aplicabilidad de los resultados a otros contextos. Dado que la Universidad de Chile desempeña un papel significativo en la oferta educativa nacional, se espera que los hallazgos puedan extrapolarse a entornos educativos similares. 4) Consistencia, se garantizó la estabilidad de los datos mediante la triangulación, lo que implicó examinar la información desde diversas perspectivas para validar los resultados. 5) Confirmabilidad, se aseguró la objetividad del estudio mediante análisis individuales y colectivos por parte del equipo investigador. Esta metodología permitió integrar diferentes perspectivas y minimizar posibles sesgos. 6) Relevancia, se justificó la relevancia del estudio debido a su potencial impacto en el aprendizaje y la calidad de la educación. El enfoque en la identificación de barreras que obstaculizan la implementación de BPD se considera fundamental para la mejora de la práctica docente y el proceso educativo de los estudiantes.

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por 308 docentes, 172 mujeres (56%), 117 hombres (38%) y 19 (7%) de sexo no identificado, quienes aportaron 442 relatos a lo largo de la ejecución de cada curso. Es importante resaltar que se mantuvo la confidencialidad de los informantes, preservando así el anonimato y la privacidad de los datos personales y de su afiliación administrativa.

Se identificaron 3 áreas principales relacionadas con las barreras que afectan la implementación de las BPD: discriminación, acoso y mal ejemplo docente (**tabla 1**). Cada una de estas se desglosan en subcategorías, a excepción de la referida a un «mal ejemplo docente», que se establece de manera independiente bajo el término «modelaje docente inadecuado».

## Discusión

Los resultados del estudio identificaron 3 barreras principales que afectan significativamente las prácticas docentes. Estas barreras no solo obstaculizan el desempeño de los docentes, sino que también tienen un impacto negativo en la calidad del aprendizaje de los estudiantes. A lo largo de las 10 ediciones del curso *Buenas prácticas docentes*, se observaron múltiples manifestaciones de estas barreras, que con frecuencia se entrelazan y rara vez se presentan de manera aislada.

Para su análisis, estas 3 barreras se agruparon en categorías, y a partir de cada una de ellas surgieron subcategorías específicas. En el caso de la categoría de abuso, se identificaron subcategorías como el abuso por género y el abuso de poder. Un ejemplo particularmente notable de abuso por género fue reportado por una docente, quien mencionó haber sido asignada a tareas que no

**Tabla 1** Barreras para las buenas prácticas docentes. Categorías y subcategorías y relatos ejemplificadores

Categorías	Subcategorías	Ejemplos de relatos
Discriminación	Por género	«(...) No solo se le asignaban tareas que no le correspondían, como cocinarle a "los jefes", traerles el café a todos por la mañana, realizar el orden y el aseo de las oficinas y de la sala de reuniones, etc., con los cual se la excluía sistemáticamente de las actividades docente-asistenciales».
	Por nacionalidad	«(...) es parte de una estructura jerárquica y que se replica de manera transversal en distintos grados en todos los niveles».
	Por apariencia	«(...) Con este término aludo a la exigencia que se impone a las colegas de "andar como señorita", lo que implica estar bien maquillada, peinada, con un vestido ad hoc (recuerdo algunos lugares donde el pantalón era inaceptable), ojalá con tacón alto y, por supuesto, sin escotes provocativos o sugerentes».
Abusos	Por sobrecarga laboral y académica	«(...) En las especialidades quirúrgicas y "masculinas" (...), no existe el concepto de tomarse "posturno", al contrario, mientras más horas uno pasa en el hospital es más ídolo... decir que uno se va a la casa porque quiere tiempo de familia es mal visto por lo general».
	Humillaciones públicas	«(...) Otra situación que es bastante común en la práctica médica es la discriminación de género, lamentablemente en varias ocasiones tuve un trato diferente por ser mujer, o recibí "comentarios" que no correspondían a la situación».
Mal ejemplo docente	Modelaje docente inadecuado	«(...) Con respecto a la relación médico-paciente, no es infrecuente que como médicos nos refiramos a nuestros pacientes en base a la patología que tienen, y no por su nombre. Creo que es parte de la educación refleja que recibimos del ambiente hospitalario; pero basta con que un(a) docente lo haga ver en forma explícita, para que no se olvide más que es la "Sra. X" la que está ahí para que la ayudemos, no "los miomas" o "el prolapo"».

correspondían a sus responsabilidades profesionales, tales como cocinar, servir café y realizar labores de limpieza. Además, fue excluida de manera sistemática de actividades docentes clave, como visitas clínicas y reuniones de servicio, lo que limitó considerablemente sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje. Estas experiencias no solo obstaculizaron su crecimiento profesional, sino que también perpetuaron un ambiente de discriminación en el ámbito educativo, sometiéndola a un trato diferenciado en comparación con sus pares, por parte de los docentes a cargo.

Por otra parte, el estudio también destaca la prevalencia del maltrato en la educación médica, caracterizado por comportamientos que vulneran el respeto y obstaculizan el proceso educativo. Estos incluyen discriminación por género, orientación sexual y el uso inapropiado de evaluaciones punitivas, lo cual refleja un modelaje inadecuado en un ámbito profesional que debería centrarse en el humanismo. Así, estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de implementar intervenciones específicas que promuevan un entorno docente más equitativo y profesional, mejorando así las prácticas educativas<sup>20</sup>.

En cuanto a la discriminación, los resultados del estudio muestran que esta constituye una barrera significativa para la implementación de buenas prácticas docentes. Los estudiantes expuestos a entornos educativos discriminatorios no solo experimentan agotamiento, sino también una desconexión progresiva con su proceso de aprendizaje<sup>21</sup>. Además, este tipo de entorno incrementa la probabilidad de que, en su futura práctica profesional, reproduzcan comportamientos discriminatorios hacia sus pacientes<sup>22</sup>. Específicamente, esta categoría abarca

actitudes y comportamientos que marginan a individuos o grupos en función de características como género, orientación sexual o condición académica<sup>23</sup>. Los casos documentados incluyen estudiantes relegados a tareas de menor relevancia o privados de oportunidades clave de aprendizaje, simplemente por no ajustarse a los estereotipos dominantes.

Además, la dificultad para denunciar estas situaciones se ve agravada por la percepción de vulnerabilidad de los estudiantes y la falta de apoyo en contextos jerárquicos. Este estrés continuo, que no está relacionado con lo pedagógico, puede contribuir al desarrollo de depresión y síndrome de burnout en los estudiantes de Medicina, lo que a su vez afecta negativamente su capacidad de empatizar con los pacientes y su desempeño profesional futuro<sup>20,21</sup>.

Asimismo, las percepciones de aprendizaje se ven afectadas cuando los estudiantes se comparan con otros. La hostilidad y falta de reconocimiento por parte de los docentes constituyen una forma de negligencia hacia el alumnado. En este sentido, en el estudio de Hammoud et al.<sup>7</sup> (2021) se concluyó que el 39% de los residentes reportaron haber sufrido maltrato, incluyendo comentarios sexistas y experiencias de humillación pública, con los profesores como los principales instigadores en el 66,4% de los incidentes.

Adicionalmente, se reveló la existencia de discriminación basada en la nacionalidad, que limitaba la participación activa de los estudiantes en actividades académicas, afectando negativamente su formación. Este hallazgo coincide con investigaciones previas, que también han documentado experiencias de microagresiones entre estudiantes de minorías raciales o étnicas<sup>9</sup>. Estos

estudiantes informaron experiencias de microagresiones, que incluyen evaluaciones injustamente bajas, trato hostil, comentarios o apodos ofensivos, falta de respeto en comparación con otros y ser ignorados por residentes o médicos tratantes. Estas experiencias discriminatorias afectan la calidad de la educación y el bienestar de los estudiantes, lo que destaca la necesidad de abordar y eliminar estas prácticas en entornos educativos.

Por otro lado, es importante destacar que, como se mencionó en la introducción, la discriminación por apariencia afecta a estudiantes de ambos géneros. Un análisis realizado por Ruzych et al.<sup>10</sup> (2022) acerca de las políticas de vestimenta reveló que muchas desfavorecen a estudiantes de diversas culturas al promover normas estéticas eurocéntricas. Esta discriminación por apariencia impacta negativamente la inclusión en los entornos educativos médicos. Asimismo, se documentaron prácticas docentes abusivas, como el abuso verbal y la imposición de barreras arbitrarias en la aprobación de exámenes, que son perjudiciales para el bienestar de los estudiantes y su experiencia educativa.

Finalmente, la sobrecarga laboral debido a la falta de descanso posturno es una preocupación importante. La falta de sueño no solo aumenta el riesgo de errores clínicos hasta en un 76%, sino que también afecta la motivación y la función cognitiva de los estudiantes<sup>22,23</sup>. Esto exige transparentar la carga laboral en términos de oportunidades de aprendizaje, para asegurar la adquisición de competencias definidas para el ejercicio de la profesión o especialidad, y separarla de la carga laboral adicional que recae en estudiantes y docentes en sistemas de salud con necesidades de atención que superan el recurso humano disponible. En esto es crítico que las instituciones de salud y de educación resguarden el cumplimiento de normativas y medidas de regulación laboral en el ejercicio de las profesiones de la salud y durante el periodo formativo. Entiendo que eso pueda implicar que las entidades y autoridades de salud y educación deban asumir los costos en recurso humano que posibiliten cargas laborales más humanas en pos del bienestar de todo el equipo de salud.

En nuestro estudio, observamos que los incidentes de maltrato fueron más comunes entre las mujeres, quienes sufrían humillación pública y comentarios sexistas. Es crucial que la comunicación respetuosa sea promovida en el equipo de salud, no solo para facilitar el aprendizaje, sino también para asegurar la atención adecuada al paciente<sup>24</sup>.

Las conductas que humillan o avergüenzan a los estudiantes son consideradas poco profesionales y tienen un impacto negativo tanto en su formación como en su capacidad de desarrollar pensamiento crítico<sup>25</sup>. Estas experiencias pueden reducir la motivación de los estudiantes, generar ansiedad, afectar el ánimo y disminuir su participación activa en el proceso de aprendizaje, afectando su desarrollo académico y profesional a largo plazo<sup>26</sup>. La relación de estas conductas humillantes con afecciones de la salud mental, como son los trastornos ansiosos y/o depresivos de severidad variable, obliga a los tutores y a las instituciones de salud y educación vinculadas estrechamente en la formación de profesionales de la salud a estar atentos a su prevención y detección precoz a fin de evitar desenlaces lamentables como la pérdida de profesionales por deserción o incapacidad laboral o más

concretamente, la irreparable pérdida de vidas humanas en el proceso formativo.

Es fundamental que los docentes adquieran dominio y adopten prácticas de retroalimentación constructiva y respetuosa para fomentar un entorno de aprendizaje saludable y estimulante<sup>27</sup>. Por lo tanto, es esencial que los miembros del equipo de salud identifiquen la comunicación irrespetuosa y no la ignoren. En lugar de eso, deben considerarla como un área de mejora que puede abordarse a través de programas educativos dirigidos a implementar estrategias para manejar estos comportamientos. Una de las medidas sugeridas es la creación de una unidad de apoyo para estudiantes y residentes que enfrentan acoso o temen represalias<sup>28</sup>. Esta unidad puede proporcionar el respaldo necesario y las herramientas para abordar y prevenir el maltrato en el entorno clínico, promoviendo así un ambiente más saludable y respetuoso para la formación de futuros profesionales de la salud.

En esa línea, es relevante mencionar que la *Política para prevenir el acoso sexual en la Universidad de Chile* establece 3 responsabilidades institucionales fundamentales: implementación de medidas administrativas para proteger a los denunciantes, obligatoriedad de investigar las acusaciones y, de comprobarse, aplicar las sanciones pertinentes. Estas orientaciones han sido complementadas por la *Política de igualdad de género*, que promueve principios y directrices para asegurar que mujeres y disidencias sexo-genéricas disfruten de los derechos en igualdad de condiciones y apoya la neutralidad de género en situaciones donde se busca la igualdad real<sup>29</sup>.

La discusión sobre el maltrato estudiantil ha sido una constante en la formación médica durante décadas y no se limita a aulas o países específicos; es un fenómeno que trasciende fronteras<sup>30</sup>. Entre los factores que contribuyen a su perpetuación se encuentra la jerarquía de poder en la comunidad médica, donde los docentes, al tener autoridad sobre los estudiantes, abusan de su posición. Además, el trabajo en entornos altamente estresantes y de presión social en la medicina puede incrementar la incidencia de situaciones de maltrato. Lo preocupante es que los estudiantes que experimentan estas formas de abuso, al convertirse en futuros docentes, corren el riesgo de replicar esos comportamientos, perpetuando así el ciclo del maltrato<sup>31</sup>.

Esta problemática es especialmente relevante en la categoría de «mal ejemplo docente», la cual engloba comportamientos inapropiados y contrarios a los valores profesionales, como la falta de ética, favoritismo y prácticas punitivas<sup>32</sup>. Un ejemplo destacado de esta categoría fue reportado por un participante que describió cómo un profesor ridiculizaba constantemente a los estudiantes durante las sesiones clínicas, generando un ambiente de miedo que obstaculizaba el aprendizaje y la participación activa de los alumnos.

Las humillaciones públicas en la formación médica, en respuesta a los errores de los estudiantes que están en proceso de aprendizaje, ya sea en entornos clínicos o quirúrgicos, son lamentablemente comunes. En lugar de ofrecer retroalimentación constructiva, algunos docentes optan por una retroalimentación cruel, exponiendo a los estudiantes a la vergüenza frente a sus compañeros e incluso a los pacientes<sup>33</sup>. Este problema, global y persistente, se ve

alimentado por desequilibrios de poder, jerarquías y el estrés inherente a los entornos médicos. Lo preocupante es que este ciclo de maltrato a menudo se perpetúa cuando los estudiantes que han sufrido este maltrato se convierten en docentes, replicando estos comportamientos inadecuados y transmitiéndolos de una generación de profesionales a otra.<sup>34</sup>

Para abordar estos desafíos éticos en la docencia universitaria, es fundamental fortalecer la conexión entre la enseñanza y el humanismo. Fomentar valores éticos en la formación de los futuros profesionales de la salud y cumplir con la responsabilidad social de las instituciones educativas resulta esencial<sup>35–37</sup>. Esto no solo beneficia a los estudiantes, sino que también contribuye a la formación de profesionales que brindan atención de calidad y se adhieren a estándares éticos en su práctica, lo que favorece entornos más adecuados y amables tanto para la atención de salud como para la educación en salud.

Considerando las características específicas y la amplitud de los cambios necesarios para erradicar el maltrato en la educación médica, los hallazgos de este estudio son fundamentales. La identificación de barreras a las BPD proporciona una guía clara para que las instituciones educativas en salud puedan actuar. Es imperativo reconocer y abordar los aspectos críticos identificados, tanto potenciando los factores facilitadores como superando los obstáculos, con el fin de mejorar la calidad de la enseñanza y de la atención en salud. Este estudio subraya la urgencia de intervenciones bien informadas y sostenidas en el tiempo para crear un entorno educativo ético y profesional, que propicie la mejor formación posible de quienes se harán cargo de la salud del país.

En conclusión, en la formación de los profesionales de la salud, los ambientes en los que se aprende son aquellos en los que se brinda la atención de salud. Por lo tanto, mejorar estos ambientes contribuirá a crear espacios más respetuosos y amables donde el trato humanizado favorezca tanto al paciente como a todo el equipo de salud.

## Responsabilidades éticas

El procedimiento de aprobación del proyecto de investigación N°169–2022 fue realizado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La aprobación fue otorgada el 25 de octubre de 2022, según el acta número 150 del comité. Este documento establece que el estudio está justificado y no presenta riesgos mayores que mínimos para los sujetos involucrados. Además, se especifica que el estudio no requiere consentimiento informado y no implica seguimiento en terreno.

## Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Presentación en congresos

Parte de los resultados fueron presentados en el *V Congreso de docencia en educación superior*, realizado en la Universidad de La Serena, Chile, bajo el título: «Mejorando los ambientes de aprendizaje a través del fomento de las Buenas Prácticas Docentes en Especialidades Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile».

## Bibliografía

1. Silver H. Medical students and medical school. JAMA. 1982;247(3): 309–10. <https://doi.org/10.1001/jama.1982.03320280029024>.
2. Binder R, Friedli R, Fuentes E. Preventing and managing unprofessionalism in medical school faculties. Acad Med. 2015;90(4):442–6. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000592>.
3. Rudman A, Gustavsson P. Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2012;49:988–1001. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010>.
4. Moreno C, Sepúlveda L. Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. Investigación y Educ Méd. 2013;2(5):37–41. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n5/V2n5a6.pdf>.
5. Carrard V, Bourquin C, Berney S, Schlegel K, Gaume J, Bart PA. The relationship between medical students' empathy, mental health, and burnout: a cross-sectional study. Med Teach. 2022;44(12):1392–9. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2098708>.
6. Rudland J, Tweed M, Jaye C, Wilkinson TJ. Medical student learner neglect in the clinical learning environment: applying Glaser's theoretical model. Med Educ. 2021;55:471–7. <https://doi.org/10.1111/medu.14424>.
7. Hammoud M, Appelbaum N, Wallach P, Burrows H, Kochhar K, Hemphill R, et al. Incidence of resident mistreatment in the learning environment across three institutions. Med Teach. 2021;43(3):334–40. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1845306>.
8. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2014;89(5):817–27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>.
9. Phelan S, Burke S, Cunningham B, Perry S, Hardeman R, Dovidio J, et al. The effects of racism in medical education on students' decisions to practice in underserved or minority communities. Acad Med. 2019;94(8):1178–89. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002719>.
10. Ruzycki S, Daodu O, Hernandez S, Lithgow K. The contribution of undergraduate medical education dress codes to systemic discrimination: a critical policy analysis. Med Educ. 2022;56(9):949–57. <https://doi.org/10.1111/medu.14854>.
11. Makowska M, Wyleżałek J. A qualitative study of the mistreatment of medical students by their lecturers in polish medical schools. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12271. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312271>.
12. Weiss P, Kryger M, Knauert M. Impact of extended duty hours on medical trainees. Sleep Health. 2016;2(4):309–15. <https://doi.org/10.1016/j.slehd.2016.08.003>.
13. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. Rev Interdiscip Estud Género Col Mex. 2019;5, e366. Disponible en: [10.24201/reg.v5i0.366](https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366).
14. Hammoud MM, Appelbaum NP, Wallach PM, et al. Incidence of resident mistreatment in the learning environment across three institutions. Med Teach. 2021;43(3):334–40. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1845306>.

15. Smith-Coggins R, Prober C, Wakefield K, Farias R. Zero tolerance: implementation and evaluation of the stanford medical student mistreatment prevention program. *Acad Psychiatry*. 2017;41:195–9. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0523-1>.
16. Xin C, Song X, Wang S, Cui X, Ding N, Wen D, et al. Assessing professional behaviors: a self-administered scale for medical students during clerkships. *BMC Med Educ*. 2024;24:692. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05676-9>.
17. Walker CR, Gunasinghe C, Harwood H, Ehsan A, Ahmed F, Dorrington S, et al. Ethnic inequalities during clinical placement: a qualitative study of student nurses' experiences within the London National Health Service. *J Adv Nurs*. 2024;80:1497–510. <https://doi.org/10.1111/jan.15891>.
18. Mason L. Medical discrimination: a hidden and non-neglectable issue. *Sci Insights*. 2024;44(4):1327–39.
19. Baltodano M. Perspectivas éticas de la docencia universitaria en América Latina: retos y desafíos en el siglo XXI. *Rev Educ*. 2020;44 (2):613–30. <https://doi.org/10.15517/revedu.v44i2.38677>.
20. Maida M, Herskovic V, Pereira A, Salinas-Fernández L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile*. 2006;134:1516–23. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872006001200004>.
21. Grech M. The effect of the educational environment on the rate of burnout among postgraduate medical trainees – a narrative literature review. *J Med Educ Curri Develop*. 2021;8. <https://doi.org/10.1177/23821205211018700> 23821205211018700.
22. Song X, Willy MJ. Exploring unprofessional behaviors and biased perceptions in the clinical environment: students' perspectives. *Med Sci Educ*. 2024;34(5):1049–57. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02087-9>.
23. Berry SL, Chipman S, Gregg ME, Haffey H, Devenot N, McMullin J, et al. Justicia, equidad, diversidad, inclusión y pertenencia: una iniciativa del Consorcio de Humanidades de la Salud. *J Med Humanit*. 2024;45:283–324. <https://doi.org/10.1007/s10912-024-09854-0>.
24. Skan O, Tregidgo L, Tizzard J, Westlake I, Joji N. Examining medical students' experience of gender-based discrimination and sexual harassment from clinical teachers at a UK medical school. *Med Teach*. 2024;1–9. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2331034>.
25. Brown MEL, Coker O, Heybourne A, Finn GM. Exploring the hidden curriculum's impact on medical students: professionalism, identity formation and the need for transparency. *Med Sci Educ*. 2020;30:1107–21. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01021-z>.
26. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspect*. 2017;7(7). <https://doi.org/10.31478/201707b>.
27. Bing-You RG, Hayes VM, Skolfield JL, Trowbridge R, Kemp H, McKelvy D, et al. Feedback for learners in medical education: what is known? A scoping review. *Acad Med*. 2020;95(9):1346–54. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003288>.
28. Lind KT, Osborne CM, Badesch B, Blood A, Lowenstein SR. Ending student mistreatment: early successes and continuing challenges. *Med Educ Online*. 2020;25(1):1690846. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1690846>.
29. Dirección de Igualdad de Género. Política de Igualdad de Género. Universidad de Chile; 2022. 35 p. [consultado 08 Ago 2024]. Disponible en: <https://uchile.cl/dam/jcr:2fcf99f4-6b62-4248-862e-47e6ddd28a74/PoliticalgualdadDeG%C3%A9nero.pdf>.
30. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med*. 2014;89(5):749–54. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>.
31. Barrett J. "Constantly ignored and told to disappear": a review of the literature on "teaching by humiliation" in medicine. *Focus Health Prof Educ*. 2015;16:3.
32. Andersson H, Svensson A, Frank C, Rantala A, Holmberg M, Bremer A. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00766-z>.
33. Markman JD, Soeprono TM, Combs HL, Cosgrove EM. Maltrato a estudiantes de medicina: comprensión de la "humillación pública". *Med Educ Online*. 2019;24(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1615367>.
34. Jarukasemkit S, Kaewkamjornchai P, Tam KM. Modelado de dinámica de sistemas para comprender el modelo mental de la humillación pública en la educación médica. *Med Teach*. 2022;44(8):872–7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2041587>.
35. Branch Jr WT, Pels RJ, Lawrence RS, Arky RA. Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing. *Acad Med*. 2018;93(2):180–5. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001780>.
36. Van Lankveld T, Thampy H, Cantillon P, Horsburgh J, Kluijtmans M. AMEE Guide No. 132. Supporting a teacher identity in health professions education. *Med Teach*. 2021;43(2):124–36. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1838463>.
37. Lucey C, Levinson W, Ginsburg S. Medical student mistreatment. *JAMA*. 2016;316:2263–4. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17752>.