Revista Española de Educación Médica

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Docencia médica del siglo XXI: Un abordaje crítico de las competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud.

Twenty-First Century Medical Education: A Critical Approach to the Professional Competencies of Health Sciences Educators.

Mildredd Rebeka Soasty Vera [1]*, Taynova Dolores Silva Zambrano[2], José Erasmo Chamba Cuadros[3], Kelly Laura Rosado Carrillo[4]

Carrera de Medicina, Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador
[1] mrsoasty@sangregorio.edu.ec , https://orcid.org/0009-0007-9839-4675
[2] taynovasilva@gmail.com, https://orcid.org/0009-0005-5993-3651
[3] jchambacuadros@gmail.com, https://orcid.org/0009-0007-2305-8642
[4] kellyrosado1@hotmail.com, https://orcid.org/0009-0002-4244-3013

*Correspondencia: mrsoasty@sangregorio.edu.ec

Recibido: 16/9/26; Aceptado: 26/10/26; Publicado: 28/10/26

Resumen: La docencia médica del siglo XXI exige integrar el conocimiento disciplinar con competencias pedagógicas, éticas, comunicativas y digitales en contextos asistenciales cada vez más complejos. El objetivo de este artículo de opinión es examinar críticamente los fundamentos de las competencias profesionales del docente en Ciencias de la Salud y argumentar una propuesta contextualizable para su desarrollo. A partir de una síntesis narrativa dirigida, se contrastan los modelos AMFEM, Harden y Crosby, CanMEDS, Tuning y WFME según su destinatario, alcance y limitaciones, incorporando estudios recientes sobre desarrollo profesoral, actividades profesionales confiables e inteligencia artificial. Se identifican tensiones entre estandarización y pertinencia local, desempeño observable y formación humanística, así como entre responsabilidad individual y condiciones institucionales. Se proponen ocho dominios interrelacionados, concebidos como una construcción argumentativa y no como un consenso validado. La profesionalización docente requiere formación continua, mentoría, evaluación formativa y apoyo institucional. Las titulaciones de posgrado constituyen una vía de profundización pertinente para determinadas funciones, sin representar una exigencia universal.

Palabras clave: docencia médica; competencias docentes; educación superior; ciencias de la salud; formación por competencias.

Abstract: Twenty-first-century medical education requires the integration of disciplinary knowledge with pedagogical, ethical, communicative and digital competencies in increasingly complex clinical environments. This opinion article critically examines the foundations of professional teaching competencies in Health Sciences and argues for a context-sensitive approach to their development. Drawing on a purposive narrative synthesis, the AMFEM, Harden and Crosby, CanMEDS, Tuning and WFME frameworks are compared in terms of their target audience, scope and limitations, together with recent research on faculty development, entrustable professional activities and artificial intelligence. Key tensions emerge between standardization and local relevance, observable performance and humanistic education, and individual responsibility and institutional conditions. Eight interrelated competency domains are advanced as an argued conceptual proposal rather than a validated consensus. Faculty professionalization calls for continuing education, mentoring, formative

assessment and institutional support. Postgraduate qualifications may be particularly appropriate for specific academic roles but should not be considered a universal requirement.

Keywords: medical education; teaching competencies; higher education; health sciences; competency-based education.

1. Introducción

La educación médica superior ha experimentado transformaciones profundas impulsadas por la rápida expansión del conocimiento biomédico, la complejidad de los sistemas sanitarios, la diversidad epidemiológica y la necesidad de una atención centrada en las personas. En estas circunstancias, la docencia universitaria en Ciencias de la Salud trasciende la exposición de contenidos: implica diseñar experiencias formativas pertinentes, facilitar la aplicación del razonamiento clínico y contribuir a la formación de profesionales con responsabilidad social. El llamado a reformar la educación de las profesiones sanitarias subraya la articulación entre las necesidades de la población y el desempeño de quienes participan en la enseñanza (1). La formación basada en competencias ha favorecido la formulación explícita de resultados de aprendizaje, el seguimiento de la progresión estudiantil y la alineación entre enseñanza y evaluación. Sin embargo, trasladar mecánicamente indicadores al trabajo del profesorado puede reducir una práctica reflexiva a un conjunto de conductas verificables y relegar dimensiones difíciles de cuantificar, como la prudencia clínica, la sensibilidad ética, la deliberación ante la incertidumbre y la relación educativa. De allí que el enfoque competencial deba entenderse como un recurso para mejorar las decisiones formativas, no como una finalidad autosuficiente (2). La seguridad del paciente constituye una exigencia transversal de la educación sanitaria. La supervisión del estudiante, la evaluación de procedimientos, la retroalimentación oportuna y la identificación de riesgos son responsabilidades relevantes del docente clínico, pero su ejecución depende también de la disponibilidad de escenarios de práctica, pacientes, recursos y acuerdos institucionales. El enfoque educativo de seguridad propuesto por la Organización Mundial de la Salud resalta precisamente que el aprendizaje clínico requiere condiciones organizacionales favorables y culturas que permitan analizar el error sin banalizar sus consecuencias (3).

El debate sobre competencias docentes se apoya en referentes de naturaleza heterogénea: la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) formula un perfil del profesor de medicina (4); la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) establece estándares para instituciones formadoras (5); Harden y Crosby describen los roles profesionales del profesor médico (6); Srinivasan y colaboradores proponen competencias específicas del educador (7); CanMEDS perfila competencias del médico (8); y Tuning orienta el diseño curricular basado en resultados de aprendizaje (9). Reconocer sus diferentes objetos de aplicación impide considerar sus enunciados como listas equivalentes o intercambiables. La tesis de este artículo de opinión sostiene que las competencias docentes solo adquieren valor cuando articulan conocimientos, habilidades, actitudes y juicio profesional para responder a situaciones concretas de enseñanza, supervisión y evaluación. En lugar de reclamar un perfil universal descontextualizado, interesa discutir qué capacidades resultan prioritarias, qué evidencia las respalda y bajo qué condiciones pueden desarrollarse de manera sostenible. Por consiguiente, el propósito es analizar críticamente los marcos mencionados, contrastarlos con la investigación reciente y argumentar una propuesta de competencias nucleares adaptable a las realidades de la educación médica contemporánea.

2. Fundamentos conceptuales de la formación por competencias en educación superior

El enfoque por competencias tiene antecedentes en experiencias de formación orientadas al desempeño y evolucionó hacia concepciones que integran conocimientos, procedimientos, actitudes, valores y capacidad de actuación situada. En la educación superior no debería limitarse a resultados instrumentales: un profesional competente debe interpretar problemas, justificar decisiones,

reconocer los límites de su conocimiento y actuar con responsabilidad ante situaciones nuevas. Para la educación médica, esta perspectiva supone vincular progresivamente los aprendizajes declarados con la práctica clínica y los compromisos éticos que la acompañan (2).

Tuning contribuye a definir competencias genéricas y específicas, así como a promover transparencia y comparabilidad de los perfiles de egreso; no obstante, su unidad principal de análisis es el currículo y no el desempeño individual del profesor. Por su parte, CanMEDS describe roles esperados del médico —entre ellos comunicador, colaborador, líder, académico y profesional— cuya adquisición demanda modelamiento y acompañamiento docente, pero no permite inferir por sí mismo un perfil competencial completo del educador. Esta distinción conceptual es fundamental para evitar transposiciones indebidas entre las competencias del estudiante, del profesional sanitario y de quién enseña (8, 9).

En coherencia con el carácter de artículo de opinión, el presente análisis se sustenta en una selección narrativa dirigida de documentos conceptuales e institucionales y de publicaciones científicas relevantes, sin pretensión de exhaustividad ni de reproducibilidad propia de una revisión sistemática. Se priorizaron los marcos conceptuales fundamentales para este debate y se contrastaron con literatura publicada principalmente entre 2024 y 2026 sobre desarrollo profesoral, evaluación de la docencia clínica y transformación digital. La interpretación se organizó en torno a cinco preguntas: a quién se dirige cada marco, qué dimensiones enfatiza, cuáles son sus limitaciones, qué naturaleza tiene su sustento y qué grado de adaptación requiere en los contextos latinoamericanos. Este procedimiento de lectura comparativa no constituye un análisis de consenso, metaanálisis ni validación de un instrumento. Su finalidad es transparentar cómo se construye el argumento: de las contribuciones y vacíos de los modelos se derivan criterios orientadores, que posteriormente se contrastan con investigaciones y revisiones recientes. Un ejemplo relevante es el marco latinoamericano de desarrollo profesoral de Jerez y colaboradores, que identifica dimensiones y niveles progresivos de desempeño y permite cuestionar los perfiles rígidos centrados exclusivamente en la acumulación de credenciales (10).

Desde esta perspectiva, las competencias docentes son capacidades integradas que se manifiestan en decisiones situadas: seleccionar una estrategia de simulación para un objetivo clínico, gestionar una conversación de retroalimentación difícil, adaptar una actividad a estudiantes con necesidades diferentes o equilibrar autonomía y supervisión durante un procedimiento. Su valoración requiere evidencias diversificadas y juicio profesional; ninguna lista de cotejo, encuesta de satisfacción o número de publicaciones académicas puede representar aisladamente la complejidad de la práctica docente. Una lectura crítica debe asimismo identificar las condiciones materiales del trabajo educativo. La presión asistencial, las diferencias en acceso a tecnología, la disponibilidad de campos clínicos y la asignación desigual del tiempo académico influyen en las oportunidades para desarrollar capacidades. Convertir la falta de recursos en un déficit individual del profesor supone una atribución equivocada de responsabilidad. La formación por competencias solo resulta socialmente pertinente si dialoga con estos límites y reconoce el carácter compartido del aseguramiento de la calidad (5, 10).

3. Competencias docentes en educación superior en Ciencias de la Salud

Las universidades requieren profesores que integren dominio disciplinar, fundamentos de didáctica, comunicación, investigación y compromiso humanístico. La experiencia clínica, aunque imprescindible para numerosas funciones, no garantiza por sí misma la capacidad de planificar aprendizajes, valorar desempeños ni sostener una relación pedagógica efectiva. De manera complementaria, la formación pedagógica desarticulada de los problemas reales de atención puede producir intervenciones didácticas correctas en apariencia, pero poco pertinentes para el contexto sanitario.

Las competencias básicas del docente universitario abarcan la actualización científica y el juicio epistemológico, la planificación y evaluación del aprendizaje, la comunicación bidireccional, la reflexión sobre la propia práctica y el compromiso con el bienestar del estudiante. La propuesta de Vera Carrasco, formulada en el ámbito latinoamericano, resulta útil para agruparlas en dimensiones cognitivas y disciplinares, comunicativas, investigativas, psicopedagógicas, académico-administrativas y humanísticas (11). La Tabla 1 sintetiza sus implicaciones funcionales y evita confundir una clasificación orientadora con una escala validada.

Tabla 1. Competencias básicas en los docentes universitarios del área de salud.

	Competencias	Características funcionales
1	Cognitivas y disciplinares	Actualizar la evidencia de la especialidad y transformarla en problemas, objetivos y experiencias clínicas pertinentes.
2	Comunicativas	Explicar y escuchar con claridad; dialogar con estudiantes y pacientes y proporcionar retroalimentación respetuosa.
3	De investigación	Interpretar críticamente evidencia científica, examinar la propia docencia y promover la indagación responsable.
4	Psicopedagógicas y psicosociales	Adaptar la didáctica a la diversidad; favorecer motivación, autorregulación y entornos de aprendizaje psicológicamente seguros.
5	Académico-administrativa	Planificar y coordinar actividades, escenarios, recursos y evaluaciones según necesidades institucionales y sociales.
6	Humanística	Modelar ética, empatía, equidad, profesionalismo y respeto por la dignidad de estudiantes y pacientes.

Esta clasificación permite reconocer un núcleo común, pero no debería convertirse en un listado de atributos independientes. Por ejemplo, la retroalimentación eficaz articula razonamiento clínico, comunicación, habilidades socioemocionales y criterios de evaluación; la planificación de una práctica segura exige simultáneamente capacidades disciplinarias, pedagógicas y organizativas. El valor educativo reside en esta integración y en la posibilidad de observar su aplicación a problemas reales, más que en declarar que el profesor «posee» una competencia de manera abstracta (7, 11).

En la enseñanza clínica, la supervisión debe graduarse conforme a la experiencia del alumno, el riesgo del procedimiento y la complejidad del escenario asistencial. Las actividades profesionales confiables —entrustable professional activities, EPA— para docentes clínicos ofrecen una vía prometedora para describir responsabilidades tales como enseñar a la cabecera del paciente y formular decisiones de confianza respecto del desempeño de quien enseña. Rafiq y Sethi plantean actividades observables para docentes en ese entorno; no obstante, su uso debe considerarse contextual y no extrapolarse como instrumento universalmente validado para todas las especialidades (12).

Las competencias comunicativas y humanísticas cobran especial importancia en los equipos interprofesionales. Modelar una comunicación respetuosa con enfermería, medicina, rehabilitación y otras disciplinas permite mostrar que la atención segura es una construcción colaborativa. El marco de la Organización Mundial de la Salud para la educación interprofesional respalda la pertinencia de experiencias formativas articuladas con la práctica colaborativa, aunque las estrategias concretas deben adecuarse a la organización del servicio y a las características de los estudiantes (13).

La investigación educativa requiere igualmente una interpretación no reduccionista. Es razonable que todo docente pueda localizar, analizar y utilizar evidencia pedagógica pertinente y reflexionar sobre los resultados de su enseñanza. En cambio, la producción sistemática de

investigación original, el liderazgo de líneas de estudio y la publicación de resultados corresponden a trayectorias con dedicaciones y apoyos diferenciados. La revisión de alcance de Van Schalkwyk y colaboradores destaca la pluralidad de modalidades y finalidades del desarrollo profesoral, mientras que el trabajo clásico de Steinert y colaboradores señala la importancia de actividades experienciales, retroalimentación y apoyo organizacional (14, 15).

Los entornos institucionales son parte de la explicación del desempeño docente. Un programa de desarrollo profesoral debe disponer de objetivos claros, acceso equitativo, acompañamiento, seguimiento y evaluación de calidad. McCoy y colaboradores presentaron en 2026 un marco elaborado mediante consultas a especialistas y aplicado a la valoración de programas de desarrollo docente; este aporte permite desplazar la pregunta de «qué le falta al profesor» hacia «qué condiciones proporciona la institución para que pueda mejorar» (16). Esta responsabilidad compartida resulta esencial en universidades con alta carga asistencial y recursos limitados.

La evaluación de las competencias básicas demanda triangulación de fuentes: observación de sesiones, análisis de planeaciones, portafolios reflexivos, revisión de actividades prácticas y opiniones de estudiantes empleadas con cautela. La satisfacción estudiantil constituye información útil sobre la experiencia formativa, pero no demuestra por sí sola efectividad pedagógica ni impacto en la seguridad del paciente. Las decisiones de desarrollo profesoral deberían basarse en evidencias formativas suficientes, interpretadas según responsabilidades y contextos (14-16).

4. Competencias específicas y desarrollo profesional del docente de medicina

Según la Asociación Mexicana de Facultades de Medicina (9), los docentes en educación superior que se desenvuelven en el área de Ciencias de la Salud, deberían ostentar las competencias específicas que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Competencias específicas en docentes de medicina.

Competencias específicas	Características principales
Diseño o rediseño de planes y programas de estudio	Alinear contenidos, resultados de aprendizaje y necesidades sanitarias; justificar ajustes curriculares con datos y diálogo colegiado.
Diseño y organización de métodos, prácticas y recursos didácticos	Seleccionar metodologías activas, simulación y recursos clínicos o digitales según objetivos, seguridad y accesibilidad.
Coordinación de procesos educativos	Gestionar prácticas, equipos y recursos; articular supervisión clínica, calidad y oportunidades equitativas de aprendizaje.
Promoción del profesionalismo	Modelar juicio ético, respeto, responsabilidad clínica, conducta interprofesional y análisis constructivo del error.
Diseño y aplicación de instrumentos de evaluación	Construir evidencias válidas y contextualizadas del desempeño; combinar observación, criterios explícitos y retroalimentación útil.
Participación en la generación de conocimiento científico	Aplicar evidencia a la docencia; promover pensamiento crítico y, según trayectoria, desarrollar investigación e innovación educativa.

Comparar modelos exige distinguir su finalidad antes de señalar semejanzas. AMFEM caracteriza responsabilidades del profesor individual; Harden y Crosby organizan doce roles docentes en seis áreas funcionales, desde la facilitación y el modelamiento hasta la planificación y la

evaluación; y Srinivasan y colaboradores definen capacidades del educador, incluidas la centralidad del estudiante, la comunicación y el profesionalismo. La convergencia entre ellos fortalece la relevancia de ciertas prácticas, pero no demuestra por sí misma que todos los dominios tengan igual peso o que una lista se transfiera intacta entre instituciones (4, 6, 7).

CanMEDS, en contraste, describe al médico que la universidad aspira a formar. Sus roles de comunicador, colaborador, profesional y académico ofrecen referentes para organizar experiencias de aprendizaje y observar el modelamiento de esas conductas, pero no reemplazan una teoría del trabajo docente. Tuning orienta la coherencia entre perfiles, resultados y evaluación, mientras que WFME plantea estándares institucionales de calidad y alienta su contextualización. Por tanto, estos tres marcos complementan el perfil del profesor desde niveles diferentes: desempeño esperado del profesional sanitario, arquitectura curricular y condiciones de la institución (5, 8, 9).

Esta distinción revela una primera contradicción del paradigma competencial: lo que se documenta con mayor facilidad no siempre coincide con lo más valioso de la formación. Un listado de verificación puede describir pasos de una técnica, pero no agota la prudencia ética, la empatía o la capacidad de reconocer cuándo conviene suspender una actividad por seguridad. A su vez, el registro de indicadores puede estimular burocracia y desalentar el juicio profesional cuando se utiliza con fines sancionadores y no formativos. En consecuencia, una competencia docente debe evaluarse con múltiples evidencias y con criterios que admitan incertidumbre y reflexión (2, 3).

Una segunda tensión enfrenta la exigencia de innovación individual con las condiciones del sistema. Pedir simulación clínica, evaluación estructurada, investigación y uso avanzado de plataformas a profesionales que carecen de tiempo protegido o soporte tecnológico puede convertir el discurso de excelencia en una fuente adicional de inequidad. El marco latinoamericano de Jerez y colaboradores destaca dimensiones progresivas vinculadas con facilitación, evaluación, investigación, gestión educativa y relaciones pedagógicas empáticas, lo que apoya trayectorias de mejora escalonadas y no la obligación simultánea de alcanzar un perfil máximo (10).

Sobre estas bases, proponemos considerar una competencia nuclear cuando: (a) se vincula con responsabilidades docentes reales; (b) posee correspondencia razonable entre marcos concebidos para fines pertinentes; (c) dispone de apoyo conceptual o empírico identificable; (d) puede examinarse mediante evidencias de práctica, sin reducirse a una puntuación única; y (e) es relevante para la seguridad del paciente, la equidad y la viabilidad contextual. Estos criterios orientan nuestro juicio académico, no proceden de una puntuación ponderada ni de una técnica formal de consenso. La ausencia de validación externa constituye una limitación explícita de la propuesta.

Aplicados con ese alcance, los criterios permiten argumentar ocho dominios interrelacionados: diseño curricular pertinente; facilitación y supervisión clínica seguras; evaluación y retroalimentación basadas en evidencias; profesionalismo, ética y humanismo; comunicación y colaboración interprofesional; práctica reflexiva e investigación educativa; liderazgo y gestión de la calidad; y transformación digital responsable. La clasificación amplía las seis funciones operativas de AMFEM al hacer explícitas la seguridad del aprendizaje clínico, la colaboración y la transformación tecnológica; no debe interpretarse como una taxonomía definitiva ni como un instrumento de acreditación (4-10,12-16).

El dominio de supervisión clínica adquiere contenido cuando se observan decisiones concretas: definir qué tareas puede realizar un estudiante, anticipar riesgos, intervenir oportunamente y fundamentar el grado de autonomía permitido. Las EPA orientadas a docentes clínicos ayudan a describir desempeños integradores observables, pero se requiere investigar su confiabilidad y utilidad en especialidades, niveles educativos y servicios de salud diferentes antes de emplearlas con

fines certificadores. La relación entre supervisión docente y seguridad asistencial es plausible y relevante, aunque no corresponde atribuirle causalidad directa a partir de estudios descriptivos sobre competencias (3, 12).

Respecto de la evaluación, el juicio del educador se expresa en la selección de instrumentos adecuados a la finalidad. Las pruebas de conocimiento, la observación estructurada de procedimientos, la discusión de casos y la evaluación clínica objetiva estructurada aportan información complementaria; ninguna debería convertirse en sustituto absoluto de las otras. Un buen sistema de retroalimentación proporciona criterios comprensibles, oportunidad para la mejora y atención al contexto emocional en que se desarrolla la práctica. Su calidad depende de un diseño curricular coherente y de acuerdos compartidos entre los evaluadores (5-7).

La transformación digital agrega exigencias nuevas que exceden el manejo técnico de las tecnologías de la información y la comunicación. La docencia híbrida requiere diseño instruccional, accesibilidad, protección de datos y seguimiento del aprendizaje; la analítica educativa obliga a examinar la validez de los indicadores y el riesgo de vigilancia excesiva. El marco de competencias de inteligencia artificial para docentes de UNESCO incorpora dimensiones de agencia humana, ética, fundamentos de IA, pedagogía e incorporación al desarrollo profesional, mientras que la Organización Mundial de la Salud advierte sobre problemas de gobernanza, sesgo y seguridad asociados con modelos generativos en salud (17,18).

En educación médica, la inteligencia artificial generativa puede facilitar la creación de materiales, casos simulados, preguntas y apoyos para aprendizaje autónomo, pero también producir contenidos incorrectos, respuestas persuasivas sin sustento y riesgos para la privacidad y la integridad académica. Una revisión sistemática de Pham y colaboradores reunió 33 estudios sobre usos de IA generativa por estudiantes de profesiones de la salud y observó mayor presencia de actividades individuales que colaborativas. Una revisión de alcance de Astbury y colaboradores exploró su aplicación a la enseñanza y la evaluación, subrayando oportunidades junto con retos de exactitud y fiabilidad. Estas publicaciones no justifican asumir superioridad educativa automática de la tecnología (19, 20).

Por ello, la competencia digital debería definirse como capacidad de seleccionar, implementar, verificar y evaluar críticamente recursos digitales, incluidos sistemas de IA. Resulta indispensable reconocer cuándo es apropiado utilizarlos, transparentar su empleo, proteger información identificable y mantener supervisión humana en decisiones clínicas o académicas. La pertinencia de una herramienta no se mide por su novedad, sino por su contribución comprobable a un objetivo de aprendizaje y por la proporcionalidad entre beneficios, costos y riesgos (17-20).

El desarrollo profesional constituye el mecanismo que permite sostener estas capacidades. La evidencia sintetizada por Van Schalkwyk y por Steinert y colaboradores respalda una mirada más amplia que los talleres aislados: mentoría, reflexión, actividades experienciales, comunidades de práctica, proyectos educativos y soporte organizacional. El marco de McCoy y colaboradores proporciona asimismo indicadores para evaluar programas institucionales, lo que resulta especialmente relevante cuando los centros universitarios desean vincular sus inversiones en capacitación con cambios observables en los procesos de enseñanza (14-16).

Las titulaciones de posgrado en educación médica representan una oportunidad valiosa, particularmente para docentes que asumen responsabilidades estables de diseño curricular, liderazgo, evaluación de programas e investigación educativa. Sin embargo, generalizar que todos los profesionales que enseñan deben obtener una maestría desconoce la heterogeneidad de dedicaciones y funciones. La guía AMEE sobre desarrollo profesoral mediante títulos superiores sitúa los grados

académicos dentro de un continuo de formación y los condiciona a necesidades, recursos y metas institucionales; por tanto, la credencial no debe confundirse con una demostración suficiente de competencia docente (21).

Finalmente, la propuesta de dominios nucleares debe leerse como una construcción conceptual abierta. La selección de fuentes fue deliberada y no exhaustiva; los modelos comparados no son homogéneos y las evidencias proceden de contextos distintos. No se realizó consenso Delphi, validación psicométrica ni estudio longitudinal para demostrar que los ocho dominios mejoren por sí mismos los resultados educativos o asistenciales. Su utilidad práctica requiere contraste posterior con docentes, estudiantes, responsables curriculares y pacientes, así como pilotajes que exploren factibilidad, aceptabilidad y pertinencia según el entorno de cada institución.

5. Conclusiones

- La docencia médica del siglo XXI requiere superar la identificación del buen profesor con el dominio exclusivo de una especialidad o con la capacidad de transmitir información. Las competencias profesionales docentes integran razonamiento disciplinar, pedagogía, supervisión segura, evaluación, profesionalismo y responsabilidad social; su valor se manifiesta en situaciones formativas concretas. Los modelos AMFEM, Harden y Crosby, Srinivasan, CanMEDS, Tuning y WFME aportan perspectivas complementarias, pero deben interpretarse según el sujeto y el nivel institucional al que se dirigen.
- El análisis permite proponer ocho dominios nucleares relacionados, sin considerarlos una lista cerrada ni un consenso validado. Su justificación descansa en la comparación explícita de marcos pertinentes, el vínculo con funciones educativas reales y la consideración de literatura reciente. Se reconoce, no obstante, que la convergencia conceptual no equivale a evidencia causal y que su adopción requiere revisión crítica, adaptación contextual y evaluación posterior de su desempeño.
- La profesionalización del docente en Ciencias de la Salud demanda un proceso continuo que combine actualización disciplinar, formación pedagógica, mentoría, reflexión sobre la práctica e investigación educativa conforme al perfil profesional. Las maestrías y demás estudios de posgrado pueden facilitar trayectorias de liderazgo y profundización, pero su exigencia indiscriminada no se desprende de los elementos analizados. Instituciones y docentes comparten la responsabilidad de crear oportunidades de formación, proteger tiempos académicos y sostener la mejora de la calidad.
- Finalmente, el desafío consiste en formar profesores capaces de tomar decisiones educativas prudentes, comunicar con humanidad, valorar críticamente la evidencia y utilizar recursos digitales —incluida la inteligencia artificial— con seguridad y sentido ético. De esta forma, el enfoque de competencias puede contribuir a una educación médica pertinente sin reducir su horizonte a lo que resulta fácilmente medible.

Financiación: Este estudio no recibió financiación.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés**.**

Contribuciones de los autores: Conceptualización, MS, TS; curación de datos, TS, MS; software, JC, KR; análisis formal, MS, TS, KR y JC; obtención de fondos, JC, KR; investigación MS, TS y JC; metodología, KR, MS y JC; administración del proyecto, TS, MS, KR; recursos, JC; supervisión,, MSy JC; validación, MS, T,S, JC; visualización, KR, MS; redacción – borrador original, MS, JC, TS, KR; redacción – revisión y edición, MS T,S, y JC

6. Referencias.

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. **2010**, 376(9756), 1923-1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5.

2. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* **2010**, 32(8), 638-645. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190.
3. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011. https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958
4. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Perfil por competencias docentes del profesor de medicina. México: AMFEM; 2012.https://amfem.edu.mx/index.php/publicaciones/editorial-amfem/libro-perfil-competencias-profesor-medicina
5. World Federation for Medical Education. Basic medical education: WFME global standards for quality improvement. 3rd ed. Copenhagen: WFME; 2020. https://wfme.org/standards/bme/.
6. Harden RM, Crosby J. AMEE Guide No. 20: the good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* **2000**, 22(4), 334-347. https://doi.org/10.1080/014215900409429.
7. Srinivasan M, Li ST, Meyers FJ, Pratt DD, Collins JB, Braddock C, et al. "Teaching as a competency": competencies for medical educators. *Acad Med.* **2011**, 86(10), 1211-1220. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a.
8. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editores. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/standards-and-accreditation/2015-canmeds-framework-reduced-e.pdf
9. Hanne C. El proyecto Tuning latinoamericano: la experiencia del área de Medicina. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* **2014**, 25(1), 19-31. https://doi.org/10.5354/2735-7996.2014.72936.
10. Jerez O, Antúnez M, Müller M, Kemmerling U, Marinkovic B. Latin American framework for faculty development in health education. *Med Teach.* **2025**, 47(9), 1483-1491. https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2438786.
11. Vera Carrasco O. El nuevo modelo docente universitario en medicina. *Cuad Hosp Clín.* **2016**, 57(1), 59-64. https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762016000100009.
12. Rafiq A, Sethi A. Entrustable professional activities for bedside clinical teachers. *BMC Med Educ.* **2024**, 24, 887. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05876-3.
13. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice.
14. Van Schalkwyk S, Amaral E, Anakin M, Chen R, Dolmans D, Findyartini A, et al. Disentangling faculty development: a scoping review towards a rich description of the concept and its practice. *Med Teach.* **2025**, 47(8), 1304-1325. https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2429612.
15. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach.* **2016**, 38(8), 769-786. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851.
16. McCoy L, Diaz SR, Baker SD. The development of a Faculty Development Program Framework for medical education. *J Med Educ Curric Dev.* **2026**, 13, 23821205261439617. https://doi.org/10.1177/23821205261439617.
17. UNESCO. AI competency framework for teachers. Paris: UNESCO; 2024. https://www.unesco.org/en/articles/ai-competency-framework-teachers.
18. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models. Geneva: WHO; 2024. https://iris.who.int/handle/10665/375579.
19. Pham TD, Karunaratne N, Exintaris B, Liu D, Lay T, Yuriev E, et al. The impact of generative AI on health professional education: a systematic review in the context of student learning. *Med Educ.* **2025**, 59(12), 1280-1289. https://doi.org/10.1111/medu.15746.
20. Astbury H, Fortune E, Dal Ponte C, Lyons K, Shaw L. Generative artificial intelligence for teaching and assessment in health professions education: a scoping review. *Nurse Educ Pract.* **2026**, 91, 104697. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104697.
21. Al-Eraky MM, Taylor DCM. Faculty development through higher degrees: AMEE Guide No. 180. *Med Teach.* **2025**, 47(10), 1578-1588. https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2458293.

© 2026 University of Murcia. Submitted for open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 Spain License (CC BY-NC-ND) (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)