

Gilberto Guzmán Valdivia-Gómez^{1a}

Resumen

La profesionalización de la educación médica es un movimiento de renovación estratégico e impostergable, impulsado por la necesidad de egresar médicos competentes, éticos y pertinentes a las demandas de los sistemas de salud. Este paradigma se estructura en 3 ejes interdependientes: el desarrollo del profesionalismo médico (estudiante), la formación basada en competencias (FBC) (institución) y la profesionalización del docente médico. El modelo curricular más avanzado y recomendado es la educación basada en actividades profesionales confiables (APC), conocida en la literatura anglosajona como *entrustable professional activities* (EPA), que permite traducir competencias abstractas en tareas clínicas observables. El éxito de esta implementación requiere una infraestructura de apoyo que incluye sistemas de *e-portfolio* y sistemas de gestión del aprendizaje para el seguimiento longitudinal. El desafío crucial radica en transformar al docente de “experto clínico” a “experto clínico-pedagógico”, lo cual exige reestructurar la carrera académica con incentivos, ascensos y remuneración que valoren la formación pedagógica al mismo nivel que la práctica asistencial. Superar la resistencia institucional, docente y económica generada por esta reforma depende de la capacidad de liderazgo para gestionar el cambio mediante el empoderamiento de líderes y el microentrenamiento modular.

Abstract

The professionalization of medical education is an essential, strategic renewal movement, driven by the need to graduate competent, ethical physicians who meet the demands of healthcare systems. This paradigm is structured around 3 interdependent axes: medical professionalism development (student), competency-based education (CBE) (institution), and medical faculty professionalization. The most advanced curricular model recommended is Entrustable Professional Activities (EPA), which translates generic competencies into observable and evaluable clinical tasks, such as obtaining a complete patient history. Successful implementation requires supporting infrastructure, including e-portfolio and learning management systems (LMS) for longitudinal tracking. The crucial challenge lies in transforming the teacher from a “clinical expert” to a “clinical-pedagogical expert”, which necessitates restructuring the academic career with incentives, promotions, and compensation that value pedagogical training equally with clinical practice. Overcoming the institutional, faculty, and economic resistances generated by this reform depends on leadership capacity to manage change through the empowerment of leaders and modular micro-training.

¹Universidad La Salle, Vicerrectoría de Investigación, Departamento de Medicina y Salud. Ciudad de México, México

ORCID: [0000-0003-2317-3054](https://orcid.org/0000-0003-2317-3054)^a

Palabras clave

Educación Médica
Profesionalismo
Competencia Profesional

Keywords

Education, Medical
Professionalism
Professional Competence

Fecha de recibido: 05/12/2025

Fecha de aceptado: 28/04/2026

Comunicación con:

Gilberto Guzmán Valdivia Gómez

 gilberto.guzmanvaldivia@lasalle.mx

 55 5278 9500, extensión 2811

Cómo citar este artículo: Valdivia-Gómez GG. Profesionalización de la educación médica: ejes y estrategias para la excelencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(5):e7053. doi: 10.5281/zenodo.21462851

Introducción

La formación de médicos en el siglo XXI enfrenta el desafío de evolucionar de modelos tradicionales de transmisión de conocimientos a estructuras que aseguren una práctica clínica de excelencia. En este contexto, la profesionalización de la educación médica surge como un proceso de transformación integral, orientado a alinear la formación académica con las realidades complejas de los sistemas de salud contemporáneos. Este paradigma no solo busca la eficiencia técnica, sino que se fundamenta en la construcción de una identidad profesional sólida, en la que la ética y la responsabilidad social sean el eje del quehacer médico.

El concepto de profesionalismo, tradicionalmente entendido como un conjunto implícito de valores y ética asumidos, ha evolucionado hacia un constructo explícito, enseñable y evaluable.¹ Esta evolución es vital en contextos como el mexicano y el latinoamericano, caracterizados por grandes disparidades socioeconómicas, una alta carga de atención en salud y sistemas de salud fragmentados.

Conceptualizar el profesionalismo en este entorno implica ir más allá del dominio de las habilidades clínicas (“saber” y “saber hacer”) e integrar activamente el “saber ser” y el “saber estar”.^{2,3}

Históricamente, la enseñanza de la medicina se ha basado en la acumulación de información y la observación informal. Sin embargo, las demandas actuales exigen que las instituciones educativas asuman un rol activo en la estructura de un currículo que garantice el egreso de profesionales íntegros.⁴ Para lograrlo, es necesario avanzar hacia una educación basada en competencias y, más específicamente, hacia el modelo de las actividades profesionales confiables (APC) o *entrustable professional activities* (EPA).⁵ Este enfoque permite traducir las capacidades abstractas en tareas clínicas observables, lo que facilita una supervisión progresiva y una evaluación auténtica del desempeño.^{6,7}

Este paradigma debe visualizarse en 3 ejes fundamentales que involucren a los actores principales:

1. Desarrollo del profesionalismo médico (estudiante).
2. Formación basada en competencias (institución educativa).
3. Profesionalización del docente médico (docente).

De acuerdo con Sonia De la Portilla,⁸ el objetivo final es formar un médico competente, ético, pertinente y de alta calidad que inspire confianza y se mantenga actualizado de por vida.

El profesionalismo médico, tal como lo define la Asociación Médica Mundial (AMM), abarca la integridad, el altruismo, la responsabilidad, la justicia social y el compromiso con el aprendizaje vitalicio.¹

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo profundizar en el análisis de los 3 ejes fundamentales: el estudiante, la institución y el docente, y proponer estrategias integrales que permitan consolidar un cambio sistémico en la educación médica actual, lo que plantea la siguiente interrogante: ¿cuáles son los ejes estratégicos y las barreras críticas que deben gestionarse para transitar de una enseñanza médica tradicional hacia una auténtica profesionalización institucional basada en APC?

Material y métodos

Se hizo una revisión narrativa estructurada de la literatura científica orientada a identificar los pilares y desafíos de la profesionalización en educación médica.

La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y Google Scholar. Se emplearon términos de búsqueda tanto en español como en inglés y se utilizaron los descriptores de ciencias de la salud (DeCS/MeSH): “profesionalización” (*professionalization*), “educación médica” (*medical education*), “identidad profesional” (*professional identity*), “competencias” (*competencies*) y “actividades profesionales confiables” (*entrustable professional activities*). Se aplicaron operadores booleanos (AND, OR) para refinar la relación entre los ejes de estudio.

La búsqueda abarcó artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, editoriales de alto impacto y libros técnicos publicados entre 2020 y 2026. Se incluyeron documentos que abordaran específicamente el cambio de paradigma educativo, la gestión de la resistencia institucional y el desarrollo docente en el contexto global y latinoamericano.

Se excluyeron reportes de casos clínicos aislados, artículos sin rigor académico comprobable o aquellos cuyo enfoque principal no estuviera relacionado con la gestión educativa o la formación de identidad profesional.

Se consideraron publicaciones en español e inglés.

Tras la identificación inicial de los registros, se procedió a una lectura crítica de títulos y resúmenes para descartar duplicados y material no pertinente.

Se seleccionaron y citaron únicamente las 25 referencias con mayor nivel de evidencia y relevancia directa para

sustentar los ejes analizados en este manuscrito, incluida la literatura fundamental sobre la profesionalización de la educación médica, los estándares curriculares globales, los informes sobre el contexto de la educación médica en América Latina y las referencias específicas para el análisis crítico.

Desarrollo

La profesionalización de la educación médica representa un cambio de paradigma fundamental que trasciende la mera actualización curricular para convertirse en un movimiento estratégico de renovación. Como se ha definido en el contexto de las reformas educativas en salud, su propósito central es mejorar la calidad, la pertinencia y la excelencia de la formación médica en todos sus niveles (pregrado, posgrado y educación continua).⁸ Para alcanzar este objetivo, el paradigma se estructura en 3 ejes fundamentales que se interrelacionan e integran a los protagonistas de la educación médica. Esos 3 ejes se explican a continuación.

Eje 1: desarrollo del profesionalismo médico (estudiante)

Este eje implica ir más allá de la mera adquisición de conocimientos y habilidades clínicas (“saber” y “saber hacer”). Se centra en el desarrollo de la identidad profesional y el dominio del “saber ser” y “saber estar”, que incluyen:

- Valores y ética: integridad, honestidad, altruismo, servicio a los demás.
- Comportamientos y actitudes: empatía, responsabilidad, rendición de cuentas, justicia, respeto.
- Compromiso con la excelencia: aprendizaje y desarrollo profesional a lo largo de toda la vida para mantener la competencia.^{9,10}

Eje 2: formación basada en competencias (institución educativa)

Busca modernizar los currículos para que la formación se oriente a los resultados, asegurando que el médico egresado posea un conjunto definido de competencias para responder a las necesidades de la sociedad y del sistema de salud. Estas competencias integran el saber, el saber hacer y el saber ser/estar.¹¹

Eje 3: profesionalización del docente médico (docente)

Reconoce que la enseñanza de calidad requiere que los profesores no solo sean expertos en su dominio clínico, sino también profesionales en la ciencia de la enseñanza. Esto implica fortalecer su formación pedagógica, reconocer la función docente como un mérito crucial y promover la investigación en educación médica.¹²

Análisis y estrategias

La profesionalización de la educación médica se materializa mediante la definición e integración de competencias específicas en el currículo. Estas competencias van más allá del conocimiento puramente biomédico e integran habilidades de comunicación, gestión y responsabilidad social que deben incorporarse a la competencia clínica.

1. Las 6 áreas de competencia fundamentales

De acuerdo con la *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS)¹³ y con la *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME),¹⁴ considerados los pilares de la reforma curricular moderna en salud, las instituciones deben garantizar que los estudiantes desarrollen las siguientes 6 áreas de competencia fundamentales:

1. Rol de profesional (el médico como persona y colega): constituye el núcleo del profesionalismo y exige que el médico actúe como un ser humano ético y responsable. Implica demostrar honestidad e integridad, reconocer los propios límites mediante la autorregulación y mantener un comportamiento basado en el altruismo, la empatía y el respeto.
2. Rol de experto médico (competencia clínica): se enfoca en la aplicación efectiva del conocimiento biomédico y científico en la atención al paciente. Incluye el dominio de habilidades procedimentales seguras y la toma de decisiones clínicas fundamentadas en la medicina basada en la evidencia.
3. Rol de comunicador (interacción humana): es esencial para establecer una relación médico-paciente sólida y una atención centrada en la persona. Requiere una comunicación efectiva y compasiva, el desarrollo de una relación terapéutica de confianza y la capacidad de involucrar al paciente en decisiones compartidas. Para evaluar la competencia como comunicador, incorporar la retroalimentación del paciente y sus familiares

transforma la evaluación en un proceso bidireccional y auténtico, lo que permite captar matices de la interacción humana que a menudo no son perceptibles para el supervisor clínico. Mediante el uso de herramientas sencillas como encuestas de satisfacción específicas para la enseñanza o escalas de percepción de empatía, la institución puede integrar estos datos en el portafolio electrónico o *e-portfolio* del estudiante. Esta práctica no solo valida la capacidad técnica de comunicación del alumno, sino que también refuerza su identidad profesional al hacerlo responsable del impacto real de su trato humano.

4. Rol de colaborador (trabajo interprofesional): define la capacidad del médico para trabajar de manera armónica en equipos de salud. Implica colaborar con diversos profesionales (enfermería, farmacia, terapeutas) y gestionar de manera constructiva los conflictos interprofesionales en beneficio del paciente.
5. Rol de gestor o administrador (eficiencia del sistema): orienta al médico hacia el uso responsable de los recursos y la comprensión del entorno sanitario. Incluye la gestión eficiente del tiempo y la tecnología, la participación activa en la seguridad del paciente y el conocimiento de las estructuras de salud locales y globales.
6. Rol de académico (enseñanza e investigación): representa el compromiso con la generación y difusión del conocimiento. Abarca el aprendizaje permanente para mantenerse actualizado, la supervisión y la educación de otros profesionales, y el uso del método científico para evaluar y mejorar la práctica médica.

La inclusión de estas 6 áreas ofrece un marco de referencia detallado y exhaustivo para el diseño curricular, que abarca desde la ética hasta la gestión de los sistemas de salud.

Las instituciones educativas deben estar comprometidas con el diseño de planes de estudio y de métodos de enseñanza participativos, así como con los instrumentos de evaluación, para asegurar que los estudiantes adquieran y demuestren estas competencias.

II. Perfil del estudiante: postura y actitudes en la profesionalización

La profesionalización exige que el estudiante trascienda la mera acumulación de información para consolidar una identidad profesional íntegra y competente, y adopte una postura proactiva.¹⁵

La *postura profesional requerida* consiste en:

- Aprendizaje permanente: asumirse como un aprendiz autónomo que reconoce que la formación no termina con la graduación y requiere una autoevaluación constante.
- Integridad y autorregulación: mantener una honestidad absoluta y desarrollar la capacidad de reflexión crítica sobre las propias acciones, debilidades y fortalezas.
- Aceptación de la retroalimentación: interpretar los comentarios como herramientas esenciales para la excelencia clínica y no como críticas personales.

Las *actitudes éticas clave* ("saber ser" y "saber estar") están constituidas por:

- Altruismo y servicio: priorizar el bienestar del paciente por encima de los intereses propios, demostrando vocación y compromiso.
- Empatía y respeto: comprender la perspectiva del paciente y brindar un trato digno a todas las personas, sin prejuicios.
- Responsabilidad: asumir las consecuencias de las decisiones clínicas y cumplir con rigor las obligaciones profesionales.
- Resiliencia: mantener la perseverancia y una actitud positiva ante el estrés, la incertidumbre y la carga emocional de la medicina.

III. El modelo curricular recomendado

El modelo que mejor se ajusta a la profesionalización es la educación basada en APC o EPA, la cual representa la evolución más avanzada del currículo basado en competencias (CBC).^{16,17}

Este enfoque se diferencia del modelo tradicional por 3 pilares fundamentales:

- Orientación a resultados: el énfasis se desplaza del contenido teórico a lo que el estudiante es capaz de ejecutar al finalizar su formación.
- Integración curricular: elimina la división rígida entre ciencias básicas y clínicas, e integra el conocimiento de forma vertical y horizontal.
- Evaluación auténtica: prioriza métodos que reflejan la práctica clínica real, tales como la evaluación clínica

objetiva estructurada (ECOE), la evaluación clínica integral sistemática (ECIS) y los portafolios de aprendizaje, con lo que supera los exámenes convencionales de opción múltiple.

La educación basada en *actividades profesionales confiables*, como ya mencionamos APC o *entrustable professional activities*,¹⁸ es la evolución más avanzada de la formación basada en competencias (FBC):

- Concepto: una APC es una unidad de práctica profesional que puede confiarse a un estudiante o residente para que la realice sin supervisión directa, una vez que ha demostrado la competencia requerida.
- Ejemplo: en lugar de evaluar la competencia de “comunicador”, se evalúa la APC de “obtener una historia clínica completa y dirigida de un paciente nuevo”.
- Ventaja: conecta directamente las competencias genéricas con las tareas clínicas específicas del día a día, con lo que facilita la evaluación y la transición del estudiante a la práctica profesional.

Para una implementación exitosa del modelo basado en competencias y APC, las instituciones deben garantizar 2 pilares fundamentales:

- Infraestructura tecnológica: es indispensable contar con sistemas de *e-portfolio* y plataformas de gestión del aprendizaje (SGA) que permitan centralizar la documentación, facilitar la autoevaluación y realizar un seguimiento longitudinal de las evaluaciones y la retroalimentación de los estudiantes.¹⁹ El éxito de las APC depende de la capacidad institucional para documentar la progresión del estudiante desde la observación hasta la práctica autónoma, lo cual se materializa mediante el uso de *e-portfolios*. Estos sistemas no operan simplemente como repositorios, sino como ejes de un *seguimiento longitudinal* que permite consolidar múltiples observaciones directas en diversos entornos clínicos. Al generar una “curva de aprendizaje” visual, el *e-portfolio* provee el sustento objetivo para fundamentar de manera segura la decisión de otorgar mayor autonomía al estudiante. Asimismo, la robustez de este modelo radica en la triangulación de evidencias, pues se integran en una sola plataforma las rúbricas de los supervisores, las autoevaluaciones del alumno y la retroalimentación de pares o pacientes, lo que ofrece una visión de 360 grados del desempeño tanto competencial como actitudinal del futuro médico. Finalmente, esta infraestructura digital facilita una retroalimentación dialógica al crear un espacio de reflexión continua en el que el docente puede consignar comentarios específicos sobre el desempeño

en una APC específica. Este proceso resulta crítico para que el estudiante identifique brechas de aprendizaje y establezca planes de mejora individuales antes de su siguiente evaluación, con lo que cierra así el ciclo de formación integral.

- Gestión del cambio: se debe asegurar el involucramiento temprano de docentes y administradores en el diseño de las reformas para fomentar el sentido de pertenencia y la apropiación del nuevo modelo educativo.^{20,21}

IV. Perfil y estrategias del docente

El manuscrito subraya que la profesionalización exige transformar al profesor de un “experto clínico” a un “experto clínico-pedagógico”.^{22,23}

En cuanto al perfil del docente médico profesionalizado, este debe ser:

- Facilitador del aprendizaje: debe dominar metodologías activas como el aprendizaje basado en problemas o casos, y diseñar experiencias educativas integrales.
- Evaluador competente: requiere pericia en la evaluación formativa y sumativa, utilizando herramientas como rúbricas o mini-CEX.
- Modelo de roles: debe encarnar los más altos estándares éticos y profesionales para servir de ejemplo a los estudiantes.
- Investigador: debe ser capaz de reflexionar científicamente sobre su propia práctica docente para mejorarla.

Estrategias de profesionalización docente

En cuanto a las estrategias de profesionalización docente están:

- Programas formales: creación de diplomados o de maestrías en educación médica.
- Incentivos: establecer una carrera académica en la que la excelencia docente tenga el mismo peso que la investigación clínica en términos de remuneración y ascensos.
- *Mentoring* y comunidades: implementar sistemas de tutoría entre pares y grupos de discusión para compartir mejores prácticas pedagógicas.

Gestión de cambio: superar la resistencia

Para culminar el proceso de profesionalización y con base en el trabajo de Alharbi,¹⁷ se detallan las barreras críticas y las soluciones estratégicas para consolidar el cambio institucional.

Al analizar estos 3 ejes que involucran a los estudiantes, las instituciones educativas y los docentes, nos encontramos con desafíos importantes para lograr la profesionalización de la educación médica. La implementación de la profesionalización, basada en competencias y APC, inevitablemente generará fricciones. El éxito de la reforma dependerá de la capacidad institucional para *gestionar el cambio y superar la resistencia*.

De acuerdo con Frank y Snell¹³ y Mantilla,²⁰ la resistencia a la profesionalización se manifiesta en 3 niveles principales, que deben gestionarse: el institucional, el docente y el económico:

- Inercia institucional y burocrática: la estructura tradicional por departamentos choca con la necesidad de integración curricular y la lentitud regulatoria para aprobar nuevos planes de estudio.
- Resistencia del profesorado tradicional: existe un temor a la carga pedagógica adicional y una percepción de pérdida de estatus al valorar la enseñanza al mismo nivel que la clínica. El profesionalismo deja de ser “oculto” para ser evaluado explícitamente, lo que puede percibirse como una invasión a la autonomía docente.
- Costo económico y logístico: la implementación requiere una inversión sustancial en infraestructura tecnológica (*e-portfolios*) y un mayor costo operativo debido al tiempo que los docentes deben dedicar a la observación directa y retroalimentación.

Estrategias de mitigación y gestión del cambio

Para superar estas barreras, se proponen intervenciones estructurales y culturales:

- Reestructuración de la postura académica del docente: el tiempo dedicado a la pedagogía e investigación educativa debe tener el mismo peso que la práctica asistencial en ascensos y salarios.
- Identificación y empoderamiento de líderes: identificar a docentes con alta influencia clínica que adopten tempranamente el modelo para liderar comunidades de práctica entre sus pares.

- Microentrenamiento y desarrollo modular: a diferencia de los programas pedagógicos extensos, los módulos de microentrenamiento se centran en habilidades críticas de ejecución inmediata. Por ejemplo, un módulo de 15 minutos sobre Retroalimentación efectiva mediante la técnica del sándwich o el modelo de Pendleton. La técnica del sándwich es una estructura clásica de 3 capas diseñada para atenuar el impacto de la crítica y mantener la motivación del estudiante. Se utiliza principalmente para la retroalimentación rápida a pie de cama, durante el paso de visita: 1) capa superior (positivo): se inicia resaltando una acción específica que el estudiante realizó correctamente (ejemplo “Tu técnica de auscultación fue muy sistemática”); 2) capa intermedia (mejora): se introduce el área de oportunidad o el error de forma constructiva (ejemplo: “Sin embargo, debes asegurarte de que el paciente esté en la posición adecuada para escuchar mejor los ruidos agregados”); 3) capa inferior (refuerzo/cierre): se finaliza con una frase motivadora o un plan de acción (ejemplo: “Si ajustas la posición, tu diagnóstico será mucho más preciso; sigue practicando así”). El Modelo de Pendleton tiene un enfoque más formal que fomenta la autocrítica, lo que lo hace ideal para el seguimiento longitudinal en *e-portfolios* o en sesiones de tutoría. Sigue 4 pasos obligatorios: 1) el estudiante dice qué hizo bien: se le da la palabra primero para fomentar la autoconciencia; 2) el docente dice qué hizo bien el estudiante: refuerza los aciertos observados; 3) el estudiante dice qué podría mejorar: el alumno identifica sus propias brechas antes de que se le señalen sus áreas de oportunidad; 4) el docente sugiere áreas de mejora: El profesor complementa lo que el alumno no alcanzó a percibir. Al dotar al docente de estas herramientas específicas, se reduce la percepción de carga administrativa y se garantiza que la supervisión clínica sea percibida como un apoyo formativo y no como una fiscalización punitiva.
- Implementación por fases y con estudios piloto: utilizar programas piloto en rotaciones específicas para demostrar resultados positivos antes de escalar la reforma a toda la institución.

Estrategia clave

En cuanto a la liberación de la carga asistencial:²⁴ es vital pactar con los centros hospitalarios tiempos protegidos para que el docente pueda ejercer su función evaluadora con calidad. La institución educativa debe intervenir directamente, ya que solo cuando un sistema de salario justo refleje el valor estratégico de la función docente-pedagógica, los profesionales clínicos verán la inversión en su desarrollo educativo como un motor de crecimiento profesional y no como un obstáculo para su carrera asistencial.

En relación con la evaluación de actitudes,²⁵ se deben implementar instrumentos estructurados de observación directa para evaluar cómo los estudiantes demuestran comportamientos y actitudes clave (como la empatía, el respeto y la responsabilidad) en sus interacciones clínicas con pacientes, familiares y colegas.

Conclusiones

La profesionalización de la educación médica no debe entenderse como un objetivo estático, sino como un proceso de gestión del cambio que exige una ruptura con el modelo tradicional del “médico que enseña por inercia, porque así se formó”. El análisis crítico de esta transición revela que la implementación de las APC y la formación de la identidad profesional resultan insuficientes si no van acompañadas de una reestructuración profunda de la cultura institucional.

En el contexto latinoamericano, la brecha entre la teoría pedagógica y la realidad asistencial es crítica. La saturación de los servicios de salud y la falta de incentivos para la labor educativa han convertido el profesionalismo en un concepto aspiracional que, con frecuencia, sucumbe ante el “currículo oculto”. Es necesario que las reformas educativas en la región comiencen a responder a la precariedad de los entornos clínicos locales y que protejan el tiempo del docente y el aprendizaje del estudiante.

Este cambio de paradigma exige una política educativa en la que las autoridades sanitarias y académicas establezcan convenios que reconozcan formalmente la figura del experto clínico-pedagógico e integren la docencia en el escalafón salarial y profesional. La profesionalización debe ser una política de Estado que garantice la acreditación de

los centros hospitalarios no solo por su capacidad resolutoria médica, sino también por su calidad como entornos seguros de aprendizaje disciplinar, ético y técnico.

Finalmente, es necesario abrir nuevas líneas de investigación que evalúen longitudinalmente el impacto de las APC en la seguridad del paciente en los sistemas de salud de las distintas regiones. Asimismo, se requiere profundizar en el estudio de la conveniencia del docente médico y de su relación con la eficacia de la supervisión, así como en el desarrollo de herramientas digitales de evaluación accesibles y adaptables a contextos con recursos limitados.

El éxito de este movimiento depende de la integración sinérgica de los 3 ejes:

1. El desarrollo de un médico con un profundo profesionalismo y ética.
2. La adopción de un currículo basado en competencias (APC) por parte de las instituciones.
3. La transformación del docente en un líder clínico-pedagógico.

Solo a través de este enfoque holístico se formará a un médico capaz de satisfacer las complejas demandas sociales y sanitarias, el cual se mantenga competente y ético a lo largo de su vida.

Declaración de conflicto de interés: el autor ha completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la educación médica. Ferney-Voltaire, Francia: World Medical Association; 2006. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-educacion-medica/>
2. Alarcón RG. Educación médica, un desafío permanente. *Cuad Med Soc.* 2024;64(2):5-6. doi: 10.56116/cms.v64.n.2.2024.1982
3. Pérez González J. Profesionalismo e identidad médica. *Educ Med.* 2023;24(2):100806. doi: 10.1016/j.edumed.2023.100806
4. Ramos-Zaga F. Transforming medical education in the 21st century: The role of competency-based medical education. *Rev Fac Med Hum.* 2024;24(1):169-78. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/5950>
5. Vivas DA, Reinoso N, Jaimés DA. Profesionalismo médico como competencia, una visión desde la narrativa: Estado del arte. *Educ Med.* 2021;22(6):517-20. doi: 10.1016/j.edumed.2021.01.010
6. Olivares-Paizan G, Walter Sánchez V, Cuello Ho R. Estrategia metodológica para el desarrollo de la profesionalización de los docentes de la educación médica. *Mendive Rev Educ.* 2021;19(4):1168-84. Disponible en: <https://mendive.upr.edu.cu/index.php/MendiveUPR/article/view/2653>
7. González-Flores P, Luna de la Luz V. La transformación de la educación médica en el último siglo: Innovaciones curriculares y didácticas (Parte 1). *Invest Educ Med.* 2019;8(30):95-109. doi: 10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165
8. De la Portilla Maya SR. Profesionalización de la educación médica para la formación de un médico competente, ético, pertinente y de alta calidad. *Arch Med.* 2017;17(2):221-4. doi: 10.30554/archmed.17.2.2484.2017
9. Pérez García R, Pérez García M. Promoción del profesionalismo médico en la formación de los estudiantes de medicina. *Salud UIS.* 2023;55:e23073. doi: 10.18273/saluduis.55.e:23073
10. Arbea L, Díaz-González JA, Centeno C, et al. Diseño e implementación de un proyecto docente para la formación de la identi-

- dad médica en estudiantes de medicina. *Educ Med*. 2020;21(3):207-11. doi: 10.1016/j.edumed.2019.07.002
11. Bonal Ruiz R, Vergel J, Sotomayor Escalona R. De la formación basada en competencias a las actividades profesionales encomendables. *Rev Hab Cienc Méd*. 2022; 21(1):e4444. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000100013
 12. Paredes Mena K, Salazar Menéndez J, Simancas Ordóñez L. Modelo del docente: Profesionalización y mejora del desempeño pedagógico y tecnológico. *Eur Public Soc Innov Rev*. 2024;9:1-16. doi: 10.31637/epsir-2024-1845
 13. Frank JR, Snell L, Sherbino J, eds. *CanMEDS 2015 Physician competency framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
 14. Swing SR. The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. *Med Teach*. 2007;29(7):648-54. doi: 10.1080/01421590701392903
 15. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: The next challenge for medical education. *Med Educ*. 2024;58(1):34-45. doi: 10.1111/medu.15243
 16. Emke AR, Torre D, Aagaard EM. Competency-based education and programmatic assessment in undergraduate medical education: Describing the gateway experience of successful design and implementation. *Acad Med*. 2025;100(11):1268-71. doi: 10.1097/ACM.00000000000006141
 17. Alharbi NS. Evaluating competency-based medical education: A systematized review of current practices. *BMC Med Educ*. 2024;24:612. doi: 10.1186/s12909-024-05609-6
 18. Ahmad MR, Abu H, Uddin H, et al. Direct observation of procedural skills (DOPS) in enhancing clinical competencies of postgraduate medical and dental education: A scoping review. *J Dent Med Sci*. 2024;23(9):59-70. doi: 10.9790/0853-2309085970
 19. Alvarado-Carías IE, Mejía JGM, Baide NHM, et al. Electronic medical portfolio as a tool in formative assessment: A literature review. *Innovare Rev Cienc Tecnol*. 2022;11(2):103-10. doi: 10.5377/innovare.v11i2.14815
 20. Mantilla GC, Ariza K, Santamaría A, et al. Educación médica basada en competencias: Revisión de enfoque. *Univ Med*. 2021;62(2). doi: 10.11144/Javeriana.umed62-2.emed
 21. Lifshitz A. ¿Reseteo de la educación médica? *Med Int Méx*. 2021;37(6):907-8.
 22. Steinert Y. Faculty development: From rubiest to oak. *Med Teach*. 2020;42(4):429-35. doi: 10.1080/0142159X.2019.1688769
 23. Gottlieb M, Jordan J, Siegelman JN, et al. Direct observation tools in emergency medicine: A systematic review of the literature. *AEM Educ Train*. 2020;5(3):e10519. doi: 10.1002/aet2.10519
 24. Sánchez-Corredor CD, Rubio-Romero JA. Reflexiones sobre el papel del docente en la educación en salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2023;74(2):122-4. doi: 10.18597/rcog.4086
 25. Vera-Carrasco O. La evaluación del proceso enseñanza aprendizaje en competencias en ciencias de la salud. *Cuad Hosp Clín*. 2023;64(1):73-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762023000100010