

Nueva Vista a la Educación Médica Basada en Competencias

New Visit to Competency-Based Medical Education

Dr. Juan Pérez González¹ PhD

¹Profesor Asociado (J). Escuela de Medicina “Luis Razetti” Universidad Central de Venezuela.

A principios del siglo XX, el informe Flexner ⁽¹⁾ sobre la educación médica en Estados Unidos de Norteamérica dio a la formación profesional el más profundo golpe de timón ocurrido en la medicina moderna, que condujo al desarrollo del modelo educativo basado en estructuras y procesos con el que hemos sido formados la mayoría de los médicos actuales. El informe, publicado en 1910, fue el resultado de una investigación sobre el estado de la educación médica en los EE.UU, para la cual la Fundación Carnegie encargaron a Alexander

Flexner (1866-1959), quién era un educador, no un médico, graduado en la Universidad John Hopkins. Flexner visitó personalmente en 18 meses las 155 escuelas de medicina existentes para entonces en el país y estudió sistemáticamente en cada una de ellas cinco áreas: (1^a) requerimientos para el ingreso; (2^a) número y entrenamiento del personal docente; (3^a) monto del presupuesto anual y de la matrícula, (4^a) calidad de los laboratorios y (5^a) disponibilidad de un hospital docente cuyos médicos y cirujanos enseñaran las asignaturas clínicas. Su informe señaló que era necesario reducir el número de escuelas de Medicina, y mejorar su calidad científica, aumentando su generación de conocimientos mediante la investigación básica y clínica, concluyendo finalmente que “...*el progreso futuro pareciera requerir un número mucho menor de escuelas de medicina, mejor equipadas y mejor conducidas de lo que son en la actualidad...*” y por otra parte, que la sociedad requiere “...*un número menor de médicos graduados anualmente, pero que éstos sean mejor educados y mejor entrenados...*” ⁽¹⁾.

En el fondo de los planteamientos de Flexner estuvo su convicción de que la formación intelectual de los médicos debe estar basada en el razonamiento analítico formal que caracteriza a las ciencias

CORRESPONDENCIA:

Dr. Juan Pérez González.

Dirección: Escuela de Medicina “Luis Razetti” Universidad Central de Venezuela.

E-mail: jfperecito@gmail.com

Tel: +

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

Sin conflicto que declarar.

Recibido en: Septiembre 12, de 2023

Aceptado en: Septiembre 15, de 2023

naturales y, en consecuencia, la educación médica debe tener una sólida fundación en la enseñanza de las ciencias básicas de la medicina. Flexner visualizó una formación clínica en hospitales académicos donde los profesores realicen investigaciones basadas en las preguntas que surgen de la práctica diaria, y enseñen a sus alumnos a hacer lo mismo.

El informe Flexner produjo un gran impacto en la educación médica estadounidense y posteriormente a nivel mundial y para mediados del siglo pasado el modelo educativo implícito en sus recomendaciones había sido adoptado, al menos como intención formal, en casi todas las regiones del mundo. Se aumentaron los requerimientos para la admisión de alumnos a las escuelas de medicina y se puso un fuerte énfasis curricular en las ciencias básicas. En el aspecto organizativo se agruparon las disciplinas por Departamentos, se desarrollaron en los hospitales universitarios la mayoría de las especialidades médicas, quirúrgicas y diagnósticas, y se realizó una cuantiosa inversión en laboratorios para la docencia e investigación. El conjunto de unos y otros cambios creó lo que se dio en llamar en EE.UU “Centros Médicos Académicos”, verdaderas centrales de generación de conocimientos médicos y de atención de la salud. En el plan de estudios de medicina, tanto las asignaturas básicas como las clínicas fueron puestas a cargo de especialistas en las disciplinas correspondientes, y se adoptó un diseño instruccional basado fundamentalmente en la transferencia a los aprendices de la base de conocimientos necesarios para la práctica de la medicina, el cual se extendió por prácticamente todo el mundo generando así el modelo de la “*escuela de medicina post-flexneriana*” que nos es tan familiar.

En las últimas décadas del siglo XX y en lo que va del XXI, este modelo ha venido siendo cuestionado y la educación médica está experimentando un rápido cambio. La base del cuestionamiento han sido los problemas surgidos a lo largo de la evolución del modelo flexneriano de educación profesional como consecuencia de las influencias que sobre la profesión han tenido los importantes cambios socio-económicos y culturales ocurridos durante el siglo pasado. No podemos extendernos ahora para revisar todos los aspectos en los cuales se ha

registrado en la literatura especializada, a lo largo del siglo pos-flexneriano, el distanciamiento entre el desempeño de la profesión médica y la percepción que de ese desempeño tiene la sociedad humana. Baste con dos ejemplos: el primero es una cita de un artículo publicado en 1966 en el *New England Journal of Medicine* por Molly Cook y sus colegas de la Universidad de California en San Francisco⁽³⁾:

“El ambiente académico se ha transformado desde la época de Flexner. En los hospitales académicos la investigación rápidamente sobrepasó en importancia a la enseñanza y en las universidades y escuelas de medicina americanas surgió una cultura de “publica o perece”. La productividad en investigación fue la medida por la cual se evaluó el desempeño profesoral, y la docencia, la atención de pacientes y la consideración de asuntos de salud pública fueron considerados como actividades menos importantes...”

“...después de 1960, ...cuando la investigación médica tomó una orientación cada vez más molecular, los pacientes quedaron apartados de la mayoría de las investigaciones de avanzada, y se hizo necesaria la inmersión en los laboratorios para los más prestigiosos proyectos científicos. Los profesores clínicos encontraron cada vez más difícil ser investigadores de primera línea y cada vez menos investigadores podían traer a la docencia la profundidad del conocimiento clínico que una vez tuvieron...”

“Así llegamos a nuestro actual problema: los estudiantes de medicina y residentes reciben frecuentemente su formación clínica de profesores que dedican muy poco tiempo a ver pacientes (... junto con ellos) para perfeccionar sus habilidades clínicas, quienes consideran la práctica de la medicina como una actividad secundaria en sus carreras, o de profesores que tienen poco conocimiento de la ciencia biomédica moderna (y que ven muy poco beneficio académico en dejar su nutrida consulta para enseñar ...”

El segundo ejemplo es una cita de Alvin R. Feinstein, considerado el fundador de la Medicina Basada en Evidencias y profesor de la Escuela de Medicina John Hopkins hasta su fallecimiento en

1981, quien describió, con la verosimilitud de lo vivido y la precisión que caracteriza a un académico, la evolución de un conjunto de fenómenos culturales, sociales y económicos que se desarrollaron en la segunda mitad del siglo pasado, los cuales contribuyeron a transformar gradualmente la atención de la salud en la “Industria de la Salud” ⁽⁴⁾, comentando:

“En medio de todos los cambios ocurridos en la sociedad, la tradición de un ejercicio médico individualizado y cuidadoso resultó ser un anacronismo, y el ethos tradicional altruista de la práctica médica un sentimentalismo anticuado. La creencia sobre si esas dos tradiciones deben ser preservadas o abandonadas influenciará de manera determinante las estrategias que se adopten para resolver los problemas actuales de la práctica médica...” ⁽⁴⁾.

Estos y muchos otros testimonios muestran que mientras se extendían por todo el mundo los paradigmas flexnerianos, a pesar del florecimiento de la investigación en los Centros Médicos Académicos que multiplicó los conocimientos incorporados desde las ciencias básicas a la asistencia médica, y de los avances tecnológicos que potenciaron la efectividad de su equipamiento (y tal vez un poco a causa de un manejo inadecuado de esos mismos avances), a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se fueron perdiendo gradualmente algunas cualidades tradicionales de la atención médica como la accesibilidad, la integralidad y la linealidad y se produjo un deterioro más o menos general de la relación médico-paciente. Una consideración histórica nos puede dar una pista sobre las causas de ese deterioro:

El primer registro conocido de un acto médico, que figura en una pintura rupestre que data de hace unos 14 000 años, o 140 siglos, muestra un hechicero pre-histórico interpretando una danza ceremonial y fue citado como tal en un libro de divulgación sobre la historia de la medicina ⁽⁵⁾. Podríamos considerar ese registro como indicación de la presencia de la actividad médica en la sociedad humana, de manera que podemos inferir que la medicina ha estado presente en el entorno humano al menos durante 14 000 años. Por otra parte, las bases científicas de la

medicina que conocemos y utilizamos actualmente, datan de principios del siglo XV, si tomamos como referencia el libro *Exercitatio Anatomica de motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, de William Harvey (1578-1657), publicado en 1628, considerado como marcador del inicio de la investigación fisiológica de corte científico ⁽⁶⁾. Con esos datos podríamos inferir que desde la fecha en que un artista desconocido pintó aquella imagen de un hechicero hasta la publicación del libro de William Harvey en el Siglo XVII, es decir, durante unos 130 siglos, la salud de la población humana fue atendida por profesionales que carecían de los conocimientos básicos requeridos, según nuestros estándares actuales, para la comprensión y el manejo racional de los efectos ocasionados por las heridas y enfermedades. Sin embargo, a lo largo de todo ese tiempo los hechiceros primero, los sacerdotes después, los barberos, los curanderos y, finalmente los médicos han cuidado la salud de nuestros congéneres con efectividad variable, pero con la continua valoración de sus pacientes, función que, dicho sea de paso, apareció en la evolución de las especies como un salto evolutivo cultural a nivel de los homínidos, nunca antes. Y durante esos 130 siglos las diversas versiones de la medicina han contribuido al florecimiento de la especie humana, siendo merecedores del respeto y afecto de la sociedad en cada época.

¿Qué les habrán ofrecido nuestros antecesores a sus pacientes que diera lugar a tal grado de respeto y estima durante todo ese tiempo? Ciertamente no serían los conocimientos precisos sobre los orígenes y tratamientos de sus males. Cualquiera que sea la respuesta, probablemente se relacionará con los atributos comunes que, a lo largo de la historia, han estado presentes en la actuación de quienes se encargan de la atención de la salud. El concepto de “atributo” se relaciona con cada una de las cualidades o propiedades de un ser, y es sinónimo de los vocablos “rasgo,” “carácter” e “idiosincrasia”. Todas esas palabras tienen en su significado un denominador común: describen las cualidades que caracterizan a una persona o a un grupo de personas, por ejemplo, de una profesión, en cuyo caso hablamos de los “atributos profesionales”. Parece razonable inferir que durante todo el tiempo que ha existido la función

médica, esta ha tenido un componente cognitivo (la base de conocimientos disponibles en cada época para el practicante) y un componente no cognitivo (habilidades de comunicación, inteligencia emocional, empatía, capacidad de observación, responsabilidad, respeto por sus semejantes, etc.). Y tampoco es difícil inferir que los atributos profesionales han debido ser claves en la práctica de nuestros antepasados en el oficio, permitiéndoles ser útiles a la humanidad durante los milenios en que la ciencia aún languidecía bajo el peso de la superstición. Y es ese componente el que se ha venido debilitando en la medida en que la medicina ha evolucionado cada vez más hacia la atención de las enfermedades en detrimento de la atención a los enfermos. Hipócrates llamó a la medicina “El Arte” en el siglo IV a.C. y probablemente basó ese calificativo en las cosas que fueron escritas como dichas por un médico en su *Juramento*. Cabe preguntarnos cuáles serían los aspectos de la medicina que justificarían su designación como un “Arte” en este siglo XXI.

El deterioro, principalmente durante el siglo pasado, de la valoración que la población hace de la atención de los médicos ha generado una creciente preocupación en los organismos directivos de la profesión y de la educación médica, como lo ilustra la siguiente cita de un documento proveniente de la Asociación Médica Canadiense ⁽⁷⁾:

“Los médicos están preocupados, con razón, por la manera como son percibidos y representados en la sociedad contemporánea, y por aspectos como la pérdida del respeto y la confianza en la profesión. Es difícil establecer en qué grado se ha deteriorado la imagen de los médicos. Pero cualquiera que sea ese grado, si a los médicos y sus asociaciones les interesa la imagen que pueda tener la profesión, la solución no es el intento de manipular esa imagen a través de las relaciones públicas. Más bien, es necesario asegurarse de que los médicos, individual y colectivamente, sean merecedores del respeto y confianza que ellos desean” ⁽⁷⁾

De esa preocupación surgieron varias estrategias para abordar el problema. Conscientes de las derivaciones no deseadas que sufrió en su evolución la educación médica post-flexneriana, en

los organismos académicos de la medicina a ambos lados del Atlántico se desarrolló una intensa actividad de investigación dirigida a explorar nuevos caminos para la formación de profesionales. Tampoco podemos extendernos aquí en el relato de lo que ha sido ese proceso, pero resaltan tres importantes resultados: (1º) la introducción del modelo de Educación Médica Basada en Competencias (EMBC) y de los “Marcos Referenciales de las Competencias” (MRCs) que son los listados de atributos profesionales desarrollados y adoptados en diferentes países (Reino Unido, Canadá, EE.UU) como guía para elaborar sus currículos médicos; (2º) la introducción del Profesionalismo, constructo¹ fundamental de atributos profesionales, definido como “*un conjunto de principios y compromisos para mejorar la salud del paciente y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo*” ⁽⁸⁾. Otro resultado cuyo impacto no ha sido tan evidente ha sido, (3º) la creación y divulgación de un “Estatuto para el Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio”, que fue publicado simultáneamente en 2002 en los EE.UU y en el Reino Unido ^(9,10).

Al revisar las competencias que integran los Marcos Referenciales llama la atención el hecho de que sean presentados en forma de actuaciones profesionales, tales como: “Comunicarse efectivamente con los pacientes, sus familiares y el público”, o “Mantener la confidencialidad y el respeto a la dignidad y privacidad de los pacientes” ^(11,12). Si los aspectos incluidos en las listas son atributos profesionales, ¿por qué se describen como conductas? Es evidente que las cualidades de una persona se manifiestan en su conducta, de manera que los atributos profesionales de un médico tienen su expresión en la manera como él o ella desempeña sus actividades. Al describir los atributos a través de las conductas de los médicos, los MRCs ofrecen una manera

¹**Constructo** es un término teórico que representa un grupo de conductas relacionadas con un aspecto común, que es el término que designa el constructo. Ejemplos: La inteligencia, la personalidad, la creatividad... y el profesionalismo.

de evaluarlos mediante la observación del trabajo profesional, utilizando los descriptores del Marco Referencial como estándares de calidad.

A la aparente incongruencia de presentar a los atributos como conductas en la terminología de los Marcos Referenciales se agrega el uso del término “*competencias*” para designarlos. Todos estamos familiarizados con la palabra “*competencia*” en la acepción que define el DRAE como “*pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado*”. En el contexto específico de la profesión médica, la competencia profesional ha sido definida por Ronald Epstein como “... (el) uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la capacidad de reflexión en la práctica diaria que es realizada para el beneficio de los individuos y de las comunidades que el médico sirve”⁽¹³⁾. No es de extrañar entonces que a los atributos profesionales que contribuyen a ese desempeño, se les denomine “*competencias*”. Además, hay una razón histórica circunstancial para hacerlo, que revisaremos en breve. Sin embargo, la existencia de un mismo término, en singular y en plural (“la competencia” y “las competencias”) con significados diferentes ha dado lugar a confusiones en relación con el papel de cada uno de ellos en la educación médica².

En este punto debo interrumpir el hilo de mis notas para referirme a eventos que ocurrieron durante la primera mitad del siglo pasado, causados por las demandas que planteó a la sociedad humana la Primera Guerra Mundial, la primera guerra mecanizada de la historia, que involucró a millones de personas de los dos continentes más avanzados del globo. De ese conflicto nació la necesidad de aumentar la eficiencia de los procesos industriales y, por ende, de aumentar la productividad, y uno

de los obstáculos que se detectó para lograr este objetivo fue que la educación, general, técnica o universitaria, no estaba formando profesionales y técnicos adecuados para las necesidades reales del trabajo, lo cual hacía necesario invertir un tiempo no despreciable en entrenarlos para sus tareas laborales, reduciendo así su productividad. Los egresados de los programas educativos tenían los conocimientos requeridos, en mayor o menor grado según su nivel, pero no tenían igualmente desarrollados los atributos (habilidades, destrezas y actitudes) necesarios para usar sus conocimientos con el máximo aprovechamiento en el ámbito laboral. Esta percepción dio lugar al nacimiento de una nueva modalidad educativa: El aprendizaje asociado al trabajo, para optimizar el desarrollo de la competencia. Me veo nuevamente constreñido a abreviar las consecuencias de esa interesante observación, que sí las tuvo, aunque no se alcanzó a modificar los modelos educativos ya en boga, los cuales habían destilado a lo largo de siglos a partir del escolasticismo clásico. La documentación que ha llegado a mis manos sobre el origen del “Entrenamiento Basado en Competencias” (“*Work Based Training* -WBT- por sus siglas en inglés) proviene de la Universidad Deakin, en Victoria, Australia, y consiste en una publicación de esa Universidad que data de la década de los noventa en el siglo pasado, titulada: “Una Colección de Lecturas Relacionadas con el Entrenamiento Basado en Competencias”⁽¹⁴⁾, la cual contiene 39 artículos sobre el tema escritos por otros tantos autores. La recopilación forma parte del material para el curso “Currículo y Competencias” que ofrecía esa Universidad en el año de la publicación.

En el artículo introductorio de la recopilación citada⁽¹⁵⁾, Mike Brown, coordinador del programa educativo en cuestión, describió el WBT como un sistema que contiene: **RESULTADOS** (“*Outcomes*”), que son las competencias que promueve el programa, correspondientes a estándares nacionales de competencia en el trabajo; **CURRÍCULO**, que da a los aprendices una clara idea de lo que se espera de ellos como demostración de su competencia; **DOCENCIA**, con métodos que no obliguen a los aprendices a recibir entrenamiento o continuar siendo entrenados

²En inglés la confusión es menor, porque las palabras asociadas a cada concepto son sutilmente diferentes. La traducción de “*competencia*” es “*competence*”, y hay sólo una: La competencia profesional, cuya descripción se incluye en el texto. Las “*competencias*” (los atributos) son, por su naturaleza, más de uno y el concepto requiere el plural (en inglés “*competencies*”). Pero, si queremos referirnos a un atributo, la palabra en inglés es “*competency*”, aunque en castellano sería también “*competencia*”.

para habilidades que ya ellos hayan adquirido previamente; **EVALUACIÓN** de la competencia que esté disponible cuando los aprendices crean que pueden demostrarla, y **REGISTRO** de la competencia desarrollada que esté disponible (el registro) para los aprendices una vez que ésta sea verificada.

El modelo curricular utilizado en todos los cursos del WBT era basado en competencias y su primer paso después de establecer los contenidos (conocimientos) requeridos en la actividad profesional era la enumeración y descripción de un conjunto de Competencias Estándar las cuales definían los atributos (habilidades, destrezas y actitudes) que debían desarrollar los cursantes. Las Competencias Estándar de cada curso debían estar alineadas con un Marco Referencial Australiano de Competencias. El diagrama de flujo del modelo indicaba que los aspirantes a la certificación WBT debían tomar sus cursos, adquirir los conocimientos requeridos, desarrollar las competencias de la lista de Estándares y presentarse para la evaluación. Una vez que eran evaluados los conocimientos y las competencias, se registraba la verificación de los Resultados y se emitía una credencial.

El WBT estuvo operativo, al menos en Australia, en las postrimerías del siglo pasado, al mismo tiempo que se estaba desarrollando, inevitablemente por prueba y error, el nuevo modelo de educación médica basada en competencias mediante trabajos de investigación básica, como, por ejemplo, los dirigidos a comprender los mecanismos del razonamiento clínico, y aplicada, como, por ejemplo, los dirigidos a explorar el papel del currículo oculto en la formación de la identidad profesional médica. Esto es lo que ha estado ocurriendo a nuestro alrededor durante los últimos cincuenta años. Y probablemente por ese desarrollo, ocurrido en un escenario diferente al que ha incubado el modelo basado en competencias para la formación profesional médica, se ha llamado a ese modelo “Educación Médica Basada en Competencias”, seguramente por analogía con aquel “Competency Based Training” de nuestros lejanos colegas formadores de personal para actividades complejas con tareas delicadas pero concretas.

De manera que el modelo de la Educación Médica Basada en Competencias (que se va extendiendo ya a las restantes Ciencias de la Salud) resulta ser el renacimiento, o al menos el trasplante, de un modelo educativo que se diseñó en el pasado con la intención de adaptar la formación de los egresados de programas de entrenamiento artesanal o profesional a los requerimientos *reales* del trabajo productivo.

Retomo el hilo inicial de mis notas para recordar que todos sabemos que el desempeño profesional de los médicos recién egresados de las Facultades de Medicina no es suficiente para iniciar el ejercicio profesional autónomo. Tampoco es suficiente para desempeñar las labores de un especialista y por eso existen los programas de postgrado (“Residencias”) que completan la formación profesional de los médicos. En Estados Unidos varios estudios han puesto de manifiesto la preocupación de los directores de programas de posgrado por las diferencias que registran repetidamente entre el desempeño de los recién graduados al aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos en las Escuela de Medicina y el desempeño que se considera adecuado para un residente al inicio de su programa de posgrado ^(16,17). Por esa razón, la Asociación de Escuelas de Medicina Norteamericanas (AAMC)³ por sus siglas en inglés) comisionó en 2013 un panel de expertos en educación médica de pregrado y postgrado para definir las actividades profesionales que cada residente debería ser capaz de realizar adecuadamente sin supervisión directa en el primer día de su residencia, independientemente de la especialidad. El informe final de ese grupo fue publicado en 2014 como documento interno y en 2016 dirigido a la comunidad educativa general en la revista “Academic Medicine”, órgano de la AAMC ⁽¹⁸⁾. Sin embargo, su aplicación no se ha

³La Asociación de Escuelas de Medicina Norteamericanas (Association of American Medical Colleges, AAMC) es una organización sin fines de lucro con sede en Washington, D.C. que se estableció en 1876. Representa a escuelas de medicina, hospitales de enseñanza y sociedades académicas y científicas. La AAMC administra el Examen de Admisión a las Facultades de Medicina y opera el Servicio Electrónico de Solicitudes de Residencias, que facilitan a los aspirantes la solicitud de ingreso a las escuelas de medicina y a los programas de posgrado.

generalizado. Pero el proceso de perfeccionamiento de la educación médica iniciado en la década de los 60 en el siglo pasado no parece haber agotado sus momentos, ni el temporal ni el físico, y el progreso continúa con nuevas propuestas que van más allá de las competencias y proponen como fin fundamental de la educación médica en el siglo XXI el desarrollo de una vigorosa identidad médica que valore y despliegue por igual sus aspectos cognitivos y no cognitivos ^(19,21).

Desde el golpe de timón que le dio a la educación médica el Informe Flexner de 1910, que asoció definitivamente la calidad del desempeño profesional al conocimiento y uso de evidencias provenientes de los avances en las Ciencias Básicas y Clínicas, la introducción de las competencias en los currículos de pre y posgrado y la valoración del desarrollo de la identidad profesional como objetivo fundamental de la educación médica son probablemente los avances conceptuales más importantes que han sido propuestos como paradigmas en la formación de los médicos.

REFERENCIAS

- Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910.
- Carraccio C, Wolfstahl SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies.
- Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medical Education one hundred years after the Flexner Report. *N Engl J Med*. 2006;355:1339-1344.
- Feinstein AR. Scholars, Investigators and Entrepreneurs. The metamorphosis of American medicine. *Perspect Biol Med*. 2003;46:234-256.
- Haggard HW. El Médico en la Historia. (traducción de María Luisa de Ayala). Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1962.
- Clendening L. Source Book of Medical History. In: Harvey W, editor. New York: Dover Publications Inc.; 1960.p.152-169.
- Canadian Medical Association. Professionalism in Medicine. CMA Publications, 1867 Alta Vista Dr., Ottawa ON. Canada. 2001.
- Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad Med*. 2000;75:612-616.
- American Board of Internal Medicine (ABIM), European Federation of Internal Medicine (EFIM) & American College of Physicians (ACP). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Internal Med*. 2002;136:243-249.
- American Board of Internal Medicine (ABIM), European Federation of Internal Medicine (EFIM) & American College of Physicians (ACP). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Lancet*. 2002;359:520-522.
- Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective, *Medical Teacher*. 2007;29:648-654.
- Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: Implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*. 2007;29:642-647.
- Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med*. 2007;356:387-396.
- Eakin University. A Collection of Readings Related to Competency-Based Training. Geelong, Victoria, Australia. 1994.
- Brown M. An Introduction to the Discourse on Competency Based Training (CVT). En: A Collection of Readings Related to Competency-Based Training. Eakin University (Compilers). Geelong, Victoria, Australia, 1994.p.1-20.
- Fitch MT, Kearns S, Manthey DE. Faculty physicians and new physicians disagree about which procedures are essential to learn in medical school. *Medical Teacher*. 2009;31:342-347.
- Lyss-Lerman PL, Teherani A, Aagard E, Loeser H, Cooke M, Harper M. What training is needed in the fourth year of medical school? Views of residency program directors. *Academic Medicine*. 2009;84:823-829.
- Raymond MR, Mee J, King A, Haist SA, Winward MI. What new residents do during their initial months of training. *Acad Med*. 2011;86:S59-S62.
- Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher*. 2019;41:641-649.
- Cruess RL, Cruess SR, Steinert I. Teaching Medical Professionalism. Supporting the Development of a Professional Identity. 2nd edition. Cambridge University Press (2009) 2016. Cambridge, United Kingdom.
- Sawatsky AP, Huffman BM, Hafferty FW. Coaching versus competency to facilitate professional identity formation. *Acad Med*. 2020;95:1511-1514.