REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RBMFC

www.rbmfc.org.br
ISSN 2179-7994

Ensaios

Propuesta regional de competencias esenciales y estrategias formativas para la Medicina Familiar y Comunitaria del siglo XXI

Regional proposal for essential competencies and training strategies for Family and Community Medicine in the 21st century

Proposta regional de competências essenciais e estratégias de formação para a Medicina de Família e Comunidade do século XXI

Maira Alejandra León[1], Thomas Meoño[2], Karin Kopitowski[3]

[1]Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud – Tunja, Boyacá, Colombia.
[2]Caja Costarricense de Seguro Social – San José, Costa Rica.
[3]Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Introducción: La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es reconocida como un pilar de los sistemas de salud sostenibles y centrados en la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, la creciente complejidad de los desafíos sanitarios en Iberoamérica demanda un perfil profesional actualizado que articule competencias técnicas, éticas, comunitarias y digitales. **Objetivo:** Presentar una propuesta regional de competencias esenciales para el ejercicio de la MFyC en el siglo XXI, junto con estrategias pedagógicas articuladas y la incorporación de Actividades Profesionales Confiables (APROC) como herramienta evaluativa. **Métodos:** Se empleó una metodología mixta y participativa: (1) consenso Delphi regional con referentes de la especialidad; (2) asistencia estructural mediante herramientas de inteligencia artificial generativa para homogeneizar y depurar el corpus de competencias; (3) análisis comparativo crítico con el perfil profesional de la VIII Cumbre de Guatemala (2022); y (4) diseño de estrategias pedagógicas basadas en marcos internacionales y evidencia previa. **Resultados:** Se definieron nueve roles profesionales — Clínico, Facilitador del vínculo, Gestor, Educador, Investigador, Profesional Ético, Actor comunitario, Defensor de derechos y Profesional en salud digital —, cada uno con competencias claras y orientadas a la acción. Se propusieron cinco ejes pedagógicos (diseño curricular participativo, metodologías activas, evaluación formativa y auténtica, formación en servicio y educación continua) y un marco inicial de APROC comunes y optativas para la región. **Conclusión:** Esta propuesta integral ofrece una guía operativa para diseñar, evaluar y actualizar programas de formación en MFyC, fortaleciendo el primer nivel de atención y promoviendo la equidad social y la justicia sanitaria en Iberoamérica.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria; Competencia profesional; Capacitación profesional; Atención primaria de salud; Evaluación educacional.

Colaboradores:
Carolina Jara (Chile), Carmen Cabezas (Ecuador), Cecil Quant (República Dominicana), Clara Niz (Uruguay), Diana Cáceres (Chile), Digna Estévez (República Dominicana), Elizabeth Salvatierra (Bolivia), Gabriela Di Croce (Argentina), Isabel Martins (Venezuela), Javier Maure (Cuba), Jaqueline Ponzo (Uruguay), Johana Montalvo (Ecuador), Leonardo Savassi (Brasil), Liliana Villegas (Colombia), Lucia Marrero (Uruguay), Luis Cantor (México), Maria da Costa (Venezuela), María Geaneli Villagra (Uruguay), Miguel Suarez (Bolivia), Milagritos Fernández (Perú), Octavio Pons (México), Otto Hamann (Colombia), Ronit Hernández (República Dominicana), Rosemary Moscoso (Perú), Said Montufar (México), Yomely Quintero (Venezuela), Angela Tulipano (Panamá), Alejandro Villalobos (Chile), Isabel Mora (Chile), Johanna Montalvo (Ecuador).
Autor correspondente:
Maira Alejandra León
E-mail: maira.leon@uptc.edu.co
Fonte de financiamento:
não se aplica.
Parecer CEP:
não se aplica.
TCLE:
não se aplica.
Procedência:
não encomendado.
Editora Associada:
Maria Inez Padula Anderson
Avaliação por pares:
externa.
Recebido em: 28/03/2026
Aprovado em: 25/06/2026

Como citar: León MA, Meoño T, Kopitowski K. Propuesta regional de competencias esenciales y estrategias formativas para la Medicina Familiar y Comunitaria del siglo XXI. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48 Suppl. 1):5451. https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)5451

CC BY

Abstract

Introduction: Family and Community Medicine (FCM) is recognized as a cornerstone of sustainable, people-centered health systems. However, emerging health challenges in Ibero-America require an updated professional profile that integrates technical, ethical, community, and digital competencies. **Objective:** To present a regional proposal for essential competencies for 21st-century FCM, together with coordinated pedagogical strategies and the incorporation of Entrustable Professional Activities (EPAs) as an assessment framework. **Methods:** A mixed, participatory methodology was applied: (1) a regional Delphi consensus involving FCM experts; (2) AI-assisted structural refinement to standardize and streamline the competency corpus; (3) a critical comparative analysis of the professional profile developed at the 2022 Guatemala Summit; and (4) the development of pedagogical strategies grounded in international frameworks and previous evidence. **Results:** Nine professional roles were defined — Clinician, Relationship Facilitator, Manager, Educator, Researcher, Ethical Professional, Community Actor, Rights Advocate, and Digital Health Professional — each described through clear, action-oriented competencies. Five pedagogical pillars (participatory curriculum design, active methodologies, authentic assessment, in-service training, and continuing education) and an initial set of common and optional EPAs for the region were proposed. **Conclusion:** This integrated proposal provides an operational framework for the development, evaluation, and continuous improvement of FCM training programs, thereby strengthening primary care and promoting health equity and social justice throughout Ibero-America.

Keywords: Family practice; Professional competence; Professional training; Primary health care; Educational Measurement.

Resumo

Introdução: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é reconhecida como um pilar de sistemas de saúde sustentáveis e centrados na Atenção Primária. No entanto, a crescente complexidade dos desafios sanitários na Ibero-América exige um perfil profissional atualizado que articule competências técnicas, éticas, comunitárias e digitais. **Objetivo:** Apresentar uma proposta regional de competências essenciais para o exercício da MFC no século XXI, juntamente com estratégias pedagógicas articuladas e a incorporação das Atividades Profissionais Confiáveis (APROC) como ferramenta avaliativa. **Métodos:** Utilizou-se uma metodologia mista e participativa: (1) consenso Delphi regional com especialistas da área; (2) apoio estrutural por meio de ferramentas de inteligência artificial generativa para homogeneizar e depurar o conjunto de competências; (3) análise comparativa crítica com o perfil profissional da VIII Cúpula da Guatemala (2022); e (4) desenvolvimento de estratégias pedagógicas baseadas em marcos internacionais e evidências prévias. **Resultados:** Foram definidos nove papéis profissionais — Clínico, Facilitador do vínculo, Gestor, Educador, Pesquisador, Ético, Ator comunitário, Defensor de direitos e Profissional em saúde digital —, cada um com competências claras e orientadas para a ação. Propuseram-se cinco eixos pedagógicos (currículo participativo, metodologias ativas, avaliação autêntica, formação em serviço e educação continuada) e um marco inicial de APROC comuns e optativas para a região. **Conclusão:** Esta proposta integral oferece um guia operacional para o desenho, avaliação e atualização de programas de formação em MFC, fortalecendo o primeiro nível de atenção e promovendo a equidade social e a justiça em saúde na Ibero-América.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade; Competência profissional; Capacitação profissional; Atenção primária à saúde; Avaliação educacional.

INTRODUCCIÓN

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) se constituye como la especialidad médica que promueve el cuidado integral, anticipatorio, continuo, accesible y centrado en las personas, las familias y las comunidades.[1] Su ejercicio no se restringe al abordaje de problemas clínicos, sino que se afianza en una comprensión holística del proceso salud-enfermedad, fuertemente determinado por factores sociales, culturales, económicos, ambientales, existenciales y políticos.[2] Este abordaje reconoce la salud como un derecho humano y su cuidado como una práctica ética, situada, transformadora y profundamente comprometida con la equidad social y sanitaria.

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por sociedades científicas nacionales e internacionales y por sucesivas cumbres regionales (San José 2016, Guatemala 2022), la MFyC ha sido señalada como una de las especialidades clave para avanzar hacia sistemas de salud sostenibles, orientados a la Atención Primaria de la Salud (APS) y centrados en las personas.[3] En particular, la Carta de San José, reafirmó el papel estratégico de la MFyC en el fortalecimiento del primer nivel de atención como base estructural del sistema.[4] La actualización del perfil profesional impulsada por la VIII Cumbre

Iberoamericana de Guatemala (2022) definió ocho áreas de competencia para el médico(a) de familia, integrando aportes conceptuales y normativos de referencia internacional (Cuadro 1).[5,6]

Cuadro 1. Análisis comparativo entre el documento de la VIII Cumbre de Guatemala (2022) y la presente propuesta regional (2025).

Aspecto	Documento Guatemala (2022)	Documento Montevideo (2025)
Organización	Áreas de competencia	Roles profesionales
Enfoque	Curricular y formativo	Operativo y práctico
Jerarquización	Incluye niveles de prioridad y responsabilidad	No jerárquico; adaptable a distintos contextos
Redacción	Mixta, con algunas formulaciones generales	Clara, con verbos de acción en tercera persona
Superposición temática	Algunas competencias repetidas en distintas áreas	Competencias depuradas y sistematizadas
Orientación	Enfocado en la formación de residentes	Aplicable a la formación, la gestión, la evaluación y el ejercicio clínico
Enfoques transversales	Como áreas específicas	Integrados de forma transversal y definidos como roles profesionales
Contextualización	Referencias institucionales del sistema de salud	Énfasis en el trabajo territorial y comunitario

Sin embargo, el mundo y nuestra región enfrentan desafíos nuevos y cada vez más complejos: crisis sanitarias, inequidades estructurales, migraciones, colapsos ecológicos, envejecimiento poblacional, transformaciones tecnológicas aceleradas, erosión de los vínculos sociales, así como cambios en los perfiles epidemiológicos y la aparición de enfermedades emergentes. En este escenario, la práctica de la MFyC requiere profesionales no solo técnicamente competentes, sino también capaces de liderar procesos de cuidado en contextos diversos, así como de proponer, educar, gestionar y sostener vínculos longitudinales en redes colaborativas e intersectoriales.

Este documento presenta una propuesta de competencias esenciales para el ejercicio profesional de la MFyC en el siglo XXI, acompañada de un conjunto articulado de estrategias pedagógicas para su formación y evaluación. Asimismo, se propone, para un futuro cercano, un marco complementario de Actividades Profesionales Confiables (APROC) como herramienta de síntesis operativa de las competencias, facilitando su aplicación práctica en escenarios reales.[7] El contenido aquí desarrollado fue fruto de un proceso participativo, riguroso y multietápico, y tiene como propósito orientar la formación de profesionales capaces de ejercer con excelencia clínica, compromiso ético, sensibilidad territorial y responsabilidad social.

Fundamentación

La región iberoamericana enfrenta desafíos sanitarios de gran magnitud: desigualdad en el acceso a la salud, fragmentación del cuidado, desfinanciamiento de las políticas públicas, medicalización creciente, debilitamiento del primer nivel de atención y pérdida de la centralidad del vínculo terapéutico. Frente a ello, la MFyC ofrece un modelo integral, longitudinal y centrado en la persona, que articula el cuidado personal con el familiar y el comunitario, y propone un abordaje territorial, interdisciplinario, anticipatorio y transformador.[8]

La región iberoamericana acumula décadas de avances sostenidos en la formación en MFyC: la creación y expansión de programas de residencia y de cátedras universitarias, la consolidación de sociedades

científicas nacionales y de la propia Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), las sucesivas cumbres iberoamericanas (San José 2016, Guatemala 2022, Montevideo 2025) y el desarrollo de marcos de competencias e iniciativas pioneras — como los currículos basados en competencias y el reciente Marco Zero de Actividades Profesionales Confiables de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria[9] — dan cuenta de un esfuerzo colectivo y de resultados concretos en el fortalecimiento de la especialidad. Sobre esa base, persisten desafíos que conviene seguir atendiendo: en algunos contextos se observan currículos fragmentados, integración insuficiente entre teoría y práctica, participación comunitaria limitada, supervisión insuficiente en terreno y escasez de herramientas para la evaluación auténtica del desempeño. A ello puede sumarse, en ciertos entornos, la tendencia a replicar modelos biomédicos tradicionales que priorizan la técnica sobre el vínculo, al especialista sobre el generalista y al hospital sobre la comunidad. Esta propuesta no parte de cero, sino que busca capitalizar lo construido y aportar a su continuidad.

Desde esta perspectiva, se vuelve indispensable avanzar hacia un modelo formativo que no solo declare competencias, sino que las traduzca en tareas profesionales observables, confiables y pertinentes para afrontar los desafíos actuales, en los que la diversidad y la incertidumbre están siempre presentes. Por ello, esta propuesta incorpora la posibilidad de explorar el marco de APROC, que permite integrar múltiples competencias en acciones significativas, facilitar su evaluación contextualizada y orientar los procesos de formación hacia resultados y una autonomía progresiva.

La fundamentación de este documento se apoya también en la experiencia acumulada por la región. La VIII Cumbre de Guatemala propuso una actualización del perfil profesional de la MFyC, basada en ocho áreas de competencia. Aunque valiosa, aquella propuesta presentaba redundancias temáticas, duplicaciones conceptuales y escasa operacionalización. La presente iniciativa recoge y honra ese antecedente, al tiempo que busca dar continuidad al trabajo mediante una mayor profundización, una categorización funcional por roles y su articulación con herramientas pedagógicas.

Por último, este documento fue elaborado entre enero y mayo de 2025 como insumo técnico y político en el marco del trabajo de la CIMF para la IX Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, celebrada en Montevideo del 21 al 24 de mayo de 2025 bajo el lema “Más necesaria que nunca”. Dicha Cumbre culminó con la Declaración de Montevideo, que reafirmó el papel estratégico de la MFyC y del primer nivel de atención para avanzar hacia sistemas de salud universales, resilientes y centrados en las personas.[10] La presente propuesta se inscribe en esa orientación y busca operacionalizarla en el plano formativo, ofreciendo un marco de competencias y estrategias pedagógicas que oriente los programas de formación de grado, las residencias, la formación continua, la acreditación, el desarrollo docente y la evaluación del desempeño profesional en la región.

OBJETIVO

El objetivo general de este documento es presentar una propuesta integral y actualizada de competencias profesionales esenciales para la MFyC del siglo XXI, construida colectivamente por referentes de la región iberoamericana y articulada con estrategias pedagógicas situadas y contextualizadas que aseguren su formación, desarrollo y evaluación a lo largo del proceso educativo y del ejercicio profesional.

Asimismo, se propone articular las competencias de este documento con la propuesta regional de APROC, facilitando la coherencia entre las propuestas regionales y el logro de objetivos orientados a mejorar la formación de especialista en nuestra región, mediante la traducción de dichas competencias en tareas clínicas, educativas, comunitarias y de gestión, observables y evaluables en contextos reales.

Esta propuesta busca contribuir al fortalecimiento del primer nivel de atención, al desarrollo profesional continuo y a la consolidación de sistemas de salud centrados en el cuidado, la equidad y la justicia social.

APORTES CONCEPTUALES

La propuesta conceptual que sustenta este documento se organiza en torno a cinco pilares interrelacionados. Estos pilares no fueron definidos *a priori*, sino que emergieron del análisis temático de las aportaciones de los expertos a lo largo de las rondas Delphi (véase la sección Aportes metodológicos). Al sistematizar las formulaciones de competencia surgidas del consenso, se identificaron de manera inductiva cinco fundamentos transversales que estructuran y dan sentido al conjunto de competencias propuestas:

a) Enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad.

La MFyC reconoce a cada persona como un sujeto integral, con historia, vínculos, contexto y derechos. El cuidado no puede separarse de las condiciones sociales, culturales y ambientales en las que se inscribe.[11] La relación terapéutica, la continuidad del cuidado, la pertinencia cultural y el respeto por la diversidad constituyen ejes fundamentales del quehacer profesional.[12]

b) Salud como derecho y práctica ética.

La salud no es una mercancía, sino un derecho humano fundamental.[13,14] La práctica médica debe orientarse por principios de justicia social, solidaridad, bioética clínica y responsabilidad pública. El profesional de la MFyC no solo actúa en el plano clínico, sino también como agente político, educador, defensor de derechos y promotor de la transformación social.

c) Formación situada, relacional y transformadora.

La enseñanza de la MFyC debe desarrollarse en escenarios reales, con una alta integración entre teoría y práctica y con suficiente tutoría por parte de médicos y médicas de familia y comunidad. Desde la perspectiva del aprendizaje situado, el conocimiento profesional se construye mediante la participación progresiva en comunidades de práctica y en los contextos reales donde ese conocimiento se aplica.[15] La formación en servicio permite la construcción de saberes relevantes, éticamente comprometidos y adaptados a las particularidades del territorio, y se articula con una concepción transformadora de la educación de los profesionales de la salud, orientada a fortalecer los sistemas sanitarios.[16] La tutoría promueve el acompañamiento reflexivo, la construcción del juicio clínico y el desarrollo de la autonomía profesional.

d) Modelo por competencias y evolución hacia las actividades profesionales confiables.

Las competencias permiten organizar el currículo y orientar la formación hacia resultados.[17,18] Sin embargo, muchas veces quedan formuladas de manera que dificulta su aplicación o evaluación. Por ello, se propone avanzar hacia un modelo complementario basado en APROC, que integra múltiples competencias en tareas profesionales completas, observables, medibles y significativas.[19,20] Las APROC permiten evaluar

el nivel de confianza que el entorno formativo otorga a la persona en formación para asumir determinadas responsabilidades, ofreciendo una herramienta progresiva, flexible y centrada en la práctica.[7,20]

e) Paradigma de la complejidad y enfoque transdisciplinario.

La salud y la enfermedad no pueden comprenderse desde una lógica reduccionista. Requieren una mirada compleja que articule dimensiones biológicas, psicosociales, culturales, ecológicas y políticas. La MFyC se apoya en múltiples disciplinas y campos del conocimiento: la clínica, la epidemiología, la pedagogía, la ética, la antropología, la gestión, el trabajo social y la salud pública. Esta transdisciplinariedad no constituye una mera sumatoria de saberes, sino una integración crítica orientada al sentido del cuidado.[21]

APORTES METODOLÓGICOS

El desarrollo de esta propuesta de competencias y estrategias pedagógicas se estructuró en torno a una metodología mixta, rigurosa y participativa, diseñada para asegurar la representatividad regional, la validez de los contenidos y su aplicabilidad práctica. Este proceso se desarrolló entre enero y mayo de 2025. Contempló cuatro componentes complementarios:

1. consenso regional de expertos mediante la metodología Delphi;
2. apoyo estructural mediante herramientas de inteligencia artificial generativa (IA-G);
3. análisis comparativo crítico con el perfil profesional de la VIII Cumbre de Guatemala (2022); y
4. integración de estrategias pedagógicas y marcos previos:

a) Consenso regional mediante metodología Delphi

Para la elaboración del marco de competencias profesionales esenciales se implementó una metodología Delphi. Los participantes fueron identificados a través de la red académica y científica de la CIMF, organización que reúne a las sociedades científicas MFyC de los países iberoamericanos. La convocatoria se canalizó a través de los representantes nacionales de la CIMF y de referentes académicos vinculados a programas de formación de grado y posgrado, procurando que todos los países miembros recibieran la invitación a participar.

Se aplicaron como criterios de inclusión ser médico(a) especialista en MFyC con experiencia mayor a tres años en docencia, asistencia, gestión, investigación o trabajo comunitario, así como la disponibilidad para completar las rondas sucesivas. Además, se promovió la incorporación de profesionales con trayectoria en educación médica, diseño curricular, evaluación de competencias, desarrollo de programas de residencia y liderazgo académico, a fin de maximizar la representatividad regional y la diversidad de perfiles.

Participaron 32 médicos y médicas de familia y comunidad referentes de 16 países de la región, quienes intervinieron en tres rondas Delphi con retroalimentación iterativa, organizadas mediante el análisis de tres subgrupos y la discusión en reuniones grupales por videollamada. Se establecieron como criterios de consenso un nivel de acuerdo superior al 75 % y una tasa de abandono inferior al 5 %.[22–24] Esta estrategia permitió recoger, organizar y validar múltiples perspectivas, generando un corpus inicial de aproximadamente 200 formulaciones de competencias.

Este conjunto, si bien era rico en diversidad conceptual, presentaba formulaciones redundantes, diferentes niveles de abstracción y superposiciones temáticas que dificultaban su aplicación práctica y

su utilización curricular. Por tal motivo, se decidió avanzar hacia una segunda etapa metodológica que permitiera consolidar el material sin perder su profundidad ni representatividad.

b) Asistencia estructural mediante inteligencia artificial generativa

La segunda etapa consistió en aplicar herramientas de IA-G — Chat GPT (GPT-5, OpenAI) — para brindar apoyo técnico en el procesamiento del corpus. Esta tecnología se utilizó con cuatro fines específicos:

1. detectar duplicaciones semánticas y fusionar formulaciones equivalentes;
2. homogeneizar el lenguaje mediante el uso de la tercera persona y verbos de acción;
3. clasificar las competencias según roles profesionales; y
4. organizar el documento con una lógica pedagógica coherente, en coherencia con las recomendaciones recientes sobre el uso de la IA-G en educación médica.[25]

La inteligencia artificial (IA) no reemplazó en ningún momento la revisión crítica ni la validación humana, sino que funcionó como una herramienta estructural que permitió mejorar la eficiencia y la calidad del análisis. Se utilizaron instrucciones específicas (*prompts*) como:

- "Detecta duplicaciones o formulaciones redundantes entre este listado de competencias".
- "Redacta cada competencia en tercera persona, con un verbo de acción claro y un lenguaje específico, sin ambigüedades".
- "Organiza este listado en categorías temáticas según el rol profesional del MFyC (clínico, comunitario, educador, gestor, etc.)".
- "Fusiona en una sola competencia estas tres formulaciones que expresan ideas similares".

El resultado de este proceso fue una propuesta de competencias sistematizada, clara y organizada por roles profesionales, que posteriormente requirió validación humana. Tres investigadores revisaron de manera independiente cada competencia procesada mediante IA, comparándola con la formulación original a partir de categorías de análisis coherente con los valores fundacionales de la MFyC y alineadas con las necesidades formativas contemporáneas. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Los modelos de lenguaje se utilizaron exclusivamente como herramienta de apoyo para tareas de organización, síntesis preliminar y armonización lingüística de los documentos generados por el grupo de trabajo; no participaron en la toma de decisiones conceptuales ni en la definición de contenidos. Considerando que estos modelos pueden reproducir sesgos culturales, lingüísticos o derivados de los datos con los que fueron entrenados, todos los productos generados fueron revisados de manera independiente por expertos de distintos países iberoamericanos. Las discrepancias se discutieron y resolvieron mediante consenso humano, priorizando la pertinencia regional, la fidelidad conceptual y la representatividad de los distintos contextos de formación. En consecuencia, la IA se utilizó como herramienta de apoyo y no como fuente de evidencia ni como sustituto del juicio experto.

c) Análisis comparativo con el documento de la Cumbre de Guatemala (2022)

El análisis comparativo con el documento de competencias elaborado en la VIII Cumbre Iberoamericana de Guatemala permitió identificar varios aprendizajes útiles. En primer lugar, se

reconocieron coincidencias estratégicas: ambos documentos comparten los principios de la atención centrada en la persona, la importancia de la comunicación clínica, el enfoque ético, la necesidad de la docencia y la investigación en MFyC, y la incorporación de los enfoques de género, diversidad e interculturalidad.

Sin embargo, también se identificaron redundancias y superposiciones en la estructura del documento de Guatemala, como la repetición de la idea de "primer contacto" en varias áreas o la dispersión de herramientas de comunicación en secciones no integradas. La nueva propuesta buscó consolidar estos elementos en categorías funcionales para aportar una mayor claridad. La comparación detallada se sintetiza en el Cuadro 1.

d) Integración de estrategias pedagógicas y marcos previos

En paralelo al desarrollo del marco de competencias, se construyó un conjunto de estrategias pedagógicas a partir de los insumos del proceso Delphi, de documentos institucionales previos (como el perfil profesional de Guatemala 2022) y de marcos internacionales. Estas estrategias no fueron concebidas como un listado aislado de técnicas educativas, sino como una propuesta articulada que reconoce la necesidad de formar en contextos reales, con participación comunitaria, supervisión activa y metodologías críticas, inclusivas y transformadoras.

En cuanto a la estructura de este documento, las competencias se organizan por roles profesionales, con una redacción clara, en tercera persona y sin jerarquías internas, lo que facilita su aplicabilidad en distintos contextos formativos y laborales. Este enfoque responde al objetivo de construir un documento operativo, aplicable y alineado con una visión de la MFyC como una práctica compleja, integradora, ética y situada.

Los materiales suplementarios — el cuestionario Delphi completo, los *prompts* utilizados con la IA-G y la matriz comparativa detallada con el documento de Guatemala 2022 — están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia.

PROPUESTAS

Como resultado del proceso metodológico descrito anteriormente, se presentan las principales propuestas estructurantes de esta iniciativa. Estas propuestas buscan servir de guía para el diseño de programas formativos, dispositivos de evaluación y estrategias de desarrollo profesional en MFyC en toda la región.

a) Competencias esenciales del siglo XXI, organizadas por roles profesionales

La propuesta identifica nueve roles profesionales del médico(a) de familia, a partir de los cuales se agrupan las competencias esenciales de manera estructurada, operativa y coherente con la práctica real.[26] A continuación, se define conceptualmente cada rol; su desarrollo operativo en competencias se presenta en el apartado siguiente.

1. **Clínico(a):** núcleo identitario de la especialidad; brinda cuidado integral, longitudinal y centrado en la persona, integrando saberes biomédicos y psicosociales para abordar problemas de salud indiferenciados en condiciones de incertidumbre.

2. **Facilitador(a) del vínculo clínico y comunitario:** concibe la relación como herramienta terapéutica; construye vínculos de confianza y una comunicación significativa con personas, familias, equipos y comunidades, en entornos presenciales y digitales.
3. **Gestor(a):** organiza y coordina el cuidado y los recursos de su territorio, articulando la red de atención con criterios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y trabajo colaborativo.
4. **Educador(a):** asume la enseñanza como práctica constitutiva de la especialidad, acompañando el aprendizaje de pares, equipos, personas y comunidades como motor de transformación social.
5. **Investigador(a):** genera y utiliza conocimiento pertinente y contextualizado para mejorar la práctica y los servicios, integrando la investigación al quehacer cotidiano.
6. **Profesional ético(a):** orienta su práctica por la dignidad, los derechos y la justicia; delibera ante dilemas, cuestiona la medicalización y resiste presiones externas.
7. **Actor/actriz comunitario(a):** reconoce a la comunidad como sujeto de cuidado; participa en el diagnóstico, la planificación y la gobernanza en salud desde un enfoque territorial e intersectorial.
8. **Defensor(a) de derechos:** asume un compromiso activo con la equidad; incorpora los enfoques de género e interculturalidad y adopta una postura frente a las desigualdades estructurales y las violencias.
9. **Profesional en salud digital y tecnología:** incorpora con juicio crítico, las tecnologías de la información y la IA al cuidado, resguardando la calidad, la seguridad, la equidad y la relación clínica.[27]

Competencias esenciales del siglo XXI para la Medicina Familiar y Comunitaria

A. Como clínico(a)

• Brinda atención médica integral, continua, accesible y centrada en la persona y su familia a lo largo del ciclo de vida, considerando las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural, espiritual y ecológica.

• Atiende problemas de salud indiferenciados, manejando la incertidumbre con criterio clínico y evitando diagnósticos apresurados o intervenciones innecesarias.

• Aplica principios de medicina basada en evidencia, priorizando intervenciones costo-efectivas, culturalmente pertinentes y con enfoque de prevención cuaternaria.

• Realiza el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes, tanto agudas como crónicas, en diversos escenarios.

• Realiza acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, articulando con equipos de salud y la comunidad.

• Desarrolla y aplica planes de cuidado integral adaptados a la realidad de la persona y del territorio.

• Realiza procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de cirugía menor, según la cartera de servicios.

• Utiliza herramientas básicas y especializadas del enfoque familiar para el diagnóstico y cuidado de las familias a su cargo (genograma, ecomapa, APGAR etc.).

• Atiende a poblaciones con necesidades específicas (personas migrantes, personas de la diversidad sexual y personas privadas de libertad).

• Realiza atención domiciliaria, considerando el entorno, los recursos y las necesidades de la persona y su familia.

• Establece una relación médico-paciente longitudinal, empática y basada en la confianza.

B. Como facilitador(a) del vínculo clínico y comunitario

• Se comunica con claridad, empatía y respeto con personas, familias y equipos, adaptándose a contextos diversos.
• Establece acuerdos terapéuticos y decisiones compartidas basados en la comprensión mutua.
• Utiliza estrategias de comunicación clínica que promueven la adherencia, la autonomía y el empoderamiento.
• Gestiona de forma ética las interacciones en entornos digitales y redes sociales, garantizando privacidad y la veracidad.
• Utiliza un lenguaje libre de sexismo, estigmas o jerga técnica innecesaria.

C. Como gestor(a)

• Lidera el trabajo colaborativo del equipo interprofesional dentro del marco regulatorio de la profesión y del sistema de salud
• Gestiona la salud de su población asignada mediante herramientas clínicas, sociales y comunitarias.
• Coordina eficientemente la red de atención y las derivaciones, garantizando la continuidad y la calidad.
• Utiliza datos epidemiológicos y clínicos para evaluar y mejorar los procesos de atención.
• Lidera procesos de gestión local con enfoque intersectorial y territorial.
• Promueve prácticas de sostenibilidad y responsabilidad ecológica en el ámbito de la salud.
• Reconoce sus propios límites y articula con otros recursos del sistema, optimizando la atención y evitando la sobrecarga profesional.

D. Como educador(a)

• Participa en la formación de profesionales, equipos de salud y comunidades.
• Aplica estrategias pedagógicas activas, inclusivas y culturalmente pertinentes.
• Realiza actividades de educación para la salud, tanto individuales como colectivas.
• Garantiza el uso de un lenguaje no sexista y el respeto por los derechos en el proceso educativo.
• Utiliza la educación como herramienta de transformación social y comunitaria.
• Emplea estrategias de autorregulación para su desarrollo profesional continuo.
• Demuestra compasión, empatía y respeto por todas las personas, adaptándose para responder a las necesidades de quienes se encuentran en contextos diversos.

E. Como investigador(a)

• Formula preguntas de investigación relevantes para la práctica clínica, educativa y comunitaria.
• Diseña, ejecuta y lidera proyectos de investigación con metodologías adecuadas.
• Participa en análisis de datos con herramientas estadísticas y epidemiológicas.
• Difunde los hallazgos en medios académicos, institucionales y comunitarios.
• Integra los resultados en la mejora de la práctica profesional y de los servicios.
• Aplica principios éticos en todo el ciclo de la investigación.

F. Como profesional ético(a)

• Respeta la dignidad, diversidad y derechos de todas las personas sin excepción.
• Aboga por una atención libre de estigmas, discriminación, violencia o coerción.

• Aplica principios de bioética en la toma de decisiones y en la gestión de recursos.
• Promueve cuidados proporcionados, evitando la medicalización de la vida.
• Evalúa críticamente las influencias externas (industria farmacéutica, mercado) sobre la práctica médica.

G. Como actor(a) comunitario(a)

• Reconoce el territorio y las características de la población a su cargo.
• Realiza diagnósticos comunitarios participativos y contextualizados.
• Planifica y ejecuta intervenciones de salud con enfoque territorial e intersectorial.
• Participa en la gobernanza local en salud, articulando con actores sociales.
• Promueve el empoderamiento y el control social de la salud en la comunidad.
• Promueve la formación de redes y participa en ellas

H. Como defensor(a) de derechos

• Aplica el enfoque de género y la interculturalidad en su práctica cotidiana.
• Identifica y aborda situaciones de violencia en todos sus niveles.
• Promueve la igualdad en los equipos de salud y entre la población atendida.
• Participa en redes y dispositivos de atención integral dirigidos a personas y grupos en situación de vulnerabilidad.
• Se posiciona ética y políticamente frente a las desigualdades estructurales.

I. Como profesional en salud digital y tecnología

• Utiliza tecnologías de la información para mejorar el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado.
• Emplea herramientas como la historia clínica electrónica, la telemedicina y los sistemas de georreferenciación.
• Aplica con responsabilidad y juicio clínico la IA en salud.
• Evalúa críticamente los beneficios, riesgos y sesgos asociados al uso de nuevas tecnologías.

b) Modelo por competencias y evolución hacia las Actividades Profesionales Confiables (APROC)

Se propone iniciar un proceso regional de construcción, validación y aplicación de APROC en la MFyC, como herramienta pedagógica y de evaluación complementaria al modelo de competencias.[18] Las APROC permiten:

- Integrar múltiples competencias en tareas profesionales significativas.
- Evaluar el desempeño en contextos reales con distintos niveles de supervisión.
- Facilitar la progresión formativa y la transición hacia la práctica autónoma.
- Adaptarse a las realidades territoriales, institucionales y epidemiológicas de cada país.

Se recomienda desarrollar un conjunto de APROC comunes obligatorias, aplicables a toda la región, y un conjunto de APROC optativas, adaptadas a las particularidades de cada sistema de salud o comunidad.

Este movimiento ya cuenta con referentes regionales concretos. En Brasil, la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunidad (SBMFC) publicó en 2025 el documento "*EPAs Nacionais em*

Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero, que define quince APROC nacionales para la residencia, elaboradas mediante un riguroso proceso metodológico con validación nacional mediante un estudio Delphi y vinculadas a la matriz de competencias vigente. Constituye un esfuerzo colectivo e histórico y una referencia de primer orden para la región.[9] En el ámbito de los programas de residencia, la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina) ofrece ejemplos desarrollados de APROC,[28] y se observan iniciativas análogas en otros países iberoamericanos. La presente propuesta se nutre de estos antecedentes y propone avanzar hacia un conjunto regional de APROC comunes y optativas, respetando las particularidades de cada sistema de salud. En el Cuadro 2 se presenta un ejemplo desarrollado.

c) Estrategias pedagógicas articuladas

Se identifican cinco ejes estratégicos para la formación en MFyC:

1. **Diseño curricular participativo, flexible y contextualizado:** con enfoque modular y crítico-social, construido con la participación de estudiantes, docentes, comunidades y gestores.[29]
2. **Estructura basada en competencias clave:** incluye competencias clínicas, comunitarias, reflexivas y tecnológicas.[17,26]
3. **Metodologías activas e innovadoras:** aprendizaje basado en problemas, simulación, trabajo en el territorio, investigación-acción, gamificación y herramientas digitales.[30]
4. **Evaluación formativa y auténtica:** con instrumentos diversos (rúbricas, portafolios, estudios de caso, Mini-CEX, análisis de incidentes críticos y ECOE), participación de múltiples actores y retroalimentación estructurada.[31] Estas estrategias permiten evaluar el desempeño en contextos reales o simulados, promoviendo un aprendizaje reflexivo y centrado en el estudiante.[32]
5. **Educación continua y desarrollo profesional:** accesible, ética, situada y centrada en la autorregulación, la mentoría y la actualización permanente.[33]

RECOMENDACIONES

Finalmente, se sintetizan las principales recomendaciones derivadas del proceso, con el propósito de orientar decisiones institucionales, académicas y políticas en torno a la formación en MFyC en la región:

1. Adoptar un marco regional consensuado de competencias esenciales para la MFyC del siglo XXI, centrado en el cuidado integral, anticipatorio, ético, continuo y contextualizado de personas, familias y comunidades, con enfoque de derechos y justicia social.
2. Organizar las competencias en torno a roles profesionales definidos, con una redacción clara y orientada a la acción, para facilitar su aplicación en programas de formación, evaluación y desarrollo profesional continuo.
3. Asegurar la transversalización de los enfoques de género, diversidad, interculturalidad y sostenibilidad ecológica en todos los niveles del proceso formativo, desde el currículo hasta la práctica asistencial y comunitaria.
4. Promover el desarrollo de habilidades de liderazgo en los equipos de salud, con la finalidad de que los médicos y médicas de familia puedan influir positivamente en su entorno, fortalecer el trabajo colaborativo y contribuir a la transformación del sistema sanitario.

5. Promover y llevar a cabo investigación en MFyC como parte integral de la formación y del ejercicio profesional, fortaleciendo las capacidades para generar evidencia útil, aplicable y contextualizada que mejore la atención en el primer nivel.

Cuadro 2. Ejemplo de Actividad Profesional Confiable (APROC) desarrollada en la región: cuidados paliativos en personas adultas (Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, 2025).[29]

Actividades Profesionales Confiables — Brindar cuidados paliativos a personas adultas

Especificaciones y limitaciones. Participar como integrante de un equipo interdisciplinario en la provisión de cuidados paliativos a personas adultas desde una perspectiva de derechos, diversidad e interculturalidad, así como de toma de decisiones compartidas cuando corresponda. Esto incluye adoptar un enfoque centrado en la persona para manejar síntomas frecuentes (entre ellos, el dolor) con las herramientas apropiadas, reconocer emergencias paliativas, brindar acompañamiento durante los procesos de duelo y demostrar capacidad para abordar aspectos psicosociales, culturales, religiosos, espirituales y existenciales.

Elementos incluidos en esta actividad:

- Realizar la entrevista clínica y confeccionar la historia clínica orientada por problemas (HCOP).
- Realizar el examen físico cuando corresponda.
- Establecer diagnósticos diferenciales de acuerdo con los principios del razonamiento clínico.
- Indicar pruebas diagnósticas pertinentes e interpretar sus resultados.
- Indicar tratamientos pertinentes.
- Solicitar interconsultas con otros especialistas cuando corresponda.
- Establecer vínculos de confianza con la persona y su familia.
- Brindar atención clínica respetuosa de la identidad de género autopercibida.
- Comunicar malas noticias con sensibilidad.

Limitaciones. No incluye la atención de niños, niñas y adolescentes en cuidados paliativos.

Riesgos asociados a un desempeño inadecuado:

- Incremento del sufrimiento físico o emocional debido al manejo inadecuado de síntomas frecuentes.
- Omisión de emergencias paliativas.
- Ruptura del vínculo terapéutico.
- Generación de expectativas inadecuadas en pacientes o familiares debido a una comunicación deficiente del pronóstico.

Dominios de competencia relevantes:

- Profesional experto.
- Comunicador.
- Colaborador.
- Promotor de la salud (no aplica a gestores/administradores).

Conocimientos necesarios:

- Objetivos de los cuidados paliativos.
- Estrategias para el manejo de síntomas frecuentes (dolor, disnea, náuseas, constipación, ansiedad, delirio).
- Aspectos relevantes de las enfermedades que requieren cuidados paliativos (cáncer, EPOC terminal, insuficiencia renal, etc.).
- Comunicación de malas noticias.
- Principios éticos aplicables al final de la vida.

Habilidades esperadas:

- Escucha activa.
- Comunicación clara y empática.
- Manejo clínico y emocional de situaciones difíciles.
- Identificación de las necesidades de la persona.
- Evaluación del sufrimiento en todas sus dimensiones.

Actitudes esperadas:

- Proactividad y responsabilidad.
- Integridad clínica y ética.
- Colaboración en un equipo interdisciplinario.
- Reconocimiento de las propias limitaciones y búsqueda de ayuda.

Experiencia requerida. Participación en la atención de al menos 30 personas adultas que requieran cuidados paliativos.

6. Fortalecer la formación en servicio como eje principal del proceso formativo, asegurando la supervisión directa y continua por parte de médicos y médicas de familia que actúen como tutores, modelos de rol y garantes del enfoque centrado en la persona y su familia.
7. Promover un diseño curricular participativo, modular y contextualizado, construido colectivamente con la participación de estudiantes, docentes, comunidades y gestores, y adaptado a las necesidades territoriales y epidemiológicas de la comunidad y al bienestar de los profesionales en formación.
8. Desarrollar competencias docentes específicas en MFyC mediante programas de formación pedagógica, ética y en salud digital dirigidos a quienes tutoran y enseñan en el primer nivel de atención.
9. Aplicar estrategias pedagógicas activas, participativas, innovadoras y transformadoras, tales como el aprendizaje basado en problemas, la simulación clínica, la investigación-acción y los proyectos comunitarios intersectoriales.
10. Implementar mecanismos de evaluación formativa y auténtica del desempeño, con retroalimentación estructurada, participación de múltiples actores y utilización de instrumentos como rúbricas, estudios de caso y portafolios digitales.
11. Impulsar redes regionales de cooperación académica que promuevan la construcción conjunta de marcos de competencias, APROC, estrategias pedagógicas y mecanismos de evaluación adaptados a las realidades de Iberoamérica.
12. Incorporar las APROC como herramientas complementarias al modelo de competencias, que permitan evaluar tareas clínicas, comunitarias y de gestión en contextos reales, así como valorar el grado de autonomía alcanzado por la persona en formación para llevar a cabo dichas actividades de forma independiente y segura, con distintos niveles de supervisión y delegación progresiva.

LIMITACIONES

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados:

Método Delphi: Aunque el método de consenso está ampliamente validado, puede favorecer el pensamiento grupal o privilegiar perspectivas dominantes. Esta limitación se mitigó esto mediante la participación de expertos de 16 países diferentes y con diversos roles dentro de la medicina familiar.

Uso de IA generativa: Si bien se aplicó una validación humana sistemática, es posible que el procesamiento mediante IA haya introducido sesgos culturales o lingüísticos no detectados, mitigados mediante la validación humana.

Validación empírica: Este marco de competencias requiere validación mediante su implementación en programas formativos de diferentes países antes de que pueda confirmarse su aplicabilidad universal.

APROC en desarrollo: El marco propuesto de APROC requiere validación y consenso adicionales; este documento constituye un punto de partida.

CONCLUSIÓN

Este documento presenta una propuesta integrada de competencias esenciales y estrategias formativas para la MFyC, construida colectivamente a partir del análisis crítico de marcos previos, la experiencia acumulada en la región y el uso de metodologías rigurosas e innovadoras. La organización de las competencias por roles profesionales y su articulación con estrategias pedagógicas situadas permiten avanzar hacia una formación más pertinente, evaluable y alineada con los desafíos del siglo XXI.

En un contexto sanitario caracterizado por la complejidad, la inequidad y la transformación constante, la MFyC requiere profesionales capaces de integrar saberes clínicos, comunitarios, éticos y tecnológicos, con compromiso territorial y responsabilidad social. Para ello, es imprescindible transformar los modelos formativos tradicionales, superando enfoques fragmentados y prescriptivos y adoptando marcos que promuevan el aprendizaje significativo, la evaluación auténtica y la construcción colectiva del conocimiento.

Reconociendo que este marco constituye un punto de partida que requiere validación en escenarios reales de formación, convocamos a las instituciones académicas, las autoridades sanitarias y los actores responsables de la formación en toda Iberoamérica a adoptar y adaptar progresivamente esta propuesta a sus contextos, pilotarla y evaluarla, y contribuir colectivamente a su mejora mediante retroalimentación. Concebida así — como una herramienta viva, orientadora y perfectible —, su adopción e implementación contextualizada y evaluada contribuirán al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la consolidación de sistemas de salud centrados en las personas, la equidad y la justicia social.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio de consenso de expertos fue considerado exento de revisión ética, de conformidad con la Pauta 23 de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos, por involucrar exclusivamente a profesionales que participaron en calidad de expertos, sin riesgo para los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MAL: Conceptualización, Metodología, Análisis Formal, Redacción – borrador original. KK: Conceptualización, Metodología, Análisis Formal, Redacción – borrador original. TM: Redacción – Revisión y Edición. Grupo colaborativo: validación de las competencias y revisión crítica del contenido.

REFERENCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado en 4 mar. 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1
3. Macinko JA, Montenegro Arriagada H, Nebot C. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) [Internet]. Washington: PAHO; 2007 [citado en 4 mar. 2026]. 33 p. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31083
4. Castro FL, Madrigal MDRS, Kidd M, Anderson MIP, Martin TM. Carta de San José. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):86-91. https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1398
5. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; World Organization of Family Doctors (CIMF-WONCA). Medicina Familiar y comunitaria: Especialidad esencial para la salud en el siglo XXI. VIII cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar/ Medicina Familiar y Comunitaria (Guatemala, 2022) [Internet]. Barcelona: WONCA; 2025 [citado en 20 jun. 2025]. Disponible en: https://www.semfyc.es/images/CIMF%2016-05-25_1748352456.pdf
6. Ng V, Nashat N, Andrades M. WONCA Global Standards for Postgraduate Medical Education [Internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors; 2025 [citado en 8 jan. 2026]. Disponible en: https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20Global%20Standards%20for%20Postgraduate%20Medical%20Education%202025.07.20.pdf

7. Brito LAR, Caramori U, D'Abreu NB, Cardoso Filho C, Cunha LO, Bragança JF. Atividades profissionais confiáveis para a residência em Medicina de Família e Comunidade no contexto brasileiro. Rev Bras Educ Med. 2025;49(1):e029. https://doi.org/10.1590/1981-5271v49.1-2024-0198
8. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010;10:65. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65
9. Cunha ATR, Caramori U, Brito LAR, Pacheco RA, Pisco CR, Freitas FL, et al. EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero Tiragem [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2025 [citado en 20 jun. 2026]. Disponible en: https://sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2025/06/EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-Marco-Zero-SBMFC-2025.pdf
10. Bernal D, Segura OJM. CONGRESO CIMF 2025: Una celebración de la medicina familiar y comunitaria en Uruguay [Internet]. WONCA; 2025 [citado en 20 jun. 2026]. Disponible en: https://www.globalfamilydoctor.com/News/CONGRESOCIMF2025.aspx
11. Wasim A, Sajan M, Majid U. Patient-centered care frameworks, models and approaches: An environmental scan. Patient Exp J. 2023;10(2):14-22. https://doi.org/10.35680/2372-0247.1806
12. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000;51(7):1087-110. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8
13. United Nations. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. United Nations; 1948 [citado en 4 mar. 2026]. Disponible en: https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights
14. Meier BM, Seunik M, Dhatt R, Gostin L. ALMA-ATA at 40: A Milestone in the Evolution of the Right to Health and an Enduring Legacy for Human Rights in Global Health. Health Hum Rights [Internet]. 2018 [cited on Mar 25, 2026]. Available at: https://www.hhrjournal.org/2018/09/05/alma-ata-at-40-a-milestone-in-the-evolution-of-the-right-to-health-and-an-enduring-legacy-for-human-rights-in-global-health/
15. Lave J, Wenger E. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press; 1991. https://doi.org/10.1017/CBO9780511815355
16. 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):1923-58. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61854-5
17. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: Theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638-45. https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.501190
18. Cate OT, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. Med Teach. 2021;43(10):1106-14. https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1838465
19. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005;39(12):1176-7. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x
20. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel Jr J. Entrustable Professional Activities in Family Medicine. J Grad Med Educ. 2013;5(1):112-8. https://doi.org/10.4300/jgme-d-12-00034.1
21. Sturmberg JP, Martin CM. Handbook of systems and complexity in health. Handbook of systems and complexity in health. New York: Springer; 2013. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4998-0
22. Clayton MJ. Delphi: A technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education. Educ Psychol. 1997;17(4):373-86. https://doi.org/10.1080/0144341970170401
23. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. Acad Med. 2017;92(10):1491-8. https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001812
24. El Rayess F, Filip A, Doubeni A, Wilson C, Haq C, Debay M. Family medicine global health fellowship competencies: A modified delphi study. Fam Med. 2017;49(2):106-13. PMID: 28218935.
25. Preiksaitis C, Rose C. Opportunities, Challenges, and Future Directions of Generative Artificial Intelligence in Medical Education: Scoping Review. JMIR Med Educ. 2023;9(1):e48785. https://doi.org/10.2196/48785
26. Shaw E, Oandasan I, Fowler N. CanMEDS–Family Medicine 2017: A competency framework for family physicians across the continuum [Internet]. Ontario: The College of Family Physicians of Canada; 2017 [citado en 25 mar. 2026]. Disponible en: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Medical-Education/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf
27. Wong K, Keen M, Zhou T, Bolch C, Ashurst J. Telehealth in Family Medicine Clerkships After Return of In-Person Care: A CERA Study. PRiMER. 2024;8:57. https://doi.org/10.22454/primer.2024.899806
28. Arceo MD, Volpi M, Kemnitz M. Programa de Residencia en Medicina General y/o Familiar: Actividades Profesionales Confiables [documento institucional]. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria; 2025.
29. Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. Med Teach. 2001;23(2):123-37. https://doi.org/10.1080/01421590120036547
30. Jaganathan S, Bhuminathan S, Ramesh M. Problem-Based Learning – An Overview. J Pharm Bioallied Sci. 2024;16(Suppl 2):S1435-7. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_820_23
31. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach. 2007;29(9-10):855-71. https://doi.org/10.1080/01421590701775453
32. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The Mini-CEX: A Method for Assessing Clinical Skills. Ann Intern Med. 2003;138(6):476-81. https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012
33. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA. 1999;282(9):867-74. https://doi.org/10.1001/jama.282.9.867