



# El futuro de la educación médica en la Región Andina

Reflexiones y perspectivas desde el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026



**ASCOFAME**

Asociación Colombiana de  
Facultades de Medicina

CENTRE OF ACADEMIC EXCELLENCE  
IN POST GRADUATE MEDICAL EDUCATION



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE



ROYAL COLLEGE  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA  
COLLÈGE ROYAL  
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA



## Créditos editoriales

### Dirección general del encuentro

Luis Carlos Ortiz Monsalve  
Marcela Rincón Salazar  
Miguel García Cancino

### Autoría técnica del documento

Marcela Rincón Salazar  
Jhon Jairo Botello Jaimes  
Paula Catalina Vásquez Marín

### Comité académico del encuentro

María Valeria Araujo Navas  
Paula Andrea Jaramillo Marín  
Angie Katherine Turriago Castañeda  
Harold Giovanni Hoyos Montilla

### Colaboración internacional del encuentro

#### *Royal College Canada International (RCCI)*

Anurag Saxena  
Craig Ceppetelli  
Tai Alexandra Telesco  
María Teresa Ponce Silva  
Carlos Andrés Gómez-Garibello

#### *Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile (CEMCIS-UC)*

Klaus Püschel

### Sede del encuentro

Universidad Pontificia Bolivariana  
Medellín, Colombia

### Marco académico

Encuentro realizado como actividad satélite del III Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME 2026.





## Revisión académica del manuscrito

La primera versión integrada del documento fue remitida a la totalidad de los participantes del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 para una ronda de revisión académica. Veinte participantes remitieron observaciones orientadas a contrastar la correspondencia entre las discusiones desarrolladas durante el encuentro y su representación en el manuscrito, así como a fortalecer su claridad, coherencia, pertinencia, equilibrio y alcance regional.

Algunas de las personas que participaron en esta revisión también desempeñaron funciones académicas durante el encuentro, como integrantes del comité académico, moderadores, relatores o participantes de las mesas de trabajo. Los distintos roles se presentan de manera explícita en los créditos y en el Anexo 2.

### Nombre

Alexander Rodríguez Sanjuán  
Álvaro Enrique Romero Tapia  
Bolívar Xavier Caicedo Zapata

Carlos Rodrigo Díaz Bolaños  
Gloria Eugenia Camargo Villalba  
Jürg Niederbacher Velásquez  
Katherine Marín Donato

Klaus Püschel

Lina María López Barreto  
Ludwig Luis Antonio Albornoz Tovar  
Ludy Alexandra Vargas Torres

Marcela Luisa Castillo Franzoy  
María Elena Velásquez Acosta  
María Valeria Araujo Navas  
Martha Eugenia García Osorio  
Mauricio Soto-Suazo

Patricia González Triviño  
Pedro Jesús Mendoza Arana  
Sandra Patricia González Peña  
Yolercy Vásquez Cabrera

### Institución

Universidad del Atlántico  
Universidad de La Sabana  
Colegio de Médicos de Pichincha y Centro de Desarrollo Profesional de la Salud  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Universidad de Boyacá  
Universidad Industrial de Santander  
Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo  
Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile (CEMCIS-UC)  
Hospital Infantil Los Ángeles  
Universidad del Rosario  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia  
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo  
Universidad Icesi  
ASCOFAME  
Universidad Central del Caribe - Puerto Rico  
ASOFAMECH - Escuela de Medicina Universidad de Santiago de Chile  
Fundación Cardioinfantil- LaCardio  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Universidad de Manizales  
Universidad Surcolombiana



# Participantes del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 reunió líderes académicos, representantes institucionales, asociaciones médicas y expertos internacionales provenientes de distintos países de América Latina y Norteamérica, configurando un espacio regional de diálogo, cooperación e intercambio estratégico en educación médica.

## Brasil

### Participante

Antonio Lages

Felipe Proenço de Oliveira

### Institución

Associação Regional de Educação Médica de Minas Gerais (AREMG)

Ministerio de Salud

## Canadá

### Participante

Anurag Saxena

Carlos Andrés Gómez-Garibello

Tai Alexandra Telesco

### Institución

Royal College Canada International (RCCI)

McGill University – Royal College Canada International (RCCI)

Royal College Canada International (RCCI)

## Chile

### Participante

Ana María Moraga Palacios

Antonio Armando Orellana Tobar

Katherine Marín Donato

Klaus Püschel

Marcela Luisa Castillo Franzoy

Mauricio Soto-Suazo

### Institución

Universidad de Concepción – ASOFAMECH

Universidad de Valparaíso / ASOFAMECH

Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo

Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud,

Pontificia Universidad Católica de Chile (CEMCIS-UC)

Universidad del Desarrollo – ASOFAMECH

ASOFAMECH – Universidad de Santiago de Chile

## Colombia

### Participante

Alexander Rodríguez Sanjuán

Álvaro Enrique Romero Tapia

Ana María Molano

Angy Carolina Villamil Duarte

Angie Katherine Turriago Castañeda

Carlos Alberto Muñoz Ardila

Carlos Alberto Velasco Benitez

### Institución

Universidad del Atlántico

Universidad de La Sabana

Universidad de los Andes

Universidad del Rosario

ASCOFAME

Universidad del Cauca

Universidad del Valle



|                                    |                                                     |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Carlos Gómez Restrepo              | Pontificia Universidad Javeriana                    |
| Carmen Inés Rodríguez              | Fundación Clínica Shaio                             |
| Claudia Marcela Vélez              | Universidad de Antioquia                            |
| Diego Alejandro Vivas Giraldo      | Universidad de los Andes                            |
| Giovanni García Castro             | Universidad Tecnológica de Pereira                  |
| Gloria Eugenia Camargo Villalba    | Universidad de Boyacá                               |
| Gustavo Adolfo Quintero Hernández  | Academia Nacional de Medicina                       |
| Harold Giovanni Hoyos Montilla     | ASCOFAME                                            |
| Harold Mauricio Casas Cruz         | Universidad de Nariño                               |
| Héctor Raúl Aguiar Castilla        | Universidad del Tolima                              |
| Hugo Cárdenas López                | Universidad El Bosque                               |
| Jairo Hernán Ortega Ortega         | Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales     |
| Jairo Hildebrando Roa Buitrago     | Universidad de los Andes                            |
| Jhon Jairo Bohórquez Carrillo      | Academia de Medicina de Medellín                    |
| Jhon Jairo Botello Jaimes          | Corporación Universitaria Remington – Medellín      |
| Johanna Alejandra Lozano Beltrán   | Universidad de los Andes                            |
| Jorge Alberto Restrepo Escobar     | Universidad de La Sabana                            |
| José Alfredo Burbano Martínez      | Universidad Cooperativa de Colombia                 |
| Juan Carlos Montenegro Cardona     | Institución Universitaria Visión de las Américas    |
| Juan José Rey Serrano              | Universidad Autónoma de Bucaramanga                 |
| Juan Manuel Toro Escobar           | Universidad EIA                                     |
| Juan Mauricio Pardo Oviedo         | Universidad del Rosario                             |
| Juliana María Gaviria Serrano      | Universidad CES                                     |
| Jürg Niederbacher Velásquez        | Universidad Industrial de Santander                 |
| Karolyna Blanco Ferreira           | Universidad Militar Nueva Granada                   |
| Lina María González Duque          | Fundación Universitaria San Martín                  |
| Lina María López Barreto           | Hospital Infantil Los Ángeles                       |
| Lorena Álvarez Rodríguez           | Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Medellín |
| Ludwig Luis Antonio Albornoz Tovar | Universidad del Rosario                             |
| Ludy Alexandra Vargas Torres       | Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia    |
| Luis Carlos Domínguez Torres       | Unisanitas                                          |
| Luis Carlos Ortiz Monsalve         | ASCOFAME                                            |
| Marcela Rincón Salazar             | ASCOFAME                                            |
| María Andrea Fernández Gutiérrez   | Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá |
| María del Pilar Garavito Galofre   | Universidad del Norte                               |
| María Elena Velásquez Acosta       | Universidad Icesi                                   |
| María Mónica Murillo Muñoz         | Institución Universitaria Visión de las Américas    |
| María Valeria Araujo Navas         | ASCOFAME                                            |
| Mauricio Serra Tamayo              | Pontificia Universidad Javeriana Cali               |
| Milena Esther Hernández Siado      | Universidad del Sinú Cartagena                      |
| Otto Hamann Echeverri              | Fundación Universitaria Juan N. Corpas              |
| Pablo Javier Patiño Grajales       | Universidad de Antioquia                            |
| Patricia González Triviño          | Fundación Cardioinfantil – LaCardio                 |
| Paula Andrea Jaramillo Marín       | ASCOFAME                                            |





Paula Catalina Vásquez Marín  
 Ricardo H. Escobar Gaviria  
 Rosario Barguil Rodgers  
 Salín Ramón Touchie Meza  
 Salvador Antonio Rada Jiménez  
 Sandra Patricia González Peña  
 Sara Carolina Bedoya Osorio  
 Silvio Arbey Osorio Villada  
 William Gabriel Reyes Serpa  
 Yolercy Vásquez Cabrera  
 Yoliset Karina Romero  
 Yudi Paulina García Ramírez

Universidad CES  
 Universidad Simón Bolívar  
 Universidad Pontificia Bolivariana  
 Universidad Cooperativa de Colombia  
 Universidad Libre Seccional Barranquilla  
 Universidad de Manizales  
 Universidad CES  
 Unidad Central del Valle del Cauca  
 Universidad de Santander (UDES)  
 Universidad Surcolombiana  
 Pontificia Universidad Javeriana  
 Corporación Universitaria Remington

## Ecuador

### Participante

Bolívar Xavier Caicedo Zapata

Carlos Eduardo Figueroa Figueroa

Carlos Rodrigo Díaz Bolaños

Juan Luis Aguirre Martínez

### Institución

Colegio de Médicos de Pichincha y Centro de  
 Desarrollo Profesional de la Salud

Colegio de Médicos de Pichincha y Centro de  
 Desarrollo Profesional de la Salud

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

## México

### Participante

José Antonio Hurtado Montalvo

Ramón Ignacio Esperón Hernández

### Institución

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de  
 Medicina – AMFEM

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de  
 Medicina – AMFEM

## Panamá

### Participante

Mario Jaramillo Hidalgo

### Institución

Columbus University

## Perú

### Participante

Herdert Martin Alban Olaya

Juan Carlos Meza García

Pedro Jesús Mendoza Arana

### Institución

Universidad Nacional de Cajamarca

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) /  
 CONAREME – ASPEFAM

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## Puerto Rico

### Participante

Martha Eugenia García Osorio

### Institución

Universidad Central del Caribe



## Contribuciones Académicas y Deliberativas

El presente documento integra los aportes académicos y deliberativos desarrollados por líderes, moderadores, relatores y participantes de las mesas temáticas del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026, realizado en el marco del III Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME 2026.

# El Futuro de la Educación Médica en la Región Andina

## Reflexiones y perspectivas desde el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

Primera edición, agosto de 2026

Entidad editora:

**Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME**

Lugar de publicación:

**Bogotá, Colombia**

**ISBN:978-958-8078-43-4**

Cómo citar este documento: **Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). (2026). El futuro de la educación médica en la Región Andina: Reflexiones y perspectivas desde el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.**

Derechos

© 2026 Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME. Todos los derechos reservados.

Contacto académico: [info@ascofame.org.co](mailto:info@ascofame.org.co)



## Prólogo

Hay encuentros académicos que producen memorias. Y hay otros que dejan preguntas abiertas, conversaciones pendientes y la sensación de que algo apenas comienza. Para mí, el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 fue uno de esos encuentros.

Durante mucho tiempo hemos hablado de los desafíos de la educación médica en América Latina. Los conocemos, los estudiamos y los vivimos desde nuestras universidades, hospitales, asociaciones y sistemas de salud. Sin embargo, reconocerlos no es suficiente. También necesitamos espacios para pensarlos juntos, contrastar experiencias, cuestionar certezas y escuchar perspectivas construidas desde realidades diferentes.

Ese fue, quizás, el mayor valor de lo ocurrido en Medellín.

Durante una jornada compartimos preguntas, experiencias y preocupaciones con personas provenientes de distintos países, instituciones y trayectorias. Hubo coincidencias, pero también matices, tensiones y asuntos que permanecieron abiertos. Y justamente allí estuvo buena parte de la riqueza del ejercicio: no necesitábamos llegar a una única respuesta para aprender unos de otros.

Este documento nace de esa experiencia. Espero que quienes participaron puedan reconocerse en las conversaciones que ayudaron a construir y que quienes se acerquen a ellas por primera vez encuentren razones para continuarlas. Más que registrar un encuentro, estas páginas buscan mantener abierta una conversación que considero necesaria para nuestra región.

El proceso reafirmó también una convicción personal: América Latina cuenta con conocimiento, experiencia y liderazgos capaces de aportar de manera significativa a la transformación de la educación médica. Nuestro desafío es conectar mejor esas capacidades, aprender colectivamente y generar espacios donde las ideas puedan convertirse en nuevas posibilidades de colaboración.

El futuro de la educación médica en nuestra región no está escrito. Este documento quiere ser una contribución a su construcción.

*Marcela Rincón Salazar*

*Directora de Educación e Investigación*

*ASCOFAME*



## Resumen ejecutivo

La educación médica en la Región Andina atraviesa una transformación impulsada por cambios en los sistemas de salud, nuevas expectativas sociales, aceleración tecnológica, persistencia de inequidades y una creciente necesidad de fortalecer la calidad, pertinencia y sostenibilidad de la formación. En este contexto, el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026, organizado por ASCOFAME en articulación con Royal College Canada International (RCCI), del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), reunió a más de 80 participantes de nueve países para reflexionar sobre el futuro de la educación médica a lo largo del continuo formativo, desde el pregrado hasta el desarrollo profesional permanente (DPP).

El encuentro tuvo como propósito analizar críticamente diez apuestas estratégicas para la educación médica contemporánea, contrastarlas con las realidades institucionales y sanitarias de la región e identificar barreras, oportunidades y orientaciones susceptibles de adaptación a distintos contextos. Las discusiones abordaron Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs), educación de precisión en salud, nuevo profesionalismo, ambientes de aprendizaje saludables, educación médica basada en evidencia, liderazgo, reconceptualización de la experticia médica, evaluación programática, trayectorias y transiciones educativas, y salud global y planetaria.

El IMELF se desarrolló como un ejercicio de deliberación estratégica estructurada. Diez mesas trabajaron con una rejilla común en dos rondas sucesivas; entre rondas, los participantes fueron redistribuidos para incorporar nuevas perspectivas y contrastar los planteamientos iniciales. Los productos fueron posteriormente revisados e integrados por el equipo académico y de autoría técnica, preservando convergencias, diferencias y tensiones, y realizando una lectura transversal para reconocer patrones recurrentes entre apuestas. La primera versión del documento fue remitida a la totalidad de los asistentes y 20 participantes contribuyeron con observaciones mediante una ronda de revisión académica posterior. El ejercicio no constituyó un estudio cualitativo exhaustivo, un procedimiento formal de consenso, una priorización cuantitativa ni una validación empírica. Sus resultados deben entenderse como una contribución regional situada, construida a partir de las perspectivas y experiencias de quienes participaron.

El análisis integrado permitió reconocer siete hallazgos transversales. La fragmentación entre pregrado, posgrado y DPP emergió principalmente como un desafío de gobernanza y corresponsabilidad. La docencia clínica apareció como un eslabón que requiere mayor reconocimiento, desarrollo y soporte institucional. La innovación educativa evidenció la importancia de una adopción crítica y contextualizada, acompañada de capacidad para producir y utilizar evidencia propia. El currículo oculto y las culturas institucionales se reconocieron como componentes centrales de la experiencia formativa y del desarrollo del profesionalismo. El bienestar se identificó como una condición estructural de calidad y sostenibilidad, y no como una agenda paralela. La educación médica emergió también como un campo que requiere mayor capacidad regional para documentar, investigar, compartir y aprender de sus propias experiencias.



Finalmente, la cooperación regional mostró la necesidad de evolucionar desde iniciativas episódicas hacia estructuras más estables de colaboración.

Dos hallazgos emergentes ampliaron esta lectura. Por una parte, múltiples discusiones apuntaron a una transformación cultural que trasciende el currículo y cuestiona jerarquías, modelos de relación y formas tradicionales de organización de la formación. Por otra, la inteligencia artificial apareció como una fuerza transformadora que exige desarrollar capacidades para interactuar críticamente con sistemas inteligentes, preservar el juicio profesional y abordar de manera explícita aspectos relacionados con ética, datos, sesgos, equidad y brechas de infraestructura.

En conjunto, los resultados sugieren que el futuro de la educación médica en la región dependerá menos de soluciones aisladas y más de la capacidad para articular actores, fortalecer culturas institucionales, acompañar trayectorias longitudinales, profesionalizar la docencia clínica, producir conocimiento contextualizado y construir respuestas colectivas. La continuidad del proceso IMELF se proyecta hacia mecanismos sostenidos de cooperación, seguimiento y aprendizaje regional, con una participación progresivamente más amplia de estudiantes, profesionales en formación, pacientes, comunidades y otros actores de los sistemas de salud. Las orientaciones presentadas no constituyen lineamientos obligatorios ni rutas únicas de implementación; ofrecen un marco de reflexión y un punto de partida para que instituciones y países continúen interrogando, adaptando y desarrollando estas orientaciones de acuerdo con sus propias realidades.





## Executive Summary

Medical education across the Andean Region is undergoing a period of significant transformation, shaped by changes in health systems, evolving societal expectations, rapid technological advancement, persistent inequities, and a growing need to strengthen the quality, relevance, and sustainability of medical training. Against this backdrop, the IMELF–Medellín 2026 Satellite Meeting, organized by ASCOFAME in collaboration with Royal College Canada International (RCCI), part of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), brought together more than 80 participants from nine countries to reflect on the future of medical education across the full educational continuum, from undergraduate training to postgraduate education and continuing professional development.

The meeting was designed to critically examine ten strategic priorities in contemporary medical education, consider them in light of the institutional and health-system realities of the region, and identify barriers, opportunities, and directions that could be adapted to different contexts. Discussions focused on Entrustable Professional Activities (EPAs), precision education in health professions education, evolving concepts of professionalism, healthy learning environments, best evidence medical education, leadership, the reconceptualization of medical expertise, programmatic assessment, educational pathways and transitions, and global and planetary health.

IMELF–Medellín 2026 was conducted as a structured strategic deliberation. Ten working groups used a common discussion framework over two successive rounds, with participants reassigned between rounds to introduce new perspectives and critically revisit the initial discussions. The outputs of the working groups were subsequently reviewed and integrated by the academic and technical writing team, with attention to areas of convergence, difference, and tension, as well as to recurring patterns across the ten strategic priorities. A first version of the document was then shared with all meeting participants, and 20 contributed comments through a subsequent round of academic review. The process was not designed as an exhaustive qualitative study, a formal consensus procedure, a quantitative prioritization exercise, or an empirical validation process. Its findings should therefore be understood as a contextually grounded regional contribution, informed by the perspectives and experiences of those who participated.

The integrated analysis identified seven cross-cutting findings. Fragmentation across undergraduate education, postgraduate training, and continuing professional development emerged primarily as a challenge of governance and shared responsibility. Clinical teaching stood out as a critical component requiring greater recognition, development, and institutional support. Educational innovation underscored the importance of critical and context-sensitive adoption, together with stronger regional capacity to generate and use locally relevant evidence. The hidden curriculum and institutional cultures were recognized as central influences on the learning experience and the development of professionalism. Well-being emerged as a structural condition for quality and sustainability rather than as a separate or peripheral agenda. Medical education itself was identified as a field in which the region needs stronger capacity to document, investigate, share, and



learn from its own experiences. Finally, regional cooperation highlighted the need to move beyond episodic initiatives toward more stable and sustained structures for collaboration.

Two emerging findings broadened this interpretation. First, discussions pointed to a cultural transformation that extends beyond formal curricula and calls into question traditional hierarchies, patterns of interaction, and established ways of organizing medical training. Second, artificial intelligence emerged as a transformative force that will require learners, educators, and professionals to develop the capacity to engage critically with intelligent systems, preserve professional judgment, and explicitly address issues related to ethics, data, bias, equity, and infrastructure gaps.

Taken together, the findings suggest that the future of medical education in the region will depend less on isolated solutions and more on the ability to connect stakeholders, strengthen institutional cultures, support longitudinal educational pathways, professionalize clinical teaching, generate contextually relevant knowledge, and build collective responses. The continuation of the IMELF process points toward sustained mechanisms for regional cooperation, follow-up, and shared learning, with progressively broader participation from students, trainees, patients, communities, and other stakeholders across health systems. The directions presented in this document are not mandatory standards or single pathways for implementation. Rather, they provide a framework for reflection and a starting point from which institutions and countries can continue to examine, adapt, and further develop these ideas in ways that respond to their own realities.



## Resultados en una mirada

Las diez apuestas estratégicas fueron analizadas desde las realidades institucionales y sanitarias de la región. La síntesis que se presenta a continuación busca facilitar una lectura rápida de los principales énfasis de cada mesa. No representa una priorización entre apuestas ni reemplaza los resultados completos del Capítulo 5.

**Tabla 1. Síntesis de las diez apuestas estratégicas abordadas en el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026**

| <b>Apuesta estratégica</b>                                                         | <b>Lo que hizo visible la discusión</b>                                                                                                                                                                                                                 | <b>Orientación derivada de la deliberación</b>                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs)</b>                          | Existe interés en avanzar hacia una evaluación más vinculada con el desempeño real, pero la heterogeneidad de perfiles de egreso, currículos, regulación y capacidades docentes dificulta una implementación uniforme.                                  | Avanzar de manera gradual, contextualizada y articulada con la formación basada en competencias, utilizando experiencias piloto, desarrollo docente y aprendizaje regional antes de escalar.                                                   |
| <b>2. Educación de precisión en salud</b>                                          | Su potencial para acompañar trayectorias individuales contrasta con capacidades tecnológicas, regulatorias y docentes muy desiguales. El uso de datos puede favorecer la personalización, pero también ampliar brechas o desplazar el juicio educativo. | Desarrollarla progresivamente como una estrategia centrada en las personas y no en la tecnología, fortaleciendo capacidades, gobernanza de datos, equidad y uso ético de la información.                                                       |
| <b>3. Nuevo profesionalismo y cultura formativa</b>                                | El profesionalismo no depende únicamente de valores individuales: se construye en las culturas institucionales, los modelos de rol, los ambientes de aprendizaje y las condiciones reales de práctica.                                                  | Fortalecer el profesionalismo mediante experiencias formativas coherentes, reflexión sobre el currículo oculto, desarrollo de la identidad profesional, experiencias vinculadas con comunidades y transformación cultural institucional.       |
| <b>4. Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo</b>      | Bienestar, seguridad psicológica, riesgo psicosocial, relaciones jerárquicas y presión asistencial forman parte del ecosistema educativo y no pueden abordarse únicamente mediante intervenciones dirigidas al estudiante.                              | Tratar los ambientes de aprendizaje como una condición estructural de calidad y seguridad, con desarrollo docente, gobernanza compartida, medición periódica y acciones de mejora institucional.                                               |
| <b>5. Educación médica basada en evidencia (BEME) y producción de conocimiento</b> | Muchas decisiones educativas continúan apoyándose en tradición, experiencia local o adopción de modelos externos con evaluación contextual limitada. Al mismo tiempo, gran parte del conocimiento producido                                             | Fortalecer la capacidad para producir, interpretar, compartir y utilizar evidencia educativa contextualizada, incluida la generada en la región, articulando desarrollo docente, investigación colaborativa y aprendizaje entre instituciones. |



|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                  | en la región permanece disperso o poco visible.                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>6. Formación de líderes en educación médica</b>                                               | El liderazgo suele depender todavía de características individuales o de posiciones institucionales y tiene una progresión poco estructurada a lo largo del continuo formativo.                                                                 | Desarrollar el liderazgo de manera intencional, progresiva, ética e interprofesional, con formación, evaluación, reconocimiento institucional y articulación en redes.                                                                                     |
| <b>7. Reconceptualización de la experticia médica</b>                                            | La competencia profesional contemporánea exige más que conocimiento biomédico y habilidades clínicas: requiere comprender contextos, trabajar con otras disciplinas, deliberar con pacientes y responder a necesidades sociales y comunitarias. | Ampliar la experticia sin disminuir el rigor clínico, integrando conocimiento científico, juicio profesional, comprensión contextual, toma de decisiones compartida, pensamiento crítico y compromiso social.                                              |
| <b>8. Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática</b>        | Persisten sistemas de evaluación episódicos y centrados en pruebas terminales, aun en programas que han avanzado hacia formación basada en competencias.                                                                                        | Evolucionar hacia sistemas longitudinales de evaluación, sustentados en múltiples fuentes de información, retroalimentación continua, juicio profesional, desarrollo docente y decisiones formativas más confiables.                                       |
| <b>9. Trayectorias y transiciones educativas</b>                                                 | Las transiciones entre ingreso a la universidad, pregrado, posgrado y ejercicio profesional continúan poco estructuradas y existe una valoración desigual de distintas trayectorias profesionales.                                              | Construir rutas más explícitas, flexibles y acompañadas, articulando academia, sistemas de salud y marcos regulatorios y reconociendo una mayor diversidad de trayectorias profesionales.                                                                  |
| <b>10. Pandemia, salud global y salud planetaria</b>                                             | Las crisis sanitarias y ambientales evidencian los límites de una formación centrada predominantemente en enfermedad y atención individual, así como una incorporación todavía heterogénea de salud global y planetaria.                        | Integrar progresivamente estas perspectivas en el continuo formativo, fortaleciendo prevención, salud pública, sostenibilidad, resiliencia, comprensión de los determinantes sociales y ambientales y capacidad de respuesta frente a desafíos colectivos. |
| Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                            |

### Al leer las diez mesas en conjunto

La lectura transversal mostró que varios desafíos reaparecían en apuestas diferentes. Estos hallazgos no expresan una jerarquía de importancia ni un consenso formal; representan patrones identificados al integrar las discusiones de las diez mesas.



**Tabla 2. Hallazgos transversales identificados en la lectura integrada de las diez mesas de trabajo**

| Hallazgo transversal                                    | Qué pone de manifiesto                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Fragmentación del continuo formativo</b>          | La separación entre pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente refleja principalmente un desafío de gobernanza y corresponsabilidad, más que un problema exclusivamente curricular.         |
| <b>2. Docencia clínica insuficientemente reconocida</b> | Los sistemas formativos dependen de docentes clínicos que con frecuencia cuentan con preparación pedagógica, tiempo protegido, reconocimiento y estructuras de apoyo insuficientes.                     |
| <b>3. Innovación educativa y contextualización</b>      | Incorporar nuevas metodologías o tecnologías no es suficiente; se requiere capacidad para analizarlas críticamente, adaptarlas al contexto y valorar sus resultados antes de promover su escalamiento.  |
| <b>4. Currículo oculto y cultura institucional</b>      | Las relaciones, jerarquías, prácticas cotidianas y conductas toleradas por las instituciones pueden reforzar o contradecir los valores declarados en el currículo formal.                               |
| <b>5. Bienestar como condición del sistema</b>          | El bienestar no puede reducirse a intervenciones individuales; depende también de condiciones organizacionales, asistenciales y culturales que influyen en la calidad y sostenibilidad de la formación. |
| <b>6. Educación médica como objeto de conocimiento</b>  | La región necesita fortalecer su capacidad para documentar, investigar, sistematizar, compartir y utilizar el conocimiento generado por sus propias experiencias educativas.                            |
| <b>7. Cooperación regional sostenible</b>               | Existen capacidades, redes y liderazgos regionales, pero se requieren mecanismos más estables de colaboración, aprendizaje compartido y producción conjunta de conocimiento.                            |

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

### Hallazgos emergentes

**Tabla 3. Hallazgos emergentes identificados en la lectura integrada de las diez mesas de trabajo**

| Hallazgo emergente                                        | Qué señala para el futuro                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Transformación cultural de la educación médica</b>     | El cambio requerido trasciende los planes de estudio y alcanza las formas de relación, las jerarquías y las culturas institucionales, con una orientación creciente hacia modelos más colaborativos, interprofesionales, socialmente responsables y centrados en personas y comunidades.       |
| <b>Inteligencia artificial como fuerza transformadora</b> | La IA tiene un creciente potencial para transformar la manera de aprender, enseñar, evaluar y ejercer la medicina. Su incorporación exige preservar el juicio profesional y abordar ética, calidad de la información, sesgos, protección de datos, equidad y brechas de capacidad tecnológica. |

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

Los principales desafíos identificados no son únicamente curriculares. La lectura integrada apunta a una necesidad más profunda: fortalecer la capacidad de universidades, escenarios asistenciales, asociaciones académicas, organismos reguladores, sistemas de salud y comunidades para actuar como partes de un mismo sistema formativo.

Por ello, la transformación de la educación médica en la región parece depender menos de encontrar una única innovación y más de construir gobernanza compartida, culturas institucionales coherentes, capacidades docentes, conocimiento regional y formas sostenidas de cooperación.



## Contenido

|                                                                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Prólogo.....</i>                                                                                              | <i>8</i>   |
| <i>Resumen ejecutivo.....</i>                                                                                    | <i>9</i>   |
| <i>Executive Summary .....</i>                                                                                   | <i>11</i>  |
| <i>Resultados en una mirada .....</i>                                                                            | <i>13</i>  |
| <i>Siglas y Abreviaturas .....</i>                                                                               | <i>17</i>  |
| <b>PARTE I. CONTEXTO Y METODOLOGÍA.....</b>                                                                      | <b>18</b>  |
| Capítulo 1. Transformación global de la educación médica .....                                                   | 18         |
| Capítulo 2. IMELF y la cooperación internacional en educación médica .....                                       | 22         |
| <b>PARTE II. EL ENCUENTRO IMELF–MEDELLÍN 2026.....</b>                                                           | <b>25</b>  |
| Capítulo 3. El Encuentro IMELF–Medellín 2026 .....                                                               | 25         |
| Capítulo 4. Diseño metodológico .....                                                                            | 34         |
| <b>PARTE III. RESULTADOS REGIONALES .....</b>                                                                    | <b>44</b>  |
| Capítulo 5. Resultados de las mesas de trabajo .....                                                             | 44         |
| 5.1 Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs) .....                                                        | 45         |
| 5.2 Educación médica de precisión (Educación de precisión en salud) .....                                        | 50         |
| 5.3 Nuevo profesionalismo (y cultura formativa) .....                                                            | 54         |
| 5.4 Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo .....                                    | 60         |
| 5.5 Educación médica basada en evidencia (BEME) (y producción de conocimiento) .....                             | 65         |
| 5.6 Formación de líderes en educación médica.....                                                                | 69         |
| 5.7 Reconceptualización de la experticia médica .....                                                            | 74         |
| 5.8 Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática.....                         | 79         |
| 5.9 Trayectorias y transiciones educativas .....                                                                 | 84         |
| 5.10 Pandemia, salud global y salud planetaria .....                                                             | 89         |
| Capítulo 6. Hallazgos transversales y emergentes: lectura integrada.....                                         | 93         |
| 6.1 La fragmentación del continuo formativo: más allá de lo curricular .....                                     | 95         |
| 6.2 La docencia clínica: el eslabón que no puede seguir siendo invisible.....                                    | 95         |
| 6.3 Innovación educativa y contextualización: el desafío de la adopción crítica .....                            | 96         |
| 6.4 El currículo oculto y la cultura institucional: más allá de lo que declara el currículo.....                 | 97         |
| 6.5 El bienestar como condición del sistema, no como agenda paralela.....                                        | 98         |
| 6.6 La educación médica como objeto de conocimiento: de la experiencia aislada al aprendizaje institucional..... | 98         |
| 6.7 La cooperación regional: de la aspiración a la arquitectura.....                                             | 99         |
| 6.8 La transformación cultural de la educación médica: un cambio que trasciende el currículo .....               | 100        |
| 6.9 La inteligencia artificial como fuerza transformadora de la educación médica .....                           | 101        |
| <b>PARTE IV. PROYECCIÓN ESTRATÉGICA.....</b>                                                                     | <b>105</b> |





|                                                                                            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Capítulo 7. Implicaciones para el futuro de la educación médica en la Región Andina .....  | 105        |
| Capítulo 8. Continuidad del proceso regional.....                                          | 112        |
| Capítulo 9. Reflexiones finales .....                                                      | 118        |
| <i>Epílogo. La región que estamos aprendiendo a construir .....</i>                        | <i>121</i> |
| <i>Referencias.....</i>                                                                    | <i>122</i> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                         | <b>124</b> |
| Anexo 1. Agenda académica del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 .....                 | 124        |
| Anexo 2. Organización metodológica de las mesas de trabajo y participación académica ..... | 125        |

## Siglas y Abreviaturas

| Sigla     | Significado                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ABP       | Aprendizaje Basado en Problemas                                                   |
| AMFEM     | Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina                          |
| APC/EPAs  | Actividades Profesionales Confiables / <i>Entrustable Professional Activities</i> |
| APS       | Atención Primaria en Salud                                                        |
| ASCOFAME  | Asociación Colombiana de Facultades de Medicina                                   |
| ASOFAMECH | Asociación de Facultades de Medicina de Chile                                     |
| ASPEFAM   | Asociación Peruana de Facultades de Medicina                                      |
| BEME      | <i>Best Evidence Medical Education</i>                                            |
| CanMEDS   | <i>Canadian Medical Education Directions for Specialists</i>                      |
| DPP       | Desarrollo Profesional Permanente                                                 |
| FEPAFEM   | Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina                      |
| IA        | Inteligencia Artificial                                                           |
| ICRE      | <i>International Conference on Residency Education</i>                            |
| IMELF     | <i>International Medical Education Leaders Forum</i>                              |
| ISC       | <i>IMELF Steering Committee</i>                                                   |
| RCCI      | <i>Royal College Canada International</i>                                         |
| RCPSC     | <i>Royal College of Physicians and Surgeons of Canada</i>                         |
| UNESCO    | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura    |
| WFME      | <i>World Federation for Medical Education</i>                                     |



## PARTE I.

# CONTEXTO Y METODOLOGÍA

## Capítulo 1. Transformación global de la educación médica

### 1.1 La educación médica frente a un escenario de transformación estructural

La educación médica contemporánea atraviesa un proceso de transformación impulsado por cambios simultáneos en los sistemas de salud, el avance acelerado de las tecnologías emergentes y la creciente complejidad de las necesidades sanitarias. En este escenario, las instituciones formadoras enfrentan el desafío de redefinir no solo qué profesionales formar, sino también cómo hacerlo a lo largo de la trayectoria formativa que integra pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente (DPP) (Frenk et al., 2010; WFME, 2020).

Durante las últimas décadas, organismos internacionales, asociaciones académicas y líderes globales en educación médica han advertido que los modelos centrados predominantemente en la transmisión de conocimientos resultan insuficientes frente a contextos caracterizados por incertidumbre, interdependencia y rápida transformación tecnológica y social. La Comisión Lancet sobre la educación de profesionales de la salud para el siglo XXI planteó la necesidad de avanzar hacia modelos educativos transformadores, articulados con los sistemas sanitarios, orientados al desarrollo de competencias y capaces de fortalecer liderazgo, adaptabilidad y capacidad de respuesta frente a escenarios complejos (Frenk et al., 2010).

En la misma dirección, marcos internacionales como CanMEDS han ampliado la comprensión de la competencia profesional al incorporar, junto con el conocimiento disciplinar, dimensiones relacionadas con comunicación, colaboración interprofesional, liderazgo, profesionalismo y compromiso social (Frank et al.,



2015). Estas transformaciones dialogan con discusiones más amplias sobre las capacidades requeridas para desenvolverse en sociedades complejas e interdependientes (OECD, 2018; UNESCO, 2021).

Este cambio ocurre, además, en sistemas de salud afectados por envejecimiento poblacional, aumento de enfermedades crónicas, crisis de talento humano, sobrecarga asistencial y persistencia de inequidades sociales y territoriales. La educación médica debe, por tanto, responder de manera integrada a desafíos sanitarios, sociales, ambientales y culturales que trascienden la formación biomédica tradicional (Frenk et al., 2010; WHO, 2013; UNESCO, 2021).

En América Latina y la Región Andina, estos desafíos se expresan en contextos caracterizados por heterogeneidad institucional, desigualdad en las capacidades formativas y diferencias estructurales entre los sistemas sanitarios. Estas condiciones refuerzan la importancia de desarrollar respuestas contextualizadas y fortalecer mecanismos de cooperación académica regional.

## 1.2 Transformación digital, inteligencia artificial y nuevas competencias profesionales

La expansión de la inteligencia artificial (IA) y de los ecosistemas digitales aplicados a la salud constituye una de las transformaciones más aceleradas que enfrenta actualmente la educación médica. Los sistemas de apoyo diagnóstico, la analítica de datos clínicos, las plataformas adaptativas de aprendizaje y las herramientas de seguimiento longitudinal del desempeño están modificando simultáneamente la práctica clínica, los procesos evaluativos y las competencias que los sistemas formativos necesitan desarrollar (Masters, 2019; Topol, 2019).

Estas transformaciones trascienden la incorporación de nuevas tecnologías al currículo. La educación médica de precisión, la analítica educativa y el uso creciente de datos plantean interrogantes sobre qué información debe capturarse, quién puede acceder a ella y cómo utilizarla para fortalecer el aprendizaje sin reducir la formación a métricas o desplazar el juicio pedagógico. En este contexto, uno de los principales desafíos consiste en aprovechar el potencial de la transformación digital preservando la centralidad humanística, ética y relacional del ejercicio profesional.

Al mismo tiempo, las diferencias en infraestructura, conectividad y capacidad tecnológica entre instituciones y regiones plantean riesgos de ampliación de brechas existentes. La transformación digital requiere, por ello, marcos de gobernanza ética, criterios de pertinencia social y estrategias de desarrollo de capacidades que permitan una incorporación progresiva y equitativa de estas herramientas en los sistemas formativos (OECD, 2018; UNESCO, 2021).



### 1.3 Transformación de la evaluación y formación basada en competencias

La evaluación constituye uno de los principales focos de transformación de la educación médica. Los modelos centrados predominantemente en mediciones episódicas y pruebas terminales han evolucionado hacia enfoques longitudinales, integrales y programáticos orientados a valorar desempeño auténtico, progresión competencial y capacidad de respuesta frente a escenarios reales de práctica (van der Vleuten et al., 2012).

En este marco, las Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs) y la formación basada en competencias han adquirido creciente relevancia internacional como estrategias para fortalecer la articulación entre currículo, evaluación y práctica clínica. Estos enfoques favorecen la observación del desempeño, la supervisión progresiva y la construcción gradual de autonomía profesional (ten Cate, 2005; ten Cate et al., 2015).

De manera complementaria, la evaluación programática propone integrar múltiples fuentes de información a lo largo del tiempo, acompañadas de retroalimentación continua y decisiones progresivas sobre el desarrollo del estudiante (Van der Vleuten et al., 2012). Su implementación, sin embargo, exige más que cambios instrumentales: requiere desarrollo docente, legitimidad institucional, transformación de la cultura evaluativa y condiciones operativas que permitan sostener sistemas longitudinales de evaluación.

### 1.4 Bienestar, profesionalismo y ambientes de aprendizaje

Las agendas contemporáneas de educación médica han incorporado de manera creciente el bienestar, la salud mental y la calidad de los ambientes de aprendizaje. El agotamiento profesional, la sobrecarga asistencial y las dificultades de salud mental de estudiantes, residentes y docentes han dejado de considerarse asuntos periféricos para convertirse en dimensiones relevantes de la calidad educativa y de la sostenibilidad de los sistemas formativos (Skochelak et al., 2021).

La calidad de la formación depende no solo de los currículos formales, sino también de las condiciones presentes en universidades, hospitales y otros escenarios de práctica. Por ello, organismos internacionales han destacado la importancia de promover ambientes de aprendizaje seguros, inclusivos, colaborativos y coherentes con los valores institucionales declarados (WHO, 2013; WFME, 2020).

En este contexto, el profesionalismo contemporáneo ha ampliado su alcance para incorporar dimensiones relacionadas con comunicación, liderazgo, trabajo interprofesional, responsabilidad social, ética, bienestar y capacidad de adaptación frente a escenarios complejos (Frank et al., 2015). Esta evolución ha reforzado también el reconocimiento del currículo oculto como un componente relevante de la formación médica, en la medida en que las culturas institucionales, las relaciones y las prácticas cotidianas influyen sobre la construcción de la identidad profesional.



## 1.5 Responsabilidad social, sostenibilidad y salud planetaria

La responsabilidad social, la sostenibilidad y la salud planetaria ocupan un lugar creciente en las discusiones sobre el futuro de la educación médica. Los profesionales de la salud deberán responder a desafíos relacionados con cambio climático, crisis humanitarias, migraciones e inequidades sociales y sanitarias, cuyas consecuencias afectan de manera directa la salud de las poblaciones y el funcionamiento de los sistemas sanitarios (Faerron Guzmán et al., 2021; Romanello et al., 2025).

Esta perspectiva exige comprender la salud desde una mirada sistémica e interdependiente que articule dimensiones ambientales, sociales, económicas y éticas. La salud planetaria trasciende así una agenda exclusivamente ambiental y se relaciona con la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, la resiliencia y la protección de la salud de las poblaciones (Green et al., 2023).

De manera complementaria, la responsabilidad social de las facultades de medicina plantea que las instituciones orienten sus funciones de formación, investigación y extensión hacia las necesidades prioritarias de las poblaciones y de los sistemas de salud (Boelen & Heck, 1995; Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010).

En América Latina, estas discusiones adquieren especial relevancia frente a las inequidades territoriales, la vulnerabilidad climática y las diferencias en acceso y capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios. En este contexto, las instituciones formadoras enfrentan el desafío de articular las agendas globales de sostenibilidad y responsabilidad social con las realidades locales y regionales, contribuyendo al fortalecimiento de sistemas de salud más equitativos, pertinentes y sostenibles (Lindgren & Karle, 2011).

## 1.6 El continuo formativo como eje estratégico global

El fortalecimiento del continuo formativo constituye uno de los ejes centrales de la transformación contemporánea de la educación médica. Este enfoque reconoce que la formación de los profesionales de la salud no puede comprenderse como una sucesión de etapas independientes, sino como un proceso longitudinal que integra pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente a lo largo de la trayectoria profesional (WFME, 2020; WFME, 2023).

En pregrado, los desafíos se relacionan con una formación científica sólida, pensamiento crítico, integración curricular y desarrollo temprano de capacidades comunicativas, éticas y colaborativas. En posgrado, el énfasis se desplaza hacia supervisión progresiva, evaluación longitudinal y desarrollo de autonomía profesional. Por su parte, el DPP adquiere especial relevancia frente a la aceleración tecnológica, los cambios epidemiológicos y la evolución continua del conocimiento científico (WHO, 2013; OECD, 2018).

La articulación efectiva del continuo formativo requiere fortalecer los vínculos entre universidades, hospitales, escenarios clínicos, asociaciones académicas y sistemas de salud, favoreciendo trayectorias



educativas más coherentes, progresivas y socialmente pertinentes. Este desafío es particularmente relevante en América Latina y la Región Andina, donde persisten diferencias importantes entre países e instituciones en capacidades formativas, disponibilidad de escenarios de práctica y mecanismos de aseguramiento de la calidad.

## Capítulo 2. IMELF y la cooperación internacional en educación médica

### 2.1 Origen y evolución de IMELF

El *International Medical Education Leaders Forum* (IMELF) fue fundado en 2007 por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) como un espacio de diálogo estratégico entre líderes institucionales de educación médica, incluidos decanos, directores académicos y responsables de la formación de especialistas. Desde sus inicios, se articuló con la *International Conference on Residency Education* (ICRE), fortaleciendo su vínculo con las discusiones internacionales sobre educación médica de posgrado.

Una característica distintiva de IMELF ha sido su énfasis en formatos deliberativos y participativos. Las sesiones de trabajo, las discusiones en mesas y la construcción colectiva de orientaciones han buscado trascender la exposición de experiencias para favorecer el análisis estratégico entre actores con responsabilidades institucionales en educación médica.

En 2016, el *IMELF Steering Committee* (ISC) formalizó esta proyección internacional mediante la creación de los *IMELF Satellite Meetings*, concebidos como encuentros regionales destinados a contextualizar las discusiones globales de acuerdo con las prioridades y características de diferentes regiones. Desde 2017, estos encuentros se han desarrollado en América Latina, Sudeste Asiático, Medio Oriente, África Subsahariana, Australasia y Europa, ampliando el alcance de IMELF como plataforma internacional de cooperación académica.

### 2.2 Los Satellite Meetings: modelo, gobernanza y trayectoria latinoamericana

Los *IMELF Satellite Meetings* se sustentan en un modelo de corresponsabilidad entre las instituciones anfitrionas y el RCPSC. Las primeras lideran la convocatoria, la programación y la articulación local, mientras que el RCPSC y el ISC brindan orientación metodológica, acompañamiento académico y vinculación





internacional. Este esquema busca preservar los principios del modelo IMELF y, al mismo tiempo, favorecer su adaptación a las particularidades de cada contexto.

Las instituciones interesadas en organizar un *Satellite Meeting* deben cumplir un proceso de evaluación por parte del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). El *IMELF Satellite Meetings Operations Manual* establece, además, que estos encuentros deben concentrarse en problemáticas estratégicas de educación médica y privilegiar metodologías participativas y deliberativas.

En América Latina, los encuentros realizados previamente en Chile y México contribuyeron a consolidar una trayectoria regional de discusión sobre calidad de la formación, articulación del continuo formativo y liderazgo académico. Estas experiencias también fortalecieron redes de colaboración que sirvieron como antecedente para el desarrollo del IMELF–Medellín 2026.

## 2.3 Articulación ASCOFAME – RCPSC

La realización de un encuentro IMELF en Colombia se inscribió en una relación de cooperación académica previamente establecida. En 2021, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), a través de Royal College Canada International (RCCI), formalizaron un *Memorandum of Understanding* orientado a fortalecer la educación médica de posgrado y desarrollar actividades académicas conjuntas.

Esta relación permitió construir una agenda compartida mediante talleres, conferencias y otras iniciativas de cooperación, y generó las condiciones institucionales para proponer el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026, desarrollado en el marco del III Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME 2026.

La participación de RCCI en el encuentro formó parte de su diseño académico y metodológico y permitió articular experiencia internacional en educación médica con conocimiento y liderazgo regional, fortaleciendo el carácter colaborativo de la iniciativa.

## 2.4 La Región Andina como contexto: por qué aquí y por qué ahora

La selección de la Región Andina como contexto de deliberación respondió a la necesidad de analizar las transformaciones de la educación médica desde realidades institucionales, sanitarias y regulatorias propias. Los países de la región comparten desafíos relacionados con heterogeneidad de capacidades formativas, fragmentación del continuo educativo, diferencias en los mecanismos de aseguramiento de la calidad y necesidad de fortalecer la articulación entre formación profesional y sistemas de salud.

Al mismo tiempo, la región dispone de capacidades académicas, instituciones con experiencia en innovación educativa y redes de cooperación que constituyen una base para fortalecer procesos de aprendizaje colectivo. Organizaciones como la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) y la



Red Andina de Facultades de Medicina han contribuido al desarrollo de espacios de articulación regional, aunque persiste la necesidad de fortalecer mecanismos sostenidos de cooperación entre instituciones y países.

En este escenario, la publicación de *Diez apuestas para la educación médica en Colombia en 2030* (Domínguez-Torres et al., 2025), desarrollada por la Academia Nacional de Medicina y ASCOFAME, ofreció un punto de partida para la discusión. Su utilización en el encuentro no tuvo como propósito validar regionalmente una propuesta nacional, sino someterla a análisis crítico, contrastarla con experiencias de otros contextos e identificar cuáles de sus planteamientos podían ser reinterpretados o ampliados desde una perspectiva regional.

## 2.5 IMELF–Medellín 2026 como escenario estratégico

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 se desarrolló el 25 de marzo de 2026 en la Universidad Pontificia Bolivariana, en Medellín, Colombia, y constituyó el primer IMELF realizado en el país y la primera articulación formal entre un Satellite Meeting y el Congreso Mundial de Educación Médica de ASCOFAME.

Más de 80 participantes de nueve países —Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Puerto Rico— participaron en una jornada estructurada alrededor de diez apuestas estratégicas para el futuro de la educación médica a lo largo del continuo formativo. El diseño metodológico incorporó dos rondas de deliberación con redistribución de participantes, con el propósito de ampliar la diversidad de perspectivas, contrastar los hallazgos iniciales y evitar cierres prematuros de la discusión.

El eje temático, **“Diez apuestas para el futuro de la educación médica en la Región Andina a lo largo del continuo formativo”**, funcionó como marco para analizar las condiciones de pertinencia e implementación de diferentes transformaciones educativas. Las discusiones abordaron Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs), educación médica de precisión, profesionalismo, ambientes de aprendizaje saludables, educación médica basada en evidencia (BEME), liderazgo, experticia médica, evaluación programática, trayectorias educativas y salud global y planetaria.

Desde esta perspectiva, el IMELF–Medellín 2026 se configuró como un espacio de deliberación regional orientado a contrastar tendencias internacionales con realidades locales, identificar barreras y oportunidades y construir orientaciones estratégicas contextualizadas. Los capítulos siguientes describen el desarrollo metodológico del encuentro y los principales resultados derivados de este proceso.



## PARTE II.

# EL ENCUENTRO IMELF–MEDELLÍN 2026

## Capítulo 3. El Encuentro IMELF–Medellín 2026

### 3.1. Propósito y objetivos del encuentro

#### 3.1.1. Del contexto al propósito del encuentro

Los antecedentes institucionales y el contexto regional que dieron lugar al Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 quedaron descritos en el capítulo anterior. Este apartado precisa la intención específica del encuentro y los elementos que lo distinguieron de un evento de difusión o de un ejercicio convencional de validación académica.

El punto de partida fue el documento Diez apuestas para la educación médica en Colombia en 2030 (Domínguez-Torres et al., 2025), elaborado por la Academia Nacional de Medicina y ASCOFAME. Pero el propósito del encuentro no fue presentar esas apuestas ni obtener respaldo regional para ellas. Fue someterlas a interrogación crítica: contrastarlas con las realidades formativas de otros países, identificar qué de lo que funciona en el contexto colombiano tiene sentido regional y qué necesita reinterpretarse, y construir desde ahí orientaciones que fueran genuinamente latinoamericanas y no simplemente exportadas.

Esa distinción —entre validar y deliberar— define el tipo de encuentro que fue IMELF–Medellín 2026 y el tipo de insumos que este documento busca ofrecer. No lineamientos cerrados sino orientaciones abiertas, construidas colectivamente por quienes tienen responsabilidad institucional sobre la formación médica en la región.



Figura 1. Apertura académica del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.



Fuente: Archivo del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 / ASCOFAME.

### 3.1.2. Lógica estratégica del encuentro

El diseño del encuentro partió de una premisa que no siempre se hace explícita en los espacios académicos: que los modelos educativos no se transfieren, se adaptan; y que esa adaptación requiere un proceso de deliberación situado, no solo acceso a información actualizada. Por eso las conferencias y paneles no fueron el núcleo del evento sino su andamiaje: espacios de contextualización conceptual que preparaban el terreno para el trabajo que ocurría en las mesas.

Las diez apuestas estratégicas funcionaron como dispositivos de análisis, no como agenda cerrada. Cada mesa las tomó como punto de entrada y las sometió a las preguntas que importan en la práctica: ¿es esto pertinente aquí? ¿qué barreras reales enfrenta su implementación? ¿qué condiciones institucionales serían necesarias? ¿dónde hay experiencias en la región que ya están construyendo algo en esta dirección? Esa operación —de la tendencia global a la condición local— fue la que le dio al encuentro su carácter estratégico. La perspectiva del continuo formativo fue otro eje que atravesó todas las discusiones de manera intencional.

El encuentro no analizó pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente como compartimentos separados, sino como etapas de un proceso que solo tiene sentido si se comprende en su articulación. Las tensiones entre niveles —qué se forma en cada etapa, qué se pierde en las transiciones, quién asume responsabilidad sobre el todo— atravesaron las discusiones de distintas mesas y se retoman en la lectura integrada del Capítulo 6.



Finalmente, el encuentro asumió desde su diseño que las orientaciones producidas debían ser abiertas y contextualizables, no prescriptivas. Esto no constituye una limitación metodológica, sino una postura conceptual: en una región con la heterogeneidad institucional de América Latina, un lineamiento uniforme difícilmente resultaría pertinente para la diversidad de contextos donde debería operar.

### 3.1.3. Objetivo general

Generar un espacio regional e internacional de diálogo estratégico, deliberación académica y construcción colectiva orientado a analizar las principales transformaciones y prioridades para el futuro de la educación médica en la Región Andina a lo largo del continuo formativo.

### 3.1.4. Objetivos específicos

- Analizar críticamente diez apuestas estratégicas emergentes para la educación médica contemporánea desde las realidades y necesidades de la Región Andina.
- Identificar barreras, oportunidades y condiciones habilitantes para la implementación de transformaciones educativas en pregrado, posgrado y DPP.
- Favorecer el intercambio de experiencias entre líderes académicos, instituciones formadoras y organizaciones de distintos países, con énfasis en los aprendizajes derivados de procesos de implementación real.
- Construir orientaciones estratégicas regionales contextualizadas, viables y socialmente pertinentes, susceptibles de ser adaptadas según las realidades institucionales y nacionales de cada contexto.
- Fortalecer redes de colaboración académica entre instituciones y actores comprometidos con la transformación de la educación médica en América Latina, proyectando agendas de cooperación hacia el año 2030.

## 3.2. Estructura general del encuentro

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 se desarrolló el 25 de marzo de 2026 en modalidad presencial, en el FORUM de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Colombia, como actividad satélite del III Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME 2026.

La jornada fue concebida como un espacio de diálogo estratégico y construcción colectiva orientado a analizar los principales desafíos y oportunidades para el futuro de la educación médica en la Región Andina. Para ello, se estructuró mediante una secuencia progresiva de actividades académicas y deliberativas que permitieran combinar la reflexión conceptual con el análisis contextualizado y la construcción de orientaciones regionales.

La estructura general del encuentro se organizó en dos componentes complementarios.



### **a. Espacios académicos plenarios**

Durante la jornada se desarrollaron conferencias magistrales, plenarias internacionales, plenarias regionales y un panel de discusión estratégica orientados a contextualizar los desafíos contemporáneos de la educación médica, presentar perspectivas internacionales y regionales, y ofrecer elementos conceptuales para el trabajo posterior en mesas. Estos espacios tuvieron como propósito:

- Introducir tendencias emergentes en educación médica.
- Presentar las diez apuestas estratégicas que orientaron la discusión del encuentro.
- Favorecer una comprensión compartida de los principales desafíos y oportunidades para la transformación de la educación médica en la región.
- Generar insumos conceptuales para el trabajo deliberativo posterior.

### **b. Mesas de trabajo deliberativo**

El núcleo participativo del encuentro estuvo constituido por diez mesas simultáneas de trabajo, cada una centrada en una apuesta estratégica específica para el futuro de la educación médica en la Región Andina. Las apuestas abordadas fueron:

1. Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs).
2. Educación médica de precisión.
3. Nuevo profesionalismo.
4. Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo.
5. Educación sustentada en la mejor evidencia (BEME).
6. Formación de líderes en educación médica.
7. Reconceptualización de la experticia médica.
8. Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática.
9. Trayectorias y transiciones educativas.
10. Pandemia, salud global y salud planetaria.

Las mesas funcionaron mediante una dinámica de trabajo estructurada en dos rondas sucesivas de discusión grupal, desarrolladas durante la mañana y la tarde de la jornada. Este esquema permitió combinar profundidad temática, intercambio de perspectivas y consolidación progresiva de hallazgos.

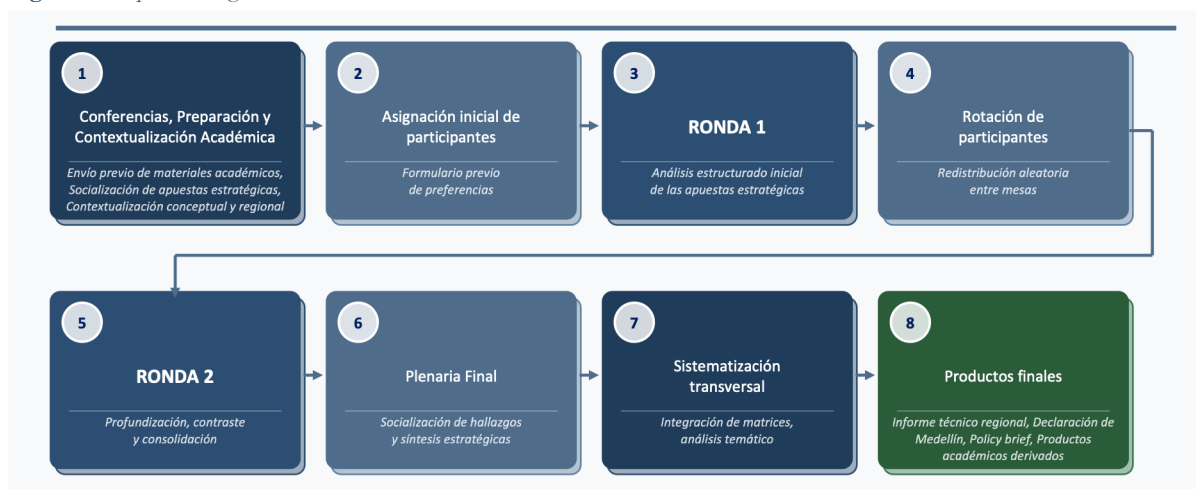
Como parte del proceso preparatorio, aproximadamente un mes antes del encuentro los participantes recibieron información general sobre el propósito de la actividad, las apuestas estratégicas priorizadas y los principales referentes conceptuales que orientarían las discusiones. De manera complementaria, se compartieron materiales académicos de apoyo relacionados con las temáticas del encuentro, con el propósito de favorecer una participación informada y contextualizada.





La jornada concluyó con una sesión plenaria de síntesis en la que se compartieron los principales hallazgos y reflexiones emergentes de las mesas de trabajo, permitiendo identificar convergencias, tensiones y oportunidades de acción para el fortalecimiento de la educación médica en la región.

**Figura 2.** Arquitectura general del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026



Fuente: Elaboración propia a partir del diseño metodológico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

### 3.3 Desarrollo académico del encuentro

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 fue concebido como un espacio de reflexión estratégica orientado a analizar los desafíos contemporáneos de la educación médica y construir orientaciones regionales para su transformación hacia el año 2030. En este marco, el desarrollo académico de la jornada se estructuró mediante una secuencia progresiva de conferencias, plenarias internacionales, plenarias regionales y un panel de discusión estratégica, diseñados para ofrecer un marco conceptual compartido antes del trabajo deliberativo en mesas.

Más allá de la exposición de experiencias nacionales o institucionales, las actividades académicas permitieron identificar tendencias globales emergentes, tensiones estructurales comunes y oportunidades de cooperación regional en torno a la formación médica. De manera transversal, las discusiones evidenciaron la necesidad de fortalecer la educación basada en competencias, consolidar modelos de evaluación auténtica y programática, articular las trayectorias formativas, promover ambientes de aprendizaje saludables, fortalecer el liderazgo académico y avanzar hacia una formación médica comprometida con la sostenibilidad, la equidad y la responsabilidad social.

En conjunto, estos espacios académicos funcionaron como insumos conceptuales y estratégicos para el posterior trabajo colaborativo en mesas, favoreciendo la construcción de un lenguaje común y una visión compartida sobre las prioridades de transformación de la educación médica en la Región Andina.





Tabla 4. Síntesis de los bloques académicos del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

| Bloque académico           | Temas centrales                                                                                                        | Principales implicaciones para la región                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Conferencia marco        | Transformación de la educación médica en América Latina                                                                | <i>Necesidad de reformas estructurales y visión regional compartida</i>                       |
| 2 Plenaria internacional   | EPAs, evaluación programática, educación basada en evidencia, ambientes de aprendizaje y educación médica de precisión | <i>Fortalecimiento de modelos de formación y evaluación centrados en competencias y datos</i> |
| 3 Plenaria regional andina | Continuum formativo, profesionalismo, liderazgo académico y salud planetaria                                           | <i>Adaptación contextual de las transformaciones educativas</i>                               |
| 4 Panel regional           | Implementación, gobernanza y sostenibilidad de las apuestas estratégicas                                               | <i>Traducción de las apuestas en decisiones institucionales y políticas educativas</i>        |

Fuente: Elaboración propia a partir del diseño metodológico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

### 3.3.1. Conferencia marco

La jornada académica inició con la conferencia marco titulada “*Repensar la educación médica en América Latina: el contexto que dio origen a las 10 apuestas hacia el 2030*”, desarrollada por el Dr. Gustavo Quintero Hernández, en la que se abordaron las transformaciones estructurales que enfrenta actualmente la educación médica en América Latina.

La conferencia enfatizó que las transformaciones de los sistemas de salud, los cambios demográficos, la transición epidemiológica, el avance de las tecnologías digitales y la creciente complejidad de los escenarios clínicos exigen replantear profundamente los modelos tradicionales de formación médica. En este contexto, se destacó que las reformas en salud y las reformas educativas no pueden comprenderse como procesos independientes, sino como componentes interdependientes de una misma transformación sistémica.

Asimismo, la conferencia permitió contextualizar el origen de las diez apuestas estratégicas discutidas durante el encuentro, entendidas como orientaciones para fortalecer la pertinencia social, la calidad, la sostenibilidad y la capacidad transformadora de la educación médica en la región hacia el año 2030.

### 3.3.2 Plenaria internacional: tendencias globales para la transformación de la educación médica

La plenaria internacional reunió perspectivas provenientes de Canadá, Brasil y México, orientadas a analizar las principales tendencias globales que actualmente están redefiniendo la educación médica. Las discusiones convergieron en la necesidad de avanzar hacia modelos de formación más integrados, flexibles, centrados en competencias y sustentados en evidencia.



Uno de los ejes centrales fue el fortalecimiento de la educación médica basada en evidencia y el desarrollo de modelos de evaluación auténtica centrados en la práctica clínica real. Desde la experiencia canadiense, el Dr. Carlos Andrés Gómez-Garibello destacó el papel de las APC/EPAs como mecanismos para conectar la evaluación con el desempeño clínico observable y con las decisiones de confianza profesional en escenarios reales de atención. Asimismo, enfatizó la necesidad de consolidar una cultura de educación médica sustentada en evidencia, capaz de evaluar críticamente las innovaciones curriculares y sus efectos sobre la formación profesional.

De manera complementaria, la experiencia mexicana introdujo el concepto de “educación médica de precisión”, orientado a superar los modelos estandarizados de formación y avanzar hacia trayectorias educativas personalizadas, apoyadas en analítica de datos, evaluación programática y seguimiento longitudinal del aprendizaje. La discusión resaltó la importancia de utilizar múltiples fuentes de información para comprender el desarrollo competencial de los estudiantes y residentes, fortaleciendo procesos de retroalimentación continua y toma de decisiones educativas basadas en evidencia.

Por su parte, la experiencia brasileña enfatizó la necesidad de fortalecer ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo y articulados con las necesidades reales de los sistemas de salud. La conferencia destacó que la expansión de la formación médica no garantiza por sí misma la respuesta a las necesidades territoriales y poblacionales, haciendo necesario integrar de manera más efectiva la educación, los servicios de salud y las comunidades. Asimismo, se resaltó el papel estratégico de la residencia médica como entorno privilegiado para la formación especializada y la consolidación de competencias en contextos reales de atención.

En conjunto, las experiencias internacionales evidenciaron una transición progresiva desde modelos centrados predominantemente en contenidos hacia enfoques orientados al desempeño profesional, la evaluación continua, la personalización de las trayectorias formativas y la articulación entre formación y necesidades sociales.

### **3.3.3. Plenaria regional andina: desafíos y prioridades regionales**

La plenaria regional andina permitió analizar cómo los desafíos globales de la educación médica adquieren expresiones particulares en los contextos latinoamericanos y andinos. Las intervenciones provenientes de Chile, Perú y Ecuador evidenciaron tanto avances importantes como brechas persistentes en la consolidación de modelos formativos integrados y socialmente responsables.

Desde Chile, el Dr. Mauricio Soto-Suazo presentó una reflexión centrada en las trayectorias educativas integradas y el nuevo profesionalismo médico. La experiencia chilena mostró avances significativos en aseguramiento de la calidad, evaluación nacional y fortalecimiento del profesionalismo, aunque persistiendo importantes desafíos relacionados con la articulación efectiva entre pregrado, posgrado y desarrollo



profesional permanente. Asimismo, se resaltó la necesidad de fortalecer la retroalimentación entre niveles formativos, consolidar modelos longitudinales de evaluación y avanzar hacia una integración más sistemática de competencias vinculadas con liderazgo, humanismo, inteligencia artificial y responsabilidad social.

Desde Perú, el Dr. Pedro Jesús Mendoza-Arana enfatizó la importancia estratégica de la formación de líderes en educación médica, destacando el papel transformador del profesorado y de las redes regionales de cooperación académica. La experiencia peruana resaltó el valor de programas de liderazgo y alta gerencia en educación médica orientados a fortalecer capacidades institucionales, pensamiento sistémico y colaboración regional, particularmente en contextos de transformación acelerada de los sistemas educativos y sanitarios.

Finalmente, desde Ecuador, el Dr. Xavier Caicedo presentó una reflexión sobre la integración de la salud global y la salud planetaria en la formación médica. La conferencia subrayó que desafíos contemporáneos como el cambio climático, las pandemias, la pérdida de biodiversidad y las inequidades sociales exigen ampliar el alcance tradicional de la educación médica e incorporar enfoques relacionados con sostenibilidad, determinantes sociales, salud colectiva y responsabilidad ambiental. Aunque Ecuador cuenta con marcos constitucionales y sanitarios alineados con estos principios, se identificó la necesidad de traducir estos enfoques en competencias concretas y estructuras curriculares más consolidadas.

En conjunto, la plenaria regional evidenció que la transformación de la educación médica en América Latina requiere modelos contextualizados, sensibles a las realidades territoriales y sustentados en principios de equidad, cooperación regional y responsabilidad social.

### 3.3.4. Panel regional: de las apuestas estratégicas a la acción

El panel regional constituyó un espacio orientado a traducir las reflexiones conceptuales desarrolladas durante la jornada en orientaciones concretas para la implementación de transformaciones educativas en la región. Bajo el título *“De las apuestas estratégicas a la acción: perspectivas latinoamericanas para la transformación de la educación médica”*, el panel reunió líderes académicos de distintos países latinoamericanos para discutir las condiciones necesarias para avanzar desde las apuestas estratégicas hacia decisiones institucionales y políticas sostenibles.

A diferencia de las conferencias previas, centradas principalmente en tendencias y marcos conceptuales, el panel abordó de manera explícita las tensiones asociadas a la implementación de cambios educativos en contextos reales. Entre los principales temas discutidos se encontraron la priorización de reformas, las limitaciones de gobernanza institucional, la sostenibilidad financiera de las transformaciones, la resistencia al cambio y la necesidad de fortalecer liderazgos académicos capaces de movilizar procesos de innovación.

El panel también resaltó que las transformaciones educativas no pueden implementarse de manera homogénea ni simultánea en todos los contextos, dada la diversidad de capacidades institucionales y condiciones nacionales presentes en la región. Bajo esta perspectiva, se enfatizó la necesidad de construir



estrategias progresivas, contextualizadas y colaborativas, sustentadas en cooperación regional y aprendizaje compartido.

Las discusiones también subrayaron que la sostenibilidad de las transformaciones educativas depende no solo de cambios curriculares, sino también de la consolidación de condiciones habilitantes relacionadas con liderazgo, cultura organizacional, articulación entre actores e integración entre educación y sistemas de salud.

**Figura 3. Panel regional sobre transformación de la educación médica durante el IMELF–Medellín 2026.**



Fuente: Archivo del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 / ASCOFAME.

### 3.3.5. Síntesis integradora del desarrollo académico

El desarrollo académico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 permitió consolidar un marco compartido de comprensión sobre algunos de los principales desafíos contemporáneos de la educación médica en América Latina y la Región Andina. A través de las conferencias, plenarias y paneles, se identificaron convergencias recurrentes en torno a la necesidad de fortalecer la formación basada en competencias, avanzar hacia modelos de evaluación auténtica y programática, articular el continuo formativo, promover ambientes de aprendizaje saludables y fortalecer el liderazgo académico y la responsabilidad social de las instituciones formadoras.

De manera transversal, las discusiones evidenciaron que las transformaciones requeridas en educación médica no corresponden únicamente a cambios curriculares aislados, sino a procesos sistémicos que



involucran gobernanza, cultura institucional, cooperación regional, innovación pedagógica y articulación con las necesidades sociales y sanitarias de los territorios.

Las actividades académicas desarrolladas durante la jornada constituyeron el soporte conceptual y estratégico para el posterior trabajo deliberativo en mesas, favoreciendo la construcción colectiva de orientaciones regionales sobre los desafíos, prioridades y oportunidades de transformación de la educación médica en América Latina y la Región Andina hacia el año 2030.

## Capítulo 4. Diseño metodológico

### 4.1. Enfoque metodológico general

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 fue concebido como un ejercicio de deliberación estratégica orientado a la construcción colectiva de orientaciones para el futuro de la educación médica en la Región Andina. Más que un espacio tradicional de transmisión de contenidos, el encuentro se diseñó como una metodología participativa y prospectiva centrada en el análisis contextualizado de tendencias emergentes, la identificación de tensiones regionales y la formulación de recomendaciones estratégicas aplicables al continuo de la formación.

El enfoque metodológico integró principios de diálogo deliberativo, análisis estratégico y construcción colaborativa de conocimiento, promoviendo la interacción entre participantes provenientes de diferentes países, instituciones, niveles de formación y trayectorias profesionales. Bajo esta lógica, el encuentro buscó favorecer la circulación de perspectivas diversas, el contraste de experiencias y la identificación de convergencias, diferencias y tensiones, sin orientarse a la construcción de un consenso formal ni a la validación de posiciones previamente definidas.

La metodología partió de un principio fundamental: las diez apuestas estratégicas no debían asumirse como lineamientos definitivos ni como propuestas cerradas, sino como marcos orientadores susceptibles de ser problematizados, tensionados y reinterpretados desde las realidades regionales.

En coherencia con este propósito, el diseño metodológico priorizó:

- El análisis crítico contextualizado.
- La participación activa de los asistentes.
- La deliberación académica estructurada.
- La identificación explícita de tensiones y barreras.
- La formulación de recomendaciones viables y estratégicas.
- La articulación de perspectivas entre pregrado, posgrado y DPP.



Este enfoque permitió consolidar un ejercicio académico orientado no solo a reflexionar sobre el futuro de la educación médica, sino también a generar insumos concretos para procesos institucionales, nacionales y regionales posteriores.

## 4.2. Técnica metodológica

Como estrategia central de organización deliberativa, el encuentro utilizó una metodología de análisis grupal estructurado mediante rejilla, diseñada y adaptada por el equipo metodológico para el contexto de una deliberación académica regional y prospectiva. Su construcción retomó principios generales de participación estructurada, deliberación colectiva y contraste sistemático de perspectivas, sin corresponder a un método Delphi ni a un procedimiento formal de consenso.

En su versión aplicada al IMELF–Medellín 2026, la técnica consistió en organizar la discusión de cada mesa alrededor de una matriz estructurada común —la rejilla— que permitía a los participantes analizar una misma apuesta estratégica desde dimensiones predefinidas y comparables: prioridad regional, barreras estructurales, riesgos contextuales, oportunidades, conexiones con el continuo formativo, recomendaciones y reflexión síntesis. A diferencia de metodologías orientadas exclusivamente al consenso, este diseño buscó de manera deliberada hacer visibles las diferencias contextuales y las tensiones no resueltas, reconociendo que en un proceso regional la divergencia informada tiene tanto valor analítico como la convergencia.

La rejilla funcionó como un dispositivo común para estructurar la deliberación y registrar los productos de las mesas de manera comparable, sin buscar homogeneizar las perspectivas expresadas. El uso de dimensiones compartidas permitió organizar posteriormente la sistematización transversal de los resultados, preservando al mismo tiempo las diferencias, matices y tensiones identificadas en cada discusión.

La técnica se complementó con una recomposición de los grupos entre rondas. Para la segunda ronda, los participantes fueron redistribuidos entre mesas con el propósito de incorporar nuevas perspectivas, contrastar los planteamientos contruidos inicialmente y ampliar la diversidad institucional, nacional y profesional presente en cada discusión. Este procedimiento estuvo orientado a favorecer la revisión crítica y el enriquecimiento de los productos generados durante la primera ronda.

La utilización de una metodología compartida entre las diez mesas favoreció la construcción de una lectura regional articulada, preservando al mismo tiempo la especificidad de cada contexto de discusión.

## 4.3. Organización de mesas

Cada mesa contó con una estructura de conducción académica orientada a facilitar la deliberación y garantizar el registro y la consolidación de sus resultados. La moderación fue responsable de orientar la discusión, promover la participación y mantener el foco del análisis estratégico. En algunas mesas se incorporó además





una función de coliderazgo académico, orientada a apoyar la conducción de la discusión, favorecer la participación y contribuir a la continuidad y profundización del análisis. Su incorporación respondió a la composición y organización académica definida para cada mesa.

Las funciones de relatoría —registro de aportes, identificación de convergencias y tensiones y consolidación de la síntesis de cada mesa— fueron asumidas, según la organización de cada grupo, por una persona designada específicamente para esta función o de manera compartida por los colíderes académicos.

Las personas responsables de la moderación, el coliderazgo académico y, cuando correspondió, la relatoría permanecieron vinculadas a la misma mesa durante ambas rondas, favoreciendo la continuidad de la discusión, la trazabilidad de los registros y la consolidación progresiva de los hallazgos.

La composición detallada de los equipos de conducción académica y de los participantes de cada mesa y ronda se presenta en el Anexo 2.

**Tabla 5. Síntesis general del diseño metodológico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026**

| Componente metodológico              | Características principales                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 01 Número de mesas                   | ● 10 mesas temáticas simultáneas                                  |
| 02 Número de rondas                  | ● 2 rondas deliberativas sucesivas                                |
| 03 Duración total del trabajo grupal | ● 3 horas y 30 minutos                                            |
| 04 Estrategia metodológica           | ● Técnica de rejilla adaptada a deliberación estratégica regional |
| 05 Asignación ronda 1                | ● Formulario previo de preferencias de participantes              |
| 06 Asignación ronda 2                | ● Redistribución aleatoria entre mesas                            |
| 07 Permanencia fija                  | ● Moderadores y relatores permanecen durante ambas rondas         |
| 08 Producto metodológico central     | ● Matrices de análisis y síntesis estratégica regional            |
| 09 Finalidad principal               | ● Construcción colectiva de orientaciones estratégicas regionales |

Fuente: Elaboración propia a partir del diseño metodológico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## 4.4. Sistema de deliberación en dos rondas

### Ronda 1. Análisis estructurado inicial

La primera ronda, desarrollada entre las 11:00 a.m. y la 1:00 p.m., tuvo como propósito construir una comprensión inicial de cada apuesta estratégica. Los participantes identificaron desafíos prioritarios para la región, analizaron barreras y oportunidades, y exploraron sus implicaciones para el continuo formativo. Como resultado, cada mesa consolidó una primera matriz de hallazgos y orientaciones preliminares.





## Ronda 2. Profundización y consolidación

La segunda ronda, desarrollada entre las 3:00 p.m. y las 4:30 p.m., estuvo orientada a revisar críticamente los hallazgos generados durante la fase inicial. A partir de nuevas perspectivas y experiencias institucionales, los participantes contrastaron, complementaron y refinaron las conclusiones preliminares, fortaleciendo su pertinencia regional y ampliando su alcance interpretativo.

## Síntesis plenaria

Al cierre de la jornada, cada mesa presentó una síntesis estratégica en sesión plenaria. Este ejercicio permitió identificar convergencias entre apuestas, reconocer tensiones compartidas y construir una visión integrada sobre los desafíos y oportunidades para el futuro de la educación médica en la región.

La secuencia completa de actividades se presenta en la Agenda académica del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 (**Anexo 1**).

Figura 4. Desarrollo de mesas de trabajo colaborativas durante el IMELF–Medellín 2026.



Fuente: Archivo del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 / ASCOFAME.

## 4.5. Productos esperados

El diseño metodológico contempló la generación de productos académicos y estratégicos derivados del trabajo colectivo desarrollado en las mesas de discusión. Para cada apuesta estratégica se buscó consolidar:

- Una valoración de su prioridad en el contexto regional.
- La identificación de riesgos y barreras para su desarrollo o implementación.
- El reconocimiento de oportunidades y capacidades existentes.
- Conexiones específicas con el continuo formativo.



- Orientaciones y recomendaciones derivadas de la deliberación.
- Una reflexión síntesis representativa de los principales elementos discutidos por el grupo.

De manera global, el proceso permitió generar:

- El presente documento técnico, que sistematiza los resultados de las diez mesas de trabajo, integra los hallazgos transversales y emergentes y propone una lectura prospectiva sobre el futuro de la educación médica en la Región Andina.
- Insumos para el desarrollo de un documento ejecutivo de síntesis, orientado a facilitar la comunicación y apropiación de los principales resultados y orientaciones del encuentro.
- Bases para futuros productos académicos y técnicos derivados, que podrán profundizar en temas específicos identificados durante la deliberación.
- Insumos para futuras agendas de cooperación académica e internacional.
- Elementos orientadores para procesos institucionales de reflexión, transformación curricular y desarrollo educativo.
- Un marco regional de reflexión prospectiva sobre desafíos y oportunidades para la educación médica hacia 2030.

Estos productos no fueron concebidos como lineamientos normativos cerrados. Constituyen desarrollos derivados de un ejercicio de deliberación regional estructurada y ofrecen elementos de análisis y orientación susceptibles de ser retomados, contrastados y adaptados de acuerdo con las realidades institucionales, nacionales y regionales.

#### 4.6. Proceso de sistematización e integración de los resultados

La sistematización tuvo como propósito organizar, contrastar e integrar los productos generados durante las diez mesas de trabajo para construir una representación estructurada de las discusiones y de sus principales implicaciones estratégicas. Se trató de un proceso analítico posterior al encuentro, sustentado en los registros producidos por las propias mesas y orientado a preservar la trazabilidad entre la deliberación realizada y su presentación en el documento.

Este proceso no fue concebido como un estudio cualitativo exhaustivo ni como un procedimiento formal de construcción de consenso. Tampoco buscó estimar frecuencias, establecer jerarquías cuantitativas entre los temas discutidos o atribuir representatividad estadística a las posiciones expresadas. Su finalidad fue identificar, de manera estructurada y transparente, los elementos que aparecieron de forma coincidente, complementaria o contrastante dentro de las discusiones y reconocer aquellos asuntos que trascendían una mesa particular y adquirirían relevancia para la lectura conjunta del encuentro.



### **Primera fase: construcción y contraste de resultados durante el encuentro**

Durante cada una de las dos rondas de trabajo, los participantes analizaron las apuestas estratégicas mediante una matriz estructurada común. Los relatores registraron los principales aportes relacionados con prioridades, barreras, tensiones, oportunidades, conexiones con el continuo formativo, recomendaciones y reflexiones emergentes.

Al finalizar la primera ronda, cada mesa contó con una síntesis inicial que sirvió como insumo para la segunda. La redistribución de participantes permitió someter esos planteamientos a nuevas perspectivas institucionales, nacionales y profesionales, de manera que pudieran ser complementados, matizados, cuestionados o ampliados. El propósito de esta segunda ronda no fue alcanzar consenso entre los participantes, sino enriquecer la deliberación y hacer visibles tanto los elementos compartidos como las diferencias relevantes.

Al cierre de las dos rondas, cada mesa produjo un registro consolidado que constituyó la principal fuente para la sistematización posterior.

### **Segunda fase: revisión e integración de los productos de las mesas**

Posteriormente, el equipo académico y de autoría técnica revisó los productos generados en las diez mesas. Para cada apuesta se examinaron de manera separada los registros de la primera y la segunda ronda y posteriormente se contrastaron con el propósito de reconocer continuidades, ampliaciones, diferencias y tensiones entre ambos momentos de deliberación.

A partir de esta revisión se elaboró una síntesis integrada de cada mesa, procurando preservar los planteamientos recurrentes, los matices contextuales y las divergencias relevantes. El proceso no buscó convertir las distintas posiciones en un consenso único ni resolver las diferencias identificadas, sino representarlas de manera coherente con los registros disponibles.

De manera complementaria, se realizó una lectura transversal de los productos de las diez mesas para identificar temas que aparecían de forma reiterada en apuestas diferentes. Para efectos de esta sistematización, se consideraron convergencias los planteamientos coincidentes o complementarios; diferencias o tensiones, aquellos que expresaban perspectivas contrastantes, condiciones contextuales distintas o asuntos no resueltos; y patrones transversales, los temas que reaparecían en discusiones correspondientes a varias apuestas y que permitían interpretar desafíos de alcance más amplio.

Estas categorías tuvieron una función organizativa e interpretativa. No correspondieron a criterios de consenso formal, saturación cualitativa, frecuencia estadística, priorización cuantitativa ni ponderación de los hallazgos. La recurrencia de un tema permitió reconocer su presencia transversal dentro del ejercicio, pero no establecer su importancia relativa frente a otros asuntos discutidos.



Sobre esta base, el equipo académico y editorial elaboró una primera versión integrada del manuscrito, articulando los resultados específicos de las mesas, los patrones transversales identificados y una lectura prospectiva de sus posibles implicaciones para la educación médica en la región.

### **Tercera fase: devolución y revisión académica por los participantes**

La primera versión integrada del documento fue remitida a la totalidad de los asistentes al Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026, quienes fueron invitados a revisar el manuscrito. Esta etapa tuvo como propósito contrastar la correspondencia entre las discusiones desarrolladas durante el encuentro y la forma en que habían sido representadas e interpretadas en el documento, así como valorar su claridad, coherencia, pertinencia, equilibrio y alcance regional.

De las personas invitadas, 20 participantes remitieron observaciones mediante el instrumento establecido para este propósito. Esta constituyó la única ronda formal de revisión posterior del manuscrito.

Esta revisión académica por los participantes debe entenderse como un mecanismo de contraste y fortalecimiento de la fidelidad interpretativa del documento. No constituyó una segunda ronda de deliberación, un procedimiento formal de consenso ni una validación empírica de los resultados u orientaciones propuestas.

### **Cuarta fase: análisis de observaciones y consolidación editorial**

Las observaciones recibidas fueron examinadas individualmente por el equipo académico y editorial y contrastadas con los registros de las mesas, los productos de ambas rondas y la estructura general del manuscrito. Para orientar las decisiones editoriales se consideraron su pertinencia, claridad, coherencia con las discusiones efectivamente documentadas y consistencia con el alcance metodológico del encuentro.

La incorporación de los comentarios no se realizó de manera automática. Se acogieron aquellas observaciones que contribuían a mejorar la precisión conceptual, la claridad, la coherencia interna, la contextualización regional o la trazabilidad entre las discusiones y su representación en el manuscrito. Cuando una recomendación implicaba ampliar el alcance más allá de lo discutido, introducir interpretaciones no sustentadas en los registros o atribuir al ejercicio un nivel de consenso, representatividad o validación superior al permitido por su diseño, no fue incorporada como resultado del IMELF.

Una vez integrados los ajustes considerados pertinentes, el equipo académico y editorial realizó una revisión final de consistencia y consolidó la versión definitiva del documento.



## 4.7 Valor metodológico, condiciones de replicabilidad y adaptación

El diseño metodológico del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 permitió articular, en una jornada intensiva de trabajo, contextualización académica, deliberación estructurada, contraste de perspectivas y construcción documentada de orientaciones estratégicas. Su valor no reside únicamente en la utilización de una rejilla común, sino en la articulación secuencial de distintos componentes que permitieron organizar la deliberación, preservar la diversidad de perspectivas, favorecer la comparabilidad entre mesas y mantener trazabilidad entre los registros producidos y su posterior sistematización.

A partir de la experiencia desarrollada, pueden identificarse como componentes esenciales del modelo: una definición previa y suficientemente delimitada de los temas sometidos a deliberación; preparación anticipada de los participantes; utilización de una matriz común de análisis; presencia de una estructura de conducción académica que asegure la moderación de la discusión y el registro sistemático de sus productos, con independencia de que ambas funciones recaigan en personas distintas o se asuman de manera compartida; desarrollo de al menos dos momentos de deliberación que permitan contrastar los hallazgos iniciales; incorporación de nuevas perspectivas entre rondas; producción de registros estructurados por cada grupo; análisis posterior sistemático de los resultados; y devolución del producto consolidado para revisión académica.

Otros elementos pueden adaptarse de acuerdo con las condiciones de cada ejercicio, entre ellos el número de mesas, la duración de las rondas, la modalidad presencial, híbrida o virtual, los mecanismos de asignación de participantes y las temáticas abordadas. Esta distinción entre componentes esenciales y elementos adaptables permite preservar la lógica metodológica sin asumir que el formato aplicado en Medellín deba reproducirse de manera idéntica en otros contextos.

La replicación requiere, además, condiciones mínimas de preparación y gobernanza metodológica. Entre ellas se encuentran la disponibilidad de un equipo responsable del diseño y la sistematización, instrucciones comunes para moderadores y relatores, instrumentos estandarizados de registro, mecanismos para conservar los productos originales de cada ronda y criterios explícitos para el análisis, integración y revisión posterior de los hallazgos. Estas condiciones son particularmente importantes para mantener la trazabilidad entre la deliberación realizada y las orientaciones finalmente formuladas.

Desde esta perspectiva, la metodología puede constituir un referente para futuros ejercicios de prospectiva, deliberación estratégica y cooperación académica en educación médica y otros ámbitos de formación en salud. Su transferencia deberá realizarse de manera contextualizada, documentando las adaptaciones introducidas y preservando los alcances metodológicos definidos para este tipo de ejercicio.

La experiencia del IMELF–Medellín 2026 ofrece así no solo resultados sobre el futuro de la educación médica, sino también una arquitectura metodológica susceptible de ser adaptada, evaluada y perfeccionada en futuros encuentros regionales.



## 4.8. Alcances y limitaciones del ejercicio

Como todo proceso deliberativo de carácter regional, los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 deben interpretarse considerando los alcances y limitaciones propios de su diseño metodológico.

La participación estuvo conformada por líderes académicos, directivos, docentes, representantes institucionales y expertos invitados de distintos países de América Latina y Norteamérica. Aunque esta diversidad permitió incorporar múltiples perspectivas institucionales y nacionales, la composición del encuentro no fue homogénea entre países y contó con una participación proporcionalmente mayor de Colombia, país anfitrión. La selección de participantes no tuvo como propósito constituir una muestra representativa de todas las instituciones, territorios, sistemas educativos o realidades nacionales de la región. En consecuencia, los resultados reflejan las experiencias y análisis de quienes participaron en el ejercicio y deben interpretarse como una contribución regional situada, sin pretender representar de manera exhaustiva la totalidad de posiciones existentes en la región.

El componente deliberativo presencial se desarrolló durante una única jornada intensiva. La utilización de dos rondas, la recomposición de los grupos y el análisis posterior de sus productos permitieron ampliar y contrastar perspectivas; sin embargo, algunas de las temáticas abordadas requieren procesos posteriores de investigación, profundización, seguimiento o análisis contextual específico.

Como se describe en el apartado 4.6, la primera versión integrada del documento fue remitida a la totalidad de los asistentes al encuentro para una ronda de revisión académica posterior. Veinte participantes remitieron observaciones sobre el manuscrito. Este proceso permitió contrastar la correspondencia entre las discusiones documentadas, su sistematización y la interpretación presentada en el documento, y contribuyó a identificar aspectos que requerían precisión, contextualización o mayor claridad. No obstante, esta revisión se realizó en una única ronda y no constituyó un procedimiento formal de construcción de consenso, validación empírica, saturación analítica ni confirmación de representatividad regional.

El propósito del encuentro tampoco fue producir recomendaciones normativas u obligatorias. La metodología privilegió la identificación de convergencias, divergencias, tensiones, oportunidades y preguntas abiertas, reconociendo la heterogeneidad de los sistemas educativos y sanitarios de la región. Por ello, las diferencias regulatorias, institucionales, organizacionales y financieras entre países deben considerarse en cualquier proceso posterior de interpretación o adaptación de las orientaciones.

En consecuencia, los resultados deben entenderse como orientaciones estratégicas emergentes de un ejercicio deliberativo regional y no como evidencia concluyente sobre la efectividad de determinadas intervenciones educativas. Su valor reside en identificar desafíos compartidos, hacer visibles diferencias contextuales, favorecer el aprendizaje entre instituciones y ofrecer puntos de partida para nuevas iniciativas de cooperación, investigación y transformación educativa.





Estas características delimitan el alcance de los resultados, pero también permiten que la experiencia metodológica pueda ser utilizada como referente para ejercicios posteriores, siempre que su adaptación preserve los principios de deliberación estructurada, diversidad de perspectivas, trazabilidad de los registros y transparencia en la construcción de los productos finales.



## PARTE III.

# RESULTADOS REGIONALES

## Capítulo 5. Resultados de las mesas de trabajo

Las mesas de trabajo constituyeron el principal espacio de construcción colectiva de orientaciones estratégicas para la transformación de la educación médica en la Región Andina hacia el año 2030. A través de ellas, las reflexiones conceptuales desarrolladas durante las actividades académicas del encuentro fueron sometidas a análisis contextualizado desde las realidades institucionales, nacionales y regionales representadas por los participantes.

Las discusiones se organizaron alrededor de diez apuestas estratégicas relacionadas con desafíos emergentes para la educación médica contemporánea. Estas apuestas abordaron dimensiones vinculadas con evaluación, liderazgo, profesionalismo, trayectorias educativas, salud global y salud planetaria, educación sustentada en evidencia, educación médica de precisión y transformación de la experticia médica, entre otras áreas consideradas prioritarias para el fortalecimiento del continuo formativo en salud.

Los intercambios reunieron participantes provenientes de distintos países, disciplinas, trayectorias profesionales y niveles de las trayectorias formativas, incluyendo representantes de pregrado, posgrado, desarrollo profesional permanente, asociaciones académicas, escenarios clínicos, liderazgo institucional y organismos internacionales. Esta diversidad enriqueció el análisis y permitió reconocer tanto elementos de convergencia regional como diferencias derivadas de las realidades nacionales, regulatorias e institucionales de cada contexto.

Es importante señalar que los resultados presentados en este capítulo no derivan de un procedimiento formal de consenso, de un proceso de validación ni de lineamientos normativos definitivos. Constituyen



orientaciones estratégicas emergentes derivadas de un ejercicio deliberativo regional, construidas a partir de las experiencias, perspectivas y discusiones de los participantes.

Con el propósito de favorecer la comparabilidad y coherencia analítica del documento, los resultados de cada apuesta estratégica se presentan bajo una estructura común que incluye relevancia regional, barreras estructurales y tensiones emergentes, oportunidades estratégicas, articulación con el continuo formativo, recomendaciones y una síntesis integradora final. No obstante, la profundidad y el énfasis de cada sección varían según la naturaleza de las discusiones desarrolladas en cada mesa y el nivel de consolidación temática alcanzado durante el encuentro.

En algunos casos, la denominación de las apuestas estratégicas incorpora expresiones complementarias entre paréntesis. Estas corresponden a ampliaciones conceptuales, reinterpretaciones o énfasis emergentes identificados por los participantes durante las discusiones de las mesas de trabajo. Su inclusión busca reflejar la evolución de ciertos temas a lo largo del proceso deliberativo y preservar la trazabilidad entre las apuestas inicialmente propuestas y las comprensiones que fueron construyéndose colectivamente durante el encuentro.

En conjunto, las mesas de trabajo permitieron construir una visión regional sobre las transformaciones necesarias para fortalecer la educación médica en América Latina y la Región Andina. Más allá de las particularidades de cada apuesta, emergieron preocupaciones compartidas relacionadas con la cooperación regional, la consolidación de trayectorias formativas longitudinales, el fortalecimiento de las capacidades docentes, la promoción de ambientes de aprendizaje saludables, la responsabilidad social y la necesidad de avanzar hacia sistemas educativos más flexibles, integrados y contextualizados frente a las necesidades de las poblaciones y de los sistemas de salud.

## 5.1 Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs)

Las Actividades Profesionales Confiables (APC), denominadas en inglés *Entrustable Professional Activities* (EPAs), han emergido internacionalmente como una de las estrategias relevantes para fortalecer la evaluación auténtica, la supervisión progresiva y la formación basada en desempeño en educación médica. Su incorporación busca hacer más visible y evaluable la transición desde la adquisición de conocimientos hacia el ejercicio clínico confiable en escenarios reales de atención. En América Latina y, particularmente, en la Región Andina, la implementación de APC/EPAs enfrenta desafíos asociados con la heterogeneidad curricular, las diferencias regulatorias, las capacidades institucionales variables y los distintos niveles de madurez de los sistemas formativos.

### 5.1.1 Relevancia regional

Las APC/EPAs constituyen una prioridad estratégica alta para la región. El grupo fue consistente en este punto, aunque con una matización importante: la prioridad no equivale a factibilidad inmediata. El nivel de madurez de la apuesta varía considerablemente entre países e instituciones. En posgrado, la lógica de



supervisión progresiva y la búsqueda de autonomía clínica hacen que las APC/EPAs sean más fácilmente operacionalizables. En pregrado, las condiciones de implementación son más complejas.

Uno de los hallazgos más relevantes de la segunda ronda fue que, aunque múltiples instituciones han participado en procesos como el Proyecto Tuning para definir el perfil del médico general, aún persiste heterogeneidad respecto de las capacidades esperadas al egreso. Esta diversidad representa un desafío relevante: sin referentes formativos suficientemente compartidos, la construcción de APC/EPAs comunes resulta más compleja. Algunos participantes plantearon que avanzar en esta apuesta requiere fortalecer previamente la discusión sobre perfiles de egreso y resultados de formación.

Esta tensión fue reconocida por la mesa y permaneció abierta. La discusión evidenció que la incorporación de APC/EPAs no puede analizarse únicamente como una innovación evaluativa, sino como parte de una conversación más amplia sobre identidad profesional, resultados de aprendizaje y construcción de referentes compartidos de formación en la región.

### 5.1.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Las limitaciones identificadas son de distinta naturaleza. Algunas son normativas: el alcance legal del ejercicio del médico general en varios países no está alineado con lo que los programas forman, y esa desconexión raramente se incorpora a la planeación curricular. Otras son institucionales: falta formación docente específica, no existen plataformas de seguimiento longitudinal, y la apropiación conceptual del enfoque EPA sigue siendo desigual entre facultades.

En la segunda ronda se planteó una advertencia conceptual: las APC/EPAs podrían reproducir, en algunos contextos, una trayectoria similar a la observada con el Aprendizaje Basado en Problemas, cuando una estrategia inicialmente concebida con un propósito específico termina asumiendo un alcance curricular más amplio. Desde esta perspectiva, los participantes señalaron la importancia de ubicar adecuadamente las APC/EPAs como herramientas para fortalecer la evaluación del desempeño y la supervisión progresiva, evitando que su incorporación se interprete automáticamente como el eje articulador de todo el currículo.

La mesa también identificó una tensión relevante entre innovación educativa y capacidad institucional. Aunque existe creciente interés por adoptar enfoques contemporáneos de evaluación del desempeño, muchas instituciones aún enfrentan limitaciones relacionadas con tiempo protegido para docencia, infraestructura tecnológica y disponibilidad de profesores entrenados en observación clínica estructurada. Estas condiciones generan el riesgo de implementaciones fragmentadas o meramente nominales.

### 5.1.3 Oportunidades estratégicas

Durante la discusión se mencionaron experiencias institucionales de incorporación de APC/EPAs en procesos curriculares, entre ellas las desarrolladas por la Universidad de los Andes y la Universidad de La



Sabana. Estas experiencias funcionan como laboratorios regionales. No son modelos replicables automáticamente, pero sí referentes concretos de lo que es posible cuando existen condiciones institucionales favorables para implementar procesos de formación y evaluación basados en desempeño.

La mesa reconoció la existencia de capacidades regionales que pueden facilitar la incorporación progresiva de APC/EPAs. Instituciones con experiencias avanzadas, asociaciones académicas nacionales y organizaciones internacionales con trayectoria en educación médica constituyen una base relevante para el aprendizaje colaborativo y la construcción de referentes contextualizados. La circulación de experiencias entre países puede contribuir a disminuir la fragmentación institucional y acelerar procesos de adaptación que respondan a las realidades regulatorias y curriculares de la región.

En este escenario, ASCOFAME fue identificada como un actor con capacidad de articulación regional, dada su experiencia en procesos de construcción colectiva, desarrollo de referentes académicos y fortalecimiento de redes de colaboración entre facultades de medicina. Sin embargo, la mesa enfatizó que el avance de esta apuesta requiere una responsabilidad compartida entre múltiples actores, incluyendo instituciones formadoras, asociaciones académicas, organismos de aseguramiento de la calidad y redes internacionales de educación médica.

Otro facilitador señalado es el creciente reconocimiento internacional de las APC/EPAs como herramienta válida para fortalecer la supervisión clínica y la evaluación auténtica. Ese contexto favorable puede abrir oportunidades para la cooperación técnica, el intercambio de experiencias y el aprendizaje conjunto entre países. La existencia de redes académicas internacionales y escenarios de colaboración regional puede favorecer procesos de implementación más contextualizados y disminuir el aislamiento institucional históricamente presente en innovación educativa en América Latina.

La mesa reconoció además que el momento actual de transformación curricular en múltiples facultades de medicina representa una ventana de oportunidad relevante. Los procesos de revisión de resultados de aprendizaje, rediseño curricular y fortalecimiento del aseguramiento de la calidad pueden facilitar la incorporación progresiva de APC/EPAs dentro de estrategias más amplias de formación basada en competencias.

#### **5.1.4 Articulación con el continuo formativo**

La mesa fue clara en que las APC/EPAs tienen potencial para articular los tres niveles formativos, aunque con lógicas y requerimientos distintos en cada uno.

En pregrado, constituyen una oportunidad para hacer visible y observable el desempeño clínico real, y para avanzar hacia perfiles de egreso más homogéneos. Sin embargo, requieren procesos graduales y una revisión curricular de fondo. No es posible superponer APC/EPAs sobre estructuras curriculares que no han sido pensadas para esa lógica evaluativa.



En posgrado, las condiciones son más favorables. La dinámica de supervisión progresiva, la toma de decisiones clínicas de alta complejidad y la evaluación longitudinal son terreno natural para las APC/EPAs. La evidencia internacional disponible respalda su uso en programas de especialización. En las discusiones de la segunda ronda, el posgrado fue identificado como uno de los escenarios más viables para avanzar en su implementación regional, dadas las condiciones existentes de supervisión progresiva y evaluación longitudinal del desempeño.

En DPP, la mesa reconoció que este nivel tiene menor desarrollo conceptual y metodológico en comparación con los anteriores. Las discusiones sobre recertificación, evaluación longitudinal del desempeño en ejercicio y mantenimiento de competencias siguen pendientes. No es un obstáculo para avanzar, pero sí una agenda que hay que abrir.

Estas diferencias evidencian que la incorporación de APC/EPAs no puede plantearse como una estrategia homogénea para todo el continuo formativo. Su implementación requiere reconocer los distintos niveles de madurez institucional, las capacidades docentes disponibles y las características particulares de cada etapa de formación profesional.

### 5.1.5 Recomendaciones estratégicas

Las dos rondas convergieron en un conjunto articulado de propuestas.

La primera es promover la incorporación progresiva de APC/EPAs en los procesos de aseguramiento de la calidad, acreditación y transformación curricular que actualmente desarrollan las instituciones formadoras. Las asociaciones académicas, organismos de calidad e instituciones con experiencia previa pueden desempeñar un papel facilitador en la construcción de referentes compartidos y en la difusión de buenas prácticas.

La segunda es desarrollar programas piloto en instituciones que ya tienen avances concretos. Esos pilotos permiten generar evidencia contextualizada, identificar obstáculos reales y construir aprendizaje colectivo antes de escalar.

La tercera es implementar una estrategia nacional y regional de formación y comunicación sobre APC dirigida a profesores, estudiantes y líderes académicos. El objetivo no es transferir información, sino construir un lenguaje común. La segunda ronda añadió una dimensión relevante: las estrategias de comunicación deben ser sensibles al contexto, los recursos y las necesidades específicas de cada comunidad académica. No hay un mensaje único que funcione para todas las audiencias.

Finalmente, la mesa insistió en la necesidad de consolidar espacios regionales permanentes de intercambio y aprendizaje colaborativo, donde las experiencias desarrolladas por distintas instituciones, asociaciones académicas y organizaciones internacionales puedan circular, contrastarse y adaptarse a diversos contextos.





La cooperación regional fue identificada como una condición habilitante para disminuir el aislamiento institucional y acelerar procesos de innovación educativa sustentados en evidencia y experiencia compartida.

Las recomendaciones convergieron además en una idea transversal: la implementación de APC no debe entenderse como un proceso de adopción rápida de modelos internacionales, sino como una construcción progresiva, contextualizada y colaborativa que responda a las realidades regulatorias, curriculares y sanitarias de la Región Andina.

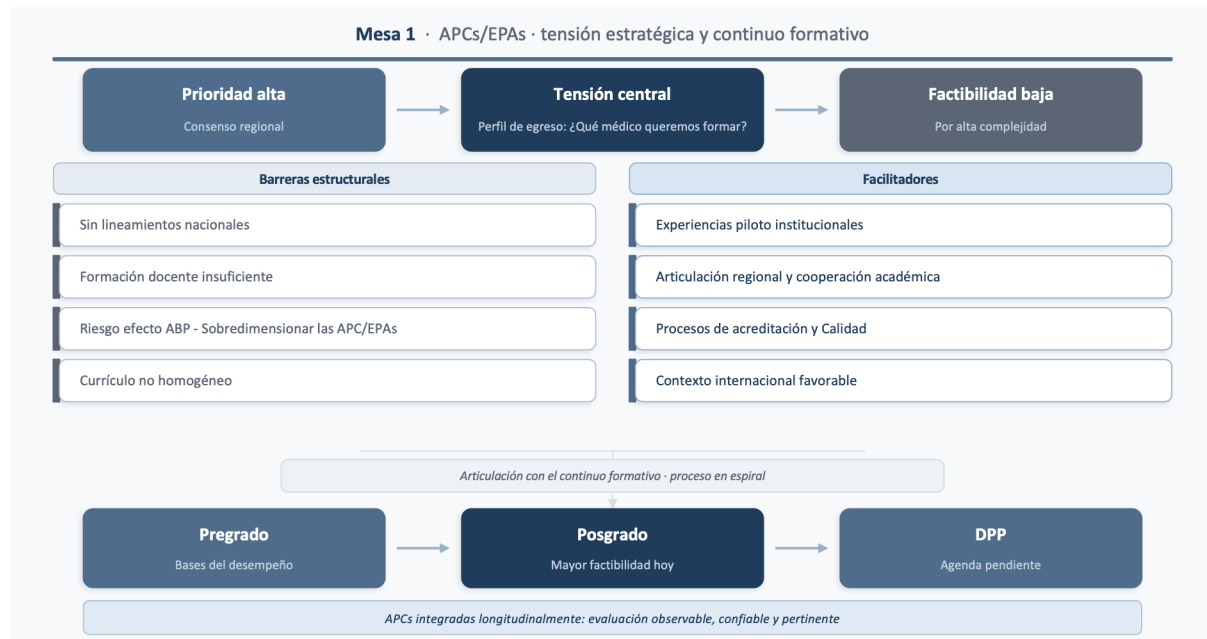
### 5.1.6 Síntesis regional

Las APC/EPAs tienen potencial transformador real para la educación médica en la región. Pero ese potencial se realiza solo si la implementación es gradual, contextualizada y apoyada en cooperación regional y desarrollo docente. La región no está en condiciones de adoptar el modelo de manera uniforme ni inmediata. Lo que sí puede hacer es construir, de manera deliberada, las condiciones para avanzar.

La discusión más significativa de la mesa no se centró en cuestionar el valor potencial de las APC/EPAs, sino en cómo evitar que se conviertan en una propuesta que no llegue a concretarse en la práctica formativa. Esa pregunta merece mantenerse abierta.

**Idea fuerza regional:** “Las APC/EPAs, integradas longitudinalmente al continuo formativo, son una oportunidad estratégica para hacer visible, observable y confiable el desempeño médico.”

Figura 5. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs)



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.



## 5.2 Educación médica de precisión (Educación de precisión en salud)

La educación de precisión en salud ha emergido como una apuesta estratégica orientada a transformar la manera en que los sistemas formativos comprenden, acompañan y evalúan las trayectorias individuales de aprendizaje. Su propósito no se limita al uso de tecnologías avanzadas o análisis de datos, sino que busca favorecer procesos educativos más personalizados, predictivos y contextualizados, articulando información académica, desempeño clínico y necesidades reales de formación a lo largo del continuo educativo. En la región, esta discusión aún se encuentra en una etapa temprana de apropiación conceptual y desarrollo operativo, marcada por profundas diferencias institucionales y tecnológicas entre países y universidades.

### 5.2.1 Relevancia regional

La mesa clasificó la educación médica de precisión como una prioridad alta. En las discusiones se observó una amplia convergencia en este punto. Lo que generó mayor debate fue la segunda parte de la ecuación: alta prioridad, baja factibilidad inmediata.

El concepto mismo requirió trabajo inicial. La educación de precisión no tiene el mismo recorrido que otros temas del encuentro en la región. La mesa lo describió como un concepto en tránsito —de medicina de precisión hacia educación de precisión—, lo que refleja su estado incipiente de apropiación en la región. No es una apuesta madura; es una apuesta que la región necesita construir.

La relevancia atribuida a esta apuesta se sustentó en una preocupación compartida: los modelos formativos que abordan a los estudiantes como grupos homogéneos resultan cada vez menos adecuados para responder a la diversidad de trayectorias y necesidades de aprendizaje. La educación de precisión ofrece la posibilidad de reconocer trayectorias individuales, identificar brechas tempranas, orientar el acompañamiento según necesidades reales y conectar el desempeño del aprendiz con las exigencias del sistema de salud. Es predictiva, proactiva y personalizada —y eso, en un contexto de masificación educativa y brechas crecientes, tiene un valor estratégico real.

Hubo también una propuesta conceptual relevante: ampliar la denominación hacia educación de precisión en salud. El argumento no es semántico. Hablar solo de educación médica limita la comprensión a una profesión, cuando la apuesta tiene potencial interprofesional y sistémico. La mesa fue consistente en recomendar esa denominación más amplia.

Una advertencia recorrió toda la discusión: esta apuesta no puede reducirse a una estrategia tecnológica. Su sentido está en apoyar decisiones educativas más racionales y humanas, no en sustituir el juicio pedagógico por algoritmos.



### 5.2.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Las barreras identificadas son numerosas y de distinta naturaleza, y su presencia e intensidad varían según las características institucionales, tecnológicas, regulatorias y nacionales de cada contexto.

La más señalada fue la insuficiente formación docente. No se trata solo de que los profesores no conozcan el concepto —el problema es más estructural: muchas instituciones no tienen políticas de desarrollo profesoral que permitan avanzar de manera sostenida hacia modelos más personalizados de acompañamiento.

A esto se suman la limitada infraestructura tecnológica, la ausencia de sistemas de información integrados y la falta de interoperabilidad de la historia clínica. En varios países de la región no existe una historia clínica única, y hay instituciones de salud que aún no tienen sistemas clínicos digitalizados. Estas limitaciones dificultan la construcción de sistemas longitudinales de información capaces de integrar y orientar las trayectorias educativas de estudiantes y residentes.

Hay también barreras normativas. La regulación nacional en muchos contextos no conversa con este tipo de propuesta, y los ministerios de salud y educación no avanzan necesariamente al mismo ritmo que los desarrollos tecnológicos o educativos. El costo de implementación es otro factor: en la segunda ronda se señaló que esto implica una inversión estructural importante, y que dar recomendaciones sin tener las personas ni los recursos para ejecutarlas genera expectativas que no se pueden cumplir.

Desde el punto de vista ético y legal, la mesa identificó desafíos relacionados con la protección y el tratamiento de datos personales, incluyendo tanto información de pacientes como datos derivados de los procesos individuales de aprendizaje, evaluación y desempeño de estudiantes y residentes. El uso de herramientas de inteligencia artificial (IA) y analítica educativa exige considerar aspectos como consentimiento, privacidad, acceso y utilización de la información, transparencia de los sistemas y posibles sesgos algorítmicos. Asimismo, una implementación desigual de estas tecnologías podría ampliar las brechas entre instituciones con diferentes capacidades tecnológicas.

La discusión también evidenció una tensión estructural entre innovación y equidad. La mesa reconoció que, si la educación de precisión avanza únicamente en instituciones con mayor capacidad tecnológica, podría profundizar desigualdades regionales ya existentes en lugar de disminuirlas. Esto obliga a pensar la transformación digital desde una lógica de cooperación y desarrollo progresivo de capacidades, no únicamente desde innovación institucional aislada.

### 5.2.3 Oportunidades estratégicas

A pesar del peso de las barreras, la mesa identificó tres oportunidades que merecen atención.



La primera es paradójica: la educación de precisión puede servir para humanizar la educación, no para masificarla más. En sistemas donde los estudiantes son tratados como grupos uniformes, reconocer trayectorias y ritmos individuales puede contribuir a una mayor equidad en el acompañamiento formativo. Esa lectura desplaza el énfasis tecnológico hacia el propósito formativo, y es la que la región necesita sostener.

La segunda es la cooperación interinstitucional e internacional. La región no tiene que construir todo desde cero. Compartir experiencias, evitar que cada institución avance de manera aislada y aprovechar redes académicas ya existentes puede acelerar significativamente el aprendizaje colectivo.

La tercera es menos evidente pero igualmente concreta: muchas instituciones ya disponen de datos que no utilizan de manera estratégica. Visibilizarlos y aprender a interpretarlos es un primer paso hacia una cultura de decisiones educativas basadas en evidencia, sin necesidad de grandes inversiones tecnológicas iniciales.

La mesa reconoció que el contexto actual de transformación digital de los sistemas sanitarios y educativos ofrece una oportunidad favorable para el desarrollo progresivo de esta apuesta. Aunque las capacidades institucionales son heterogéneas, la expansión de plataformas digitales, herramientas de analítica de datos y ecosistemas de aprendizaje híbrido crea condiciones que pueden facilitar modelos más personalizados de acompañamiento y evaluación. No obstante, la consolidación de la educación de precisión en salud dependerá de la articulación entre instituciones formadoras, asociaciones académicas, organismos reguladores, sistemas de salud y redes internacionales de cooperación, así como del fortalecimiento gradual de capacidades regionales compartidas que permitan avanzar de manera equitativa y contextualizada.

#### 5.2.4 Articulación con el continuo formativo

En pregrado, la apuesta tiene el mayor potencial de impacto, pero también las mayores barreras. El volumen de estudiantes, la heterogeneidad institucional y las limitaciones tecnológicas hacen que cualquier implementación deba ser gradual y cuidadosa. La mesa fue clara en señalar un riesgo que no siempre se nombra: si la educación de precisión se implementa de manera desigual entre instituciones, puede profundizar inequidades en lugar de reducirlas. También se planteó la necesidad de articular esta apuesta con la educación media, especialmente para fortalecer las transiciones de entrada y reducir brechas desde el inicio.

En posgrado, las condiciones son más favorables. Grupos más pequeños, procesos de supervisión clínica ya establecidos y mayor posibilidad de seguimiento cercano hacen que el uso de datos para orientar progresión y mentoría sea más factible. La segunda ronda señaló algo concreto: cuando hay un tutor por residente, la personalización ya está parcialmente operando; lo que falta es sistematizarla y hacerla más informada.

En desarrollo profesional permanente, las posibilidades se relacionan con recertificación, microcertificación y actualización orientada a necesidades reales de formación. La oportunidad identificada aquí es de orden



institucional: usar información del desempeño profesional en ejercicio para diseñar programas de actualización más pertinentes y costo-efectivos, en lugar de ofertas genéricas desconectadas de la práctica real.

Las discusiones convergieron en que la educación de precisión en salud solo adquiere sentido si logra articular longitudinalmente información, acompañamiento y evaluación a lo largo del continuo formativo.

### 5.2.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa propuso una ruta por fases, procurando que las acciones planteadas fueran coherentes con las capacidades disponibles.

La primera acción, ejecutable en los próximos doce meses, es desarrollar un modelo de diagnóstico institucional. Antes de implementar nuevas estrategias, las instituciones necesitan comprender sus capacidades tecnológicas, económicas, normativas y docentes para avanzar en educación de precisión en salud a lo largo de la formación. La construcción de este diagnóstico podría ser promovida de manera colaborativa por asociaciones académicas, instituciones de educación superior y redes regionales de cooperación, mientras que cada institución asumiría su implementación y adaptación a las realidades locales.

La segunda acción es conformar una mesa técnica regional para construir un marco normativo y de referencia. Esa mesa debe incluir ministerios de salud y educación, instituciones de educación superior, decanos, profesores, expertos en tecnología y organismos consultores. No se trata únicamente de una discusión académica, sino de una agenda regional que requiere articulación entre educación superior, sistemas de salud, organismos reguladores y actores responsables de la transformación digital y educativa.

La tercera es desarrollar una estrategia regional de formación profesoral. El desarrollo de capacidades docentes fue identificado como una condición especialmente relevante para que esta apuesta prospere. Sin docentes formados en pedagogía, interpretación de datos y fundamentos éticos de la educación de precisión, cualquier implementación tecnológica corre el riesgo de perder sentido educativo. Asociaciones académicas, instituciones con experiencia en innovación educativa y redes internacionales de cooperación pueden contribuir al intercambio de experiencias, al fortalecimiento de capacidades y al acompañamiento de procesos institucionales.

La mesa insistió además en que cualquier estrategia de implementación debe incorporar explícitamente principios éticos, criterios de protección de datos y mecanismos para evitar ampliación de brechas entre instituciones. La transformación digital de la educación médica no puede avanzar desligada de discusiones sobre equidad, regulación y responsabilidad social.



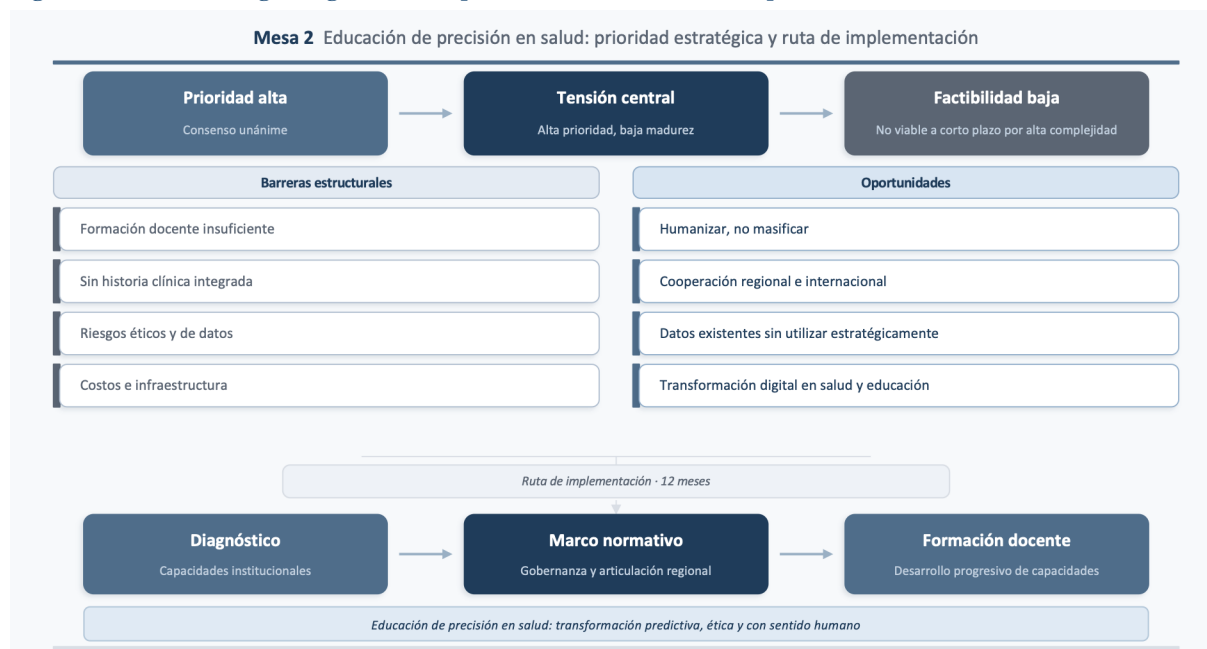
### 5.2.6 Síntesis regional

La educación de precisión en salud representa una apuesta con potencial transformador, aunque su desarrollo generalizado en el corto plazo enfrenta limitaciones relacionadas con capacidad institucional, infraestructura, regulación, formación docente y disponibilidad de información. Las discusiones sugieren la conveniencia de avanzar progresivamente mediante diagnósticos institucionales, fortalecimiento de capacidades, desarrollo de marcos de referencia y experiencias piloto que permitan generar aprendizaje contextualizado.

Una consideración transversal de la mesa fue de carácter ético: la incorporación de datos, analítica y tecnologías debe estar al servicio de procesos educativos más personalizados y humanos, preservando el juicio pedagógico, la equidad y la protección de la información. Esta orientación constituye un principio relevante para el desarrollo futuro de la educación de precisión en salud en la región.

**Idea fuerza regional:** “La educación de precisión en salud es una utopía estratégica que impulsa transformación estructural, considerando las necesidades de cada región y el uso ético de datos.”

Figura 6. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Educación médica de precisión



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

### 5.3 Nuevo profesionalismo (y cultura formativa)

El profesionalismo médico atraviesa actualmente un proceso de redefinición asociado con transformaciones profundas en los sistemas sanitarios, los entornos laborales, las dinámicas sociales y las expectativas de las poblaciones frente al ejercicio profesional. En América Latina, esta discusión adquiere una relevancia



particular debido al aumento de inequidades, la deshumanización progresiva de la atención, el deterioro de los ambientes de trabajo y las tensiones éticas derivadas de modelos sanitarios altamente productivistas. En este contexto, el profesionalismo deja de entenderse como un listado abstracto de valores individuales y pasa a reconocerse como una construcción cultural, institucional y relacional que atraviesa todo el continuo formativo.

### 5.3.1 Relevancia regional

La mesa identificó esta apuesta como una prioridad alta y no postergable. El argumento no fue teórico. Fue una respuesta directa a lo que los participantes observan en sus sistemas de salud: inequidad creciente, deshumanización de la práctica médica, deterioro de las relaciones entre profesionales, pacientes e instituciones. Frente a ese escenario, el profesionalismo no es un tema curricular periférico; es una condición de posibilidad para que los sistemas sanitarios funcionen.

Lo que la mesa propone como nuevo profesionalismo va más allá del catálogo habitual de virtudes médicas. No se trata de listar valores, sino de formar profesionales capaces de actuar con juicio situado: que piensen y respondan desde los contextos reales donde ejercen, que mantengan la dignidad del paciente bajo presión, que trabajen en equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios, y que se apropien éticamente de las tecnologías disponibles. Un profesional sólido académicamente, comprometido éticamente y resolutivo en la práctica.

La segunda ronda añadió una dimensión que vale la pena destacar: América Latina es una región multicultural con múltiples geografías sanitarias. El profesionalismo que se necesita aquí no es el mismo que funciona en contextos de alta institucionalización y recursos uniformes. Esa especificidad regional no es una limitación; es el punto de partida legítimo para construir un modelo propio.

La mesa coincidió además en que el nuevo profesionalismo debe responder a desafíos contemporáneos que antes no ocupaban un lugar central en la formación médica: inteligencia artificial, trabajo colaborativo, bienestar, comunicación intercultural, sostenibilidad de los sistemas sanitarios y creciente complejidad ética del ejercicio clínico. Esto exige ampliar la comprensión tradicional del profesionalismo hacia una visión más dinámica, contextual y socialmente responsable.

Las discusiones destacaron además que la relevancia del profesionalismo no se limita a preservar la dimensión humanística de la medicina. Los participantes lo relacionaron también con la calidad y la seguridad de la atención, el funcionamiento de los equipos de salud y las condiciones en las que se desarrolla el trabajo clínico y educativo. Desde esta perspectiva, fortalecer el profesionalismo implica favorecer relaciones de confianza, prácticas más seguras y colaborativas y ambientes que permitan a estudiantes, docentes y profesionales ejercer sus responsabilidades de manera coherente con los valores que orientan la atención en salud.





### 5.3.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

La barrera más mencionada, en ambas rondas, fue la falta de formación sistemática de tutores y docentes clínicos. No es un problema de voluntad individual: muchos profesionales de la salud asumen funciones docentes sin preparación específica en acompañamiento reflexivo, habilidades no técnicas ni formación humanística. Lo que enseñan, en gran medida, es lo que vivieron como estudiantes.

Esto conecta directamente con uno de los hallazgos más relevantes de la mesa: el currículo oculto. Las instituciones pueden tener discursos formales sobre profesionalismo, pero lo que los estudiantes aprenden en la práctica cotidiana —en las jerarquías, en los turnos, en la forma como se trata a los pacientes— transmite valores que con frecuencia contradicen esos discursos. Entre las manifestaciones más frecuentes identificadas por la mesa se encuentran la naturalización del maltrato, la ausencia de espacios de reflexión ética y la presencia de modelos de productividad que sacrifican el cuidado. Ese currículo opera silenciosamente y, con frecuencia, resulta más influyente que el propio plan de estudios.

La mesa identificó diversas condiciones de los sistemas de salud como barreras estructurales para el fortalecimiento del profesionalismo. En Colombia y en otros países de la región, los modelos de contratación, los marcos regulatorios que condicionan el ejercicio profesional y las lógicas productivistas presentes en muchos servicios de salud influyen directamente sobre los ambientes donde ocurre la formación. Esta tensión pone en evidencia una contradicción difícil de ignorar: resulta complejo promover un profesionalismo centrado en la persona, la reflexión ética y el cuidado humanizado cuando los escenarios formativos operan bajo dinámicas que privilegian principalmente la productividad y el cumplimiento de metas asistenciales.

A esta situación se suma la persistencia de una visión biomédica reduccionista, todavía dominante en muchos currículos, que limita la comprensión del paciente a su dimensión biológica y deja poco espacio para las dimensiones emocionales, sociales y comunitarias de la atención.

La discusión evidenció además una tensión particularmente compleja: las instituciones suelen exigir conductas profesionales individuales sin intervenir suficientemente las condiciones estructurales que deterioran los ambientes formativos y laborales. La mesa insistió en que no es posible hablar de profesionalismo sin discutir simultáneamente bienestar, salud mental, seguridad psicológica y sostenibilidad de las prácticas docentes y asistenciales.

### 5.3.3 Oportunidades estratégicas

Una de las oportunidades más concretas identificadas por la mesa fue hacer visible el currículo oculto, analizarlo y convertirlo en objeto explícito de discusión institucional. Ese acto, aparentemente simple, es transformador porque obliga a las instituciones a hacerse responsables de lo que realmente enseñan, no solo de lo que declaran enseñar.



Las prácticas conversacionales permanentes —espacios estructurados de reflexión sobre las experiencias clínicas— fueron señaladas como una herramienta de bajo costo y alto impacto. No requieren grandes inversiones tecnológicas ni rediseños curriculares completos. Requieren voluntad institucional y líderes docentes formados para conducirlas.

La diversificación de escenarios formativos apareció con fuerza: atención primaria, entornos comunitarios, simulación clínica, aprendizaje basado en retos y experiencias de aprendizaje-servicio. La idea de fondo es que el profesionalismo se forma en contacto con la realidad, no en abstracto. Cuanto antes y más diverso sea ese contacto, más sólida es la identidad profesional que se construye.

La cooperación interinstitucional también fue señalada como facilitador real. Las experiencias de cooperación entre facultades de medicina y redes académicas fueron señaladas como ejemplos del potencial de avanzar mediante esfuerzos interinstitucionales coordinados.

Finalmente, la mesa subrayó que el fortalecimiento del profesionalismo requiere ambientes formativos que favorezcan el bienestar, el cuidado y el desarrollo docente. El bienestar y el autocuidado del docente no constituyen un beneficio secundario, sino una condición estructural para que la formación funcione. En este sentido, el creciente interés regional por el bienestar, la humanización, la salud mental y los ambientes de aprendizaje saludables representa una oportunidad para reposicionar el profesionalismo como un eje transversal de transformación institucional y no únicamente como un componente ético aislado dentro del currículo. Este contexto favorece la articulación de esfuerzos entre instituciones formadoras, escenarios asistenciales, asociaciones académicas y organismos responsables de las políticas educativas y sanitarias, permitiendo abordar de manera más integral las condiciones que sustentan el ejercicio profesional.

### 5.3.4 Articulación con el continuo formativo

La mesa no organizó explícitamente la discusión por niveles, pero emergieron implicaciones claras para los tres.

En pregrado, la clave es la temporalidad: cuanto antes se incorpore al estudiante a contextos reales, comunitarios y reflexivos, más sólida es la base identitaria que se construye. No basta con declarar el profesionalismo en el perfil de egreso; hay que diseñar experiencias que lo hagan vivible desde los primeros semestres. Los ambientes seguros de aprendizaje son condición, no aspiración.

En posgrado, el elemento determinante es el modelaje docente. Los residentes aprenden, sobre todo, de lo que observan. Si los tutores clínicos no encarnan los valores que el programa dice promover, la brecha entre currículo formal y currículo oculto se profundiza. Herramientas como Mini-CEX, evaluación 360 y simulación clínica tienen valor, pero solo si están insertadas en una cultura institucional coherente con lo que evalúan.



En DPP, el profesionalismo no puede tratarse como un tema de formación inicial que luego se da por consolidado. Las presiones del ejercicio profesional —sobrecarga, burocratización y pérdida del vínculo con el propósito original— erosionan lo aprendido. Se necesitan espacios continuos de reflexión ética, autocuidado y actualización de competencias relacionales a lo largo de toda la trayectoria.

La mesa coincidió en que el profesionalismo solo puede sostenerse longitudinalmente si existe coherencia entre formación, práctica clínica y cultura institucional. De lo contrario, los aprendizajes desarrollados en una etapa del continuo formativo terminan debilitándose o contradiciéndose en los escenarios posteriores de ejercicio profesional.

### 5.3.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa estructuró sus recomendaciones en tres horizontes temporales, lo que le da a esta sección una gran claridad operativa.

#### Corto plazo (seis a doce meses)

- Visibilizar el currículo oculto como práctica institucional sistemática.
- Implementar prácticas reflexivas 360 sobre experiencias de profesionalismo.
- Fortalecer el aprendizaje-servicio con contratos explícitos entre comunidades e instituciones.
- Incorporar tempranamente a los estudiantes al contacto comunitario de manera transversal.
- Iniciar programas de formación de tutores en simulación y habilidades no técnicas.
- Promover ambientes seguros de aprendizaje como estándar institucional.

#### Mediano plazo

- Diversificar los escenarios formativos con énfasis en APS y entornos comunitarios.
- Construir alianzas formales entre hospitales y universidades.
- Fortalecer la cooperación entre instituciones académicas.
- Consolidar la cultura de evaluación 360 como mecanismo de retroalimentación y crecimiento.

#### Largo plazo

- Transformar la cultura docente-asistencial para que articule coherentemente todos los actores del proceso formativo.
- Consolidar centros de formación médica de baja y mediana complejidad que cumplan estándares adecuados y permitan experiencias educativas más cercanas a las necesidades reales de las poblaciones.



Las recomendaciones convergieron además en una idea central: el profesionalismo no puede fortalecerse únicamente mediante ajustes curriculares. Requiere transformaciones institucionales, cambios culturales y revisión crítica de las condiciones estructurales donde ocurre la formación clínica. La responsabilidad de estos cambios no recae exclusivamente en los programas de formación, sino también en los escenarios asistenciales, las organizaciones académicas, los sistemas de salud y los actores responsables de las políticas públicas que configuran los ambientes donde se desarrolla el aprendizaje profesional.

### 5.3.6 Síntesis regional

El nuevo profesionalismo no es un tema de valores individuales que se transmiten con buenos ejemplos. Es una dimensión estructural de la formación médica que se construye —o se destruye— en la cultura institucional, en los ambientes de aprendizaje, en las relaciones pedagógicas cotidianas y en la coherencia entre lo que las instituciones dicen y lo que hacen. Transformarlo exige intervenir en todos esos niveles al mismo tiempo.

La síntesis de la discusión puede expresarse de la siguiente manera: el profesionalismo implica actuar con excelencia y humanidad en ambientes que hagan posible ese ejercicio. Sin esa condición, cualquier declaración sobre valores profesionales queda en el aire.

**Idea fuerza regional:** “El profesionalismo implica actuar con excelencia, centrado en la persona y con sentido humanístico, en ambientes formativos reflexivos y con compromiso de los actores académicos y políticos.”

Figura 7. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Nuevo profesionalismo



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.



## 5.4 Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo

Los ambientes de aprendizaje en educación médica han dejado de entenderse únicamente como escenarios físicos de formación para reconocerse como ecosistemas complejos donde interactúan cultura organizacional, relaciones jerárquicas, bienestar, seguridad psicológica, condiciones laborales y dinámicas asistenciales. En la Región, las discusiones sobre salud mental, agotamiento profesional, maltrato, riesgo psicosocial y deterioro de los entornos clínicos han adquirido una relevancia creciente debido a su impacto simultáneo sobre estudiantes, docentes, profesionales de la salud y seguridad del paciente. En este contexto, los ambientes de aprendizaje saludables emergen como una condición estructural para la sostenibilidad de la formación médica y de los sistemas sanitarios.

### 5.4.1 Relevancia regional

La prioridad fue considerada alta y no postergable. El argumento central no fue pedagógico, sino sistémico. La mesa planteó que la inacción frente a ambientes de aprendizaje deteriorados genera consecuencias directas sobre la seguridad del paciente, la calidad formativa, la salud mental de estudiantes y docentes, y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. No se trata únicamente de una cuestión de bienestar individual, sino de un componente que afecta el funcionamiento del sistema formativo y asistencial.

La segunda ronda añadió una perspectiva que la discusión inicial no había desarrollado con suficiente fuerza: el ambiente de aprendizaje no puede seguir pensándose solo en función del estudiante. Los equipos asistenciales, los modelos de prestación de servicios, la infraestructura, los tiempos de trabajo y las relaciones jerárquicas dentro de los escenarios clínicos son parte del ecosistema formativo. Si ese ecosistema está deteriorado, ninguna intervención focalizada exclusivamente en el estudiante va a ser suficiente.

La discusión identificó además tensiones generacionales relacionadas con diferencias en expectativas, formas de comunicación y necesidades de aprendizaje. La distancia entre estas transformaciones y algunos modelos docentes e institucionales puede generar dificultades de adaptación y tener implicaciones sobre el bienestar, el desempeño y la construcción de la identidad profesional de los estudiantes.

La discusión evidenció además que la preocupación creciente por bienestar, salud mental y seguridad psicológica ya no puede considerarse una agenda complementaria. Para la mesa, estos elementos constituyen componentes esenciales de calidad educativa y de responsabilidad institucional frente a estudiantes, docentes y pacientes.

### 5.4.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

La barrera más señalada fue la cultura organizacional permisiva: entornos donde conductas inadecuadas se normalizan porque siempre han sido así, porque la presión asistencial las justifica o porque nadie tiene



incentivos para cuestionarlas. Esa normalización no opera en el vacío; se transmite activamente a los estudiantes como parte del currículo oculto de la institución.

La segunda barrera crítica es la desconexión institucional. Las instituciones de educación superior, los escenarios de práctica y las entidades regulatorias frecuentemente operan con lineamientos distintos, sin articulación real entre lo que se exige en el aula y lo que se tolera en el hospital. Esa incoherencia entre niveles desgasta cualquier esfuerzo de transformación cultural.

La docencia clínica fue identificada como uno de los componentes que requiere mayor fortalecimiento. Muchos profesionales de la salud ejercen funciones docentes sin preparación en comunicación, mentoring, manejo de conflictos ni habilidades socioemocionales. No porque no quieran —en muchos casos porque nadie los formó para eso y el sistema no los incentiva a hacerlo—.

La mesa fue precisa en identificar un problema de enfoque que atraviesa toda la región: la tendencia a centrar el problema en el estudiante. Cuando hay dificultades de bienestar o de seguridad en los ambientes formativos, la respuesta institucional suele ser intervenir sobre el estudiante —talleres de resiliencia o apoyo psicológico individual— sin tocar las condiciones estructurales que generan el problema. Este tipo de respuestas puede resultar insuficiente si no se intervienen simultáneamente las condiciones estructurales que originan o perpetúan el problema.

La discusión también evidenció tensiones relacionadas con productividad asistencial y vocación docente. En múltiples escenarios clínicos, las exigencias de servicio desplazan progresivamente los espacios de acompañamiento pedagógico, retroalimentación y reflexión. Esto deteriora tanto la experiencia formativa como las relaciones entre estudiantes, residentes y docentes clínicos.

### 5.4.3 Oportunidades estratégicas

Brasil ofrece un referente normativo concreto. Sus marcos legales en salud mental, diversidad y no discriminación en entornos educativos fueron reconocidos como base potencial para desarrollar lineamientos regionales adaptados al contexto andino. No se trata de replicar el modelo brasileño, sino de aprender de su trayectoria y adaptar lo que funciona.

La estandarización de marcos de referencia comunes apareció como oportunidad estratégica. Si las instituciones comparten criterios sobre qué constituye un ambiente de aprendizaje saludable, qué se mide, cómo se evalúa y qué herramientas se usan, la interoperabilidad regional se vuelve posible. Sin ese piso común, cada institución avanza en su propia dirección y los aprendizajes no se acumulan.

Las prácticas conversacionales permanentes —espacios formales de diálogo entre instituciones educativas y escenarios de práctica— fueron identificadas como una herramienta de bajo costo y alto impacto para fortalecer la construcción conjunta de soluciones. Más que instancias de coordinación operativa, estos



espacios favorecen la deliberación, la reflexión compartida y la transformación de las relaciones entre los diferentes actores del ecosistema formativo.

La sensibilidad regional creciente frente a bienestar, riesgo psicosocial, diversidad y neurodivergencia también fue reconocida como facilitador. Esta creciente sensibilidad social ofrece una oportunidad para que la educación médica incorpore de manera más explícita estas dimensiones en sus políticas, culturas y prácticas formativas.

La mesa reconoció además que la creciente discusión internacional sobre bienestar profesional, seguridad psicológica y culturas organizacionales saludables crea un escenario favorable para posicionar esta agenda como componente central del aseguramiento de la calidad en educación médica. Este contexto ofrece oportunidades para fortalecer la cooperación entre instituciones formadoras, escenarios asistenciales, asociaciones académicas y organismos reguladores, favoreciendo la construcción de marcos compartidos y estrategias sostenibles de transformación.

#### **5.4.4 Articulación con el continuo formativo**

La mesa fue explícita en que esta apuesta tiene impacto transversal, pero con lógicas diferenciadas en cada nivel.

En pregrado, el énfasis está en construir bases culturales desde el inicio: profesionalismo, bienestar, habilidades socioemocionales, trabajo en equipo y seguridad psicológica. También se planteó la posibilidad de revisar los procesos de admisión para incorporar criterios de integralidad y competencias relacionales, además del rendimiento académico. El estudiante debe dejar de ser un receptor pasivo y convertirse en actor activo dentro de equipos interprofesionales reales.

En posgrado, el riesgo específico es la normalización. El agotamiento, la sobrecarga y las prácticas deshumanizantes tienen mayor probabilidad de naturalizarse en este nivel, precisamente porque la presión clínica es más alta y los mecanismos de supervisión son más difusos. La formación de tutores, el mentoring estructurado y las herramientas de retroalimentación segura fueron identificados como estrategias relevantes para fortalecer estos ambientes.

En desarrollo profesional permanente, la clave es no tratar el bienestar como complemento. Los programas de gestión del riesgo psicosocial y de actualización de prácticas docentes deben estar integrados al sistema formativo como componentes estructurales, no como actividades opcionales que se ofrecen cuando hay presupuesto.

La mesa coincidió en que los ambientes saludables requieren continuidad y coherencia a lo largo de toda la trayectoria profesional. Las experiencias negativas tempranas, cuando se normalizan, tienden a reproducirse posteriormente en la práctica clínica y en la relación futura con estudiantes y residentes.





### 5.4.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa generó uno de los conjuntos de recomendaciones más detallados del encuentro, articulado alrededor de transformaciones culturales, fortalecimiento docente y mecanismos permanentes de monitoreo institucional.

La primera recomendación estructural es transformar la cultura organizacional como estándar sistémico, no como proyecto piloto. Esto implica promover marcos de referencia compartidos, desarrollar lineamientos adaptables a distintos contextos nacionales, implementar mecanismos de evaluación que hagan visible el estado real de los ambientes y establecer incentivos que posicionen los entornos seguros e inclusivos como criterio de calidad y mejora continua.

La segunda es cualificar la docencia clínica de manera estructurada. Competencias socioemocionales, comunicación, mentoring y manejo de conflictos deben convertirse en estándares mínimos para ejercer funciones docentes en escenarios clínicos, no en opciones de formación continua. Esto exige profesionalizar la docencia, lo que implica reconocimiento institucional, incentivos y trayectorias académicas diferenciadas para los educadores clínicos.

La tercera es adoptar herramientas validadas de medición y establecer mecanismos periódicos de seguimiento de los ambientes de aprendizaje —incluyendo dimensiones relacionadas con bienestar, seguridad psicológica y riesgo psicosocial—, de acuerdo con las características de cada institución y escenario formativo. La información obtenida debe utilizarse para identificar brechas, orientar planes de mejoramiento y valorar su evolución en el tiempo, evitando que la evaluación se limite a ejercicios diagnósticos aislados. La construcción progresiva de referentes compartidos podría, además, facilitar el aprendizaje entre instituciones y la comparación contextualizada de experiencias, sin asumir un único modelo aplicable a toda la región.

La segunda ronda añadió dimensiones que requieren especial atención: el enfoque explícito de diversidad, equidad e inclusión —incluyendo neurodivergencia y orientación sexual— y el papel de las sociedades científicas como actores que pueden contribuir a legitimar, visibilizar y movilizar esta agenda en la región. Más allá de su papel en la actualización clínica, estas organizaciones pueden promover estándares culturales compartidos, fortalecer procesos de sensibilización y favorecer la articulación entre educación médica, práctica profesional y DPP.

Las recomendaciones convergieron además en una idea transversal: los ambientes saludables no pueden depender exclusivamente de iniciativas locales o voluntades individuales. Requieren gobernanza institucional, articulación entre actores educativos y sanitarios, compromiso de las organizaciones profesionales, acompañamiento de los organismos reguladores y mecanismos regionales que permitan sostener la transformación cultural en el tiempo.



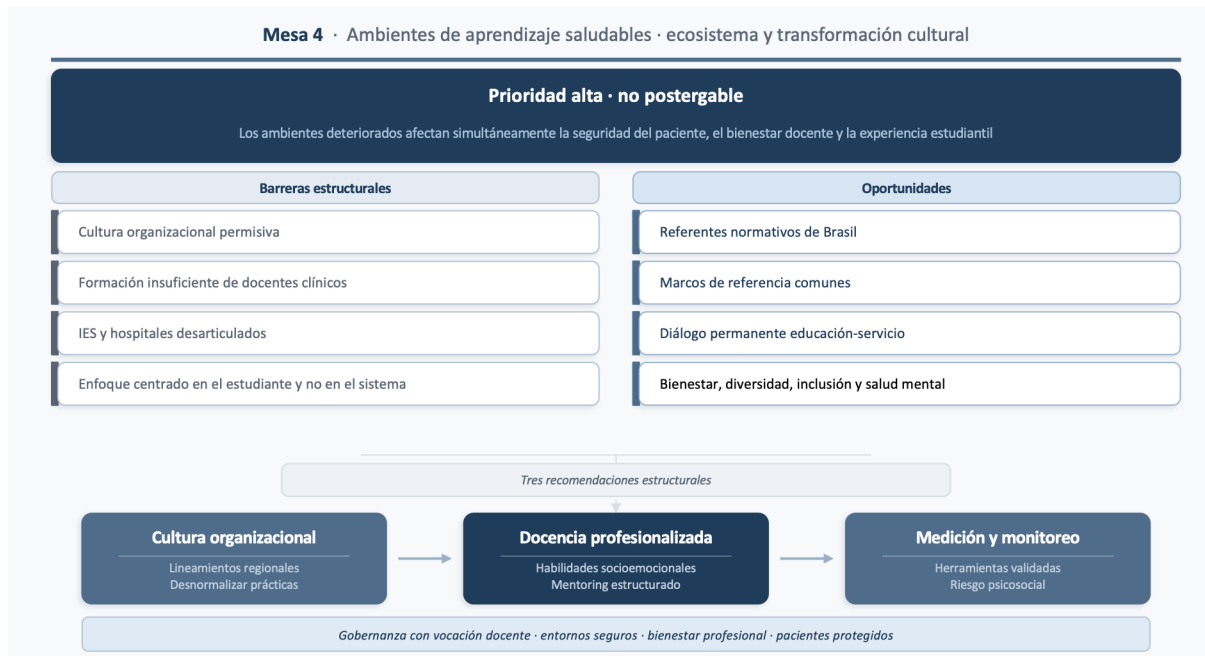
### 5.4.6 Síntesis regional

Los ambientes de aprendizaje saludables no son el resultado de buenas voluntades individuales ni de programas aislados de bienestar estudiantil. Son el producto de culturas organizacionales que se construyen deliberadamente, con gobernanza, con criterios compartidos y con docentes que cuentan con las capacidades necesarias para acompañar los procesos formativos. La humanización de la práctica médica comienza, efectivamente, en la humanización de la educación médica. Y esa humanización no ocurre por declaración; ocurre cuando las instituciones cambian lo que toleran, lo que miden y lo que reconocen.

La discusión permitió reconocer que los ambientes de aprendizaje no son un componente accesorio del currículo, sino una condición estructural que atraviesa seguridad del paciente, bienestar profesional, calidad educativa y sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Ignorar esta agenda implica perpetuar dinámicas institucionales que deterioran simultáneamente la formación y el cuidado en salud.

**Idea fuerza regional:** “Los ambientes de aprendizaje saludables exigen estandarización de conceptos, gobernanza con vocación docente y articulación efectiva entre instituciones de educación y escenarios de práctica, para asegurar entornos seguros, profesionales seguros y pacientes protegidos.”

Figura 8. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Ambientes de Aprendizaje Saludables



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026



## 5.5 Educación médica basada en evidencia (BEME) *(y producción de conocimiento)*

La educación médica basada en evidencia (BEME, por sus siglas en inglés) representa una transformación profunda en la manera como las instituciones formadoras toman decisiones curriculares, implementan innovaciones pedagógicas y evalúan sus resultados. Más que una metodología, constituye una postura ética y académica que busca fundamentar las decisiones educativas en evidencia rigurosa, contextualizada y críticamente interpretada. En América Latina, esta discusión adquiere especial relevancia debido a la frecuente adopción acrítica de modelos externos, la limitada producción regional de conocimiento educacional y la persistente subordinación de la investigación educativa frente a la investigación biomédica tradicional.

### 5.5.1 Relevancia regional

La mesa enfatizó el carácter urgente de esta apuesta y señaló la necesidad de fortalecer desde el presente la capacidad de las instituciones para fundamentar sus decisiones educativas en evidencia rigurosa, contextualizada y críticamente interpretada. La discusión situó esta necesidad no solo como una aspiración de desarrollo futuro, sino como una condición relevante para la calidad y la responsabilidad de los procesos formativos actuales.

El argumento central de la discusión fue que la región toma decisiones educativas —sobre currículos, metodologías, evaluación y perfiles de egreso— basándose con frecuencia en tradición, intuición o replicación de modelos externos. Esta forma de decidir no es neutral en sus efectos. Tiene consecuencias sobre la calidad de los profesionales que se forman y, por extensión, sobre los pacientes que esos profesionales atienden. La calidad educativa, desde esta perspectiva, no es un requisito técnico ni administrativo; es una responsabilidad ética.

Uno de los planteamientos con mayor convergencia en la mesa fue la necesidad de que la región fortalezca su capacidad para producir evidencia educativa propia, además de utilizar críticamente la evidencia disponible. Esto implica reconocer que la educación médica es un campo disciplinar propio, con metodologías y necesidades de desarrollo académico específicas, distinto —aunque complementario— a la investigación clínica. Mientras esa distinción no sea institucionalmente reconocida, la investigación educacional corre el riesgo de mantener una posición secundaria dentro de las universidades.

Un elemento adicional que la discusión identificó con claridad es la existencia de una amplia “literatura gris”: conocimiento que circula sin publicación, sin revisión por pares y sin acumulación sistemática. Esto refuerza la urgencia del problema: no solo falta evidencia contextualizada, sino que buena parte de la experiencia regional existente no se documenta ni se comparte.

La mesa coincidió además en que la consolidación de BEME puede fortalecer simultáneamente calidad educativa, legitimidad académica y capacidad regional de innovación. Sin producción propia de evidencia, la



región continuará dependiendo de agendas, prioridades y modelos contruidos desde contextos muy distintos a sus realidades sanitarias y educativas.

### 5.5.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Una de las barreras señaladas de manera recurrente fue la insuficiente formación docente en educación médica e investigación educacional. Los profesores tienen experiencia clínica, pero no necesariamente dominio de diseño curricular, evaluación educativa, metodologías de investigación cualitativa ni análisis de evidencia. Esto no constituye un déficit individual; es el resultado de sistemas universitarios que históricamente han premiado la producción clínica y científica biomédica, y no el desarrollo académico como educador.

La investigación clínica continúa concentrando buena parte de los mecanismos de reconocimiento académico —publicaciones, incentivos y oportunidades de desarrollo—, mientras que la investigación educacional suele ocupar una posición secundaria. Esa jerarquía institucional genera una cultura donde dedicarse a investigar sobre educación médica implica un costo de oportunidad real.

La mesa identificó una tendencia que merece especial atención: la adopción de metodologías educativas innovadoras —aprendizaje basado en problemas, simulación o flipped classroom— sin evaluación rigurosa de sus resultados en contexto. Con frecuencia estas estrategias se implementan porque están ampliamente difundidas o porque han mostrado resultados en otros escenarios, sin generar evidencia local que permita comprender su efectividad, sus limitaciones o las condiciones necesarias para su éxito. Sin esa evaluación sistemática, la innovación corre el riesgo de convertirse en replicación acrítica.

A esto se añade la dificultad del tránsito identitario: pasar de clínico a educador, y de educador a investigador, implica cambios de rol y de reconocimiento que no siempre tienen soporte institucional. La discusión señaló que docentes con interés y capacidad para investigar en educación médica pueden enfrentar barreras como la ausencia de tiempo protegido, dificultades para completar el proceso hasta la publicación y un reconocimiento institucional todavía limitado.

La discusión también evidenció tensiones relacionadas con sostenibilidad y capacidad instalada. Aunque existe interés creciente en investigación educacional, muchas instituciones aún carecen de estructuras formales, financiamiento y comunidades académicas que permitan sostener procesos investigativos de manera continua. Esto favorece iniciativas aisladas, de corto alcance y con limitada capacidad de acumulación regional.

### 5.5.3 Oportunidades estratégicas

La mesa identificó algo que pocas veces aparece explícitamente en los diagnósticos institucionales: la motivación. Existe interés genuino por mejorar la educación médica en la región y hay personas



comprometidas dentro de múltiples instituciones. Este interés constituye una capacidad relevante en un campo donde la transformación requiere tanto iniciativa de las comunidades académicas como condiciones institucionales que favorezcan la innovación.

Los procesos de acreditación están incorporando progresivamente criterios relacionados con investigación educacional. Esta evolución de los estándares de aseguramiento de la calidad puede convertirse en una palanca de transformación: cuando el aseguramiento de la calidad exige evidencia sobre los procesos formativos, las instituciones se ven obligadas a producirla y sistematizarla.

Las redes regionales representan otro facilitador concreto. La colaboración interuniversitaria permite compartir experiencias, evitar duplicaciones y construir estudios multicéntricos que serían difíciles de desarrollar desde una sola institución. Como punto de partida, la mesa propuso algo particularmente viable: antes de producir nueva evidencia, la región puede comenzar por revisar sistemáticamente lo que ya existe. Hay conocimiento local que aún no ha sido integrado ni visibilizado.

La inteligencia artificial y las plataformas digitales fueron reconocidas como facilitadores emergentes para la producción y análisis de evidencia. No se plantearon como soluciones automáticas, sino como herramientas que pueden reducir barreras técnicas para quienes ya tienen capacidad analítica pero recursos limitados.

La mesa reconoció además que el momento actual de transformación curricular y revisión de estándares de calidad en múltiples países crea un escenario favorable para posicionar BEME como componente estratégico de gobernanza académica y mejora continua. Este contexto puede facilitar la articulación entre instituciones formadoras, agencias de aseguramiento de la calidad, asociaciones académicas y redes regionales de investigación, fortaleciendo la capacidad colectiva para producir y utilizar evidencia educativa contextualizada.

#### 5.5.4 Articulación con el continuo formativo

En pregrado, la apuesta requiere incorporar tempranamente formación en pensamiento crítico, lectura de evidencia y comprensión de los procesos educativos. El estudiante no debe ser solo receptor del currículo; debe tener capacidad para cuestionarlo, identificar cuándo una práctica educativa carece de sustento y participar activamente en su mejoramiento. Esto implica también aproximar a los estudiantes a metodologías cualitativas desde etapas iniciales, reconociendo que la investigación educacional no se limita a enfoques cuantitativos.

En posgrado, las residencias representan escenarios estratégicos que la región aún subutiliza. Los programas de especialización generan grandes volúmenes de información sobre supervisión, evaluación y desempeño que podrían convertirse en investigación educacional aplicada. La mesa propuso fortalecer proyectos multicéntricos entre programas de distintos países para generar evidencia contextualizada sobre lo que funciona —y lo que no— en la formación especializada regional.



En desarrollo profesional permanente, la prioridad es fortalecer la actualización docente en BEME: lectura crítica de evidencia, evaluación de intervenciones educativas y transferencia de resultados a contextos reales de formación. La mesa insistió además en una necesidad poco desarrollada regionalmente: publicar y visibilizar las experiencias locales para evitar que el conocimiento producido permanezca aislado dentro de cada institución.

La discusión coincidió en que la producción y utilización de evidencia educativa debe atravesar longitudinalmente los diferentes momentos de la formación. La capacidad de analizar críticamente los procesos educativos no puede limitarse a grupos especializados; debe convertirse en una competencia transversal de las comunidades académicas.

### 5.5.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa construyó tres recomendaciones articuladas que buscan impactar simultáneamente la capacidad instalada, la estructura institucional y la producción regional de conocimiento.

La primera es crear núcleos institucionales de BEME —o fortalecer las oficinas de educación médica existentes— y articularlos mediante mecanismos de cooperación regional. Estas unidades deben tener capacidad para apoyar decisiones curriculares basadas en evidencia, generar conocimiento local y facilitar la colaboración entre instituciones con distintos niveles de desarrollo académico.

La segunda es desarrollar programas estructurados de formación docente en evidencia educativa: búsqueda, análisis, interpretación y aplicación. La mesa destacó que la formación docente debe trascender la lectura de literatura científica e incluir capacidades para evaluar la calidad de las intervenciones educativas, adaptar hallazgos de otros contextos y diseñar estudios que respondan a preguntas localmente relevantes.

La tercera es impulsar investigación educativa colaborativa regional mediante estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas y fortalecimiento de los canales de publicación y difusión científica. La recomendación operativa más concreta fue comenzar por revisiones sistemáticas de lo ya producido en la región, como estrategia viable, de alto impacto y con recursos relativamente accesibles.

La mesa insistió además en que las instituciones deben generar mecanismos reales de reconocimiento académico para quienes desarrollan investigación educacional. Sin incentivos, tiempo protegido y legitimidad institucional, la consolidación de BEME seguirá dependiendo exclusivamente de esfuerzos individuales dispersos. Este desafío requiere además el compromiso de universidades, organismos de aseguramiento de la calidad, asociaciones académicas y agencias financiadoras para fortalecer las condiciones que hacen posible una producción sostenida de conocimiento educacional en la región.



### 5.5.6 Síntesis regional

La educación médica basada en evidencia no es únicamente un asunto metodológico. Constituye una postura ética y académica sobre cómo se toman decisiones en formación médica. En distintos contextos de la región se han adoptado modelos educativos desarrollados externamente, con grados variables de adaptación y evaluación local. Fortalecer la generación y utilización de evidencia contextualizada puede contribuir a mejorar la calidad educativa, la pertinencia curricular y la capacidad de las instituciones para evaluar sus propias innovaciones.

La discusión permitió identificar una orientación compartida: la educación médica basada en evidencia constituye un campo académico que requiere mayor desarrollo regional, la calidad educativa representa una responsabilidad ética y la colaboración regional puede contribuir a producir conocimiento contextualizado y sostenible.

**Idea fuerza regional:** “El desafío de la región no es solo usar evidencia en educación médica, sino generarla, adaptarla, comunicarla y aplicarla con impacto, colaborativamente, desde nuestras propias realidades en la Región Andina.”

Figura 9. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Educación médica basada en evidencia (BEME)



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## 5.6 Formación de líderes en educación médica

### 5.6.1 Relevancia regional





La apuesta fue considerada de alta prioridad y no postergable. Al mismo tiempo, la discusión reconoció una tensión relevante entre su importancia estratégica y su viabilidad en el corto plazo. Factores externos al ámbito académico —decisiones de gobierno, cambios en la gobernanza institucional y presiones del sistema de salud— pueden ralentizar o desplazar esta agenda. Reconocer estas condiciones no implica postergarla, sino fortalecer estructuras que permitan sostenerla más allá de las coyunturas.

Un hallazgo conceptual importante fue el tránsito en la comprensión del liderazgo. En Chile, México y otros países de la región, el punto de partida fue la figura del "líder natural" —el profesor, el coordinador, el decano carismático. La evolución ha sido hacia el reconocimiento de múltiples formas de liderazgo: académico, clínico, docente, de servicio, institucional. Ese cambio no es solo semántico; implica que el liderazgo puede y debe desarrollarse de manera intencional, en distintos roles y contextos, a lo largo de toda la trayectoria profesional.

La experiencia mexicana fue señalada reiteradamente como un referente de programas formales de liderazgo que han favorecido el desarrollo de capacidades para asumir responsabilidades académicas, clínicas y organizacionales, articulando las dimensiones asistencial, formativa y de gestión.

La mesa destacó además que el desarrollo del liderazgo debe mantenerse articulado con la competencia clínica. Esta articulación contribuye a evitar que el desarrollo de capacidades de liderazgo se perciba como desvinculado de la competencia clínica y del ejercicio profesional.

### 5.6.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

La barrera de fondo es la misma que aparece en otras mesas desde otro ángulo: en numerosos contextos de la región, el rol del educador clínico permanece insuficientemente formalizado. En diversos contextos, la docencia puede asumir un carácter secundario y contar con reconocimiento institucional o condiciones de desarrollo insuficientes.

A esto se suma una brecha identificada desde el pregrado: en muchos perfiles de egreso, las competencias de liderazgo y docencia aún no se encuentran formuladas de manera explícita. La ausencia de estas competencias puede limitar su desarrollo sistemático y su evaluación a lo largo de la formación.

La segunda barrera estructural es la desarticulación entre universidades, hospitales y gobierno. Sin definición clara de roles y responsabilidades compartidas en la formación de líderes, los esfuerzos se fragmentan, se duplican y pierden impacto. La discusión reconoció que existen experiencias de articulación intersectorial en distintos contextos de la región que demuestran que la coordinación entre instituciones formadoras, sistemas de salud, organismos gubernamentales y organizaciones profesionales es posible. Estas experiencias ofrecen referentes útiles para fortalecer mecanismos de gobernanza que permitan desarrollar agendas compartidas de formación y liderazgo en educación médica.



La discusión identificó además una barrera que suele recibir poca atención: las tensiones internas dentro de las propias universidades. Con frecuencia, otras unidades académicas no comprenden plenamente las particularidades de la formación en salud, lo que dificulta la asignación de recursos, la toma de decisiones y el reconocimiento de las necesidades específicas asociadas a la educación clínica. En este contexto, el liderazgo en educación médica requiere también legitimidad institucional al interior de las universidades, y no únicamente reconocimiento por parte de los sistemas de salud.

Estas barreras generan tensiones que la mesa consideró especialmente relevantes para la consolidación de una cultura de liderazgo en educación médica. La primera es el riesgo de que el liderazgo permanezca como una intención declarativa más que como una competencia efectivamente desarrollada. Las instituciones pueden incorporar el liderazgo en discursos, perfiles de egreso o documentos estratégicos sin traducirlo en experiencias formativas, mecanismos de evaluación o cambios concretos en las prácticas institucionales.

La segunda tensión corresponde a la persistencia de una visión medicocéntrica del liderazgo. Si el liderazgo en salud se concibe exclusivamente como una competencia médica, se limita la posibilidad de construir equipos interprofesionales capaces de responder a la complejidad de los problemas sanitarios contemporáneos. La mesa destacó el valor de enfoques de liderazgo capaces de articular distintas disciplinas, profesiones y perspectivas dentro de una visión compartida orientada al bien común.

### 5.6.3 Oportunidades estratégicas

Las experiencias existentes constituyen uno de los principales facilitadores para avanzar en esta apuesta. Diversos países de la región han desarrollado programas de liderazgo, procesos de renovación curricular, mecanismos de certificación de hospitales docentes y estructuras de gobernanza académica que pueden aportar aprendizajes valiosos. No se trata de replicar modelos de manera acrítica, sino de identificar experiencias transferibles y adaptarlas a diferentes contextos institucionales y nacionales.

Las herramientas de simulación e inteligencia artificial fueron reconocidas como facilitadores emergentes con potencial para apoyar el desarrollo de habilidades no técnicas de liderazgo —comunicación, toma de decisiones bajo presión y trabajo en equipo en escenarios complejos—. Su valor no es tecnológico per se; es que permiten practicar liderazgo en contextos seguros antes de hacerlo en contextos reales de alta consecuencia.

La mesa identificó además la posibilidad de posicionar el liderazgo en educación médica dentro de agendas regionales de cooperación y desarrollo, incluyendo espacios de integración política y académica. Este tipo de escenarios puede contribuir a otorgar mayor visibilidad y sostenibilidad institucional a iniciativas que, de otro modo, podrían depender exclusivamente de liderazgos individuales o de coyunturas locales.



#### 5.6.4 Articulación con el continuo formativo

El hallazgo más relevante de la mesa en este punto fue la limitada articulación del liderazgo a lo largo del continuo formativo. En muchos contextos, cada nivel lo aborda de manera relativamente independiente: en pregrado existen elementos incipientes, en posgrado emerge con frecuencia asociado a necesidades prácticas y, en DPP, suele vincularse con roles de gestión. La progresión intencional a lo largo del continuo permanece insuficientemente estructurada.

En pregrado, la prioridad es incorporar liderazgo y docencia como componentes explícitos del perfil del médico desde etapas tempranas. Trabajo en equipo, comunicación, ética, interprofesionalismo y toma de decisiones son las bases sobre las que se construye el liderazgo. Sin ese fundamento, todo lo que viene después carece de sustento.

En posgrado, las residencias constituyen un escenario particularmente relevante para aplicar y consolidar competencias de liderazgo en contextos reales: coordinación de equipos, decisiones clínicas con consecuencias organizacionales, articulación entre funciones asistenciales y formativas. La tutoría estructurada y el mentoring son los vehículos pedagógicos principales.

En DPP, la mesa introdujo un concepto que merece conservarse: el carácter replicador del liderazgo en niveles avanzados. Los líderes formados no solo deben ejercer liderazgo; deben generar capacidades en sus equipos, instituciones y en las nuevas generaciones. El DPP no es solo actualización individual; es multiplicación de capacidades sistémicas.

#### 5.6.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa construyó cinco recomendaciones articuladas que configuran una posible ruta de avance.

La primera recomendación es construir una línea base regional de liderazgo en educación médica. Contar con una caracterización inicial permitiría orientar las intervenciones y establecer referentes para evaluar su evolución. Esa línea base debe desarrollarse a través de redes académicas existentes, con indicadores comunes que permitan comparación entre países.

La segunda es fortalecer y articular redes académicas regionales para la formación en liderazgo, promoviendo el intercambio de experiencias, el desarrollo conjunto de capacidades y la transferencia de aprendizajes entre instituciones, organizaciones profesionales, sistemas de salud y actores comprometidos con la transformación de la educación médica.

La tercera es definir un marco común de liderazgo en educación médica: progresivo, transversal, ético, interprofesional y articulado con el continuo formativo. Ese marco debe incluir criterios de ética de la gestión —no solo efectividad, sino responsabilidad, transparencia y orientación al bien público.



La cuarta es incorporar mecanismos de evaluación y reconocimiento de competencias de liderazgo, incluyendo habilidades no técnicas, como estrategia para fortalecer su desarrollo a lo largo del continuo formativo. La certificación puede constituir una de las alternativas posibles, siempre que responda a marcos compartidos de calidad y pertinencia.

La quinta es orientar el modelo regional de liderazgo hacia la equidad, la sostenibilidad y la salud planetaria. El liderazgo en educación médica no debe limitarse al fortalecimiento institucional; debe contribuir al impacto social, a la reducción de inequidades y a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios mediante la acción coordinada de instituciones formadoras, organizaciones profesionales y actores responsables de las políticas públicas.

### 5.6.6 Síntesis regional

El liderazgo en educación médica no se hereda ni surge espontáneamente. Se forma de manera intencional, con procesos estructurados, a lo largo de toda la trayectoria profesional. Las experiencias discutidas durante el encuentro sugieren que este desarrollo es posible cuando existen procesos formativos estructurados y condiciones institucionales favorables. El desafío identificado radica en avanzar hacia una mayor institucionalización, de manera que el desarrollo del liderazgo dependa cada vez menos de iniciativas individuales y se consolide progresivamente como una capacidad de los sistemas formativos.

La discusión subrayó una relación relevante entre declaración, formación, evaluación y reconocimiento: cuando el liderazgo no se incorpora explícitamente en los perfiles y procesos formativos, su desarrollo tiende a depender de iniciativas aisladas. Del mismo modo, la ausencia de mecanismos de evaluación, reconocimiento y seguimiento puede limitar su consolidación como capacidad institucional.

**Idea fuerza regional:** “El liderazgo transformacional en educación médica requiere desarrollo estructurado, fundamento ético, reconocimiento institucional y articulación en red para contribuir a la equidad y a las necesidades de los sistemas de salud.”



**Figura 10. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Formación de líderes en educación médica**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## 5.7 Reconceptualización de la experticia médica

La reconceptualización de la experticia médica parte de reconocer que el desempeño profesional contemporáneo no depende exclusivamente del dominio del conocimiento biomédico y de las habilidades clínicas. Los cambios en las necesidades de las poblaciones, la creciente participación de los pacientes en las decisiones sobre su salud y la complejidad social y sanitaria de los escenarios de práctica exigen ampliar esta noción hacia una experticia capaz de integrar conocimiento científico, juicio profesional, comprensión contextual, toma de decisiones compartida, trabajo colaborativo y compromiso con la salud de las personas y las comunidades. Desde esta perspectiva, ampliar la experticia no implica disminuir la importancia de la competencia clínica, sino situarla dentro de una comprensión más integral de la práctica médica.

### 5.7.1 Relevancia regional

La apuesta fue considerada de alta prioridad. La discusión identificó una brecha creciente entre lo que los currículos buscan desarrollar y las capacidades que exigen las realidades contemporáneas de la práctica médica. Esta brecha puede expresarse en una formación sólida para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero con menor desarrollo de capacidades para acompañar a las personas en su complejidad social, emocional, espiritual, comunitaria y ambiental.

La discusión destacó además una dimensión que adquirió especial relevancia durante el encuentro: el empoderamiento de los pacientes. El mayor acceso de los pacientes a información en salud y su participación



creciente en las decisiones clínicas están transformando la relación médico-paciente y, por extensión, el tipo de experticia que requiere la práctica contemporánea. En este escenario, la experticia profesional requiere trascender la transmisión de conocimiento e incorporar capacidades para escuchar, deliberar y construir decisiones compartidas.

La mirada salutogénica —orientada hacia la salud y no solo hacia la enfermedad— fue uno de los ejes conceptuales más consistentes de la mesa. Esta perspectiva busca ampliar un enfoque históricamente centrado en la enfermedad, sus causas y sus tratamientos, incorporando también una comprensión más explícita de los factores que sostienen la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

### 5.7.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

La mesa distinguió dos grandes grupos de barreras: aquellas de carácter externo, asociadas a condiciones estructurales de los sistemas educativos y sanitarios, y aquellas de naturaleza interna, relacionadas con aspectos culturales e institucionales que condicionan la formación médica.

Las barreras externas son sistémicas. Persisten prácticas docentes influenciadas por modelos tradicionales y paternalistas de formación, que pueden reproducirse cuando no existen procesos sistemáticos de actualización y desarrollo profesoral. En algunos contextos, los procesos regulatorios y los plazos establecidos para las renovaciones curriculares pueden no corresponder con los tiempos requeridos para cambios institucionales profundos. Asimismo, se identificaron tensiones entre algunos sistemas de evaluación externa y las transformaciones curriculares que buscan ampliar los resultados de formación, lo que puede limitar incentivos para la innovación. La mesa también señaló diferencias en los incentivos económicos y profesionales asociados a distintas trayectorias médicas, que pueden favorecer la subespecialización técnica frente a campos como la atención primaria, la salud pública o el trabajo territorial.

La discusión identificó además dos desafíos adicionales. El primero corresponde a las dificultades asociadas al recambio generacional dentro de las universidades, especialmente en ausencia de mecanismos claros para la evaluación, renovación y desarrollo continuo de los cuerpos docentes. El segundo está relacionado con las condiciones de seguridad presentes en algunos territorios, que constituyen una barrera real para ampliar procesos formativos e iniciativas de impacto social en zonas rurales y apartadas.

Una de las barreras culturales identificadas fue el reconocimiento todavía limitado de la función educativa como parte integral de la identidad y responsabilidad profesional del médico. En algunos contextos, la docencia continúa ocupando una posición secundaria frente a las responsabilidades asistenciales y cuenta con reconocimiento institucional insuficiente.

La mesa también identificó tensiones en los incentivos asociados a la investigación durante la formación médica. En algunos contextos, las actividades investigativas pueden orientarse prioritariamente al fortalecimiento de trayectorias académicas individuales, sin una articulación suficiente con problemas



relevantes de salud de las poblaciones. Esta situación puede limitar el potencial de la investigación como herramienta para responder a necesidades sanitarias y sociales del entorno.

### 5.7.3 Oportunidades estratégicas

La globalización y las redes regionales de colaboración académica fueron reconocidas como facilitadores relevantes para avanzar en esta apuesta. No en el sentido de que todos deben hacer lo mismo, sino en el sentido de que las experiencias desarrolladas en distintos contextos pueden compartirse, analizarse, adaptarse y apropiarse colectivamente con mucho menor costo que si cada institución avanza sola.

Las herramientas tecnológicas y de simulación aparecen nuevamente —como en otras mesas— como mecanismos para reducir barreras de acceso geográfico y mejorar el acompañamiento longitudinal. Su valor en el contexto de esta mesa es específico: permiten simular situaciones de complejidad social, ética y relacional que difícilmente se pueden reproducir en contextos clínicos convencionales.

Las reformas curriculares en curso en múltiples instituciones son una ventana de oportunidad concreta. Cuando una institución ya está revisando su currículo, el costo de incorporar nuevas concepciones de experticia médica es mucho menor que intentar hacerlo fuera de ese ciclo. La mesa propuso aprovechar esos procesos de manera intencional.

Los proyectos integradores —experiencias formativas que conectan distintas áreas del conocimiento y niveles de formación para resolver problemas reales del entorno— fueron señalados como una estrategia pedagógica con potencial para favorecer la integración de conocimientos y la respuesta a problemas reales del entorno.

### 5.7.4 Articulación con el continuo formativo

La mesa fue consistente en un principio: las dimensiones que configuran una experticia médica contemporánea —comprensión contextual de los problemas de salud, toma de decisiones compartida, pensamiento crítico, compromiso social y orientación hacia la salud— no pueden incorporarse tardíamente como complementos de una formación biomédica ya consolidada. Deben desarrollarse de manera progresiva y transversal desde el inicio del proceso formativo, con niveles crecientes de complejidad y autonomía a medida que el estudiante avanza.

En pregrado, el desafío es avanzar hacia una mayor integración entre ciencias básicas, formación clínica y experiencias comunitarias. El médico en formación necesita desarrollar simultáneamente comprensión biomédica, sensibilidad social, capacidad de trabajar en equipo y pensamiento crítico frente a la evidencia disponible. Los proyectos integradores son una vía concreta para lograr esa articulación sin fragmentar el currículo.





En posgrado, la experticia contextualizada y el liderazgo clínico son los ejes. Uno de los riesgos identificados en este nivel es una subespecialización que pueda reducir las oportunidades de desarrollar una comprensión integral del paciente y de fortalecer el trabajo interdisciplinario frente a problemas complejos. Las experiencias interdisciplinarias y comunitarias dentro de los programas de especialización fueron señaladas como estrategias que pueden contribuir a mitigar este riesgo.

En desarrollo profesional permanente, el énfasis recae en los docentes y líderes académicos. No puede pedírsele a los profesores que formen según nuevos modelos de experticia si ellos mismos fueron formados en modelos distintos y no han tenido actualización sistemática. La formación de formadores constituye una condición relevante para favorecer la coherencia de los procesos de transformación curricular.

### 5.7.5 Recomendaciones estratégicas

Más que proponer una ruta de implementación independiente, la mesa identificó implicaciones estratégicas que pueden incorporarse transversalmente en distintas iniciativas de transformación de la educación médica. La reconceptualización de la experticia médica no constituye una intervención aislada, sino un marco orientador que atraviesa múltiples dimensiones del continuo formativo y dialoga con varias de las apuestas estratégicas discutidas durante el encuentro.

La primera implicación se relaciona con el desarrollo docente. La transición hacia una concepción más amplia de la experticia médica exige fortalecer la formación permanente de docentes y directivos en educación médica, liderazgo, innovación curricular y acompañamiento de procesos de aprendizaje. Resulta difícil formar profesionales capaces de responder a contextos complejos si quienes lideran los procesos formativos no cuentan con oportunidades sistemáticas de actualización y desarrollo académico.

La segunda tiene relación con el diseño curricular y los perfiles de egreso. La mesa consideró necesario incorporar de manera explícita dimensiones como la mirada salutogénica, el pensamiento crítico, la toma de decisiones compartida, el liderazgo colaborativo y la comprensión contextual de los problemas de salud. La incorporación explícita de estas dimensiones en los perfiles de egreso puede favorecer su desarrollo, evaluación y consolidación de manera consistente a lo largo del proceso formativo.

La tercera se refiere al fortalecimiento de la investigación y del pensamiento crítico como componentes esenciales de la formación médica contemporánea. En este contexto, los semilleros de investigación, las experiencias de indagación aplicada y las iniciativas orientadas a resolver problemas reales de salud pueden contribuir a formar profesionales con mayor capacidad de análisis, reflexión y compromiso con las necesidades de sus comunidades.

La cuarta destaca la importancia de fortalecer mecanismos de colaboración regional que permitan compartir experiencias, generar aprendizajes conjuntos y acelerar procesos de innovación educativa. Las redes académicas pueden facilitar la circulación de conocimiento, la construcción de referentes comunes y el



desarrollo de respuestas contextualizadas frente a desafíos compartidos por los sistemas de salud y las instituciones formadoras de la región.

Finalmente, la mesa subrayó la necesidad de avanzar hacia enfoques interdisciplinarios y transdisciplinarios que favorezcan la integración entre las ciencias de la salud, las ciencias sociales, las humanidades, las ciencias ambientales y otros campos del conocimiento. La complejidad de los problemas contemporáneos exige profesionales capaces de trabajar con múltiples perspectivas y de construir soluciones que trasciendan los límites tradicionales de las disciplinas.

En conjunto, estas implicaciones reflejan una orientación ampliamente compartida en la discusión: reconceptualizar la experticia médica no significa disminuir la importancia del conocimiento científico o de la competencia clínica, sino ampliar su alcance para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, las comunidades y los sistemas de salud en el siglo XXI.

### 5.7.6 Síntesis regional

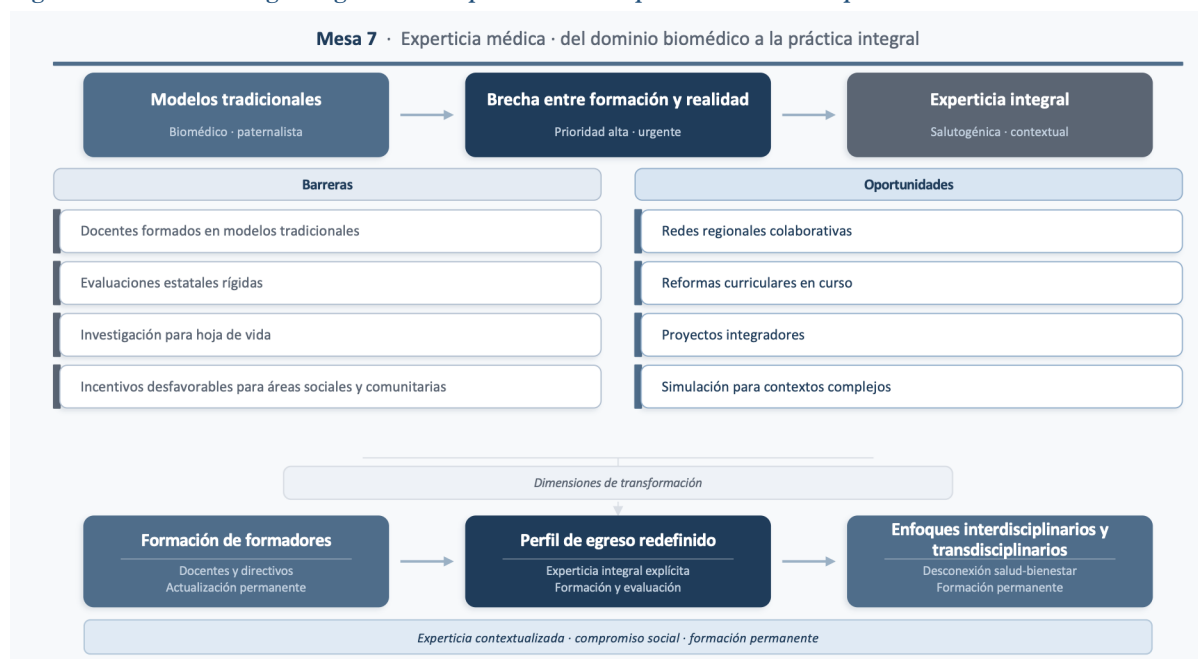
La experticia médica del siglo XXI no se define solo por lo que el médico sabe; se define también por lo que es capaz de hacer con ese conocimiento en contextos complejos, con personas reales, en comunidades con historias y necesidades específicas. El desarrollo de esta capacidad requiere ir más allá de la ampliación del contenido biomédico e incorporar experiencias que aproximen al estudiante a la realidad social, con docentes que modelan una práctica más integral, con currículos que declaran y evalúan dimensiones que hoy siguen siendo invisibles.

Reconceptualizar la experticia médica no es suavizar la formación técnica. Implica ampliar su alcance para responder de manera más integral a las necesidades de las personas, las comunidades y los sistemas de salud.

**Idea fuerza regional:** “La experticia médica del futuro exige integrar conocimiento científico, comprensión contextual, compromiso social y capacidad de trabajo colaborativo para responder a las necesidades cambiantes de las personas, las comunidades y los sistemas de salud.”



Figura 11. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Reconceptualización de la experticia médica



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## 5.8 Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática

La evaluación en educación médica atraviesa actualmente una transformación profunda asociada con la necesidad de construir sistemas formativos más confiables, longitudinales y coherentes con los principios de la educación basada en competencias. En la Región, esta discusión surge en un contexto donde múltiples instituciones han modernizado currículos, incorporado metodologías activas y adoptado discursos de formación integral, pero continúan utilizando modelos evaluativos centrados predominantemente en contenidos, pruebas terminales y decisiones aisladas. La evaluación programática emerge así no como una innovación opcional, sino como una condición estructural para alinear formación, desempeño y necesidades reales de los sistemas de salud.

### 5.8.1 Relevancia regional

La apuesta fue considerada de alta prioridad y no postergable. La discusión identificó la transición hacia modelos de evaluación programática como una transformación relevante para fortalecer la coherencia entre formación, desempeño y necesidades de los sistemas de salud en la Región.

Uno de los principales desafíos señalados fue la persistencia de una brecha entre las transformaciones curriculares desarrolladas por las instituciones y la evolución de sus sistemas de evaluación. En distintos contextos, los enfoques de formación basada en competencias conviven todavía con mecanismos evaluativos centrados predominantemente en contenidos, pruebas terminales y decisiones aisladas. Esta desalineación



puede limitar la coherencia entre los resultados de aprendizaje declarados, las experiencias formativas y las decisiones sobre el desempeño de los estudiantes.

La discusión destacó la influencia que los sistemas de evaluación ejercen sobre las prioridades de aprendizaje. Cuando los mecanismos evaluativos no se encuentran adecuadamente alineados con las competencias esperadas, pueden orientar el esfuerzo de los estudiantes hacia aquello que es medido, en detrimento de otras dimensiones relevantes del desempeño profesional. Desde esta perspectiva, transformar la evaluación implica no solo modificar instrumentos, sino fortalecer la coherencia entre aquello que se espera formar, las experiencias de aprendizaje y las decisiones evaluativas.

La mesa incorporó además la metaevaluación<sup>1</sup> como una dimensión relevante del sistema evaluativo. Desde esta perspectiva, el análisis no se limita al desempeño de los estudiantes, sino que puede incluir también la calidad de los procesos de evaluación, la actuación docente, los escenarios de práctica, los centros formativos y, cuando sea posible, su relación con resultados educativos y sanitarios. Esta mirada amplía la evaluación desde instrumentos aislados hacia un sistema susceptible de análisis y mejora continua.

La discusión coincidió además en que avanzar hacia evaluación programática representa una oportunidad para fortalecer simultáneamente calidad educativa, confianza pública y legitimidad profesional dentro de sistemas sanitarios cada vez más complejos y demandantes.

### 5.8.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Una de las principales barreras identificadas fue de carácter cultural. En diversos contextos persiste una concepción del rigor evaluativo asociada principalmente con pruebas terminales de alta exigencia. Esta tradición puede dificultar la transición hacia modelos longitudinales en los que las decisiones se construyen a partir de múltiples fuentes de información, observaciones sucesivas y juicio profesional acumulado.

Una segunda barrera corresponde a la desalineación entre los modelos educativos y las capacidades disponibles para evaluar. Muchos profesionales que desempeñan funciones docentes no han recibido formación específica en diseño evaluativo, selección de instrumentos, retroalimentación o interpretación de resultados. Esta situación puede favorecer la utilización de evaluaciones aisladas sin una arquitectura longitudinal que permita integrar información y orientar decisiones formativas.

También se identificaron barreras regulatorias. En algunos contextos, los marcos de habilitación, acreditación y regulación aún no incorporan plenamente los principios de la evaluación programática o pueden limitar su desarrollo. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de articular las transformaciones institucionales con los marcos regulatorios y de aseguramiento de la calidad correspondientes.

---

<sup>1</sup> evaluación sistemática de los propios procesos y sistemas de evaluación con el fin de valorar su calidad, coherencia, utilidad e impacto, y orientar su mejora continua (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 2011).



La discusión identificó además una barrera relacionada con la escala y la heterogeneidad institucional. Las diferencias entre universidades públicas y privadas, entre niveles del continuo formativo y entre países con distintos marcos regulatorios y capacidades institucionales dificultan la adopción de un modelo único para toda la región. La mesa advirtió que los referentes compartidos deberán permitir adaptación contextual para evitar que su implementación profundice brechas existentes entre instituciones.

La mesa reconoció también tensiones asociadas con legitimidad y confianza. La evaluación programática exige que los docentes emitan juicios complejos y longitudinales sobre el progreso de los estudiantes. Si esos juicios no cuentan con criterios compartidos, procesos de calibración y formación sólida, el sistema puede percibirse como subjetivo o arbitrario, debilitando su credibilidad institucional.

Entre los riesgos identificados se encuentra la adopción superficial de la evaluación programática, incorporando herramientas como portafolios, observación directa o retroalimentación continua sin transformar la cultura evaluativa ni los procesos de toma de decisiones. Asimismo, la sostenibilidad del modelo depende de que los juicios longitudinales se apoyen en criterios compartidos, formación docente y mecanismos de calibración que favorezcan su consistencia y legitimidad ante estudiantes, instituciones y otros actores del sistema.

La mesa reconoció que la transición hacia sistemas funcionales de evaluación programática requiere procesos sostenidos y horizontes de implementación de mediano y largo plazo. Considerar esta temporalidad resulta relevante para construir rutas progresivas, realistas y ajustadas a las capacidades de cada institución y contexto.

Finalmente, la discusión evidenció un riesgo transversal presente en múltiples mesas del encuentro: avanzar más rápido en instituciones con mayores capacidades tecnológicas y académicas, ampliando potencialmente las brechas regionales existentes si no se desarrollan estrategias de acompañamiento, cooperación y fortalecimiento diferenciadas.

### 5.8.3 Oportunidades estratégicas

La región cuenta con experiencia acumulada, desarrollos técnicos y capacidades institucionales que pueden servir como base para construir referentes compartidos sobre evaluación programática. Asociaciones académicas, organismos regionales, instituciones formadoras y grupos de expertos han desarrollado revisiones, consensos y experiencias piloto que permiten avanzar sin partir desde cero.

Durante la discusión se señalaron iniciativas internacionales y regionales de formación en evaluación que pueden articularse con esfuerzos institucionales existentes para fortalecer capacidades y ampliar la masa crítica de docentes formados en evaluación programática.



La evolución de los estándares de acreditación nacional e internacional también fue reconocida como un facilitador relevante. La incorporación progresiva de criterios relacionados con evaluación longitudinal y calidad de los sistemas evaluativos puede generar incentivos institucionales para avanzar en esta transformación.

La mesa propuso promover acuerdos regionales que permitan establecer mínimos compartidos de calidad evaluativa y mecanismos de seguimiento progresivo entre países e instituciones. Este esfuerzo requiere la participación coordinada de asociaciones académicas, organismos acreditadores, entidades reguladoras e instituciones formadoras comprometidas con la transformación de la evaluación.

La discusión reconoció también una relación potencial entre la evaluación programática, la analítica de datos y la educación de precisión en salud. Los sistemas longitudinales de evaluación pueden generar información integrada sobre la progresión del aprendizaje que, interpretada de manera contextualizada y con adecuados criterios éticos y de gobernanza, podría contribuir a identificar necesidades de acompañamiento, orientar la retroalimentación y favorecer decisiones formativas más individualizadas. Esta articulación no implica sustituir el juicio profesional por decisiones automatizadas, sino ampliar la capacidad de docentes y programas para comprender las trayectorias de aprendizaje a partir de múltiples fuentes de información.

#### 5.8.4 Articulación con el continuo formativo

La discusión destacó que el mayor potencial de la evaluación programática se alcanza cuando se concibe como un sistema longitudinal y articulado a lo largo del continuo formativo. Su implementación aislada en un único nivel puede limitar la continuidad de la información, la progresión del aprendizaje y la coherencia de las decisiones evaluativas.

En pregrado, los portafolios fueron identificados como herramienta concreta para iniciar la transición. Permiten documentar evidencia acumulada de desempeño, ofrecer retroalimentación continua y construir registros longitudinales del aprendizaje. El pregrado fue señalado como nivel prioritario de entrada, precisamente porque allí se construye la cultura evaluativa que acompañará posteriormente al profesional.

En **posgrado**, las residencias fueron identificadas como escenarios especialmente favorables para avanzar en evaluación programática, dada la posibilidad de observar longitudinalmente el desempeño clínico y utilizar herramientas de evaluación auténtica —como Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX), Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) y evaluación de 360 grados—. Durante la discusión se planteó, como horizonte aspiracional hacia 2030, avanzar progresivamente en la adopción de estos modelos en los programas médico-quirúrgicos de la región.

En DPP, la evaluación se relaciona directamente con recertificación, mantenimiento de competencias y demostración de desempeño en ejercicio. La analítica de datos fue reconocida como herramienta emergente



para orientar procesos de educación médica de precisión y actualización profesional basada en necesidades reales de desempeño.

La discusión coincidió en que la coherencia evaluativa longitudinal constituye condición esencial para construir sistemas formativos más confiables, legítimos y alineados con las necesidades sanitarias contemporáneas.

### 5.8.5 Recomendaciones estratégicas

La mesa formuló un conjunto de recomendaciones que configuran una posible ruta de avance, con acciones de corto plazo y horizontes de transformación hacia 2030.

La primera recomendación es desarrollar programas regionales de formación en evaluación programática dirigidos a todos los actores del proceso formativo: profesores, estudiantes, residentes, administrativos, docentes ad honorem y clínicos adjuntos. La propuesta contempla distintos niveles de profundidad, desde cursos introductorios hasta programas avanzados para líderes institucionales responsables de la implementación.

La segunda es desarrollar una guía regional con recomendaciones para las Américas sobre evaluación programática, construida mediante revisión de alcance y técnicas de consenso regional. Esta guía podría constituirse en un referente conceptual y técnico compartido para las instituciones de la región.

La tercera es promover acuerdos regionales que permitan avanzar hacia mínimos compartidos de calidad evaluativa y compromisos progresivos de implementación, incorporando activamente a organismos acreditadores, entidades reguladoras e instituciones formadoras dentro de esta estrategia.

Como horizonte de mediano y largo plazo, la discusión planteó avanzar hacia una mayor incorporación de modelos de evaluación programática en los programas médico-quirúrgicos, acompañada progresivamente por herramientas de analítica de datos que apoyen el seguimiento longitudinal y la toma de decisiones formativas.

Las recomendaciones convergieron en una idea central: transformar la evaluación requiere simultáneamente formación docente, gobernanza progresiva, articulación regional y cambios culturales sostenidos en el tiempo.

### 5.8.6 Síntesis regional

La evaluación constituye un componente articulador del proceso formativo. Cuando los sistemas evaluativos no se encuentran alineados con los resultados de aprendizaje, las experiencias educativas y las competencias esperadas, pueden limitar el alcance de las transformaciones curriculares. Las discusiones del encuentro



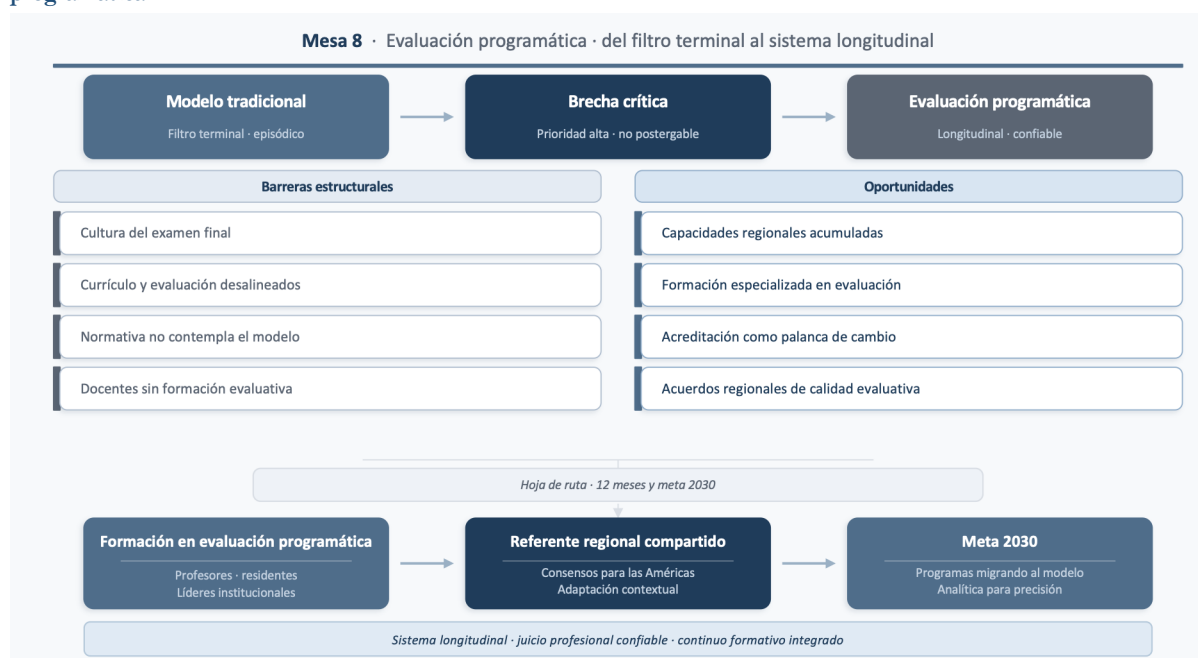


sugieren que avanzar en la formación basada en competencias requiere acompañar los cambios curriculares y metodológicos con una transformación progresiva de las prácticas y sistemas de evaluación.

La transformación propuesta trasciende el cambio de instrumentos y supone una evolución de la cultura evaluativa: desde decisiones predominantemente terminales hacia sistemas longitudinales capaces de integrar múltiples fuentes de información para orientar el aprendizaje y sustentar juicios profesionales confiables. Este tránsito requiere tiempo, desarrollo docente, legitimidad institucional, articulación regulatoria y cooperación entre instituciones. Las experiencias y capacidades identificadas durante el encuentro ofrecen una base para avanzar de manera progresiva y contextualizada en esta dirección.

**Idea fuerza regional:** “La evaluación debe consolidarse como un proceso articulador y continuo que favorezca decisiones formativas más confiables, legítimas y coherentes en pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente, en respuesta a las necesidades de salud de la región.”

**Figura 12. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática**



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## 5.9 Trayectorias y transiciones educativas

Las trayectorias y transiciones educativas constituyen un componente central del continuo formativo, en la medida en que conectan etapas, escenarios e instituciones que no siempre operan de manera articulada. La discusión de esta apuesta permitió examinar cómo los procesos de ingreso, progresión, transición y



desarrollo profesional pueden verse condicionados por estructuras académicas, regulatorias e institucionales, así como por las oportunidades disponibles en cada contexto.

### 5.9.1 Relevancia regional

En esta mesa no se consignó una valoración explícita de prioridad regional para la apuesta. No obstante, la discusión permitió identificar vacíos importantes en la articulación entre los distintos niveles del continuo formativo y una limitada formalización de los mecanismos de acompañamiento durante las transiciones educativas. El paso del colegio a la universidad, del pregrado al posgrado y del posgrado al ejercicio profesional ocurre con frecuencia sin rutas suficientemente estructuradas, mecanismos sistemáticos de orientación o estrategias institucionales que acompañen estos procesos.

A diferencia de otras apuestas que abordan el continuo formativo desde los contenidos o las competencias propias de cada nivel, esta discusión centró su atención en los momentos de transición entre etapas. Los participantes señalaron que estos espacios continúan recibiendo una atención limitada dentro de los sistemas formativos, a pesar de su influencia sobre la adaptación, la progresión académica y las decisiones de trayectoria profesional.

La mesa identificó además una tensión cultural relacionada con la valoración diferencial de las trayectorias profesionales. En distintos contextos de la región, la especialización médico-quirúrgica tiende a asociarse con mayores oportunidades de desarrollo y reconocimiento profesional, mientras otras trayectorias —como atención primaria, salud pública, investigación, educación médica o gestión en salud— pueden recibir menor visibilidad. Esta situación puede influir en las decisiones de formación y limitar la diversificación de perfiles profesionales requeridos por los sistemas de salud.

En relación con Panamá, un participante señaló que la concentración de la titulación de especialistas en determinadas instituciones puede limitar la diversificación de las rutas de formación, planteando la necesidad de analizar cómo los marcos regulatorios y las estructuras institucionales influyen en las posibilidades de transición y desarrollo profesional.

### 5.9.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Una de las barreras más señaladas fue la limitada existencia de políticas y mecanismos formales de acompañamiento desde las instituciones educativas y los sistemas de salud. En diversos contextos, las transiciones ocurren sin rutas claramente definidas, criterios suficientemente articulados de reconocimiento entre programas o sistemas institucionalizados de orientación y acompañamiento profesional. Esta ausencia puede generar discontinuidades en las trayectorias y dificultar la construcción de itinerarios formativos coherentes.



La discusión señaló que una proporción importante de la oferta de formación posgradual continúa concentrándose en especialidades médico-quirúrgicas. Esta configuración puede reducir la visibilidad y el desarrollo de otras trayectorias relevantes para los sistemas de salud, como salud pública, atención primaria, investigación, educación médica y gestión, y contribuir a mantener diferencias de reconocimiento entre distintos campos del ejercicio profesional.

La discusión identificó además tensiones relacionadas con las expectativas, ritmos y formas de aprendizaje de las nuevas generaciones de estudiantes y la capacidad de adaptación de algunas estructuras curriculares e institucionales. Estas diferencias pueden influir en el bienestar, la adaptación académica, el desempeño y la permanencia estudiantil, particularmente durante los momentos de transición entre etapas formativas.

También se identificó una articulación insuficiente entre las políticas educativas, laborales y sanitarias. En algunos contextos, las instituciones prestadoras de servicios de salud participan de manera limitada en la planificación del continuo formativo, lo que puede reforzar una separación entre la formación universitaria y el desarrollo profesional en los escenarios laborales. Fortalecer esta relación resulta relevante para construir trayectorias más coherentes con las necesidades reales de los profesionales, las instituciones y los sistemas de salud.

### 5.9.3 Oportunidades estratégicas

Los programas coterminales —que articulan pregrado y posgrado dentro de una trayectoria integrada— fueron señalados como una alternativa con potencial para favorecer la continuidad formativa. Estos modelos pueden facilitar la articulación curricular entre niveles, reducir algunas barreras asociadas a las transiciones y ofrecer rutas más coherentes para determinados perfiles de formación. Algunas instituciones de la región ya exploran este tipo de estrategias, aunque su desarrollo y sistematización continúan siendo heterogéneos.

Los procesos de reforma curricular en curso en distintas instituciones constituyen una oportunidad para incorporar de manera más explícita mecanismos de transición y continuidad formativa. Integrar estas rutas durante los ciclos de revisión curricular puede facilitar su articulación con los perfiles de egreso, los resultados de aprendizaje y las necesidades de los sistemas de salud.

Las asociaciones regionales y los acuerdos interinstitucionales pueden contribuir a construir referentes compartidos de formación y mecanismos progresivos de reconocimiento de competencias entre instituciones y países. La discusión destacó el potencial de estas estrategias para favorecer la movilidad académica y profesional, fortalecer la continuidad de las trayectorias y disminuir la fragmentación existente, respetando las particularidades regulatorias y educativas de cada contexto.



#### 5.9.4 Articulación con el continuo formativo

Esta mesa abordó de manera directa la articulación entre las distintas etapas del continuo formativo, por lo que sus implicaciones se proyectan de manera particular sobre las transiciones entre pregrado, posgrado y DPP.

En pregrado, la prioridad es construir desde etapas tempranas trayectorias que reconozcan la diversidad de intereses y posibilidades profesionales. Esto implica favorecer currículos más flexibles, fortalecer el acompañamiento durante el ingreso y la adaptación universitaria, y desarrollar progresivamente capacidades en docencia, investigación, humanismo y salud digital. La orientación profesional puede entenderse así como un proceso longitudinal y no únicamente como una decisión concentrada al final de la formación.

En posgrado, el desafío es fortalecer la articulación tanto con el perfil de egreso del pregrado como con las necesidades del mundo laboral y de los sistemas de salud. La discusión planteó la conveniencia de revisar la oferta y organización de los programas de especialización a la luz de las necesidades territoriales y de explorar mecanismos que favorezcan una distribución más equilibrada de profesionales en regiones con mayores brechas sanitarias.

En desarrollo profesional permanente, la mesa destacó la importancia de ampliar la corresponsabilidad entre academia y escenarios laborales. Las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden desempeñar un papel más activo en la identificación de necesidades formativas, el desarrollo de capacidades y la actualización profesional, favoreciendo modelos de DPP articulados con universidades, organizaciones profesionales y sistemas de calidad.

#### 5.9.5 Recomendaciones estratégicas

Las recomendaciones se organizaron según los principales actores involucrados en las transiciones educativas y el continuo formativo.

Para las instituciones de educación superior: fortalecer y formalizar los procesos de transición educativa; incorporar rutas formativas diversas y mecanismos de acompañamiento longitudinal; fortalecer la formación docente; e integrar de manera transversal investigación, humanismo y salud digital. Estas acciones deberán adaptarse a las necesidades nacionales, institucionales y territoriales.

Para las asociaciones médicas y académicas: promover la construcción de referentes compartidos de formación y mecanismos de reconocimiento de competencias que faciliten progresivamente la movilidad académica y profesional entre instituciones y países. Estos procesos podrían explorar diferentes estrategias de evaluación y reconocimiento, de acuerdo con los marcos regulatorios y las capacidades de cada contexto.



Para los gobiernos y sistemas nacionales: fortalecer la articulación entre políticas de salud y educación; promover condiciones que favorezcan la formación y el ejercicio profesional seguro en los territorios; incorporar a los prestadores de servicios de salud como actores corresponsables del continuo formativo; y explorar incentivos que contribuyan a una distribución más equilibrada de profesionales en regiones con mayores necesidades sanitarias.

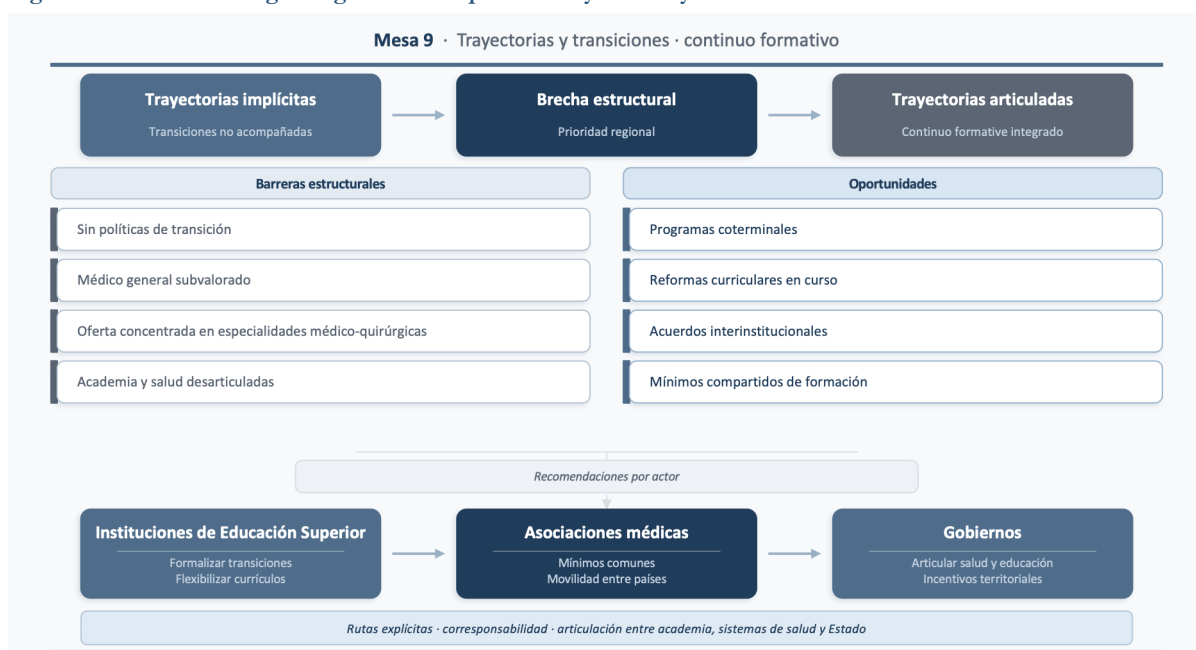
### 5.9.6 Síntesis regional

Las trayectorias y transiciones educativas trascienden la articulación curricular y requieren considerar simultáneamente dimensiones institucionales, laborales, regulatorias y de política pública. Cuando la academia, los sistemas de salud y los actores responsables de la regulación operan de manera poco articulada, las transiciones pueden depender excesivamente de decisiones individuales y contar con mecanismos insuficientes de orientación y acompañamiento.

La discusión también puso de manifiesto la necesidad de fortalecer el reconocimiento de trayectorias profesionales diversas, incluido el ejercicio de la medicina general, la atención primaria, la salud pública, la investigación, la educación médica y la gestión. Avanzar en esta dirección requiere no solo cambios culturales, sino también estructuras formativas, incentivos y políticas capaces de ampliar las rutas legítimas de DPP y alinearlas con las necesidades de los sistemas de salud.

**Idea fuerza regional:** “Las trayectorias y transiciones educativas constituyen un eje articulador del continuo formativo: rutas explícitas, acompañamiento estructurado y una mayor articulación entre academia y sistemas de salud pueden favorecer trayectorias más coherentes y sostenibles”.

**Figura 13. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Trayectorias y transiciones educativas**



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.



## 5.10 Pandemia, salud global y salud planetaria

Las discusiones integraron perspectivas de salud pública, educación médica, gestión hospitalaria y formación clínica, con especial énfasis en las implicaciones sociales, ambientales y políticas de la educación médica contemporánea y en el papel de las instituciones formadoras y de los sistemas de salud frente a los desafíos derivados del cambio climático, las pandemias y la sostenibilidad.

### 5.10.1 Relevancia regional

La apuesta fue considerada de alta prioridad. La discusión puso de manifiesto preocupaciones sobre la capacidad de los sistemas formativos y sanitarios de la región para responder a futuras emergencias sanitarias y a los efectos crecientes del cambio climático sobre la salud. Desde esta perspectiva, se identificó la necesidad de fortalecer desde la formación médica capacidades relacionadas con prevención, salud pública, resiliencia, adaptación y respuesta frente a problemas sanitarios de carácter colectivo.

La experiencia de la pandemia por COVID-19 fue señalada como un punto de inflexión que hizo visibles desafíos relacionados con la articulación entre atención clínica individual, salud pública y respuesta comunitaria. Las discusiones destacaron que una formación predominantemente orientada hacia la atención de la enfermedad puede resultar insuficiente frente a crisis sanitarias que requieren comprender determinantes sociales y ambientales, trabajar de manera interdisciplinaria y actuar sobre poblaciones y territorios.

En este contexto, la mesa identificó tensiones asociadas con culturas institucionales y sistemas de incentivos que pueden otorgar mayor reconocimiento a la atención curativa y a determinadas trayectorias de especialización que a la prevención, la promoción de la salud, la atención primaria y la salud planetaria. Esta situación plantea la necesidad de ampliar progresivamente la comprensión de aquello que los sistemas formativos reconocen y valoran como componentes esenciales de la práctica médica.

La discusión permitió diferenciar entre condicionantes de la salud —como el ambiente, la biología y la genética— y determinantes sociales de la salud, reconociendo que ambas dimensiones requieren respuestas diferenciadas e integradas para abordar los problemas sanitarios contemporáneos.

Finalmente, se reconoció un desarrollo heterogéneo de la salud global y planetaria en la región. Existen experiencias y capacidades emergentes, pero su incorporación en los procesos educativos continúa siendo variable entre instituciones y países y requiere mayor articulación, desarrollo académico y sostenibilidad institucional.



### 5.10.2 Barreras estructurales y tensiones emergentes

Una de las principales barreras identificadas fue la persistencia de modelos formativos y sanitarios predominantemente centrados en la enfermedad y la atención curativa. Los sistemas de incentivos, las estructuras de financiamiento y las expectativas profesionales pueden favorecer determinadas trayectorias médico-quirúrgicas frente a campos como la atención primaria, la salud pública y la salud planetaria, limitando su visibilidad y desarrollo dentro de los procesos formativos.

La discusión identificó además barreras regulatorias. Algunas iniciativas orientadas a mejorar la sostenibilidad ambiental de los sistemas sanitarios pueden encontrar limitaciones en los marcos normativos vigentes, lo que evidencia la necesidad de articular la innovación con criterios de seguridad, regulación, sostenibilidad y evaluación contextual.

También se reconocieron barreras curriculares y de capacidad instalada. La incorporación de contenidos relacionados con salud ambiental y planetaria continúa siendo variable; persisten limitaciones en disponibilidad de información contextualizada, oportunidades de investigación y docentes con formación específica en estos campos. Estas condiciones dificultan su integración sistemática y transversal a lo largo del continuo formativo.

Las discusiones señalaron asimismo que las respuestas orientadas a la sostenibilidad de los sistemas de salud dependen no solo de decisiones educativas, sino también de marcos regulatorios, capacidades institucionales y políticas públicas capaces de acompañar los cambios requeridos.

Finalmente, se identificó una apropiación conceptual todavía desigual dentro de las comunidades académicas. Esta brecha sugiere que la incorporación de la salud planetaria no puede depender únicamente de la creación de nuevos contenidos curriculares, sino que requiere formación docente, liderazgo académico y espacios sostenidos de discusión y apropiación institucional.

### 5.10.3 Oportunidades estratégicas

La creciente visibilidad de los efectos del cambio climático sobre la salud constituye una oportunidad para fortalecer la incorporación de estas discusiones en la educación médica. La relación cada vez más evidente entre fenómenos ambientales, condiciones de vida y resultados sanitarios puede facilitar una comprensión más integrada de la salud global y planetaria por parte de estudiantes, docentes y profesionales.

La mesa destacó también el valor de reconocer conocimientos y experiencias construidos por comunidades y territorios de América Latina en torno a la relación entre salud, ambiente y sostenibilidad. La incorporación crítica y respetuosa de saberes locales y ancestrales puede contribuir a construir aproximaciones más contextualizadas y pertinentes para la región, complementando los marcos científicos y académicos disponibles.





Los procesos de acreditación y aseguramiento de la calidad fueron señalados como otra posible palanca de transformación. La incorporación progresiva de criterios relacionados con sostenibilidad, responsabilidad social y salud planetaria puede generar incentivos institucionales para fortalecer estas dimensiones dentro de los procesos formativos.

Finalmente, la educación continua —mediante cursos, diplomados, formación de formadores y otros mecanismos de desarrollo profesional— fue identificada como una estrategia viable para fortalecer capacidades en el corto plazo, particularmente mientras avanzan procesos de transformación curricular de mayor alcance.

#### 5.10.4 Articulación con el continuo formativo

La discusión destacó la importancia de abordar la salud global y planetaria de manera transversal y progresiva a lo largo del continuo formativo, evitando limitarla a contenidos aislados o a etapas específicas del currículo. Su desarrollo puede plantearse con niveles crecientes de profundidad y aplicación desde el pregrado hasta el DPP.

En pregrado, una vía de integración es articular la dimensión ambiental con contenidos ya existentes sobre determinantes sociales de la salud, promoción, prevención y salud pública. También se planteó fortalecer oportunidades tempranas de investigación y aprendizaje aplicado que permitan comprender la relación entre práctica clínica, territorio y condiciones ambientales.

En posgrado, la discusión señaló la conveniencia de incorporar estas perspectivas también en las especialidades clínicas, reconociendo que múltiples problemas atendidos en la práctica médica están relacionados con exposiciones ambientales, condiciones territoriales y transformaciones climáticas. Esta aproximación permitiría fortalecer una práctica clínica más contextualizada y sensible a los factores que influyen sobre la salud de las personas y las poblaciones.

En desarrollo profesional permanente, la formación de formadores y la actualización de profesionales fueron identificadas como prioridades para ampliar la apropiación conceptual y facilitar la incorporación progresiva de estos enfoques en la práctica docente y asistencial. Los cursos cortos, diplomados y otras estrategias de educación continua pueden constituir mecanismos iniciales para avanzar en esta dirección.

#### 5.10.5 Recomendaciones estratégicas

Las discusiones permitieron identificar tres líneas estratégicas de acción.

La primera es promover la articulación entre asociaciones académicas, instituciones formadoras, organismos gubernamentales y sistemas de salud para fortalecer políticas, marcos de referencia e iniciativas relacionadas



con salud global y planetaria, desde una perspectiva multidisciplinaria y respetando la autonomía y diversidad de los contextos institucionales y nacionales.

La segunda es avanzar en la definición de capacidades esenciales relacionadas con salud global y planetaria que puedan orientar progresivamente la formación de los profesionales de la salud en la región. Su incorporación deberá realizarse de manera integrada y proporcional dentro de los currículos, evitando una expansión fragmentada de contenidos y favoreciendo su articulación con competencias y espacios formativos ya existentes. Sobre esta base pueden desarrollarse estrategias de educación continua, cursos cortos y formación de formadores adaptados a distintos contextos.

La tercera es promover espacios institucionales de diálogo, formación y apropiación conceptual que contribuyan a reducir las brechas de conocimiento existentes y a fortalecer las capacidades docentes. La transición hacia una comprensión más amplia de la salud —que incorpore prevención, sostenibilidad, territorio y determinantes ambientales— requiere procesos culturales y educativos sostenidos, acompañados por liderazgos capaces de movilizar estas agendas dentro de las instituciones.

#### 5.10.6 Síntesis regional

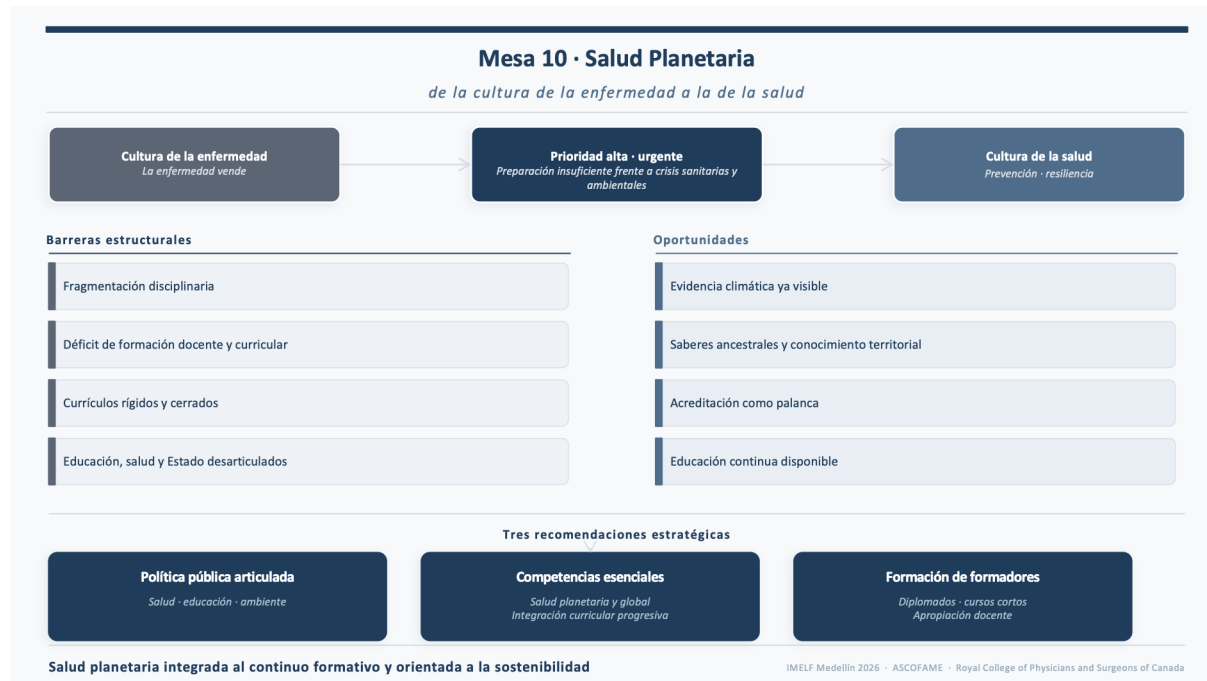
La salud global y planetaria representa una dimensión cada vez más relevante para la formación de profesionales capaces de responder a problemas sanitarios complejos e interdependientes. La experiencia de la pandemia por COVID-19 y la creciente visibilidad de los impactos del cambio climático sobre la salud refuerzan la necesidad de formar profesionales con capacidades para comprender y actuar frente a fenómenos que trascienden la atención clínica individual e involucran poblaciones, territorios y sistemas.

Las discusiones también evidenciaron que avanzar en esta dirección requiere revisar los incentivos, culturas institucionales y estructuras formativas que históricamente han otorgado mayor centralidad a la atención de la enfermedad que a la prevención, la promoción de la salud y la sostenibilidad. La educación médica puede contribuir de manera significativa a esta transformación, aunque su alcance dependerá de la articulación con políticas públicas, sistemas de salud, marcos regulatorios y otros actores sociales.

**Idea fuerza regional:** "Formar en salud planetaria para respetar y fomentar la vida".



Figura 14. Síntesis estratégica regional de la apuesta: Pandemia, salud global y salud planetaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## Capítulo 6. Hallazgos transversales y emergentes: lectura integrada

El valor analítico de un ejercicio deliberativo no reside únicamente en lo que cada grupo produce, sino también en lo que puede reconocerse cuando esos productos se leen en conjunto. El análisis cruzado de las diez mesas del IMELF–Medellín 2026 permitió identificar patrones que no habían sido definidos previamente como categorías de análisis. Su presencia en discusiones correspondientes a apuestas estratégicas diferentes permitió reconocer temas de carácter transversal, derivados de convergencias entre grupos que abordaban asuntos distintos dentro de un marco conceptual y una estructura de deliberación compartidos. La recurrencia de estos temas permitió reconocer su presencia transversal dentro del ejercicio, sin establecer una jerarquía de importancia frente a otros asuntos discutidos.

Lo que sigue no resume las mesas individuales —ese desarrollo se presenta en el Capítulo 5— ni constituye un conjunto de recomendaciones normativas derivadas de un proceso formal de priorización. Corresponde a una lectura integrada de los resultados de las mesas y de las implicaciones estratégicas que estos permiten plantear para el futuro de la educación médica en la región.



Para efectos de esta lectura, el capítulo distingue dos tipos de hallazgos. Los hallazgos transversales corresponden a temas identificados en discusiones de distintas apuestas y permiten reconocer desafíos que atraviesan diferentes componentes del continuo formativo. Los hallazgos emergentes, por su parte, corresponden a asuntos que adquirieron relevancia durante la deliberación y que amplían la interpretación del conjunto, particularmente frente a transformaciones culturales, tecnológicas y organizacionales que están adquiriendo creciente importancia para la educación médica. Esta distinción cumple una función analítica y organizativa y no implica una jerarquización entre ambos tipos de hallazgos.

La lectura integrada sugiere una idea central: varios de los desafíos identificados trascienden los aspectos estrictamente curriculares y se relacionan también con la arquitectura institucional, las culturas organizacionales y la gobernanza del sistema formativo. Esta distinción resulta relevante porque amplía el tipo de respuestas necesarias: junto con las transformaciones pedagógicas y curriculares, plantea la necesidad de intervenir condiciones institucionales, relaciones entre actores y mecanismos de articulación a lo largo de las distintas etapas de formación.

**Figura 15. Relación entre los hallazgos transversales y emergentes identificados durante el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026**



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

## Hallazgos transversales

Los siete hallazgos que se presentan a continuación surgieron de manera reiterada en múltiples mesas de trabajo, a pesar de que estas abordaban temáticas distintas y no fueron diseñadas para producir conclusiones comunes. Esta recurrencia permitió reconocer temas de carácter transversal que atravesaron diferentes



componentes de las trayectorias formativas y que no podían atribuirse exclusivamente a una apuesta, disciplina o nivel educativo específico. Su identificación responde, por tanto, a la presencia compartida de estos desafíos en distintas discusiones, sin establecer una jerarquía de importancia frente a otros asuntos abordados durante el encuentro.

Más que problemas aislados, estos hallazgos describen patrones compartidos que condicionan la capacidad de transformación de la educación médica en la región. Su presencia simultánea en discusiones sobre competencias, evaluación, liderazgo, profesionalismo, investigación, bienestar y trayectorias educativas sugiere la existencia de tensiones sistémicas que requieren ser comprendidas desde una perspectiva integral. Precisamente por ello, constituyen el punto de partida para identificar implicaciones estratégicas de alcance regional.

## 6.1 La fragmentación del continuo formativo: más allá de lo curricular

La fragmentación entre pregrado, posgrado y DPP apareció de manera recurrente en las discusiones de distintas mesas. Su presencia transversal sugiere que no se trata únicamente de un problema de articulación curricular, sino de un desafío más amplio relacionado con la forma en que se distribuyen y coordinan las responsabilidades a lo largo de las etapas de formación.

Las mesas mostraron que cada nivel del sistema formativo tiende a operar con lógicas relativamente autónomas: las universidades diseñan currículos con visibilidad limitada sobre lo que ocurre posteriormente en los programas de residencia; los programas de especialización reciben graduados cuyas competencias de egreso no siempre conocen con precisión; y el desarrollo profesional permanente permanece, en muchos contextos, poco articulado con las etapas previas. Estas discontinuidades no pueden resolverse únicamente mediante ajustes curriculares. Requieren también mecanismos de gobernanza y corresponsabilidad que permitan a los distintos actores asumir responsabilidades compartidas sobre la trayectoria formativa.

La implicación es de fondo. Avanzar hacia una formación más articulada exige combinar transformaciones curriculares con mecanismos formales de coordinación entre universidades, escenarios asistenciales, asociaciones académicas, organismos reguladores y sistemas de salud. Sin estructuras que favorezcan criterios compartidos, intercambio de información y compromisos institucionales sostenidos, las iniciativas de articulación corren el riesgo de permanecer fragmentadas o depender excesivamente de esfuerzos individuales. El desafío, por tanto, no se encuentra únicamente en los currículos, sino también en la arquitectura institucional que los articula y sostiene.

## 6.2 La docencia clínica: el eslabón que no puede seguir siendo invisible

Que la formación pedagógica del profesorado clínico constituya una barrera para la transformación educativa no es un hallazgo nuevo. Lo que el encuentro permitió precisar fue la manera en que los participantes interpretaron esta persistencia. Las discusiones apuntaron menos a una resistencia al cambio por parte de los



docentes clínicos que a condiciones institucionales en las que se reconoce principalmente su función asistencial y científica, mientras la dimensión educativa permanece insuficientemente formalizada.

Las discusiones desarrolladas en múltiples mesas evidenciaron que, en gran parte de los países de la región, la docencia clínica carece de un estatus institucional claramente definido. Son escasas las trayectorias académicas específicas para educadores clínicos, el tiempo protegido para actividades pedagógicas sigue siendo limitado y los incentivos para desarrollar capacidades docentes resultan insuficientes frente a las demandas asistenciales. Lo que no se reconoce formalmente difícilmente puede financiarse, evaluarse o sostenerse en el tiempo. El resultado es una tensión estructural: se espera que los docentes lideren transformaciones curriculares cada vez más complejas sin contar necesariamente con las condiciones institucionales requeridas para hacerlo.

La implicación estratégica trasciende la formación docente entendida como un conjunto de cursos o programas de capacitación. Los hallazgos sugieren que la transformación de la educación médica depende, en buena medida, de la capacidad de las instituciones para reconocer la docencia clínica como una función estratégica del sistema formativo y generar condiciones que permitan ejercerla de manera sostenible. Esto implica avanzar hacia modelos que otorguen mayor visibilidad, legitimidad y reconocimiento a quienes desempeñan funciones educativas en los escenarios clínicos.

En este sentido, pueden explorarse, de acuerdo con cada contexto, mecanismos como tiempos protegidos para la enseñanza y la retroalimentación, reconocimiento de la actividad docente en las trayectorias académicas y profesionales, incentivos académicos y no económicos, y acuerdos docencia–servicio que hagan explícitas las responsabilidades formativas de las instituciones educativas y los prestadores de servicios de salud. Estos mecanismos requieren, además, estructuras académico-administrativas capaces de coordinar la supervisión, el acompañamiento docente, la evaluación de los resultados de aprendizaje y la mejora de los ambientes formativos. La definición de estas condiciones deberá considerar las características regulatorias, organizacionales y financieras de los sistemas de salud y educación de cada país.

### 6.3 Innovación educativa y contextualización: el desafío de la adopción crítica

La región adopta innovaciones educativas con frecuencia y, en muchos casos, con información limitada sobre su pertinencia en los contextos donde serán implementadas. Esto no refleja resistencia al cambio ni falta de actualización. Por el contrario, es consecuencia de operar en un entorno donde gran parte de los referentes que orientan las decisiones curriculares, evaluativas y pedagógicas se generan en sistemas educativos con condiciones institucionales, regulatorias y culturales diferentes a las de América Latina.

Las discusiones desarrolladas en varias mesas coincidieron en que el desafío no radica en incorporar modelos internacionales, sino en la forma como estos son adoptados. Implementar innovaciones sin evaluarlas localmente, escalar transformaciones sin evidencia contextual o asumir que los resultados obtenidos en otros



entornos son directamente transferibles puede generar efectos no deseados e incluso limitar el impacto esperado. Esta preocupación se expresó en distintas discusiones como el riesgo de incorporar sucesivamente enfoques, metodologías o herramientas educativas sin contar con información suficiente sobre su efectividad, pertinencia o sostenibilidad en los contextos donde se aplican. En la mesa de educación médica basada en evidencia (BEME), esta tensión fue descrita como un riesgo de replicación acrítica de innovaciones educativas cuando su adopción no se acompaña de evaluación contextual. A lo largo del encuentro, esta preocupación se relacionó con distintas innovaciones y enfoques contemporáneos de la educación médica, reforzando la necesidad de acompañar su incorporación con análisis crítico, adaptación contextual y evaluación de sus resultados.

La implicación estratégica no consiste en adoptar menos innovaciones, sino en fortalecer la capacidad institucional y regional para analizarlas críticamente, adaptarlas a las realidades locales y valorar sus resultados antes de promover su escalamiento. Los hallazgos sugieren que la transformación educativa sostenible depende tanto de la innovación como de la capacidad para contextualizarla. En este sentido, avanzar hacia una cultura de adopción crítica puede ser tan importante como incorporar nuevas metodologías o tecnologías, particularmente en una región caracterizada por la diversidad de contextos, recursos y necesidades sanitarias.

## 6.4 El currículo oculto y la cultura institucional: más allá de lo que declara el currículo

El currículo oculto apareció en las discusiones no como un fenómeno periférico, sino como uno de los mecanismos a través de los cuales las culturas institucionales se reproducen, incluso cuando los currículos formales promueven valores distintos. Las mesas lo evidenciaron desde múltiples ángulos: relaciones jerárquicas que normalizan el maltrato, modelos de productividad que subordinan el cuidado y discursos de bienestar que coexisten con condiciones de trabajo que lo deterioran.

Una de las dificultades señaladas radica en que el currículo oculto opera en el espacio entre lo que las instituciones declaran y lo que ocurre en la experiencia formativa cotidiana. Un programa puede promover en su perfil de egreso el compromiso con el profesionalismo humanístico y, al mismo tiempo, tolerar dinámicas en sus escenarios clínicos que transmiten valores diferentes. Las discusiones sugirieron que las reformas curriculares formales difícilmente pueden modificar estas dinámicas si no van acompañadas de una intervención deliberada sobre las condiciones culturales donde ocurre la formación.

Hacer visible el currículo oculto —nombrarlo, analizarlo institucionalmente y convertirlo en objeto explícito de reflexión— fue señalado en las discusiones como un punto de partida necesario, aunque no suficiente, para los procesos de transformación cultural.





## 6.5 El bienestar como condición del sistema, no como agenda paralela

El bienestar de estudiantes, residentes y docentes dejó de aparecer en las discusiones como un asunto exclusivamente relacionado con apoyo psicológico o acompañamiento individual. Por el contrario, emergió como un componente estructural del funcionamiento de los sistemas formativos. La lectura transversal que surge del encuentro permite reconocer que los problemas de bienestar no pueden comprenderse únicamente desde las características individuales de quienes los experimentan, sino también desde las condiciones institucionales, organizacionales y culturales que los producen o los perpetúan.

Las distintas mesas identificaron factores que trascienden ámbitos específicos de formación y que afectan de manera directa la experiencia educativa. La sobrecarga asistencial, la ausencia de tiempo protegido para actividades académicas, los sistemas de evaluación percibidos como punitivos, las relaciones jerárquicas disfuncionales y las culturas organizacionales permisivas frente al maltrato aparecieron de manera recurrente en las discusiones. Estos elementos no constituyen variables de contexto que deban tolerarse mientras se desarrollan transformaciones curriculares. Por el contrario, son condiciones que influyen directamente sobre la capacidad de las instituciones para sostener procesos de aprendizaje, acompañamiento y desarrollo profesional de calidad.

La implicación estratégica es significativa. Los hallazgos sugieren que el bienestar debe dejar de abordarse como una agenda paralela a la formación para convertirse en una dimensión integrada de la gobernanza institucional. Lo que una organización mide, reconoce, incentiva o tolera termina configurando las condiciones reales donde ocurre el aprendizaje. En este sentido, avanzar hacia ambientes formativos saludables no constituye únicamente una estrategia de apoyo a estudiantes y docentes, sino una condición necesaria para fortalecer la calidad, sostenibilidad y legitimidad de los procesos de formación en salud.

## 6.6 La educación médica como objeto de conocimiento: de la experiencia aislada al aprendizaje institucional

Las discusiones desarrolladas durante el encuentro evidenciaron una tensión recurrente: las instituciones formadoras toman decisiones sobre currículos, evaluación, metodologías de enseñanza y estrategias de acompañamiento con información limitada sobre los resultados que dichas decisiones producen en sus propios contextos. Aunque la educación médica ha experimentado transformaciones significativas durante las últimas décadas, la capacidad para documentar, analizar y utilizar sistemáticamente el conocimiento derivado de esas experiencias continúa siendo desigual en la región.

Este hallazgo trasciende el ámbito de la investigación educacional entendida en sentido estricto. Las mesas coincidieron en que gran parte del conocimiento generado por las instituciones permanece disperso, poco



documentado o insuficientemente compartido. Experiencias exitosas de innovación curricular, transformación de escenarios de práctica, desarrollo docente, evaluación o bienestar suelen permanecer confinadas a contextos locales, limitando las oportunidades de aprendizaje colectivo y dificultando la construcción de capacidades regionales acumulativas.

La implicación estratégica es relevante. Los hallazgos sugieren que fortalecer la educación médica en la región requiere avanzar desde una lógica centrada en experiencias institucionales aisladas hacia una cultura de aprendizaje organizacional y producción sistemática de conocimiento. Más allá de generar nuevas evidencias, el desafío consiste en desarrollar mecanismos que permitan documentar, analizar, compartir y utilizar el conocimiento ya existente para orientar decisiones, acelerar procesos de mejora y favorecer la construcción de capacidades colectivas. En este sentido, la educación médica deja de ser únicamente un campo de acción para convertirse también en un objeto permanente de observación, reflexión y aprendizaje.

## 6.7 La cooperación regional: de la aspiración a la arquitectura

La cooperación regional apareció de manera recurrente en distintas mesas y constituyó uno de los patrones transversales identificados en la lectura integrada de los resultados. Sin embargo, las discusiones permitieron comprender con mayor precisión por qué esta aspiración rara vez alcanza la profundidad y continuidad que requiere la región: más que por ausencia de voluntad institucional, por la falta de mecanismos estables que permitan sostener el trabajo conjunto más allá de proyectos o encuentros puntuales.

Las redes académicas existen, los intercambios se producen y las instituciones comparten preocupaciones similares. No obstante, gran parte de estas interacciones continúan desarrollándose de manera episódica, con escasos mecanismos de seguimiento, evaluación o acumulación de aprendizajes. Las mesas coincidieron en que la región dispone de capacidades académicas, experiencia institucional y liderazgo suficiente para impulsar transformaciones relevantes, pero carece todavía de una arquitectura de cooperación que permita convertir esas capacidades dispersas en agendas compartidas de largo plazo.

La implicación estratégica es clara. Los hallazgos sugieren que avanzar hacia una mayor integración regional requiere fortalecer estructuras permanentes de colaboración capaces de facilitar el intercambio de experiencias, la construcción de referentes compartidos, el desarrollo de iniciativas multicéntricas y la generación de conocimiento colectivo. En este contexto, el propio IMELF–Medellín 2026 constituye un ejemplo del potencial que puede alcanzarse cuando convergen asociaciones nacionales de educación médica, facultades de medicina, organismos regionales y aliados internacionales alrededor de desafíos comunes. La presencia activa de organizaciones como ASCOFAME, FEPAFEM, la Red Andina de Facultades de Medicina y diversas asociaciones académicas de la región evidenció que existen plataformas con capacidad para facilitar estos procesos. El desafío consiste ahora en fortalecer y articular estos espacios para que la cooperación regional evolucione desde una aspiración ampliamente compartida hacia una capacidad institucional sostenible.



## Hallazgos emergentes

Además de los hallazgos transversales descritos anteriormente, el análisis de las discusiones permitió identificar fenómenos que trascienden los temas específicos abordados por cada mesa y que sugieren procesos de transformación actualmente en desarrollo dentro de la educación médica. Aunque estos fenómenos no constituyeron objetos explícitos de discusión ni estuvieron presentes con la misma intensidad en todas las mesas, emergieron de manera recurrente al integrar los distintos hallazgos del encuentro. Más que problemáticas particulares o tendencias aisladas, representan dinámicas de cambio que podrían influir significativamente en la evolución de la educación médica durante los próximos años y que ayudan a interpretar el contexto más amplio en el que se desarrollan muchas de las transformaciones observadas en la región.

## 6.8 La transformación cultural de la educación médica: un cambio que trasciende el currículo

Más allá de los temas específicos abordados en cada mesa, el análisis conjunto de las discusiones desarrolladas durante el Encuentro Satélite IMELF–Medellín permitió identificar un fenómeno de fondo que parece atravesar buena parte de las transformaciones actualmente observadas en la educación médica. Aunque ninguna de las mesas abordó explícitamente la transformación cultural como objeto central de análisis, múltiples conversaciones convergieron en cuestionar supuestos, prácticas y formas de organización que durante décadas han estructurado la formación de los profesionales de la salud. Esta convergencia sugiere la existencia de un proceso de cambio que trasciende las reformas curriculares, las innovaciones metodológicas o los ajustes en los sistemas de evaluación.

Lo que parece estar transformándose no es únicamente la manera de enseñar medicina, sino la forma de comprender qué significa formar profesionales de la salud en el contexto contemporáneo. Desde perspectivas diversas, las mesas evidenciaron cuestionamientos a elementos tradicionalmente naturalizados dentro de la cultura formativa, tales como las jerarquías rígidas en los ambientes de aprendizaje, la centralidad exclusiva del conocimiento biomédico, la fragmentación disciplinaria, la escasa participación de pacientes y comunidades en los procesos educativos, la desvinculación de los territorios y la normalización del malestar como parte inherente de la formación. Estos cuestionamientos emergieron de manera explícita o implícita en discusiones relacionadas con profesionalismo, bienestar, liderazgo, educación sustentada en evidencia, salud planetaria, trayectorias educativas, experticia médica y ambientes de aprendizaje.

Sin que exista todavía un modelo alternativo plenamente consolidado, las discusiones permitieron reconocer una orientación compartida hacia formas de formación más colaborativas, interprofesionales, socialmente responsables, contextualizadas y sensibles a las necesidades de las personas, las comunidades y los sistemas de salud. Más que una propuesta única, esta orientación representa un conjunto de valores emergentes que buscan ampliar la comprensión tradicional de la formación médica, incorporando dimensiones relacionadas



con la equidad, la sostenibilidad, el bienestar, la participación, la corresponsabilidad social y el aprendizaje a lo largo de los diferentes momentos de formación.

La relevancia estratégica de este hallazgo radica en que permite interpretar muchas de las tensiones identificadas durante el encuentro desde una perspectiva más amplia. Diversos desafíos discutidos por las mesas no parecen originarse exclusivamente en dificultades de implementación curricular o en limitaciones metodológicas, sino en la coexistencia de visiones formativas que responden a paradigmas diferentes. Por una parte, persisten estructuras regulatorias, organizacionales y académicas diseñadas bajo modelos centrados en la transmisión de conocimiento, la especialización disciplinaria y la organización jerárquica de la práctica profesional. Por otra, emerge una visión que privilegia la colaboración, la integración de saberes, la responsabilidad social, la atención centrada en las personas, el trabajo interprofesional y el aprendizaje a lo largo de toda la trayectoria profesional.

Esta interpretación encuentra respaldo en diversos referentes internacionales que han señalado que la transformación de la educación de los profesionales de la salud requiere cambios que van más allá de los planes de estudio. La Comisión Lancet sobre la educación de profesionales de la salud para el siglo XXI, los marcos de transformación educativa promovidos por la Organización Mundial de la Salud y los estándares contemporáneos de la Federación Mundial para la Educación Médica han destacado, desde perspectivas complementarias, la necesidad de abordar no solo dimensiones técnicas y curriculares, sino también condiciones institucionales, organizacionales y culturales que influyen en los procesos formativos (Frenk et al., 2010; WHO, 2013; WFME, 2020, 2023, 2024). Desde esta perspectiva, los hallazgos del encuentro sugieren que el futuro de la educación médica en la Región dependerá no solo de la capacidad para innovar en contenidos o metodologías, sino también de la capacidad de las instituciones para revisar críticamente las culturas que sostienen los procesos formativos y alinearlas con las necesidades cambiantes de los profesionales, los sistemas de salud y las sociedades a las que sirven.

## 6.9 La inteligencia artificial como fuerza transformadora de la educación médica

La inteligencia artificial y la transformación digital no constituyeron una línea temática independiente del encuentro. Sin embargo, aparecieron de manera recurrente en discusiones relacionadas con educación de precisión, evaluación programática, liderazgo, trayectorias educativas, experticia médica y formación docente. Esta recurrencia permitió identificar un fenómeno que trasciende el interés por tecnologías específicas y que comienza a plantear preguntas más profundas sobre la naturaleza misma de la formación médica en el siglo XXI.

Las discusiones evidenciaron que la inteligencia artificial ya no es percibida únicamente como una herramienta complementaria para optimizar procesos educativos, sino como una fuerza con potencial para



transformar la manera en que se aprende, se enseña, se evalúa y se ejerce la medicina. Los participantes reconocieron oportunidades asociadas al uso de analítica educativa, sistemas de seguimiento longitudinal, tutorías inteligentes, simulación avanzada, apoyo a la toma de decisiones, personalización del aprendizaje y acceso ampliado al conocimiento. En este contexto, la inteligencia artificial comienza a perfilarse como un componente con capacidad para modificar significativamente la relación entre estudiantes, docentes, información y práctica clínica.

No obstante, las discusiones también reflejaron una preocupación compartida frente a los riesgos que acompañan esta transformación. Más allá de los desafíos técnicos, emergieron interrogantes relacionados con la calidad y confiabilidad de la información generada por sistemas inteligentes, la protección de datos, los sesgos algorítmicos, la transparencia en la toma de decisiones, la integridad académica y la preservación del juicio profesional. De manera reiterada surgió la necesidad de evitar que la búsqueda de eficiencia tecnológica desplace dimensiones fundamentales de la formación médica, tales como el razonamiento crítico, la reflexión ética, la comunicación humana, la empatía y la construcción de relaciones de confianza con pacientes y comunidades.

Al mismo tiempo, se reconoció que las capacidades institucionales para incorporar estas tecnologías son profundamente heterogéneas en la región. La infraestructura digital, la disponibilidad de recursos, los marcos regulatorios, las capacidades docentes y las estrategias institucionales de innovación avanzan a ritmos diferentes entre países e instituciones. Como consecuencia, la transformación digital puede convertirse tanto en un factor de fortalecimiento educativo como en un mecanismo que amplifique desigualdades preexistentes dentro de los sistemas de formación.

La relevancia estratégica de este hallazgo radica en que la discusión ya no parece centrarse en si la educación médica incorporará inteligencia artificial y otras tecnologías emergentes, sino en cómo hacerlo de manera responsable, equitativa y alineada con los propósitos fundamentales de la profesión. Esta transformación exige revisar no solo los contenidos curriculares y los sistemas de evaluación, sino también las capacidades que estudiantes, docentes y profesionales necesitarán para interactuar críticamente con sistemas inteligentes. Entre ellas adquieren especial importancia la comprensión de sus posibilidades y limitaciones, la alfabetización en datos e inteligencia artificial, la evaluación crítica de sus resultados, el reconocimiento de sesgos e incertidumbres y su utilización bajo criterios éticos, transparentes y responsables. Estas capacidades deberán desarrollarse preservando el juicio profesional y reconociendo que las condiciones de infraestructura, regulación y desarrollo tecnológico son heterogéneas entre instituciones y países. Desde esta perspectiva, uno de los principales desafíos para la educación médica en la Región será aprovechar el potencial transformador de la inteligencia artificial sin profundizar brechas existentes ni desplazar los principios humanísticos, sociales y éticos que sustentan la formación y la práctica de los profesionales de la salud.



## 6.10 Síntesis integradora: lo que los hallazgos dicen en conjunto

Leídos por separado, los hallazgos descritos en este capítulo parecen referirse a problemas distintos. Leídos en conjunto, describen una realidad más profunda: la educación médica en la Región opera sobre una arquitectura institucional diseñada para responder a desafíos, modelos de práctica y formas de organización del conocimiento que ya no corresponden plenamente a las necesidades actuales de los sistemas de salud ni a las expectativas de las sociedades a las que estos sirven.

La fragmentación de las etapas de formación, la invisibilidad de la docencia clínica, las dificultades para visibilizar y abordar el currículo oculto, la limitada consolidación de la investigación educacional, las dificultades para sostener mecanismos permanentes de cooperación regional y las tensiones asociadas a la gobernanza de los procesos formativos no constituyen fenómenos independientes. Son manifestaciones de un mismo desafío estructural: la dificultad para articular, bajo una visión compartida, a los múltiples actores que participan en la formación de los profesionales de la salud. Universidades, hospitales, asociaciones académicas, organismos reguladores, sistemas de salud y comunidades continúan operando, con frecuencia, como estructuras paralelas que persiguen objetivos legítimos, pero insuficientemente integrados entre sí.

Los hallazgos emergentes identificados durante el encuentro permiten ampliar aún más esta interpretación. La transformación cultural de la educación médica y el impacto creciente de la inteligencia artificial sugieren que la región no enfrenta únicamente problemas de coordinación institucional o de implementación educativa. En realidad, se encuentra inmersa en un proceso más amplio de redefinición de aquello que significa formar profesionales de la salud para el siglo XXI. Las discusiones desarrolladas durante el encuentro evidenciaron que los modelos tradicionales de formación conviven hoy con nuevas demandas relacionadas con el bienestar, la responsabilidad social, el trabajo interprofesional, la sostenibilidad, la participación de las comunidades, el uso ético de tecnologías emergentes y la necesidad de trayectorias formativas más flexibles e integradas.

Esta coexistencia entre estructuras heredadas y expectativas emergentes explica buena parte de las tensiones identificadas a lo largo del encuentro. Muchas de las dificultades descritas por las mesas no parecen originarse exclusivamente en limitaciones curriculares, metodológicas o regulatorias, sino en el hecho de que los sistemas formativos están siendo llamados a responder simultáneamente a paradigmas distintos. Mientras algunas estructuras continúan organizándose alrededor de modelos centrados en disciplinas, jerarquías y procesos fragmentados, las nuevas demandas sociales y profesionales exigen sistemas más integrados, colaborativos, adaptativos y orientados al aprendizaje a lo largo de todo la formación.

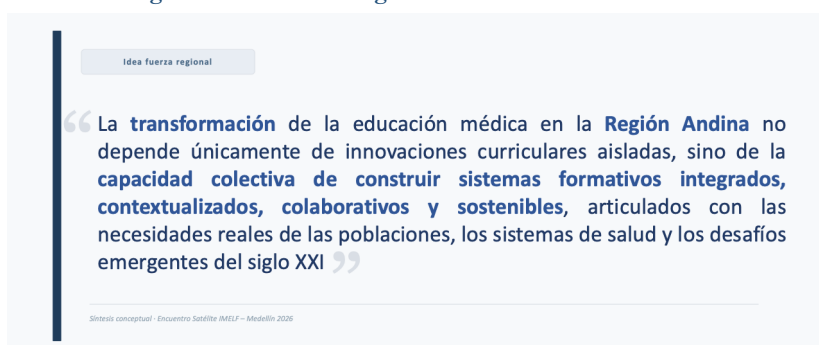
Esto tiene una implicación que el encuentro hizo visible con especial claridad: los desafíos que enfrenta la educación médica en la Región no pueden resolverse desde las instituciones formadoras de manera aislada. Requieren gobernanza compartida, producción regional de evidencia, marcos de referencia comunes, cooperación sostenida y capacidades colectivas para gestionar procesos de transformación complejos. El IMELF–Medellín 2026 no resolvió estos desafíos —no era ese su propósito—, pero sí demostró que es



posible construir espacios donde quienes tienen responsabilidad institucional sobre la formación médica puedan analizar problemas compartidos, reconocer interdependencias y explorar soluciones construidas desde la región.

Quizás el hallazgo más relevante no es ninguno de los identificados anteriormente por separado. La región conoce cada vez mejor los desafíos que enfrenta. Lo que necesita construir son los mecanismos que permitan transformar ese conocimiento en acción colectiva sostenida. Desde esta perspectiva, el principal aporte del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 no radica únicamente en los hallazgos que produjo, sino en haber contribuido a consolidar una conversación regional orientada a construir futuros compartidos para la educación médica. El capítulo siguiente desarrolla una lectura prospectiva de las implicaciones que estos hallazgos podrían tener para la evolución de la educación médica en la Región.

Figura 16. Idea fuerza regional del IMELF–Medellín 2026



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.





## PARTE IV.

# PROYECCIÓN ESTRATÉGICA

## Capítulo 7. Implicaciones para el futuro de la educación médica en la Región Andina

### 7.1 De los hallazgos a la proyección estratégica

Los hallazgos presentados en los capítulos anteriores permiten comprender mejor los desafíos, tensiones y oportunidades que actualmente caracterizan la educación médica en la Región Andina. Sin embargo, su principal valor no radica únicamente en describir el estado actual de la formación de los profesionales de la salud. Más importante aún es su capacidad para ofrecer pistas sobre las transformaciones que probablemente marcarán el desarrollo de la educación médica durante los próximos años.

Las discusiones desarrolladas durante el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 evidenciaron que muchos de los desafíos identificados por los participantes trascienden las particularidades de programas, instituciones o países específicos. Aunque las realidades nacionales son diversas, emergieron preocupaciones compartidas relacionadas con la integración de las trayectorias formativas, el fortalecimiento de la docencia clínica, la construcción de ambientes de aprendizaje saludables, la necesidad de producir y utilizar mejor la evidencia educativa, el impacto creciente de las tecnologías digitales y la capacidad de los sistemas formativos para responder a desafíos sociales, ambientales y sanitarios cada vez más complejos.

Al mismo tiempo, los hallazgos sugieren que la educación médica atraviesa un momento de transición. Diversas estructuras, modelos organizacionales y prácticas educativas que durante décadas orientaron la formación de los profesionales de la salud continúan siendo relevantes, pero conviven hoy con nuevas expectativas sociales, nuevas formas de producir conocimiento, nuevas tecnologías y nuevas demandas hacia las instituciones formadoras. Esta coexistencia de paradigmas explica buena parte de las tensiones observadas



durante el encuentro y plantea preguntas que difícilmente pueden resolverse mediante reformas aisladas o intervenciones exclusivamente curriculares.

Más que anticipar escenarios futuros o formular predicciones, este capítulo propone una lectura prospectiva de los hallazgos identificados durante el encuentro. Su propósito es explorar algunas de las implicaciones que estos hallazgos podrían tener para la evolución de la educación médica en la Región Andina y destacar aquellos ámbitos donde la capacidad de adaptación, innovación y acción colectiva de las instituciones será particularmente relevante durante la próxima década.

Las reflexiones que se presentan a continuación deben distinguirse de las recomendaciones estratégicas formuladas por las mesas de trabajo en el Capítulo 5. Mientras aquellas se derivan directamente de las discusiones desarrolladas en torno a cada apuesta, este capítulo ofrece una lectura prospectiva construida a partir de la interpretación integrada de los hallazgos transversales y emergentes. Por tanto, no constituye un nuevo conjunto de recomendaciones, lineamientos prescriptivos ni rutas obligatorias de desarrollo, sino una exploración de las implicaciones que estos hallazgos podrían tener para la evolución futura de la educación médica en la Región Andina.

## 7.2 Pensar la formación médica como una trayectoria continua

Uno de los mensajes más consistentes que emergió a lo largo del encuentro fue la necesidad de superar una visión fragmentada de la formación de los profesionales de la salud. Durante décadas, el pregrado, el posgrado y el DPP han sido organizados y gestionados como etapas relativamente independientes, cada una con sus propias estructuras, actores, mecanismos de evaluación y prioridades. Sin embargo, los desafíos actuales de los sistemas de salud exigen una comprensión más integrada del desarrollo profesional, capaz de reconocer que el aprendizaje, la construcción de la experticia y la adaptación a nuevos contextos ocurren a lo largo de toda la trayectoria laboral.

Esta transición implica un cambio profundo en la manera de concebir la educación médica. Más que pensar en programas aislados o niveles sucesivos de formación, el futuro parece orientarse hacia sistemas educativos capaces de acompañar el desarrollo progresivo de competencias, responsabilidades y niveles de autonomía a lo largo de la formación. Desde esta perspectiva, las transiciones dejan de entenderse como puntos de ruptura para convertirse en espacios de articulación, continuidad y crecimiento profesional.

Las discusiones desarrolladas durante el encuentro sugieren que esta transformación requerirá mecanismos más sólidos de coordinación entre instituciones educativas, escenarios de práctica, organismos reguladores y sistemas de salud. También exigirá nuevas formas de evaluar el aprendizaje, compartir información sobre el progreso de los estudiantes y construir expectativas comunes sobre el desempeño profesional esperado en las distintas etapas de formación. En otras palabras, el desafío no consiste únicamente en mejorar cada nivel del sistema por separado, sino en fortalecer las conexiones que existen entre ellos.



Mirando hacia la próxima década, la capacidad de construir trayectorias formativas más coherentes podría convertirse en uno de los principales factores de diferenciación de los sistemas educativos. En un entorno caracterizado por cambios tecnológicos acelerados, transformaciones demográficas y necesidades sanitarias cada vez más complejas, la formación médica deberá desarrollar mecanismos que permitan a los profesionales aprender, adaptarse y actualizarse de manera continua. Esto supone avanzar desde una lógica centrada en programas específicos hacia una visión más amplia de aprendizaje permanente y desarrollo profesional a lo largo de la vida.

La pregunta estratégica para la región no parece ser si las trayectorias formativas deben fortalecerse, sino cómo construir las condiciones institucionales, culturales y regulatorias necesarias para hacerlo posible. La respuesta probablemente dependerá menos de una innovación particular y más de la capacidad de los distintos actores para reconocerse como parte de un mismo sistema de formación, aprendizaje y responsabilidad compartida.

### 7.3 Las personas en el centro de la transformación educativa

Si algo sugieren los hallazgos del encuentro es que la transformación de la educación médica no dependerá exclusivamente de nuevas tecnologías, reformas curriculares o cambios regulatorios. Aunque estos elementos son importantes, su impacto estará condicionado por la capacidad de las personas para interpretarlos, adaptarlos y convertirlos en prácticas educativas significativas. En última instancia, los sistemas educativos cambian cuando cambian quienes los lideran, los gestionan y los hacen posibles en los escenarios cotidianos de formación.

Las discusiones desarrolladas durante el encuentro pusieron de manifiesto la relevancia creciente de actores que durante mucho tiempo ocuparon un lugar secundario dentro de las estrategias de transformación educativa. La docencia clínica, el liderazgo académico, el desarrollo de la experticia profesional, el bienestar de docentes y estudiantes, y la construcción de culturas de aprendizaje más colaborativas aparecieron como dimensiones estrechamente relacionadas entre sí. Aunque habitualmente se abordan como temas independientes, todas ellas remiten a una misma preocupación: fortalecer las capacidades humanas necesarias para sostener procesos de cambio en el largo plazo.

Esta perspectiva supone una transformación importante en la manera de comprender la mejora educativa. Durante décadas, gran parte de los esfuerzos de innovación se concentraron en el diseño curricular, la incorporación de nuevas metodologías o la implementación de sistemas de evaluación más sofisticados. Sin desconocer la importancia de estos avances, los hallazgos sugieren que la capacidad de las instituciones para desarrollar, acompañar y reconocer a quienes enseñan podría convertirse en uno de los factores más determinantes para el éxito de cualquier estrategia de transformación futura.



Mirando hacia los próximos años, las instituciones formadoras enfrentarán el desafío de construir entornos capaces de atraer, desarrollar y retener educadores clínicos, líderes académicos y profesionales comprometidos con la formación de nuevas generaciones. Esto implica reconocer que enseñar no constituye únicamente una función complementaria del ejercicio profesional, sino una actividad que requiere preparación específica, acompañamiento institucional y oportunidades permanentes de desarrollo.

Al mismo tiempo, la creciente complejidad de los sistemas de salud, la expansión del conocimiento médico y la aceleración de los cambios tecnológicos plantean nuevas exigencias para quienes participan en los procesos formativos. Más que transmitir información, los educadores deberán facilitar el desarrollo del juicio profesional, la capacidad de adaptación, el pensamiento crítico y el aprendizaje continuo. En este contexto, fortalecer las capacidades humanas de la educación médica deja de ser una estrategia deseable para convertirse en una condición indispensable para la sostenibilidad de cualquier transformación educativa.

La pregunta estratégica para la región no parece ser únicamente cómo formar mejores profesionales de la salud, sino también cómo construir las condiciones que permitan formar, acompañar y reconocer a quienes tendrán la responsabilidad de educarlos.

## 7.4 Culturas institucionales para una nueva educación médica

Los hallazgos del encuentro sugieren que muchas de las transformaciones que actualmente atraviesan la educación médica no dependen exclusivamente de reformas curriculares, innovaciones metodológicas o cambios regulatorios. Aunque estos elementos continúan siendo relevantes, su impacto suele estar condicionado por factores menos visibles, pero igualmente determinantes: las creencias, valores, prácticas y formas de relación que configuran la cultura de las instituciones formadoras.

Durante las discusiones desarrolladas en las distintas mesas emergió de manera recurrente una tensión entre los cambios que las instituciones desean promover y las dinámicas organizacionales que continúan reproduciendo modelos tradicionales de formación. Esta tensión se expresó de múltiples maneras: en las dificultades para consolidar ambientes de aprendizaje saludables, en los desafíos asociados al bienestar de estudiantes y docentes, en la persistencia de relaciones jerárquicas poco compatibles con enfoques colaborativos y en la distancia que, en ocasiones, existe entre los valores declarados por las instituciones y las experiencias cotidianas vividas por quienes participan en los procesos formativos.

Mirando hacia el futuro, la capacidad de transformar las culturas institucionales podría convertirse en uno de los factores más decisivos para la evolución de la educación médica en la región. Esto supone reconocer que las instituciones no solo transmiten conocimientos y desarrollan competencias; también modelan formas de ejercer el liderazgo, comprender el profesionalismo, relacionarse con los pacientes, trabajar en equipo y responder a los desafíos sociales de la salud. En este sentido, las culturas organizacionales constituyen un componente central del proceso formativo, aunque con frecuencia permanezcan fuera de los marcos formales de planificación curricular.



La creciente relevancia de temas como el bienestar, la responsabilidad social, la educación interprofesional, la diversidad, la equidad o la sostenibilidad refleja precisamente una ampliación de las expectativas que hoy recaen sobre las instituciones formadoras. Ya no basta con preparar profesionales técnicamente competentes. Se espera también que las organizaciones educativas sean capaces de construir entornos coherentes con los valores que buscan promover y de ofrecer experiencias formativas alineadas con las necesidades de las personas, las comunidades y los sistemas de salud.

Esta transformación cultural no ocurre de manera inmediata ni puede imponerse mediante disposiciones normativas. Requiere procesos sostenidos de reflexión institucional, liderazgo, participación y aprendizaje organizacional. Más que una intervención específica, representa una capacidad que las instituciones deberán fortalecer para adaptarse a un entorno cada vez más complejo, dinámico e interdependiente.

Desde esta perspectiva, uno de los desafíos más relevantes para la próxima década será lograr que las transformaciones educativas no se limiten a los currículos, sino que alcancen también las culturas que dan sentido y sostenibilidad a los procesos de formación.

## 7.5 Formar para un entorno cada vez más complejo e interdependiente

La educación médica ha estado históricamente influenciada por los cambios científicos, tecnológicos y sociales que transforman la práctica de la medicina. Sin embargo, pocas veces estos cambios han ocurrido con la velocidad y amplitud que caracterizan el contexto actual. La expansión de la inteligencia artificial, la disponibilidad creciente de datos, la aceleración de la transformación digital, las lecciones derivadas de la pandemia de COVID-19 y la creciente relevancia de los desafíos asociados a la salud global y planetaria están modificando simultáneamente las condiciones bajo las cuales se ejerce la profesión médica y se desarrollan los procesos formativos.

Los hallazgos del encuentro sugieren que estas transformaciones no deben interpretarse únicamente como innovaciones tecnológicas o nuevos contenidos curriculares. Más profundamente, representan un cambio en el entorno al que deberán responder los futuros profesionales de la salud. La creciente interdependencia entre fenómenos sanitarios, ambientales, sociales y tecnológicos exige ampliar la mirada tradicional de la formación médica e incorporar capacidades relacionadas con la adaptación, el análisis crítico, la gestión de la incertidumbre y el aprendizaje continuo.

En este contexto, la inteligencia artificial constituye quizás el ejemplo más visible de una transformación más amplia. Su potencial para modificar procesos diagnósticos, decisiones clínicas, estrategias educativas y formas de acceder al conocimiento plantea oportunidades significativas para mejorar la atención y el aprendizaje. Sin embargo, también genera interrogantes relacionados con la ética, la equidad, la privacidad, la confianza y la preservación de los componentes humanos de la práctica profesional. El desafío para las instituciones formadoras no parece consistir únicamente en enseñar a utilizar nuevas herramientas, sino en preparar profesionales capaces de comprender críticamente sus implicaciones y utilizarlas de manera responsable.



De manera similar, los debates sobre salud global y salud planetaria reflejan la necesidad de reconocer que muchos de los desafíos sanitarios contemporáneos trascienden las fronteras institucionales, nacionales e incluso disciplinarias. El cambio climático, las migraciones, las inequidades sociales, las amenazas pandémicas y la transformación de los ecosistemas están modificando las condiciones de salud de las poblaciones y exigen nuevas formas de pensar la formación de los profesionales de la salud.

Mirando hacia la próxima década, una de las capacidades más valiosas para la educación médica podría ser la capacidad de anticipar y adaptarse a entornos cambiantes. Más que preparar profesionales para responder a problemas conocidos, las instituciones formadoras enfrentarán el desafío de desarrollar profesionales capaces de aprender, colaborar y tomar decisiones en escenarios caracterizados por una creciente complejidad e incertidumbre.

Desde esta perspectiva, la transformación digital y los desafíos globales no constituyen temas adicionales dentro del currículo. Representan señales de un entorno en transformación que invita a repensar qué significa formar profesionales de la salud en el siglo XXI y qué capacidades serán necesarias para responder a los problemas que aún no conocemos por completo.

## 7.6 De la innovación aislada a la acción colectiva

Quizás una de las conclusiones más significativas que emerge del encuentro es que muchos de los desafíos que enfrenta actualmente la educación médica en la Región Andina exceden la capacidad de respuesta de instituciones individuales. La fragmentación de los diferentes momentos de formación, el fortalecimiento de la docencia clínica, la transformación de las culturas institucionales, la incorporación responsable de nuevas tecnologías o la producción de evidencia educativa son desafíos que trascienden fronteras organizacionales y que difícilmente pueden resolverse mediante esfuerzos aislados.

Durante las últimas décadas, numerosas instituciones de la región han desarrollado experiencias innovadoras de gran valor. Sin embargo, los hallazgos del encuentro sugieren que la existencia de iniciativas exitosas no siempre se traduce en transformaciones sistémicas. Con frecuencia, el conocimiento generado permanece circunscrito a contextos locales, las innovaciones no logran escalar y las oportunidades de aprendizaje mutuo entre instituciones continúan siendo limitadas. Como resultado, muchas organizaciones enfrentan problemas similares mientras desarrollan respuestas de manera independiente.

La respuesta a esta fragmentación no debería limitarse, sin embargo, a adaptar innovaciones desarrolladas en otros contextos. América Latina cuenta también con tradiciones, marcos y experiencias propias —vinculadas, entre otros campos, con la atención primaria, la medicina social, la salud colectiva, el trabajo comunitario y aproximaciones salutogénicas— que pueden enriquecer las discusiones internacionales sobre pertinencia social, formación centrada en las personas y respuesta a las necesidades de las poblaciones. Fortalecer la capacidad para documentar, investigar y compartir estas experiencias permitiría que la región



participe en la conversación global no solo como receptora de modelos, sino también como productora de conocimiento y perspectivas en educación médica.

Mirando hacia el futuro, la capacidad de construir mecanismos estables de colaboración podría convertirse en uno de los factores más determinantes para acelerar los procesos de transformación educativa. Esto implica avanzar más allá de modelos de cooperación basados exclusivamente en eventos, proyectos puntuales o intercambios ocasionales de experiencias. Supone desarrollar capacidades regionales para producir conocimiento compartido, generar evidencia contextualizada, construir marcos de referencia comunes y sostener conversaciones estratégicas a lo largo del tiempo.

La creciente complejidad de los desafíos que enfrenta la educación médica refuerza aún más esta necesidad. Ninguna institución, por sólida que sea, dispone por sí sola de todas las respuestas requeridas para abordar fenómenos como la transformación digital, las nuevas demandas sociales hacia la profesión médica, los desafíos asociados al bienestar de estudiantes y docentes o las implicaciones sanitarias del cambio climático. La capacidad de aprender colectivamente podría convertirse en una ventaja estratégica tan importante como la capacidad de innovar.

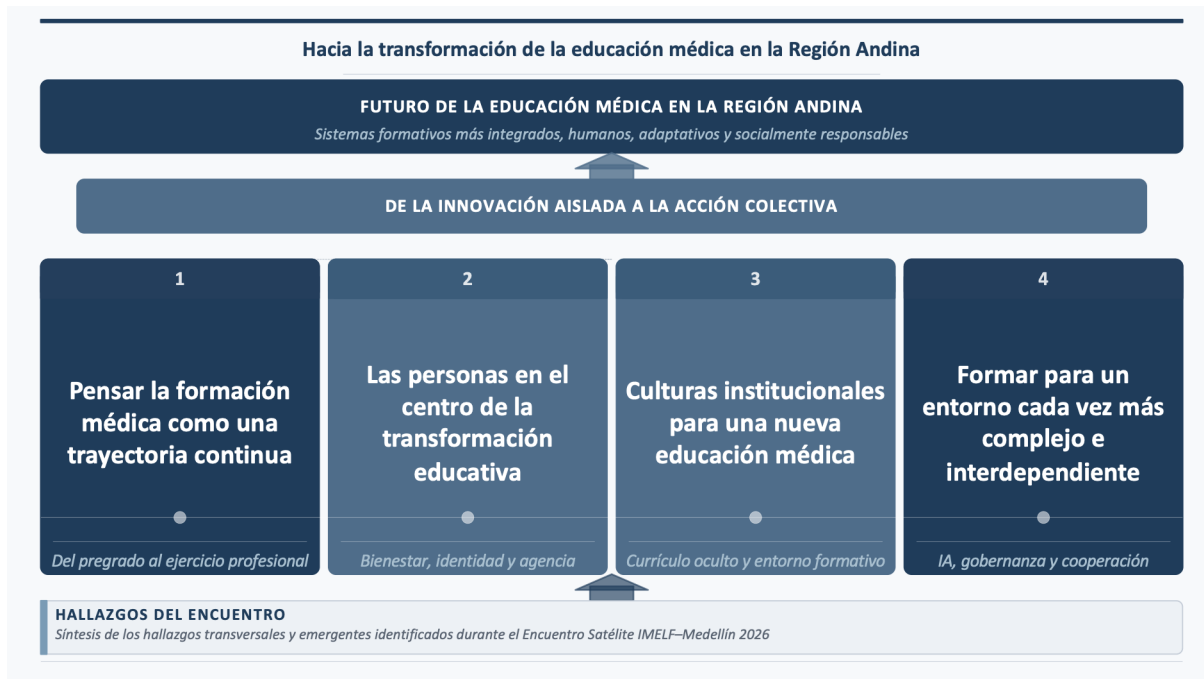
Desde esta perspectiva, uno de los principales desafíos para la próxima década será construir formas de gobernanza y colaboración capaces de transformar capacidades dispersas en inteligencia colectiva. La pregunta ya no parece ser si la región cuenta con experiencia, conocimiento o liderazgo suficiente para enfrentar sus desafíos. Los hallazgos del encuentro sugieren que esos recursos existen. El reto consiste en desarrollar las estructuras, relaciones y mecanismos que permitan movilizarlos de manera coordinada y sostenida.

En última instancia, el futuro de la educación médica en la Región Andina dependerá menos de la aparición de nuevas ideas que de la capacidad de convertir esas ideas en procesos colectivos de aprendizaje, cooperación y transformación. En ese sentido, la transición desde la innovación aislada hacia la acción colectiva constituye, quizás, una de las implicaciones más relevantes que deja este encuentro para la región.





Figura 17. Implicaciones estratégicas de los hallazgos para el futuro de la educación médica en la Región Andina



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.

Las implicaciones descritas en este capítulo sugieren que la transformación de la educación médica no dependerá de intervenciones aisladas ni de soluciones únicas, sino de la capacidad de los distintos actores para construir respuestas compartidas frente a desafíos crecientemente complejos e interdependientes. Desde esta perspectiva, el futuro de la educación médica en la Región Andina estará estrechamente ligado a la capacidad de convertir el aprendizaje colectivo en acción colectiva. El capítulo siguiente explora algunas de las condiciones necesarias para sostener esta conversación regional y proyectarla más allá del encuentro que le dio origen.

## Capítulo 8. Continuidad del proceso regional

### 8.1 Del evento al proceso

Los encuentros académicos suelen evaluarse por la calidad de sus discusiones, la relevancia de sus participantes o la pertinencia de sus productos. Sin embargo, su impacto real rara vez depende únicamente de lo que ocurre durante los días en que se desarrollan. La influencia de estos espacios se construye, sobre todo, a partir de su capacidad para generar procesos que trasciendan el evento mismo y que permitan sostener en el tiempo las conversaciones, relaciones y aprendizajes que allí se producen.



Desde su concepción, el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 fue entendido como parte de un esfuerzo más amplio orientado a fortalecer el diálogo regional sobre el futuro de la educación médica. Más que un ejercicio aislado de reflexión académica, buscó crear condiciones para la construcción progresiva de una comunidad de práctica capaz de compartir experiencias, identificar desafíos comunes y explorar respuestas colectivas frente a las transformaciones que enfrenta la formación de los profesionales de la salud.

Los hallazgos presentados en este documento muestran que muchos de los desafíos identificados durante el encuentro trascienden las capacidades de respuesta de instituciones individuales e incluso de sistemas nacionales específicos. La integración de las etapas de formación, el fortalecimiento de la docencia clínica, la transformación de las culturas institucionales, la incorporación responsable de nuevas tecnologías y la producción de evidencia educativa contextualizada son desafíos que comparten múltiples países de la región y cuya complejidad exige formas más estables de cooperación y aprendizaje mutuo.

Esta realidad plantea una implicación importante. Si los desafíos son compartidos, también lo son muchas de las oportunidades para construir soluciones. La colaboración regional deja de ser únicamente una estrategia deseable para convertirse en una condición que puede acelerar los procesos de innovación, reducir la duplicación de esfuerzos y fortalecer la capacidad colectiva para responder a problemas que difícilmente pueden abordarse desde el aislamiento institucional.

En este sentido, uno de los aportes más significativos del encuentro no radica exclusivamente en los hallazgos o reflexiones que produjo, sino en las conexiones que permitió establecer entre personas, instituciones y países que comparten intereses y preocupaciones similares. La posibilidad de sostener estas conexiones en el tiempo representa una oportunidad para avanzar desde modelos de cooperación episódica hacia formas más permanentes de intercambio, producción de conocimiento y construcción conjunta de capacidades.

Entendido desde esta perspectiva, el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 no constituye un punto de llegada. Representa, más bien, un punto de partida para una conversación regional que apenas comienza a consolidarse y cuyo potencial dependerá de la capacidad de sus participantes para transformar el aprendizaje compartido en iniciativas sostenidas de colaboración, investigación e innovación educativa.

## 8.2 Prioridades para la cooperación regional

Las discusiones desarrolladas durante el encuentro sugieren que la colaboración regional posee un potencial que trasciende el intercambio ocasional de experiencias o la organización de espacios académicos compartidos. En un contexto caracterizado por desafíos comunes y recursos limitados, la cooperación puede convertirse en un mecanismo para acelerar procesos de aprendizaje colectivo, fortalecer capacidades institucionales y generar respuestas más pertinentes a las necesidades de la región.



Los hallazgos presentados en este documento permiten identificar diversos ámbitos en los que la acción conjunta podría aportar un valor diferencial durante los próximos años. Entre ellos se destacan el fortalecimiento de las trayectorias formativas, el desarrollo de capacidades para la docencia clínica, la consolidación de comunidades de práctica en educación médica, la producción de evidencia educacional contextualizada, la incorporación responsable de tecnologías emergentes y la construcción de marcos compartidos para abordar desafíos relacionados con el profesionalismo, el bienestar y la responsabilidad social de las instituciones formadoras.

La cooperación regional también ofrece una oportunidad para reducir la fragmentación que históricamente ha caracterizado buena parte de los esfuerzos de innovación educativa. Con frecuencia, instituciones de distintos países enfrentan problemas similares mientras desarrollan soluciones de manera independiente. Fortalecer mecanismos de intercambio y construcción conjunta podría favorecer una utilización más eficiente del conocimiento disponible y contribuir a que las innovaciones exitosas puedan adaptarse y transferirse entre contextos diversos.

Al mismo tiempo, la región posee una ventaja que merece ser reconocida: la existencia de una creciente masa crítica de líderes académicos, investigadores, docentes clínicos e instituciones comprometidas con la transformación de la educación médica. La posibilidad de articular estas capacidades alrededor de objetivos compartidos representa una oportunidad estratégica para fortalecer la voz regional en las discusiones internacionales y generar conocimiento más sensible a las realidades sociales, culturales y sanitarias de América Latina.

Más que definir una agenda única para todas las instituciones, las prioridades de cooperación identificadas durante el encuentro invitan a construir espacios flexibles de colaboración que permitan combinar diversidad y propósito común. Su valor radica precisamente en la posibilidad de generar aprendizajes compartidos respetando las particularidades de los distintos contextos nacionales e institucionales.

Mirando hacia el futuro, la cooperación regional no debería entenderse únicamente como una herramienta para resolver problemas existentes. También puede convertirse en un mecanismo para anticipar desafíos emergentes, explorar nuevas oportunidades y fortalecer la capacidad colectiva de la región para adaptarse a un entorno educativo y sanitario cada vez más dinámico, complejo e interdependiente.

### 8.3 Gobernanza para una agenda compartida

La sostenibilidad de los procesos de transformación educativa depende no solo de la calidad de las ideas que los inspiran, sino también de la existencia de mecanismos que permitan darles continuidad en el tiempo. La experiencia internacional muestra que muchas iniciativas de colaboración académica logran generar entusiasmo inicial, pero enfrentan dificultades para sostenerse cuando desaparecen los espacios que las



convocaron o los liderazgos que las impulsaron. Construir una agenda regional de largo plazo requiere, por tanto, formas de gobernanza capaces de equilibrar continuidad, flexibilidad y participación.

Los hallazgos del encuentro sugieren que la educación médica en la Región Andina dispone actualmente de una base favorable para avanzar en esta dirección. La existencia de asociaciones académicas consolidadas, redes institucionales, comunidades de práctica emergentes y liderazgos comprometidos ofrece condiciones valiosas para fortalecer mecanismos de articulación regional. Sin embargo, el desafío consiste en transformar estas capacidades dispersas en estructuras de colaboración capaces de sostener procesos de aprendizaje colectivo más allá de iniciativas puntuales o proyectos específicos.

Desde esta perspectiva, la gobernanza no debe entenderse únicamente como una estructura administrativa o de coordinación. Su función principal consiste en crear las condiciones que permitan conectar actores, compartir conocimiento, facilitar la toma de decisiones y promover la construcción de objetivos comunes respetando la diversidad de contextos nacionales e institucionales que caracteriza a la región.

La naturaleza de los desafíos discutidos durante el encuentro refuerza esta necesidad. Problemas como la integración de los distintos momentos de formación, el fortalecimiento de la docencia clínica, la producción de evidencia educacional, la transformación digital o la adaptación a nuevos desafíos globales requieren espacios permanentes de diálogo y coordinación que trasciendan las fronteras organizacionales tradicionales. Ninguna institución posee por sí sola la capacidad de liderar todas estas transformaciones; su desarrollo dependerá de la capacidad de múltiples actores para construir visiones compartidas y mecanismos efectivos de cooperación.

En este contexto, organizaciones académicas, facultades de medicina, sistemas de salud, sociedades científicas y redes internacionales pueden desempeñar roles complementarios dentro de una arquitectura de colaboración más amplia. La fortaleza de esta arquitectura no dependerá únicamente de la existencia de estructuras formales, sino de su capacidad para facilitar relaciones de confianza, aprendizaje mutuo y acción coordinada entre quienes comparten la responsabilidad de formar a los profesionales de la salud.

Mirando hacia el futuro, uno de los principales desafíos para la región será consolidar formas de gobernanza que permitan transformar encuentros, proyectos y redes en procesos sostenidos de construcción colectiva. Más que administrar iniciativas específicas, la tarea consistirá en crear las condiciones para que la conversación regional continúe evolucionando, generando conocimiento, fortaleciendo capacidades y contribuyendo a la transformación de la educación médica en distintos niveles del sistema formativo.



**Figura 18. Espacios de articulación y cooperación regional durante el IMELF–Medellín 2026.**



Fuente: Archivo del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 / ASCOFAME.

## 8.4 La continuidad del proceso IMELF

Los desafíos identificados durante el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 difícilmente pueden abordarse desde instituciones o países de manera aislada. La diversidad de experiencias, capacidades y contextos presentes en la región refuerza el valor de contar con espacios que permitan mantener el diálogo, contrastar aprendizajes y generar nuevas formas de cooperación académica.

En este sentido, el encuentro puede entenderse como un momento dentro de una trayectoria más amplia. Su proyección dependerá no solo de los productos generados, sino también de la capacidad para sostener las relaciones establecidas, dar continuidad a las preguntas surgidas y transformar algunas de las líneas identificadas en nuevas iniciativas académicas, investigativas y de colaboración.

Una posibilidad sería establecer mecanismos periódicos de seguimiento que permitan conocer cómo evolucionan las iniciativas vinculadas con las apuestas discutidas, identificar dificultades y aprendizajes de implementación y reconocer oportunidades de trabajo conjunto. Este seguimiento podría complementarse con encuentros regionales, talleres temáticos y espacios de intercambio entre instituciones, preservando las particularidades nacionales y evitando convertir la cooperación en un ejercicio de homogeneización.

También será importante ampliar progresivamente las perspectivas incorporadas. Nuevos ejercicios podrían incluir de manera más explícita a estudiantes de medicina, residentes, profesionales en DPP, pacientes, comunidades y otros actores de los sistemas de salud. Contrastar las perspectivas de quienes diseñan y gestionan los procesos educativos con las experiencias de quienes los transitan o reciben sus efectos



permitiría enriquecer la comprensión de las transiciones formativas, los ambientes de aprendizaje, la pertinencia social y las necesidades de transformación a lo largo de la trayectoria profesional.

Otro desarrollo posible sería la construcción colaborativa de un marco regional de seguimiento de las apuestas estratégicas, con dimensiones e indicadores orientadores que permitan a las instituciones valorar avances, reconocer brechas y orientar procesos de mejora. Un instrumento de esta naturaleza podría incorporar principios de responsabilidad social y rendición de cuentas, considerando no solo la evolución de los procesos educativos, sino también su relación con las necesidades prioritarias de salud de las poblaciones y los sistemas sanitarios. Su desarrollo requeriría definir criterios de medición, fuentes de información, periodicidad, responsables y niveles de interpretación, además de reconocer las diferencias regulatorias e institucionales entre países. Por ello, debe entenderse como una línea de trabajo posterior y no como una herramienta derivada directamente del ejercicio realizado en Medellín.

De manera complementaria, será necesario profundizar en las condiciones que favorecen o dificultan la puesta en práctica de las orientaciones identificadas. En este campo, la ciencia de la implementación puede ofrecer herramientas para estudiar cómo determinadas transformaciones educativas son adoptadas, adaptadas y sostenidas en contextos diversos, qué barreras y condiciones habilitantes intervienen y qué aprendizajes pueden transferirse entre instituciones. Esta perspectiva permitiría avanzar desde la formulación de orientaciones hacia una comprensión más precisa de las condiciones necesarias para producir cambios sostenibles, sin asumir que una misma estrategia puede aplicarse de manera uniforme en toda la región.

El DPP constituye otra línea que merece mayor profundización. Resulta pertinente explorar mecanismos que permitan acompañar y valorar longitudinalmente el mantenimiento y desarrollo de las competencias profesionales a lo largo de la vida laboral, incluyendo la revisión contextualizada de estrategias de recertificación y evaluación del desempeño en ejercicio. Cualquier avance en este ámbito deberá reconocer las diferencias regulatorias, institucionales y profesionales entre los países y favorecer el aprendizaje entre experiencias nacionales e internacionales.

En este escenario, organizaciones como ASCOFAME, el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, FEPAFEM, las facultades de medicina y otras instituciones vinculadas con la formación de profesionales de la salud pueden desempeñar un papel articulador, facilitando redes, espacios de intercambio y proyectos que permitan conectar capacidades y sostener iniciativas de alcance regional.

A partir de este encuentro podrán desarrollarse, además, productos académicos y técnicos complementarios, entre ellos documentos ejecutivos de síntesis, publicaciones derivadas, iniciativas de investigación, recursos educativos y otros desarrollos orientados a profundizar o comunicar los temas identificados durante la deliberación. Estos productos deberán conservar el carácter contextualizado y no normativo del ejercicio, y podrán adoptar formas diferentes según sus propósitos y audiencias.





En última instancia, el valor de IMELF no dependerá de mantener una estructura específica ni de reproducir indefinidamente un mismo formato. Dependerá de que las relaciones, preguntas y capacidades movilizadas durante el encuentro encuentren nuevas formas de expresión. Si este proceso contribuye a conectar instituciones, estimular investigación y desarrollo académico, compartir aprendizajes y generar nuevas iniciativas entre países, habrá cumplido una función que trasciende ampliamente la jornada realizada en Medellín.

## Capítulo 9. Reflexiones finales

### 9.1 Lo que este proceso permitió comprender

El principal aporte del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 no fue identificar problemas desconocidos ni producir respuestas definitivas a los desafíos que enfrenta la educación médica en la Región Andina. Muchos de los temas discutidos durante el encuentro han sido ampliamente documentados por la literatura internacional y forman parte de las agendas de trabajo de múltiples instituciones académicas. Sin embargo, el valor de este proceso radicó en algo diferente: permitió reconocer que buena parte de esos desafíos son compartidos por contextos nacionales diversos y que, a pesar de sus diferencias, las instituciones formadoras de la región enfrentan preguntas sorprendentemente similares sobre el futuro de la profesión médica y de quienes tienen la responsabilidad de formarla.

Las discusiones desarrolladas durante el encuentro también hicieron visible una realidad menos evidente. La región no parte de cero. Existen capacidades académicas, experiencias innovadoras, liderazgos comprometidos y redes de colaboración que constituyen una base importante para impulsar procesos de transformación educativa. Aunque estas capacidades suelen desarrollarse de manera fragmentada y con distintos niveles de visibilidad, su existencia permite cuestionar la idea de que el principal desafío de la educación médica latinoamericana sea la ausencia de conocimiento o de experiencia. En muchos casos, el desafío parece estar más relacionado con la capacidad de conectar, movilizar y sostener colectivamente los recursos ya existentes.

Quizás una de las lecciones más relevantes del proceso es que la educación médica contemporánea enfrenta desafíos cuya complejidad excede las fronteras tradicionales de las instituciones, las disciplinas y los países. La formación de los profesionales de la salud se encuentra cada vez más influenciada por fenómenos globales, transformaciones tecnológicas, cambios demográficos, tensiones sociales y desafíos ambientales que requieren nuevas formas de colaboración y aprendizaje colectivo. Comprender esta realidad constituye, en sí misma, una condición necesaria para avanzar hacia respuestas más integradas y sostenibles.





## 9.2 Lo que permanece abierto

Si bien el encuentro permitió identificar hallazgos relevantes y construir una visión compartida sobre diversos desafíos de la educación médica, también puso de manifiesto la existencia de preguntas que permanecen abiertas y cuya evolución probablemente marcará buena parte de las discusiones futuras en la región.

¿Cómo integrar nuevas tecnologías sin debilitar los componentes humanos de la formación y la práctica profesional? ¿Cómo promover el bienestar de estudiantes y docentes en sistemas que continúan operando bajo fuertes presiones asistenciales y académicas? ¿Cómo construir mecanismos de evaluación que promuevan el aprendizaje sin aumentar innecesariamente la carga administrativa? ¿Cómo fortalecer la colaboración regional respetando al mismo tiempo la diversidad de contextos nacionales e institucionales? ¿Cómo responder a los desafíos de la salud global y planetaria sin perder de vista las necesidades específicas de los territorios y las comunidades locales?

Ninguna de estas preguntas admite respuestas simples o universales. Su relevancia radica precisamente en que reflejan tensiones que probablemente acompañarán la evolución de la educación médica durante los próximos años. Más que problemas susceptibles de resolverse de manera definitiva, representan espacios permanentes de deliberación que exigirán adaptación, aprendizaje continuo y capacidad para revisar críticamente las prácticas existentes.

El valor de reconocer estas incertidumbres no consiste en aceptar la imposibilidad del cambio, sino en comprender que los procesos de transformación educativa son necesariamente dinámicos. Las soluciones que hoy parecen adecuadas deberán ser reevaluadas frente a nuevos contextos, nuevas evidencias y nuevas expectativas sociales. En este sentido, una de las capacidades más importantes para las instituciones formadoras será mantener abiertas las preguntas que realmente importan.

## 9.3 Una invitación a continuar la conversación

A lo largo de este documento se han presentado experiencias, reflexiones, hallazgos e implicaciones que buscan contribuir al debate sobre el futuro de la educación médica en la Región Andina. Sin embargo, el propósito último de este esfuerzo no consiste en establecer un punto final para esa conversación, sino en ofrecer nuevos elementos para enriquecerla.

La transformación de la educación médica no ocurrirá como resultado de un único encuentro, un documento o una iniciativa específica. Será el producto acumulativo de múltiples decisiones tomadas por facultades de medicina, instituciones de salud, asociaciones académicas, organismos reguladores, docentes, estudiantes y profesionales comprometidos con el fortalecimiento de la formación médica. Ningún actor podrá impulsar por sí solo los cambios que la región necesita, pero todos pueden contribuir a construir las condiciones que los hagan posibles.



En este sentido, quizás el resultado más valioso del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 no sea un conjunto particular de hallazgos o recomendaciones, sino la posibilidad de haber fortalecido una comunidad regional dispuesta a pensar colectivamente sobre sus desafíos y oportunidades. La continuidad de esa comunidad, de sus conversaciones y de sus esfuerzos de colaboración determinará en gran medida la capacidad de la región para transformar las reflexiones aquí presentadas en acciones sostenidas de mejora.

Las páginas precedentes no buscan cerrar un debate. Por el contrario, representan una invitación a continuarlo.



## Epílogo

### La región que estamos aprendiendo a construir

El Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026 concluyó como jornada, pero no como conversación. Las preguntas que atravesaron el encuentro permanecen abiertas y adquieren ahora un sentido distinto: dejan de pertenecer únicamente a quienes estuvieron en Medellín y comienzan a formar parte de una conversación más amplia sobre cómo queremos formar a los profesionales de la salud que nuestra región necesita.

Tal vez uno de los aportes más valiosos del encuentro haya sido precisamente ese: permitirnos mirar la educación médica no solo desde los límites de cada institución, programa o país, sino desde aquello que podemos reconocer cuando ponemos nuestras experiencias en relación. Las diferencias entre contextos no desaparecieron. Tampoco necesitaban hacerlo. Por el contrario, hicieron visible que construir una perspectiva regional implica aprender a trabajar con la diversidad, no intentar reducirla.

América Latina no parte de cero. En nuestras universidades, hospitales, asociaciones y comunidades académicas existen experiencias, conocimientos y formas de comprender la educación y la salud que han sido construidas durante décadas. Algunas dialogan con desarrollos internacionales; otras nacen de condiciones sociales, sanitarias y culturales propias de la región. El desafío está en reconocer mejor ese conocimiento, documentarlo, conectarlo y permitir que circule.

Construir región significa también abandonar la idea de que la cooperación comienza únicamente cuando existe un gran proyecto compartido. Puede comenzar de maneras más sencillas: haciendo visibles experiencias que otros puedan adaptar, investigando juntos preguntas que atraviesan distintos contextos, compartiendo recursos, formando redes de docentes y estudiantes, o generando espacios donde las instituciones puedan aprender unas de otras de manera sostenida.

Esta perspectiva exige una forma particular de liderazgo. No un liderazgo centrado exclusivamente en instituciones individuales, sino uno capaz de construir puentes entre actores, reconocer capacidades distribuidas y generar condiciones para que otras voces participen. Una región académicamente más conectada dependerá, en buena medida, de nuestra capacidad para crear esos espacios.

Las páginas que preceden a este epílogo representan una fotografía de una conversación situada en un momento determinado. Su verdadero valor dependerá de lo que ocurra después: de las preguntas que provoquen, de las discusiones que permitan ampliar y de las iniciativas que ayuden a poner en movimiento.

El futuro de la educación médica en la Región Andina no será el resultado de una única estrategia, institución o generación de líderes. Se construirá mediante decisiones acumulativas, aprendizajes compartidos y relaciones capaces de sostenerse en el tiempo.

La región que estamos aprendiendo a construir no es una idea terminada. Es una posibilidad que se hace real cada vez que decidimos aprender, colaborar y construir juntos.



## Referencias

- Boelen, C., & Heck, J. E. (1995). Defining and measuring the social accountability of medical schools. World Health Organization.
- Domínguez-Torres, L. C., Quintero-Hernández, G. A., Sanabria-Quiroga, Á. E., Vásquez-Marín, P., Ortiz-Monsalve, L. C., & Rincón-Salazar, M. (2025). Diez apuestas para la educación médica en Colombia en 2030. *Medicina*, 47(3), 462–473. <https://doi.org/10.56050/RM-47-3-19>
- Faerron Guzmán, C. A., Potter, T., & Planetary Health Alliance. (2021). Planetary health education framework. <https://planetaryhealthalliance.org/resources/education-framework/>
- Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.). (2015). CanMEDS 2015 physician competency framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. (2010). Global consensus for social accountability of medical schools. <https://healthsocialaccountability.org>
- Green, S., Labine, N., Luo, O. D., Vipond, J., Moloo, H., Bouka, A., & Thoma, B. (2023). Planetary health in CanMEDS 2025. *Canadian Medical Education Journal*, 14(1), 46–49. <https://doi.org/10.36834/cmej.75438>
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (2011). The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users (3rd ed.). Sage.
- Lindgren, S., & Karle, H. (2011). Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. *Medical Teacher*, 33(8), 667–672. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590246>
- Masters, K. (2019). Artificial intelligence in medical education. *Medical Teacher*, 41(9), 976–980. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1595557>
- OECD. (2018). The future of education and skills: Education 2030. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/54ac7020-en>
- Romanello, M., Walawender, M., Hsu, S.-C., Moskeland, A., Palmeiro-Silva, Y., Scamman, D., Smallcombe, J. W., Abdullah, S., Ades, M., Al-Maruf, A., Ameli, N., Angelova, D., Ayeb-Karlsson,



- S., Ballester, J., Basagaña, X., Bechara, H., Beggs, P. J., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., ... Smith, M. R. (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: Climate change action offers a lifeline. *The Lancet*, 406(10521), 2804–2857.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01919-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01919-1)
- Skochelak, S. E., Lomis, K. D., Andrews, J. S., Hammoud, M. M., Mejicano, G. C., & Byerley, J. (2021). Realizing the vision of the Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century: Transforming medical education through the Accelerating Change in Medical Education Consortium. *Medical Teacher*, 43(Suppl. 2), S1–S6.  
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1935833>
- ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39(12), 1176–1177. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x>
- ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H., & van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Medical Teacher*, 37(11), 983–1002. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.
- UNESCO. (2021). *Reimagining our futures together: A new social contract for education*.  
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379707>
- van der Vleuten, C. P. M., Schuwirth, L. W. T., Driessen, E. W., Govaerts, M. J. B., & Heeneman, S. (2012). A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher*, 34(3), 205–214. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.652239>
- World Federation for Medical Education. (2020). *WFME global standards for quality improvement: Basic medical education*. <https://wfme.org/standards/bme/>
- World Federation for Medical Education. (2023). *WFME global standards for quality improvement: Postgraduate medical education*. <https://wfme.org/standards/pgme/>
- World Federation for Medical Education. (2024). *WFME standards for continuing professional development 2024*. <https://wfme.org/standards/cpd/>
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. <https://iris.who.int/handle/10665/93635>



## ANEXOS

### Anexo 1. Agenda académica del Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8:00 - 8:25 am     | <b>Registro y entrega de materiales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8:30 - 8:50 am     | <b>Apertura Institucional</b><br>Dr. Anurag Saxena, presidente electo del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada<br>Dra. Paula Vásquez, presidente ASCOFAME                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8:55 - 9:10 am     | <b>Conferencia marco</b><br><b>Repensar la educación médica en América Latina: el contexto que dio origen a las 10 apuestas hacia 2030</b><br>Dr. Gustavo Quintero Hernández (Colombia)                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9:15 - 10:00 am    | <b>Plenaria 1: Tendencias Globales en Educación Médica y aprendizaje para América Latina</b><br>Dr. Carlos Gómez-Garibello (Canadá) – EPAs y educación sustentada en la mejor evidencia (BEME)<br>Dr. Felipe Proença de Oliveira (Brasil) – Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo<br>Dr. Ramón Esperón (México) – Educación médica de precisión y reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática |
| 10:05 - 10:50 am   | <b>Plenaria 2: La educación médica en la Región Andina: retos, avances y prioridades</b><br>Dr. Mauricio Soto-Suazo (Chile) – Trayectorias educativas y nuevo profesionalismo<br>Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana (Perú) – Formación de líderes en educación médica<br>Dr. Xavier Caicedo (Ecuador) – Salud global y salud planetaria en la formación médica                                                                                                       |
| 10:50 - 11:05 am   | <b>Refrigerio en mesa – cortesía de ASCOFAME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11:10 - 11:20 am   | <b>Marco Metodológico</b><br>Dra. Marcela Rincón Salazar (Colombia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11:25 am - 1:00 pm | <b>Mesas de trabajo - Ronda 1: Apuestas clave para el futuro de la educación médica en la Región Andina (2026-2030)</b><br>Mesas simultáneas orientadas a:<br>1) Analizar la pertinencia regional de las Diez Apuestas.<br>2) Identificar brechas, riesgos y oportunidades desde los contextos nacionales.<br>3) Formular recomendaciones concretas y priorizadas.                                                                                              |
| 1:00 - 2:15 pm     | <b>Almuerzo de networking – cortesía de Ascofame</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2:20 - 3:05 pm     | <b>Panel de Discusión: De las apuestas estratégicas a la acción: perspectivas latinoamericanas para la transformación de la educación médica</b><br>Dr. Juan Carlos Meza (Perú)<br>Dra. Ana María Moraga (Chile)<br>Dr. Felipe Proença de Oliveira (Brasil)<br>Dr. Álvaro Romero (Colombia) - Moderador                                                                                                                                                         |
| 3:10 - 4:30 pm     | <b>Mesas de trabajo - Ronda 2: Apuestas clave para el futuro de la educación médica en la Región Andina (2026-2030)</b><br>Mesas simultáneas orientadas a:<br>1) Analizar la pertinencia regional de las Diez Apuestas.<br>2) Identificar brechas, riesgos y oportunidades desde los contextos nacionales.<br>3) Formular recomendaciones concretas y priorizadas.                                                                                              |
| 4:30 - 4:45 pm     | <b>Pausa café</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4:50 - 5:30 pm     | <b>Plenaria de Síntesis: Declaración de Medellín 2026: orientaciones estratégicas para la Región Andina</b><br>Dra. Paula Catalina Vásquez y Líderes de mesa                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5:30 - 5:45 pm     | <b>Cierre institucional, reconocimientos y fotografía oficial</b><br><i>Este espacio incluye la entrega simbólica de reconocimientos y la fotografía institucional del Encuentro.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 7:00 - 9:00 pm     | <b>Cena Institucional en el Museo de Antioquia</b><br><i>El traslado al Museo de Antioquia se realizará inmediatamente al finalizar la jornada académica mediante transporte grupal dispuesto por ASCOFAME.<br/>La salida será directa desde el lugar del encuentro, por lo que no se contempla regreso previo a los hoteles.</i>                                                                                                                               |

La agenda corresponde al material oficial de programación incluido en el brochure del encuentro.

**Fuente:** Elaboración de ASCOFAME para el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026.



## Anexo 2. Organización metodológica de las mesas de trabajo y participación académica

**Nota.** Las fotografías que acompañan este anexo corresponden al desarrollo de las mesas de trabajo durante el Encuentro Satélite IMELF–Medellín 2026. Se incluyen como material gráfico de acompañamiento y no forman parte de la serie numerada de figuras del documento. En las mesas en las que no se consigna una fila específica de relatoría, esta función fue asumida de manera compartida por el equipo de conducción académica, conforme a lo descrito en el apartado 4.3.

### Mesa 1. Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs)

| Rol                   | Nombre completo            | Institución                                                           | País     |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|
| Moderación académica  | Carlos Andrés              | McGill University – Royal College Canada                              | Canadá   |
|                       | Gómez-Garibello            | International (RCCI)                                                  |          |
| Coliderazgo académico | Juan Carlos Meza García    | Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) / CONAREME – ASPEFAM | Perú     |
| Relatoría             | María Valeria Araujo Navas | ASCOFAME                                                              | Colombia |

#### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo                | Institución                                                 | País     |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|
| Jairo Hildebrando Roa Buitrago | Universidad de los Andes                                    | Colombia |
| Jhon Jairo Bohórquez Carrillo  | Academia de Medicina de Medellín                            | Colombia |
| Juliana María Gaviria Serrano  | Universidad CES                                             | Colombia |
| Mauricio Serra Tamayo          | Pontificia Universidad Javeriana<br>Cali                    | Colombia |
| Salín Ramón Touchie Meza       | Universidad Cooperativa de<br>Colombia – Campus Santa Marta | Colombia |





**Participantes – Segunda ronda**

| <b>Nombre completo</b>         | <b>Institución</b>                                                             | <b>País</b> |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Álvaro Enrique Romero Tapia    | Universidad de La Sabana                                                       | Colombia    |
| Antonio Lages                  | Associação Regional de Educação Médica de Minas Gerais (AREMG)                 | Brasil      |
| Bolívar Xavier Caicedo Zapata  | Colegio de Médicos de Pichincha y Centro de Desarrollo Profesional de la Salud | Ecuador     |
| Jorge Alberto Restrepo Escobar | Universidad de La Sabana                                                       | Colombia    |
| Juan Carlos Montenegro Cardona | Institución Universitaria Visión de las Américas                               | Colombia    |
| Yudi Paulina García Ramírez    | Corporación Universitaria Remington                                            | Colombia    |

**Mesa 2. Educación Médica de Precisión**

| <b>Rol / Participación</b>   | <b>Nombre completo</b>            | <b>Institución</b>            | <b>País</b> |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|
| <b>Moderación académica</b>  | Gustavo Adolfo Quintero Hernández | Academia Nacional de Medicina | Colombia    |
| <b>Coliderazgo académico</b> | Luis Carlos Domínguez Torres      | Unisanitas                    | Colombia    |
| <b>Relatoría</b>             | Paula Andrea Jaramillo Marín      | ASCOFAME                      | Colombia    |

**Participantes – Primera ronda**

| <b>Nombre completo</b>          | <b>Institución</b>                               | <b>País</b> |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| Ana María Molano                | Universidad de los Andes                         | Colombia    |
| Carlos Alberto Muñoz Ardila     | Universidad del Cauca                            | Colombia    |
| Carlos Rodrigo Díaz Bolaños     | Pontificia Universidad Católica del Ecuador      | Ecuador     |
| Gloria Eugenia Camargo Villalba | Universidad de Boyacá                            | Colombia    |
| Juan José Rey Serrano           | Universidad Autónoma de Bucaramanga              | Colombia    |
| María Mónica Murillo Muñoz      | Institución Universitaria Visión de las Américas | Colombia    |





### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo                  | Institución                                                                          | País     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Carlos Eduardo Figueroa Figueroa | Colegio de Médicos de Pichincha y<br>Centro de Desarrollo Profesional de<br>la Salud | Ecuador  |
| Héctor Raúl Aguiar Castilla      | Universidad del Tolima                                                               | Colombia |
| Jairo Hildebrando Roa Buitrago   | Universidad de los Andes                                                             | Colombia |
| María Elena Velásquez Acosta     | Universidad Icesi                                                                    | Colombia |
| Mario Jaramillo Hidalgo          | Columbus University                                                                  | Panamá   |
| Silvio Arbey Osorio Villada      | Unidad Central del Valle del Cauca                                                   | Colombia |



### Mesa 3. Nuevo Profesionalismo

| Rol / Participación  | Nombre completo              | Institución                                                                                                         | País     |
|----------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Moderación académica | Klaus Püschel                | Centro de Educación<br>Médica y Ciencias de la<br>Salud, Pontificia<br>Universidad Católica de<br>Chile (CEMCIS-UC) | Chile    |
| Relatoría            | Lina María González<br>Duque | Fundación Universitaria<br>San Martín                                                                               | Colombia |



#### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo                  | Institución                               | País     |
|----------------------------------|-------------------------------------------|----------|
| Antonio Armando Orellana Tobar   | Universidad de Valparaíso / ASOFAMECH     | Chile    |
| Hugo Cárdenas López              | Universidad El Bosque                     | Colombia |
| Johanna Alejandra Lozano Beltrán | Universidad de los Andes                  | Colombia |
| Jürg Niederbacher Velásquez      | Universidad Industrial de Santander (UIS) | Colombia |
| Lina María López Barreto         | Hospital Infantil Los Ángeles             | Colombia |
| Ricardo H. Escobar Gaviria       | Universidad Simón Bolívar                 | Colombia |
| Sara Carolina Bedoya Osorio      | Universidad CES                           | Colombia |
| William Gabriel Reyes Serpa      | Universidad de Santander (UDES)           | Colombia |



#### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo                 | Institución                                                      | País     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|
| Diego Alejandro Vivas Giraldo   | Universidad de los Andes                                         | Colombia |
| Gloria Eugenia Camargo Villalba | Universidad de Boyacá                                            | Colombia |
| José Antonio Hurtado Montalvo   | Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) | México   |
| Salín Ramón Touchie Meza        | Universidad Cooperativa de Colombia – Campus Santa Marta         | Colombia |
| Tai Alexandra Telesco           | Royal College Canada International (RCCI)                        | Canadá   |

### Mesa 4. Ambientes de Aprendizaje Saludables Vinculados al Mundo del Trabajo

| Rol / Participación  | Nombre completo                  | Institución                                         | País     |
|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Moderación académica | María Andrea Fernández Gutiérrez | Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá | Colombia |



|                  |                               |                         |          |
|------------------|-------------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Relatoría</b> | Juan Mauricio Pardo<br>Oviedo | Universidad del Rosario | Colombia |
|------------------|-------------------------------|-------------------------|----------|

**Participantes – Primera ronda**

| <b>Nombre completo</b>           | <b>Institución</b>                                             | <b>País</b> |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Antonio Lages                    | Associação Regional de Educação Médica de Minas Gerais (AREMG) | Brasil      |
| Carmen Inés Rodríguez            | Fundación Clínica Shaio                                        | Colombia    |
| Felipe Proença de Oliveira       | Ministerio de Salud                                            | Brasil      |
| María del Pilar Garavito Galofre | Universidad del Norte                                          | Colombia    |
| Patricia González Triviño        | Fundación Cardioinfantil – LaCardio                            | Colombia    |
| Yudi Paulina García Ramírez      | Corporación Universitaria Remington                            | Colombia    |

**Participantes – Segunda ronda**

| <b>Nombre completo</b>           | <b>Institución</b>                               | <b>País</b> |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|
| Claudia Marcela Vélez            | Universidad de Antioquia                         | Colombia    |
| Jhon Jairo Bohórquez Carrillo    | Academia de Medicina de Medellín                 | Colombia    |
| Johanna Alejandra Lozano Beltrán | Universidad de los Andes                         | Colombia    |
| José Alfredo Burbano Martínez    | Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Pasto | Colombia    |
| Juan José Rey Serrano            | Universidad Autónoma de Bucaramanga              | Colombia    |
| Ludy Alexandra Vargas Torres     | Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | Colombia    |
| Otto Hamann Echeverri            | Fundación Universitaria Juan N. Corpas           | Colombia    |





### Mesa 5. Educación médica basada en evidencia (BEME)

| Rol / Participación         | Nombre completo                | Institución                              | País  |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------|
| <b>Moderación académica</b> | Marcela Luisa Castillo Franzoy | Universidad del Desarrollo – ASOFAMECH   | Chile |
| <b>Relatoría</b>            | Pedro Jesús Mendoza Arana      | Universidad Nacional Mayor de San Marcos | Perú  |

#### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo                | Institución                                   | País     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| Carlos Gómez Restrepo          | Pontificia Universidad Javeriana              | Colombia |
| Jorge Alberto Restrepo Escobar | Universidad de La Sabana                      | Colombia |
| Juan Luis Aguirre Martínez     | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | Ecuador  |
| Juan Manuel Toro Escobar       | Universidad EIA                               | Colombia |
| María Elena Velásquez Acosta   | Universidad Icesi                             | Colombia |
| Yolercy Vásquez Cabrera        | Universidad Surcolombiana                     | Colombia |



#### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo             | Institución                                 | País    |
|-----------------------------|---------------------------------------------|---------|
| Carlos Rodrigo Díaz Bolaños | Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Ecuador |





|                                  |                                                     |          |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Hugo Cárdenas López              | Universidad El Bosque                               | Colombia |
| Lorena Álvarez Rodríguez         | Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Medellín | Colombia |
| María del Pilar Garavito Galofre | Universidad del Norte                               | Colombia |
| Mauricio Serra Tamayo            | Pontificia Universidad Javeriana<br>Cali            | Colombia |



## Mesa 6. Formación de Líderes en Educación Médica

| Rol / Participación   | Nombre completo                | Institución                               | País     |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------|
| Moderación académica  | Anurag Saxena                  | Royal College Canada International (RCCI) | Canadá   |
| Coliderazgo académico | Paula Catalina Vásquez Marín   | Universidad CES / ASCOFAME                | Colombia |
| Relatoría             | Harold Giovanni Hoyos Montilla | ASCOFAME                                  | Colombia |

### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo                 | Institución                                                                    | País     |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Bolívar Xavier Caicedo Zapata   | Colegio de Médicos de Pichincha y Centro de Desarrollo Profesional de la Salud | Ecuador  |
| Carlos Alberto Velasco Benítez  | Universidad del Valle                                                          | Colombia |
| Jairo Hernán Ortega Ortega      | Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A                        | Colombia |
| Ramón Ignacio Esperón Hernández | Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM)               | México   |
| Salvador Antonio Rada Jiménez   | Universidad Libre Seccional Barranquilla                                       | Colombia |





#### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo                | Institución                              | País     |
|--------------------------------|------------------------------------------|----------|
| Antonio Armando Orellana Tobar | Universidad de Valparaíso /<br>ASOFAMECH | Chile    |
| Herdert Martin Alban Olaya     | Universidad Nacional de Cajamarca        | Perú     |
| Juliana María Gaviria Serrano  | Universidad CES                          | Colombia |
| Sandra Patricia González Peña  | Universidad de Manizales                 | Colombia |



### Mesa 7. Reconceptualización de la Experticia Médica

| Rol / Participación   | Nombre completo              | Institución                                 | País     |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| Moderación académica  | Ana María Moraga<br>Palacios | Universidad de<br>Concepción –<br>ASOFAMECH | Chile    |
| Coliderazgo académico | Rosario Barguil Rodgers      | Universidad Pontificia<br>Bolivariana       | Colombia |

#### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo             | Institución               | País     |
|-----------------------------|---------------------------|----------|
| Alexander Rodríguez Sanjuán | Universidad del Atlántico | Colombia |





|                                  |                                                                                      |          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Carlos Eduardo Figueroa Figueroa | Colegio de Médicos de Pichincha y<br>Centro de Desarrollo Profesional de<br>la Salud | Ecuador  |
| Giovanni García Castro           | Universidad Tecnológica de Pereira                                                   | Colombia |
| Harold Mauricio Casas Cruz       | Universidad de Nariño                                                                | Colombia |
| José Antonio Hurtado Montalvo    | Asociación Mexicana de Facultades<br>y Escuelas de Medicina (AMFEM)                  | México   |
| Otto Hamann Echeverri            | Fundación Universitaria Juan N.<br>Corpas                                            | Colombia |



#### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo               | Institución                                      | País     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|----------|
| Carlos Alberto Muñoz Ardila   | Universidad del Cauca                            | Colombia |
| Juan Luis Aguirre Martínez    | Universidad Católica de Santiago de<br>Guayaquil | Ecuador  |
| Jürg Niederbacher Velásquez   | Universidad Industrial de Santander              | Colombia |
| Patricia González Triviño     | Fundación Cardioinfantil –<br>LaCardio           | Colombia |
| Salvador Antonio Rada Jiménez | Universidad Libre Seccional<br>Barranquilla      | Colombia |



## Mesa 8. Reorientación de la Evaluación hacia la Confiabilidad y la Calidad Programática

| Rol / Participación   | Nombre completo              | Institución                                    | País        |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------------|
| Moderación académica  | Jhon Jairo Botello Jaimes    | Corporación Universitaria Remington – Medellín | Colombia    |
| Coliderazgo académico | Martha Eugenia García Osorio | Universidad Central del Caribe                 | Puerto Rico |

### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo               | Institución                                                  | País     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|
| Diego Alejandro Vivas Giraldo | Universidad de los Andes                                     | Colombia |
| José Alfredo Burbano Martínez | Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Pasto             | Colombia |
| Karolyna Blanco Ferreira      | Universidad Militar Nueva Granada – Hospital Militar Central | Colombia |
| Milena Esther Hernández Siado | Universidad del Sinú – Cartagena                             | Colombia |
| Silvio Arbey Osorio Villada   | Unidad Central del Valle del Cauca                           | Colombia |



### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo                 | Institución                                                      | País     |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|
| Carmen Inés Rodríguez           | Fundación Clínica Shaio                                          | Colombia |
| Harold Mauricio Casas Cruz      | Universidad de Nariño                                            | Colombia |
| Juan Manuel Toro Escobar        | Universidad EIA                                                  | Colombia |
| Ramón Ignacio Esperón Hernández | Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) | México   |
| Ricardo H. Escobar Gaviria      | Universidad Simón Bolívar                                        | Colombia |
| Yoliset Karina Romero           | Pontificia Universidad Javeriana                                 | Colombia |



## Mesa 9. Trayectorias y Transiciones Educativas

| Rol / Participación         | Nombre completo                  | Institución                                        | País     |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|----------|
| <b>Moderación académica</b> | Mauricio Soto-Suazo              | ASOFAMECH –<br>Universidad de Santiago<br>de Chile | Chile    |
| <b>Relatoría</b>            | Angy Carolina Villamil<br>Duarte | Universidad del Rosario                            | Colombia |

### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo              | Institución                                         | País     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Álvaro Enrique Romero Tapia  | Universidad de La Sabana                            | Colombia |
| Ludy Alexandra Vargas Torres | Universidad Pedagógica y<br>Tecnológica de Colombia | Colombia |
| Mario Jaramillo Hidalgo      | Columbus University                                 | Panamá   |
| Pablo Javier Patiño Grajales | Universidad de Antioquia                            | Colombia |
| Tai Alexandra Telesco        | Royal College Canada International<br>(RCCI)        | Canadá   |



### Participantes – Segunda ronda

| Nombre completo                | Institución                                                     | País     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------|
| Carlos Alberto Velasco Benítez | Universidad del Valle                                           | Colombia |
| Karolyna Blanco Ferreira       | Universidad Militar Nueva Granada<br>– Hospital Militar Central | Colombia |
| Lina María López Barreto       | Hospital Infantil Los Ángeles                                   | Colombia |
| María Mónica Murillo Muñoz     | Institución Universitaria Visión de<br>las Américas             | Colombia |
| Yolercy Vásquez Cabrera        | Universidad Surcolombiana                                       | Colombia |





## Mesa 10. Pandemia, Salud Global y Salud Planetaria

| Rol / Participación   | Nombre completo                    | Institución                                                                | País     |
|-----------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|
| Moderación académica  | Ludwig Luis Antonio Albornoz Tovar | Universidad del Rosario                                                    | Colombia |
| Coliderazgo académico | Katherine Marín Donato             | Facultad de Medicina<br>Clínica Alemana –<br>Universidad del<br>Desarrollo | Chile    |
| Relatoría             | Angie Katherine Turriago Castañeda | ASCOFAME                                                                   | Colombia |

### Participantes – Primera ronda

| Nombre completo                | Institución                                         | País     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| Claudia Marcela Vélez          | Universidad de Antioquia                            | Colombia |
| Héctor Raúl Aguiar Castilla    | Universidad del Tolima                              | Colombia |
| Juan Carlos Montenegro Cardona | Institución Universitaria Visión de las Américas    | Colombia |
| Lorena Álvarez Rodríguez       | Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Medellín | Colombia |



**Participantes – Segunda ronda**

| <b>Nombre completo</b>        | <b>Institución</b>                                      | <b>País</b> |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
| Alexander Rodríguez Sanjuán   | Universidad del Atlántico                               | Colombia    |
| Carlos Gómez Restrepo         | Pontificia Universidad Javeriana                        | Colombia    |
| Jairo Hernán Ortega Ortega    | Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A | Colombia    |
| Milena Esther Hernández Siado | Universidad del Sinú – Cartagena                        | Colombia    |
| Pablo Javier Patiño Grajales  | Universidad de Antioquia                                | Colombia    |
| William Gabriel Reyes Serpa   | Universidad de Santander (UDES)                         | Colombia    |





# ASCOFAME

Asociación Colombiana de  
Facultades de Medicina



**ASCOFAME**

Asociación Colombiana de  
Facultades de Medicina

**CENTRE OF ACADEMIC EXCELLENCE  
IN POST GRADUATE MEDICAL EDUCATION**



FACULTAD DE MEDICINA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CHILE



**ROYAL COLLEGE**  
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA  
**COLLÈGE ROYAL**  
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA