PROPUESTA PARA LA DECANATURA · 2026–2029

La educación médica y en salud frente a un escenario que requiere transformación estructural

Pablo J. Patiño G. MD, MSc, DSc

Profesor Titular · Facultad de Medicina · Universidad de Antioquia

El bien común como horizonte

RESUMEN EJECUTIVO

Una propuesta organizada alrededor del bien común

> «El bien común obliga a preguntar para qué y para quién se utilizan las capacidades de la Facultad.»

Pablo J. Patiño G.

MD, MSc, DSc

Profesor Titular
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

RESUMEN EJECUTIVO · 1

Una transformación que compromete a toda la Facultad

La educación médica y en salud enfrenta una transformación **simultáneamente pedagógica, tecnológica, social e institucional**. La rápida expansión y obsolescencia del conocimiento, la inteligencia artificial, la telesalud y la analítica modifican la formación y la práctica profesional. A ello se suman la fragmentación de los sistemas de salud, las desigualdades territoriales, la distancia entre formación y necesidades sanitarias, la crisis de bienestar de estudiantes y residentes y la necesidad de recuperar una medicina centrada en las personas.

La respuesta global apunta a reformas de «tercera generación» (basadas en sistemas), educación por competencias y Actividades Profesionales Confiables, educación interprofesional, aprendizaje transformativo, transformación digital, medicina centrada en la persona y responsabilidad social con enfoque de salud planetaria.

Estos desafíos no pueden resolverse mediante proyectos aislados. La Facultad debe articular formación, investigación, prestación de servicios, extensión y soporte institucional alrededor de una identidad común. Para ello adopta el bien común como horizonte: no reemplaza la excelencia, la autonomía, la ciencia o la sostenibilidad, sino que obliga a preguntar para qué y para quién se utilizan esas capacidades, cómo se distribuyen sus beneficios y de qué manera producen valor público.

Pilares y proyectos

4 + 15

pilares y proyectos

Una arquitectura, no una lista
de iniciativas sueltas: cada proyecto responde a un pilar misional.

Propuesta 2026–2029

Agenda prospectiva

10

años de horizonte

Construcción participativa
con gestión de riesgos y rendición de cuentas.

Pilar de soporte institucional

RESUMEN EJECUTIVO · 2

Objetivo del documento

Presentar un diagnóstico del entorno global, nacional y regional de la educación médica y en salud, un balance de la gestión 2023-2026 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y **una propuesta de proyecto institucional 2026-2029 organizada alrededor del concepto de bien común**.

El documento diferencia dos tipos de transformación. La primera es **pedagógica y curricular**: educación basada en competencias y capacidades, Actividades Profesionales Confiables, evaluación programática, aprendizaje transformativo, educación interprofesional, flexibilidad y apropiación crítica de tecnologías. La segunda es **estructural y distributiva**: acceso a la especialización, inequidades territoriales, bienestar, cultura organizacional y correspondencia entre la formación y las necesidades del sistema de salud. El bien común integra ambas dimensiones y añade una mirada interna sobre poder, reconocimiento, participación y condiciones de bienestar dentro de la Facultad.

RESUMEN EJECUTIVO · 3

Elementos a considerar para el desarrollo principal

3.1 Particularidades de la educación médica en Colombia

- **Sobreoferta de pregrado y cuello de botella en especialización:** en 2022 había más de 127.000 médicos (24,4 por 10.000 hab.) y 63 programas que titulan más de 8.000 médicos al año; menos del 25 % se especializa, con esperas de 2 a 6 años (ASCOFAME, 2024).
- Colombia carece de un examen único nacional de ingreso a especialización —ya propuesto por ASCOFAME—, lo que genera **selección heterogénea entre universidades**.
- **Inequidades territoriales:** para 2030 se proyectan más de 171.000 médicos (31 por 10.000 hab.), pero el problema es de distribución (exceso urbano, déficit rural) y de perfil (déficit de atención primaria).
- **La salud mental de estudiantes y residentes tiene un componente dramático local**, con un testimonio sobre el suicidio de un residente asociado a currículos apretados y evaluaciones exigentes.
- La educación interprofesional cuenta con amplio reconocimiento global, pero su implementación en Colombia ha sido dispersa.

LA ESCALA DEL PROBLEMA

127.000

médicos en Colombia en 2022 · 24,4 por cada 10.000 habitantes

< 25 %

de los egresados accede a una especialización, con esperas de 2 a 6 años

3.2 Articulación con el HAMA

El HAMA es el escenario por excelencia de encuentro entre el conocimiento y las demandas sociales de la Facultad. Su transformación se propone con la estrategia Cuidar – Transformar – Trascender y cuatro compromisos: resolver la crisis financiera y administrativa; devolver la toma de decisiones a la comunidad académica; lograr convergencia real de docencia, investigación y extensión; y convertirlo en campo de práctica para todas las áreas de formación.

La estrategia se articula con la política pública nacional, departamental y distrital (FutuMed) y con el Programa Rectoral 2026-2029 y el Plan de Desarrollo Institucional 2027-2037, que **proyecta al HAMA como principal centro de alta complejidad del país en 2037**.

3.3 Balance de la gestión 2023-2026

De los 12 proyectos del Plan de Acción de la Unidad Académica (octubre 2023 – septiembre 2026), **la mayoría registra avances entre 90 % y 100 %**: armonización y transformación curricular de pre y posgrado (90 %), nueva oferta académica con perspectiva territorial (80 %), internacionalización del currículo, política de CTI, I+D+i en medicina de traslación, semilleros de investigación, prácticas formativas y formación de docentes referentes (100 % cada uno), relaciones estratégicas (90 %), bienestar laboral (100 %, con 28 microclimas identificados), salud mental (80 %) y adecuación académico-administrativa vía Acuerdo Superior 0003 de junio de 2026 (100 %).

BALANCE QUE RESPALDA

90–100 %

de avance en la mayoría de los 12 proyectos del Plan de Acción 2023–2026

RESUMEN EJECUTIVO · 3

3.4 El bien común como horizonte

El documento propone el bien común como complemento —no sustituto— (informe de la Comisión Internacional de la UNESCO sobre los Futuros de la Educación, 2021) de la responsabilidad social médica de Boelen y Heck (1995): esta orienta a la institución hacia poblaciones externas desatendidas, mientras el bien común añade una dimensión interna sobre distribución del poder, reconocimiento y bienestar dentro de la Facultad. Se aclara que la elección implica también una decisión de posicionamiento institucional.

La propuesta se organiza en **cuatro pilares** alineados con los procesos misionales, de los cuales se proponen **15 proyectos**:

PILAR 1

Formación de talento humano

El pilar formativo propone currículos flexibles, humanistas y científicamente sólidos; evaluación longitudinal por resultados de aprendizaje; bioética transversal; apropiación responsable de IA y otras tecnologías; atención primaria y salud planetaria; acreditación y bienestar como condición de calidad.

SUS TRES PROYECTOS

1. **Bioética como eje formativo**
   Consolidación transversal en la formación de pre y posgrado.
2. **Evaluación por resultados de aprendizaje**
   Resultados de Aprendizaje Esperados, ECOE, ECE y Actividades Profesionales Confiables.
3. **Bienestar con énfasis en salud mental**
   Consulta directa, línea base, revisión de cargas y ampliación de la atención.

PILAR 2

Investigación, desarrollo e innovación

La gestión del conocimiento debe responder a necesidades sociales sin sacrificar libertad académica ni investigación fundamental.

SUS CUATRO PROYECTOS

1. **Política de CTI**
   Implementación gradual y financiada de la política de ciencia, tecnología e innovación.
2. **Unidades de negocio científico-tecnológicas**
   Estructuración prudente, con reinversión social.
3. **Unidad funcional de proyectos**
   Consolidación de la capacidad para formular proyectos y captar recursos.
4. **Ciencia abierta**
   Gestión responsable de datos, principios FAIR, interoperabilidad, preservación y acceso equitativo.

PILAR 3

Liderazgo y prestación de servicios

La Facultad debe fortalecer su contribución al sistema de salud mediante escenarios de práctica suficientes y seguros, articulación con HAMA y otros hospitales, educación a lo largo de la vida, redes territoriales, LIME, Parque de la Vida, Museo de la Vida y participación de egresados.

SUS TRES PROYECTOS

1. **Escenarios de práctica**
   Análisis estructurado de las dificultades en los escenarios de práctica.
2. **Educación continua actualizada**
   Adecuación de la oferta frente a IA, telesalud, salud planetaria y cambios clínicos.
3. **Socios estratégicos**
   Diversificación con trazabilidad, reciprocidad y prioridad territorial.

PILAR 4

Soporte institucional

La transformación académica requiere organización, información y sostenibilidad.

SUS CINCO PROYECTOS

1. **Adecuación académico-administrativa**
   Implementación gradual de la nueva estructura.
2. **Modernización del sistema financiero y de información**
   Condicionada por interoperabilidad y viabilidad.
3. **Fondo de Economía Solidaria**
   Para permanencia estudiantil e infraestructura compartida.
4. **Recuperación de recursos de balance**
   Con procesos transparentes.
5. **Agenda prospectiva de diez años**
   Construcción participativa, con gestión de riesgos y rendición de cuentas.

RESUMEN EJECUTIVO · 4

Algunas implicaciones y riesgos

- Las unidades de negocio de base científica y tecnológica **introducen una lógica de mercado que puede tensionar el horizonte de bien común**; ello exige mecanismos explícitos de reinversión social, no solo de sostenibilidad financiera.
- **La sostenibilidad financiera depende de iniciativas por consolidar** —modernización tecnológica (ERP), Fondo de Economía Solidaria y recuperación de recursos de balance— en un contexto de recortes presupuestarios a las facultades públicas.
- El bien común se presenta como horizonte abierto; su adopción implica una decisión institucional sobre el papel de lo público, que debe legitimarse mediante comunicación deliberativa con la comunidad académica.

RESUMEN EJECUTIVO · 5

Fases clave de la propuesta

1. **Primeros 3 a 4 meses**
   Consolidar el Plan de Acción 2026-2029 a partir de un acuerdo entre profesores, estudiantes, personal no docente, egresados y equipo directivo.
2. **Primeros 6 meses**
   Iniciar la priorización participativa de proyectos y el ejercicio de prospectiva para la Agenda a diez años de la Facultad.
3. **Condición previa**
   Priorizar la articulación Facultad–HAMA para sostener la calidad de la formación clínica de pre y posgrado.

> **«El éxito del periodo no se medirá por la cantidad de iniciativas anunciadas. Se medirá por transformaciones terminadas, resultados comprobables, decisiones transparentes y capacidad de aprendizaje institucional.»**

El compromiso final es una Facultad que forma profesionales de excelencia con humanidad, produce conocimiento relevante, contribuye a resolver problemas de salud y organiza su vida universitaria al servicio de una sociedad más justa y saludable.

CONTENIDO

Índice del documento

PARTE I **El escenario global** 13

Educación Médica Moderna: Evolución, Tecnología y Formación de la Identidad Profesional 20

PARTE II **El escenario colombiano** 28

PARTE III **El contexto institucional** 34

Análisis del plan de acción de la unidad académica (PAUA) – Facultad de Medicina 38

Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia 39

PARTE IV **El bien común como horizonte** 43

El proyecto: la Facultad en procura del bien común 48

PARTE V **Cuatro pilares, quince proyectos** 51

PILAR 1 Formación de talento humano en medicina y salud 52

PILAR 2 Investigación, desarrollo e innovación mediante un proceso de gestión del conocimiento 61

PILAR 3 Liderazgo y prestación de servicios 67

PILAR 4 Soporte institucional 74

PARTE VI **Agenda de implementación** 82

Cierre 84

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial 85

PARTE I

El escenario global

Los factores que están transformando la educación médica y en salud en todo el mundo, y las respuestas que ya se están ensayando.

PARTE I · EL ESCENARIO GLOBAL

Una transformación que ya está en marcha

La educación médica y en salud se enfrenta a una serie de situaciones extraordinarias en los ámbitos locales y mundial como consecuencia de las transformaciones aceleradas en los sistemas asistenciales y económicos de la salud, del avance tecnocientífico imparable y de la complejidad cada vez mayor desencadenada por los cambios demográficos y ambientales globales. Este entorno, no previsible hace algunos años, hace que las instituciones educadoras del talento humano en salud de todo el mundo tengan que redefinir no solo qué profesionales, especialistas e investigadores formar, sino también cómo hacerlo a lo largo de un proceso que integre, de manera coherente, la educación de pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente (Frenk et al., 2010; WFME, 2020).

Son muy diversos los factores que tienen un efecto causal y que desencadenan los cambios que afectan la educación médica y en salud, entre los cuales se plantean los siguientes:

Los factores que desencadenan el cambio

Explosión y obsolescencia acelerada del conocimiento. El volumen de literatura médica se duplica cada pocos años, de forma que un modelo basado en memorizar todo lo que un médico debe saber es humanamente imposible de sostener. Esto obliga a desarrollar una pedagogía que facilite la adquisición de competencias, por ejemplo, saber buscar, verificar, evaluar y aplicar información de forma que se pueda convertir en conocimiento pertinente (Frenk et al., 2010; Freeman et al, 2014).

Efectos sobre la salud del modelo formativo dominante. Son claros los efectos de los modelos de educación médica que hoy predominan en gran parte del mundo después de más de un siglo de su aparición (Flexner, 1910). Estos se han convertido en disfuncionales como consecuencia de la consolidación de los efectos de jerarquías rígidas, cultura del sacrificio, jornadas extremas, acoso laboral y sexual sobre estudiantes y profesionales de la salud. Los niveles elevados de burnout, depresión, deserción y suicidio entre estudiantes y residentes no pueden ser vistos como ‘el precio normal’ del proceso formativo en una profesión del área de la salud. Esto nos debe llevar a asumir y mantener una posición ética y de salud pública que permita establecer una educación que afecte positivamente la vida de quien

se forma (Cotobal et al., 2025: Dyrbye, 2008; Dyrbye, 2016; Frajerman, 2019; Almutairi, 2022).

Cambio en el perfil epidemiológico de la población. Desde principios del siglo pasado, gracias a los desarrollos sanitarios y biomédicos, se ha dado un cambio en el perfil epidemiológico en todo el mundo, de forma que se pasó de una salud afectada por enfermedades agudas e infecciosas a una donde predominan enfermedades crónicas, multimorbilidad, envejecimiento poblacional y nuevos determinantes sociales de la salud. Una formación en salud dirigida a órganos, sistemas y enfermedades aisladas ya no tiene sentido para ofrecer asistencia a todos los miembros de una sociedad, no solo porque muchos pacientes suelen tener tres o cuatro afecciones simultáneas, sino porque los grandes problemas de salud individual y pública están atravesados por factores sociales, económicos y ambientales (Omran, 2005; Gulis et al., 2025).

Transformación tecnológica disruptiva. La inteligencia artificial, la telemedicina, el blockchain, el big data clínico y los sistemas de ayuda diagnóstica ya no son un complemento opcional o un lujo de algunos centros especializados: están cambiando lo qué hace un profesional de la salud y no solo en el entorno hospitalario o de práctica especializada, sino en escenarios comunitarios, educativos y empresariales. Se requiere de un proceso formativo que incorpore los nuevos desarrollos tecnológicos para asegurar un ejercicio profesional apropiado a las condiciones de este nuevo entorno (Angus et al., 2025; Mehta et al., 2025).

Fragmentación y complejidad de los sistemas de salud. Los sistemas de salud actuales exigen competencias que la formación tradicional nunca enseñó: administración de los servicios de salud, comprensión de políticas públicas, trabajo en equipos interprofesionales, navegación de sistemas, gestión de recursos, entre otros (Bragdon et al., 2025; Johansson et al., 2026).

Cambio en las expectativas sociales sobre el rol del médico y profesionales de la salud. Los pacientes de hoy exigen una actitud humana que permita su participación en las decisiones que afectan su salud que, además, se evidencie por una comunicación empática, consentimiento informado real, comprensión de su “dolor”, es decir, un trato humanizado. Ya no se acepta ni es práctico el modelo paternalista tradicional del médico, centrado solo en su autoridad técnica, eso obliga no solo a enseñar habilidades de comunicación sino, sobre todo, a construir un comportamiento fundado en valores como el respeto, la justicia, la compasión, la solidaridad, entre otros (Mesko et al., 2025; Behmanesh et al., 2025).

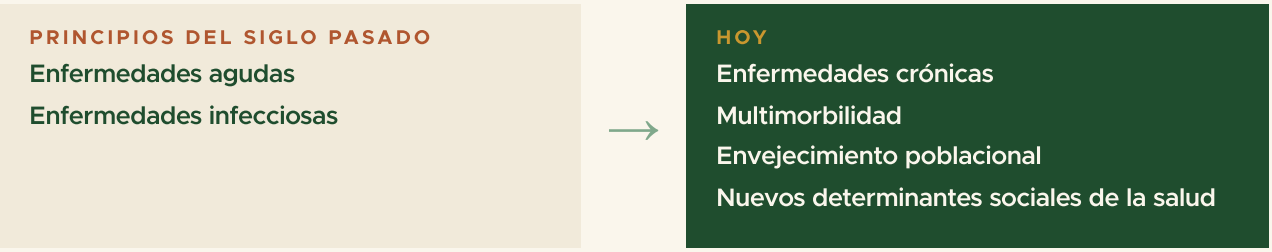
Evidencia de que el aprendizaje pasivo no funciona bien. Hoy son claras las evidencias acerca de que las clases magistrales tradicionales son poco efectivas comparadas con aprendizaje activo, basado en problemas, simulación y práctica deliberada. Aunque la pedagogía médica tradicional y muchos de sus supuestos pedagógicos han sido cuestionados, lo que se requiere es una integración de múltiples estrategias pedagógicas y didácticas que permitan que los estudiantes, además de adquirir un aprendizaje significativo, tengan la capacidad de adaptarse a distintos escenarios formativos (Boedeker et al., 2025).

Desajuste entre formación y necesidades reales del sistema de salud. Como ocurre en nuestro país: se siguen formando profesionales (en especial médicos) generales que terminan compitiendo por plazas de vinculación laboral precaria o por pocos cupos de especialización, o existe un exceso de especialistas ubicados en los centros urbanos que no corresponden a lo que la población y el sistema de salud realmente necesitan (Ascofame, 2024). Esto conduce a una ineficiencia social: se invierten años y recursos para la formación de profesionales cuyo perfil no resuelve los problemas de salud más prevalentes. (Gonzalo, 2017; World Health Organization, 2016; Cecconi et al., 2025)

Globalización y migración de profesionales de salud. La movilidad internacional de los profesionales de la salud es una realidad que exige estándares de formación más comparables y verificables entre los sistemas educativos de muchas regiones del mundo, lo que obliga a pasar de listas de contenidos a considerar currículos basados en competencias medibles y globales (Ser et al., 2025; Kész & Balatoni, 2026).

El mundo no solo cambió, sino que su transformación prosigue día a día, lo que tiene un efecto inmediato sobre las expectativas de los ciudadanos sobre su salud y por supuesto esto repercute sobre los profesionales de la salud y sus procesos formativos. Por consiguiente, la transformación en los procesos formativos no se puede tratar como una moda pedagógica, sino que constituye la respuesta necesaria a los cambios del conocimiento, de los pacientes, del sistema de salud, de la tecnología y a la forma cómo aprende un ser humano: ‘el modelo educativo médico dominante fue diseñado para un mundo que ya no existe’ (Dominguez et al., 2025; Frenk et al., 2010; Peña, 2026). Los cambios más importantes se pueden agrupar en las siguientes áreas fundamentales que se describirán en mayor detalle más adelante:

Figura 1. El cambio en el perfil epidemiológico de la población



Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta.

Las respuestas que se están ensayando

Reformas de «Tercera Generación» (basadas en sistemas). Tras el modelo basado en la ciencia (primera generación) y el basado en problemas (segunda generación), la educación médica está transitando hacia un enfoque basado en sistemas (Frenk et al., 2010), a lo cual se puede adicionar "sistemas complejos". Este modelo propone fortalecer los sistemas de salud mediante la adaptación de las competencias profesionales a contextos específicos, utilizando el conocimiento global para reducir inequidades y mejorar el impacto sobre la salud.

Educación basada en competencias y actividades profesionales confiables. Se ha pasado de currículos estáticos y centrados en el tiempo de formación a modelos basados en resultados de aprendizaje. Un cambio clave es la adopción de las Actividades Profesionales Confiables (APC), las cuales actúan como un puente entre las competencias abstractas y la práctica clínica real, permitiendo evaluar cuándo un estudiante puede realizar tareas específicas de forma independiente y segura (Philibert, 2015; Dominguez et al., 2025).

Educación interprofesional (EIP). Para romper con el «tribalismo» de las profesiones de la salud que actúan en silos, se promueve que los estudiantes de diferentes disciplinas aprendan unos de otros, con otros y acerca de otros. Esto busca fomentar el trabajo colaborativo, la comunicación efectiva y la toma de decisiones compartida centrada en el paciente (Parada-Baños, 2025).

Aprendizaje transformativo y liderazgo. Se busca ir más allá de la mera transmisión de información (aprendizaje informativo) o la socialización en valores (aprendizaje formativo) hacia un aprendizaje transformativo. Este nivel superior tiene como propósito formar líderes y agentes de cambio capaces de razonar críticamente, movilizar el conocimiento y abogar por políticas basadas en la evidencia (Frenk et al., 2010).

Transformación digital e inteligencia artificial. La integración de las tecnologías digitales en el ámbito de la educación médica y en salud no son solo herramientas, sino que están asociadas a un cambio de paradigma del proceso formativo. Entre estos cambios se destacan:

Educación médica de precisión: El uso de analítica de datos e inteligencia artificial (IA) para personalizar las trayectorias de aprendizaje según las necesidades individuales del estudiante (Dominguez et al., 2025).

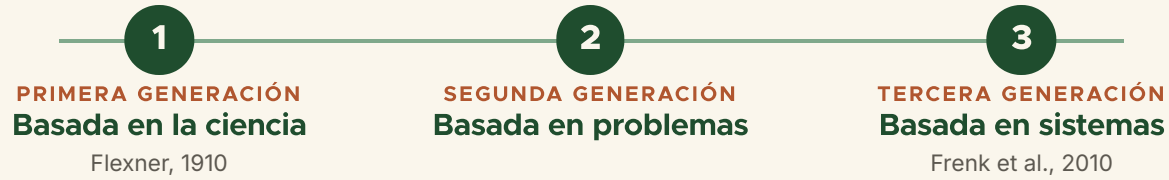
Informática biomédica: Se convierte ahora en una competencia transversal esencial para el manejo de grandes flujos de información y la toma de decisiones clínicas apoyada por computadora (Sánchez-Mendiola, 2015).

IA generativa: Se utiliza para automatizar la creación de contenido, simular escenarios clínicos interactivos y proporcionar retroalimentación inmediata (Rodríguez-Morales et al., 2018; Astbury et al., 2026; Pham et al., 2025).

Medicina centrada en la persona y humanismo. La despersonalización del cuidado de la salud y de la relación médico-paciente tiene como consecuencia un movimiento que aboga por restaurar el humanismo médico. Se hace necesario pasar de una formación médica enfocada en la enfermedad a una formación médica enfocada en la salud, consolidar el modelo salutogénico (Mittelmark et al., 2017). De una formación médica enfocada en órganos y sistemas alterados a una formación enfocada en el ser humano que tiene esas alteraciones. Por tanto, es necesario que la formación en salud actual haga énfasis en la importancia de integrar las ciencias biomédicas con las sociales y las humanidades, para formar a los profesionales de la salud con la capacidad para valorar la narrativa, los valores y el contexto social del paciente como parte central del acto clínico (Miles et al., 2015; Rodríguez-Morales et al., 2018).

Responsabilidad social y salud planetaria. Las instituciones de educación superior deben rendir cuentas sobre su impacto social (responsabilidad social) en diversas áreas de la sociedad, sin embargo, en el sector de la salud es fundamental preparar a los profesionales para enfrentar desafíos globales como: los riesgos epidemiológicos y pandemias y la salud planetaria (Horton, 2010; Dominguez et al., 2025).

Figura 2. Las tres generaciones de reforma de la educación médica



Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta.

De los anteriores aspectos se puede concluir que la educación médica está evolucionando hacia un modelo más interdependiente, dependiente de la colaboración, con un alto componente tecnológico y profundamente humano, donde el estudiante debe asumir un rol proactivo en su propio aprendizaje a lo largo de toda la vida (Ruiz de Gaunaa et al., 2015; Martínez-Pérez & Macaya, 2015).

Para responder a los desafíos que plantean los factores antes descritos se han puesto en marcha diversas iniciativas. Desde la década pasada, la Comisión Lancet sobre la educación de profesionales de la salud para el siglo XXI planteó la necesidad de avanzar hacia modelos educativos transformadores, que estuvieran claramente articulados con los sistemas sanitarios, pero que además permitieran superar los modelos educativos con énfasis en la transmisión de conocimientos de forma que promovieran el desarrollo de competencias, así como las capacidades de liderazgo, de adaptación y de respuesta frente a la complejidad de la salud (Frenk et al., 2010). Adicionalmente, expertos en educación médica y en salud de muchos países, así como distintos organismos multilaterales, han mantenido una producción académica profusa con el propósito de promover las transformaciones necesarias que incorporen en las instituciones de educación superior que forman talento humano en salud las dimensiones relacionadas con liderazgo, comunicación, colaboración interprofesional, profesionalismo, salud mental y compromiso social como componentes esenciales del proceso formativo y del futuro ejercicio profesional de los estudiantes (Frank et al., 2015; OECD, 2019; UNESCO, 2021; The Lancet Commission, 2022).

Ese cometido profesional tiene lugar en escenarios de una enorme complejidad, plagado de desafíos que van más allá de lo académico y asistencial. Como ya se describió, los sistemas de salud y sus profesionales están sometidos a múltiples factores tales como envejecimiento poblacional, incremento de enfermedades crónicas, crisis de talento humano, sobrecarga laboral y de salud mental, persistencia de las inequidades sociales y territoriales, así como la incertidumbre que produce la llegada de los nuevos desarrollos tecnológicos, en particular de la inteligencia artificial. Por tanto, la educación en salud no puede seguir desarrollándose como un proceso académico tradicional dirigido a la adquisición de

conocimientos biomédicos y técnicos así sean en la frontera de la ciencia, sino que debe convertirse en un sistema de formación que prepare a los nuevos profesionales en la complejidad, de forma que puedan obtener herramientas y agenciar capacidades que les permitan responder a desafíos sanitarios, sociales, ambientales, culturales e incluso biomédicos cada vez más interdependientes (Frenk et al., 2010; WHO, 2013; UNESCO, 2021; Mehta et al., 2025; Maldonado & Cardenas-Lopez, 2025).

Educación Médica Moderna: Evolución, Tecnología y Formación de la Identidad Profesional

En la medida que la educación médica y en salud intenta adaptarse al panorama global en constante cambio que se describió previamente se enfrenta a una amplia gama de desafíos estructurales, socioeconómicos, tecnológicos y humanísticos, entre los cuales se identifican como los más relevantes:

Integración de la tecnología digital y la inteligencia artificial

La expansión de la IA y los ecosistemas digitales aplicados a la salud se convierte en el cambio más acelerado para la educación médica actual. 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 de manera simultánea la práctica clínica, los procesos evaluativos y las competencias de los procesos formativos (Masters, 2019; Topol, 2019).

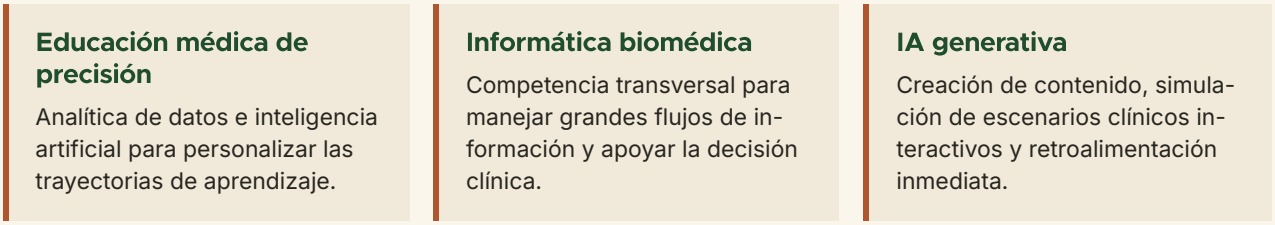
El surgimiento acelerado y la apropiación sin precedentes de la IA representan algunos de los cambios más significativos en la formación médica, lo que genera múltiples dificultades:

- **Riesgos éticos y prácticos:** La integración de la IA implica abordar preocupaciones complejas relacionadas con la privacidad de los datos, el sesgo algorítmico y el potencial de desinformación (alucinaciones) derivadas de los modelos de IA generativa. Sin embargo, no utilizar la IA también se puede constituir en una falla ética: ella tiene más datos que cualquier profesional de la salud.
- **Limitaciones para el juicio clínico:** Existe una gran preocupación de que la dependencia excesiva de las herramientas de IA pueda atrofiar el razonamiento clínico fundamental, las habilidades diagnósticas y los aspectos humanísticos de la atención al paciente.

- **Brechas de recursos e infraestructura:** Los costos elevados de implementación de tecnologías como la realidad virtual (RV) y las plataformas avanzadas de IA pueden exacerbar las desigualdades formativas, lo que conduce a profundizar las brechas existentes entre las instituciones educativas con recursos suficientes y las que carecen de ellos.
- **Preparación inadecuada del profesorado:** Muchos de los docentes, en especial en nuestro medio, carecen de la formación formal, la competencia técnica o la confianza necesarias para enseñar y modelar eficazmente el uso de la IA en el campo de la salud.

Para responder a estas situaciones, la transformación digital de la educación médica necesita más que voluntad para implementar procesos de IA: requiere un marco de gobernanza ética, criterios de pertinencia social y estrategias deliberadas para el desarrollo de capacidades que permitan que los beneficios de estas herramientas lleguen también a los sistemas educativos que cuentan con menor disponibilidad de recursos (OECD, 2019; UNESCO, 2021).

Figura 3. Tres vertientes de la transformación digital en la formación



Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta.

Sobrecarga curricular («curriculum overload») y rigideces estructurales

Como se describió previamente, la producción y acumulación aceleradas del conocimiento en biomedicina y salud hace que los currículos tradicionales se enfrenten a situaciones difíciles que requieren ser abordadas:

- **Sobrecarga de información:** Debido a esa expansión a un ritmo sin precedentes de los conocimientos biomédico y en salud, los planes de estudio tradicionales basados en la memorización ya no son sostenibles, no obstante, muchas instituciones tienen dificultades para adaptarse a modelos que prioricen el aprendizaje autónomo y el pensamiento crítico.

- **Estandarización frente a complejidad:** Las evaluaciones de los currículos tradicionales, así como los exámenes de certificación y los rígidos estándares de acreditación suelen priorizar el conocimiento biomédico estandarizado sobre las situaciones complejas de la práctica en el mundo real, lo que conduce a que temas como la «salud inclusiva» o la «salud planetaria» no sean considerados en los planes de estudio de muchos programas.
- **Conocimiento fragmentado:** Como se ha descrito antes, la formación médica y en salud tradicional suele presentar el conocimiento en «compartimentos estancos o silos» específicos de cada disciplina, lo que no permite una formación adecuada de los estudiantes para la complejidad biomédica actual y su interconexión con las características de la atención en salud de los individuos y las comunidades.

Se requieren modelos pedagógicos que priorizan «aprender a aprender» y pensamiento crítico pero que estén articulados con las herramientas que permiten el acceso a las plataformas que manejan la acumulación enciclopédica de datos de tal manera que cada estudiante puede generar su propia información y lograr un conocimiento significativo (Frenk et al., 2010; Freeman et al, 2014).

Transformación de la evaluación y formación basada en competencias

Como se mencionó en el punto anterior, la evaluación constituye uno de los problemas fundamentales en todos los niveles del proceso educativo y, por tanto, debe ser una prioridad para cualquier proceso de transformación de la educación en salud.

- Los modelos tradicionales centrados en la aplicación de herramientas y pruebas terminales están evolucionando hacia enfoques longitudinales, integrales y programáticos que permiten valorar un verdadero desempeño, la progresión en la adquisición de competencias y la capacidad para responder frente a escenarios reales de práctica (Van der Vleuten et al., 2012).
- Las Actividades Profesionales Confiables (APC/EPAs) y la formación basada en competencias se han convertido en aspectos claves para fortalecer la integración entre currículos, evaluación y práctica clínica (ten Cate, 2005; ten Cate et al., 2015). Este tipo de enfoques promueven procesos formativos centrados en desempeño observable, supervisión progresiva y construcción gradual de autonomía profesional (Edwards et al., 2015)).

- Además, la evaluación programática o formativa es la respuesta a las limitaciones de modelos fragmentados de evaluación, lo que permite contar con sistemas basados en la acumulación longitudinal de evidencia, retroalimentación continua y toma progresiva de decisiones sobre confiabilidad profesional (Van der Vleuten et al., 2012).

Estas transformaciones han puesto de presente desafíos importantes relacionados con desarrollo docente, legitimidad institucional, cultura evaluativa y sostenibilidad operativa. La implementación de los modelos longitudinales de evaluación exige cambios institucionales profundos que van más allá de modificaciones técnicas de instrumentos o formatos de evaluación.

Presiones y responsabilidades sociales, sostenibilidad ambiental y salud planetaria

La educación médica y en salud viene incorporando discusiones relacionadas con responsabilidad social, sostenibilidad ambiental y salud planetaria. Hoy es evidente que los profesionales de la salud deben enfrentar desafíos asociados al cambio climático, las crisis humanitarias, las migraciones y las inequidades sociales y sanitarias (The Lancet Countdown, 2025; Planetary Health Alliance, 2021). En este contexto, la formación en salud exige comprender la salud desde una perspectiva sistémica e interdependiente que permita la articulación de las dimensiones ambientales, sociales, económicas y éticas dentro de los procesos formativos.

- **Responsabilidad social e inclusión:** El concepto de responsabilidad social ha adquirido creciente relevancia internacional pues son muchos los programas académicos de pre y posgrado que no preparan adecuadamente a los estudiantes para atender a poblaciones socialmente excluidas. Este enfoque propone que las instituciones orienten sus procesos de formación, investigación y extensión hacia las necesidades prioritarias de salud de las poblaciones y los sistemas sanitarios (Boelen & Heck, 1995; Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, 2010). (por ejemplo, personas sin hogar o desplazadas).
- **Brecha entre formación y necesidades del sistema de salud:** En muchas regiones del mundo se presenta una desalineación entre lo que se enseña y lo que se necesita en el terreno pues muchos programas siguen priorizando la formación de profesionales y especialistas del área de la salud para responder a los intereses particulares o privados cuando los sistemas de salud necesitan más médicos de atención primaria y salud comunitaria.

- **Equidad e inclusión:** Aún persisten barreras de acceso para estudiantes de sectores socioeconómicos bajos, no obstante, es necesario promover las posibilidades para que la formación en medicina y otros programas de la salud sea verdaderamente inclusiva como una estrategia para abordar la salud de poblaciones históricamente desatendidas.
- **Salud planetaria:** La salud planetaria debe convertirse en una discusión estructural acerca de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, resiliencia sanitaria y protección de la salud de las poblaciones, lo que implica preparar a la futura fuerza laboral para la emergencia climática como un desafío fundamental (Green et al., 2023). Sin embargo, se deben superar barreras como la falta de experiencia del profesorado, la resistencia a integrar temas no tradicionales en el plan de estudios y la percepción de falta de pertinencia profesional por parte de los estudiantes y egresados.
- **Mala distribución de la fuerza laboral:** Existe un desafío persistente en la formación y contratación de médicos para áreas rurales y desatendidas, lo que genera importantes disparidades geográficas en el acceso a la atención médica.

La educación médica y en salud actual debe contribuir activamente al fortalecimiento de sistemas de salud más equitativos, pertinentes y sostenibles, particularmente en contextos caracterizados por profundas desigualdades sociales y territoriales (Lindgren & Karle, 2011; OPS/OMS, 2021).

Bienestar, profesionalismo y ambientes de aprendizaje

La educación médica y en salud debe considerar temas relacionados con bienestar, salud mental, profesionalismo y ambientes de aprendizaje saludables.

- **Salud mental y bienestar de estudiantes y residentes:** El agotamiento profesional (burnout) como consecuencia de la sobrecarga asistencial y las dificultades de salud mental (ansiedad, depresión e intento de suicidio) de estudiantes, residentes y docentes han dejado de considerarse problemáticas periféricas para convertirse en prioridades dentro de las agendas internacionales de educación médica (Skochelak et al., 2021).
- **Profesionalismo:** Hoy se busca que el profesionalismo médico incorpore dimensiones relacionadas con comunicación, liderazgo, trabajo interprofesional, responsabilidad social, ética, bienestar y capacidad de adaptación frente a contextos complejos e interdependientes (Frank et al., 2015). Por tanto, la formación médica no puede depender solo de currículos formales, sino también de las dinámicas culturales y relacionales presentes en los escenarios de práctica y aprendizaje.

- **Ambientes de aprendizaje:** La calidad de la formación médica depende no solo de los currículos formales, sino también de las condiciones reales presentes en los centros educativos, las instituciones asistenciales y en escenarios no clínicos, en este sentido, son indispensables ambientes de aprendizaje más seguros, inclusivos, colaborativos y coherentes con los valores propios de cada institución (WHO, 2013; WFME, 2020).
- **Simulación vs.** práctica clínica real. La reducción de horas de contacto directo con pacientes (por regulaciones, litigios o incluso secuelas postpandemia) ha llevado a mayor uso de simuladores, pero persiste el debate sobre si esto compensa adecuadamente la experiencia clínica real (Northway et al., 2026).
- **Currículo oculto:** La comprensión del currículo oculto ha adquirido relevancia como un fenómeno estructural dentro de educación superior, pero mucho más como parte de la formación médica, reconociendo que las culturas institucionales y las prácticas cotidianas de profesores y personal asistencial poseen una influencia determinante sobre la construcción de las identidades profesionales (Agudelo-Botero et al., 2026; Muñoz-Henao et al., 2026; Yepes-Delgado et al., 2026).

Identidad profesional y competencias humanísticas

- **Colaboración Interprofesional (EIP):** Aunque la implementación de una educación interprofesional eficaz es un elemento central para el aprendizaje y el ejercicio profesional en salud, esto suele verse obstaculizado por culturas profesionales hegemónicas, ambigüedad de roles y dinámicas de poder jerárquicas (Parada-Baños, 2025).
- **Formación en «habilidades blandas»:** Si bien la comunicación, la empatía, el trabajo en equipo y la competencia cultural son cada vez más importantes, siguen siendo difíciles de enseñar y evaluar de manera estandarizada y objetiva en comparación con el conocimiento técnico o biomédico (Frenk et al., 2010).
- **Competencias humanistas:** Factores como la presión del tiempo en los entornos clínicos, el agotamiento educativo y laboral, así como los modelos negativos a seguir (currículo oculto) pueden obstaculizar activamente el desarrollo y el mantenimiento de valores humanistas como la compasión, la justicia y la responsabilidad por parte de los estudiantes de medicina (Miles et al., 2015; Rodríguez-Morales et al., 2018).

- **Transiciones profesionales:** Puede ocurrir que profesores e investigadores provenientes de disciplinas diferentes y que se incorporan a la docencia en salud se enfrenten a una pérdida de identidad profesional, desorientación y dificultades para acceder a vías de promoción académica, lo cual puede tener un efecto contraproducente sobre el proceso formativo de los estudiantes.

Sostenibilidad financiera y operativa

Muchas facultades o escuelas de medicina, de salud o de ciencias de la vida, especialmente las públicas, enfrentan recortes presupuestarios que afectan la calidad de la enseñanza clínica y la investigación, a pesar de este entorno adverso hay decisiones que deben ser consideradas como esenciales:

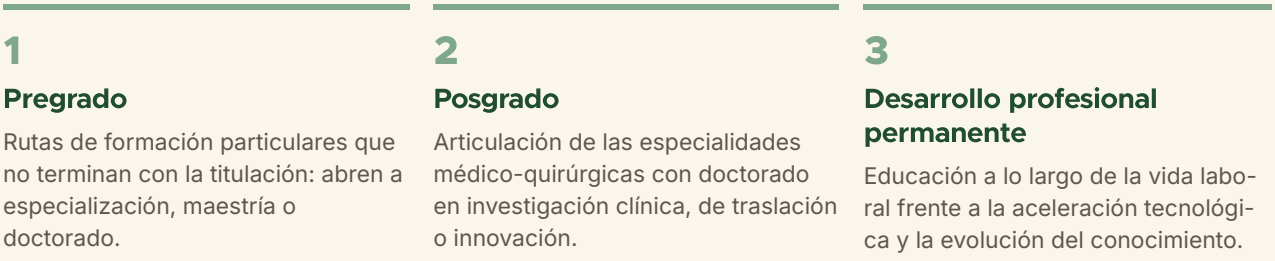
- **Procesos de modernización:** La transición a la capacitación basada en simulación de alta fidelidad requiere una inversión inicial sustancial y costos de mantenimiento continuos, lo que puede limitar el acceso para programas más pequeños.
- **Necesidades de capacitación desequilibradas:** Muchos programas siguen capacitando en exceso a especialistas, mientras que los sistemas de salud, particularmente en América Latina, enfrentan una necesidad urgente de más médicos de atención primaria y de salud comunitaria, por tanto, es necesario insistir en la formación de talento humano que pueda responder a las necesidades de la mayor parte de la población.

El continuo formativo como respuesta a la diversidad académica

Uno de los aspectos centrales para la educación médica y en salud actual se refiere a la implementación y fortalecimiento del continuo formativo como eje articulador de la formación profesional. Según este enfoque la educación de profesionales de la salud no puede entenderse como asuntos aislados, sino como un proceso longitudinal que integra pregrado, posgrado y la educación a lo largo de la vida laboral (WFME, 2020; WFME, 2023; ASCOFAME, 2026).

- En los posgrados, en particular en las especialidades médico-quirúrgicas, puede promoverse la articulación con la formación de doctorado en investigación clínica, investigación de traslación o con desarrollo de innovación, de forma que el especialista adquiere una formación de alto nivel en investigación. Como parte de este proceso se requieren elementos de un currículo común que oriente hacia supervisión progresiva, evaluación longitudinal y desarrollo de autonomía profesional.
- Por su parte, el desarrollo profesional permanente o educación a lo largo de la vida adquiere gran relevancia porque debe ser la posibilidad para que los profesionales de la salud puedan adquirir conocimientos y capacidad para hacer frente a la aceleración tecnológica, transformación epidemiológica y evolución continua del conocimiento científico (WHO, 2013; OECD, 2019; ASCOFAME, 2026).

Figura 4. El continuo formativo como eje articulador



Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta (WFME, 2020; WHO, 2013; OECD, 2019).

La articulación efectiva del continuo formativo exige fortalecer vínculos entre universidades, instituciones de todos los niveles de atención, escenarios no clínicos, asociaciones académicas y sistemas de salud, de forma que se puedan construir trayectorias educativas más coherentes, progresivas y socialmente pertinentes (ASCOFAME, 2026).

PARTE II

El escenario colombiano

Los desafíos propios del país: sobreoferta de pregrado, cuellos de botella en especialización, inequidades territoriales y salud mental.

PARTE II · EL ESCENARIO COLOMBIANO

Algunas condiciones acerca de los desafíos propios de la realidad local de Colombia

Después de revisar los desafíos globales para la formación médica y en salud, es pertinente considerar algunas particularidades del panorama colombiano.

Un primer elemento para considerar es el denominado Consenso de Montería que tuvo lugar en 2017 y que se convirtió en el primer acuerdo nacional de transformación de la educación médica desde 1965 (Rodríguez-Morales et al., 2018; ASCOFAME, 2024). Este acuerdo, liderado por ASCOFAME, impulsó una reforma integral para definir un perfil nacional del médico y un currículo básico común centrado en competencias y en el contacto temprano con la comunidad. Aunque hubo acuerdos para su implementación y una profusa divulgación, muy pocos han sido los resultados reales de este consenso en lo que se refiere a la educación médica de pregrado. No obstante, la discusión acerca de los cambios sobre la educación médica ha proseguido y en este 2026 se está proponiendo, por parte de ASCOFAME y la Academia Nacional de Medicina, una nueva agenda llamada las Diez Apuestas para 2030 que se propone como respuesta a los desafíos globales ya descritos (Dominguez et al., 2025; ASCOFAME, 2026). Estas diez tendencias estratégicas adaptadas a la realidad del país se describen en la siguiente tabla:

127.000

médicos en Colombia en 2022 · 24,4 por cada 10.000 habitantes

63

programas de pregrado que titulan más de 8.000 médicos al año

< 25 %

de los egresados accede a una especialización

Tabla 1. Diez apuestas para la educación médica en Colombia en 2030

N.º	APUESTA 2030	FOCO CENTRAL	PRINCIPALES IMPLICACIONES PARA COLOMBIA
1	**Actividades profesionales a confiar (APC)**	Currículo y evaluación centrados en unidades de práctica profesional confiables.	Definir APC nacionales prioritarias; alinear currículo, supervisión y evaluación en el lugar de trabajo; fortalecer decisiones de progresión basadas en confianza clínica y no solo en créditos o tiempo de rotación.

N.º	APUESTA 2030	FOCO CENTRAL	PRINCIPALES IMPLICACIONES PARA COLOMBIA
2	**Educación médica de precisión**	Uso de datos, portafolios electrónicos e inteligencia artificial para personalizar trayectorias formativas.	Desarrollar portafolios «inteligentes» integrados con historias clínicas; usar analítica de aprendizaje para apoyar decisiones formativas; asegurar gobernanza de datos y equidad digital entre facultades y regiones.
3	**Nuevo profesionalismo**	Relectura del rol profesional frente a sistemas complejos, sostenibilidad y confianza pública.	Integrar en el currículo el balance entre sanador y profesional; preparar médicos responsables de la gestión de recursos, resultados en salud y ética organizacional; fortalecer la responsabilidad social y la autonomía profesional.
4	**Ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo**	Entornos expansivos, seguros y formativos en escenarios clínicos y comunitarios.	Transformar culturas clínicas restrictivas en ambientes expansivos; articular bienestar, seguridad del paciente y calidad docente; prevenir acoso y violencia laboral mediante cambios organizacionales y no solo individuales.
5	**Educación sustentada en la mejor evidencia disponible (BEME)**	Decisiones curriculares, didácticas y evaluativas informadas por evidencia y teoría.	Promover revisiones sistemáticas y proyectos de investigación educativa; usar marcos teóricos como la carga cognitiva para el diseño instruccional; incorporar indicadores de impacto educativo en la gestión de programas.
6	**Formación de líderes en educación médica**	Desarrollo de liderazgo educativo en niveles macro, meso y micro.	Crear escuelas o programas formales de liderazgo en educación médica; fortalecer capacidades de directivos, coordinadores de programa y docentes clínicos; consolidar comunidades de práctica y mentoría interinstitucional.
7	**Reconceptualización de la experticia médica**	Desde la repetición de patrones hacia la experticia adaptativa en contextos complejos.	Diseñar experiencias de práctica deliberada con retroalimentación de calidad; fomentar experticia individual y colectiva; abordar incertidumbre, riesgo y sesgos cognitivos en la formación clínica.
8	**Reorientación de la evaluación hacia la confiabilidad y la calidad programática**	Evaluación programática, decisiones colegiadas y enfoque en desempeño real.	Extender la pirámide de Miller hacia identidad y confiabilidad; implementar sistemas de evaluación longitudinal con comités de progreso; fortalecer evaluaciones de alto impacto (*high-stakes*) con estándares claros y transparentes.
9	**Trayectorias y transiciones educativas**	Continuidad y coherencia entre niveles formativos y escenarios de práctica.	Diseñar currículos longitudinales integrados con experiencias clínicas tempranas; acompañar transiciones clave (colegio–universidad, básico–clínico, pregrado–posgrado); articular universidades, hospitales y sistema de salud en decisiones de progresión.
10	**Pandemia, salud global y salud planetaria**	Preparación para emergencias, enfoque global y relación salud–ambiente.	Incorporar competencias en salud global y planetaria en pregrado y posgrado; vincular formación médica con salud pública, cambio climático y equidad; preparar médicos para liderar respuestas resilientes ante crisis sanitarias y ambientales.

Fuente: Dominguez et al., 2025.

El esfuerzo de convergencia institucional para una transformación de la educación médica colombiana que se lidera desde actores académicos se caracteriza por un esfuerzo que pretende equilibrar las tendencias globales con las necesidades de un sistema de salud complejo y geográficamente dispar, no obstante, hay otros aspectos particulares de la educación en salud en el país que deben ser considerados:

Figura 5. El cuello de botella entre el pregrado y la especialización

63
programas de medicina en el país

2 a 6
años de espera para especializarse

24,4 → 31
médicos por cada 10.000 habitantes, de 2022 a 2030

Fuente: ASCOFAME, 2024; cifras citadas en esta propuesta.

Desafíos propios de la educación en salud en Colombia

Sobreoferta de programas de pregrado vs. cuellos de botella en especialización. Este es probablemente el desafío más específico de Colombia. En 2022 el país contaba con más de 127.000 médicos, con una densidad de 24,44 médicos por cada 10.000 habitantes, y hoy existen 63 programas de medicina que titulan a más de 8.000 médicos cada año. El problema es que esta expansión de cupos de pregrado no vino acompañada de una expansión proporcional de cupos de residencia. Menos del 25% de los médicos logra realizar una especialización médico-quirúrgica, y el tiempo promedio para que un médico colombiano pase a la especialización es entre 2 y 6 años. Esto genera un «embudo» que no existe con esa magnitud en otros países de la región (ASCOFAME, 2024).

Falta de un examen único de ingreso a especialización. A diferencia de otros países latinoamericanos que sí tienen esto, Colombia carece de un examen único nacional habilitante para el ingreso a residencias médico-quirúrgicas, aunque Ascofame ya lo ha propuesto al gobierno y al Congreso como piso habilitante, complementado con pruebas específicas de cada facultad. Esto se relaciona directamente con el desafío global de estandarización, pero en Colombia se traduce en procesos de selección muy heterogéneos entre universidades —algunas con pruebas psicométricas, entrevistas y valoración de hojas de vida que terminan siendo barreras adicionales— y en desigualdad de oportunidades según qué tan bien preparado (y a veces, qué tanto dinero para cursos preparatorios) tenga el aspirante.

Inequidades y desequilibrios territoriales. Aunque el proyecto de reforma a la salud fue archivado, los desafíos que señaló para la educación médica acerca de la falta de planificación de talento humano siguen vigentes. Uno de los puntos críticos: se requiere estimar mejor las necesidades y la demanda real de médicos que implicaría cualquier reforma, proyectando que para 2030 habrá más de 171.000 médicos (31 por 10.000 habitantes), acercándose al promedio de la OCDE. Pero el problema no es solo cantidad: es distribución (exceso en zonas urbanas, déficit en zonas rurales) y perfil (exceso relativo de aspirantes a especialidades, déficit de médicos de atención primaria).

Salud mental de estudiantes y residentes — con un componente dramático local. Este desafío global tiene ecos preocupantes en Colombia. Un testimonio de un médico con décadas de experiencia en el sistema de residencias menciona explícitamente preguntarse por qué un proceso formativo termina en el suicidio de uno de los integrantes, señalando currículos apretados y evaluaciones exigentes como factores de fondo. Esto conecta con la discusión, cada vez más presente en gremios médicos colombianos, sobre la «dignificación de la práctica médica».

Deserción durante la formación. Quienes logran ingresar a programas de especialización a menudo enfrentan obstáculos que llevan a la deserción durante el proceso formativo, lo cual agrava aún más el déficit de especialistas pese a la alta demanda.

Condiciones sociales. En general en América Latina las discusiones sobre las diferencias sociales adquieren especial relevancia debido a la persistencia de inequidades territoriales, vulnerabilidad climática, limitaciones estructurales de los sistemas sanitarios y desigualdad en acceso a servicios de salud. En este escenario, las facultades de medicina y las instituciones formadoras enfrentan el reto de fortalecer procesos educativos orientados hacia sostenibilidad, equidad y compromiso social, articulando las realidades regionales con las agendas globales de salud y desarrollo sostenible. En particular, se podría plantear la posibilidad de una retribución, a manera de servicio social, en regiones con necesidades de talento humano en salud por parte de los profesionales especialistas (primeras especialidades) que reciben un pago mensual durante su proceso formativo gracias a la Ley de Residentes (Congreso de Colombia, 2018).

Educación Interprofesional (EIP). Aunque el reconocimiento global de la EIP es amplio, en Colombia su implementación ha sido dispersa y con poco impacto. Una condición particular reciente que ha puesto de presente la necesidad de la interacción entre diferentes profesiones fue la creación en 2023 de la Red Nacional de Educación Interprofesional de Colombia (REDEIPCOL), que busca establecer una línea de base y evaluar el avance hacia la

meta de que el 60% de los programas incorporen la EIP para 2025. Sin embargo, hasta el momento esto sigue siendo solo una intención, pues los currículos de los programas para la formación del talento humano en salud siguen dependiendo de procesos cerrados en las instituciones de educación superior, que pocas veces se articulan con las necesidades sociales o del mismo sistema de salud.

Como se puede observar, a los desafíos globales de la educación en salud que se han discutido previamente, en Colombia se le suman algunos aspectos particulares, lo que hace que algunos se manifiesten de forma concreta en un problema estructural. Por ejemplo, se gradúan muchos médicos generales, pero el sistema no tiene la capacidad ni los mecanismos claros para convertirlos en los especialistas que el país requiere, y ese cuello de botella genera estrés, deserción, inequidad y frustración profesional a gran escala.

PARTE III

El contexto institucional

El Hospital Alma Máter, el balance de la gestión 2023-2026 y la Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia.

PARTE III · EL CONTEXTO INSTITUCIONAL

Articulación entre la Facultad de Medicina y el Hospital Alma Máter de Antioquia (HAMA)

Un capítulo especial para este análisis contextual lo constituye la relación de la Facultad de Medicina con el Hospital Alma Máter de Antioquia (HAMA), pues este el escenario por excelencia donde se produce el encuentro de los dos mundos que determinan el quehacer de nuestra unidad académica: el mundo del conocimiento y el mundo de las demandas sociales. Aunque es necesario avanzar hacia un modelo de formación de talento humano en salud que priorice las capacidades y competencias relacionadas con un modelo de atención primaria de salud integral predictivo, preventivo, personalizado y participativo y, por tanto, son necesarios escenarios no solo del primer nivel de atención sino también comunitarios y familiares, el hospital universitario, al ser ese punto de convergencia, sigue teniendo un papel fundamental para los procesos académicos de la Facultad y la Universidad. No obstante, para mantener su relevancia, el HAMA también debe transformarse a luz de la transición del paradigma educativo para convertirse no solo en hospital universitario de verdad propio de la Universidad, sino que además debe ser el escenario donde docencia, investigación y extensión converjan en un solo proceso, pero que además su vocación trascienda el área de la salud.

Para dicha transformación se propone la articulación con la estrategia de Resiliencia y Sostenibilidad que está poniendo en marcha el nuevo director del HAMA que, a su vez, tiene una relación estrecha con el programa Rectoral 2026-2029 de la Universidad de Antioquia. La estrategia para el HAMA tiene como fundamento la siguiente tríada de acción:

- **Cuidar (identidad, público, memoria):** el hospital como una de las expresiones más visibles del proyecto universitario debe ayudar a proteger el acumulado bicentenario de la Universidad, y por eso esta estrategia lo piensa desde la Universidad y no solo desde el sector salud.
- **Transformar (CTI, prospectiva):** evolucionar frente al cambio paradigmático sin perder la esencia de una institución con una gran responsabilidad social.

- **Trascender (legado, continuidad, regiones):** proyectar impacto más allá del presente y desde su ubicación geográfica.

De acuerdo con el planteamiento anterior, para la reestructuración el HAMA como hospital universitario propio, se proponen cuatro compromisos clave:

- Resolver la crisis financiera y administrativa como condición previa a las demás acciones.
- Devolver la toma de decisiones a la comunidad académica a partir de una partir de la participación en los órganos de gobierno (Asamblea y Junta directiva).
- Lograr convergencia real de docencia, investigación y extensión (poner en marcha procesos conjuntos con las unidades académicas de la Universidad).
- Convertirlo en campo de práctica para todas las áreas de formación de la Universidad (ingenierías, ciencias sociales, economía), no solo de la salud.

Figura 6. Estrategia de resiliencia y sostenibilidad del HAMA

Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta.

Articulación con la política pública

De forma paralela, la estrategia que se propone para la gestión administrativa y académica del HAMA debe estar en alineación con la política pública en los diferentes niveles de planeación vigentes:

- **Nacional:** plan de salvamento del nuevo gobierno, con compromisos en los distintos aspectos de gestión (liquidez, medicamentos, atención primaria, telemedicina, entre otros).
- **Departamental (Antioquia):** participar en la consolidación del modelo preventivo-predictivo y en fortalecimiento de redes de públicas de salud.

- **Distrital (Medellín):** en particular es clave convertirse en actor del Distrito de CTI mediante la participación de FutuMed, laboratorio urbano de 1,8 km² que incluye a la UdeA y al HAMA en su zona de influencia.
- **Universitario:** como ya se mencionó, el HAMA es componente esencial del Programa Rectoral 2026-2029, pero adicionalmente, se debe conectar con el Plan de Desarrollo Institucional 2027-2037, que tendrá como propósito que para 2037 el HAMA sea el principal centro de alta complejidad de Colombia y referente latinoamericano en formación, investigación y telemedicina.

Condiciones de partida

Como parte de las conversaciones, análisis y propuestas que se han planteado por distintos grupos de interés como sindicatos de empleados, gremios profesionales, líderes profesorales y estudiantiles y el Observatorio del HAMA, que se lideró desde la Facultad de Medicina, se identifican diferentes temas estratégicos:

- Reforma de los estatutos para devolver el control estratégico y académico a la UdeA.
- Terminar los contratos de tercerización de largo plazo que erosionaron la identidad institucional (laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, medicamentos).
- **Creación de dos coordinaciones:** administrativo-financiera y médico-científica.
- Diseño de un plan estratégico de 20 años que incluya indicadores de impacto medibles.

Metodología - Industria 5.0

La transformación que se propone para el HAMA no puede depender de la incorporación aislada de tecnologías, sino que debe tener como propósito atender problemas sociales, mejorar la calidad de vida y consolidar comunidades más humanas, sostenibles y resilientes (Tavares et al., 2022; Piest et al., 2023; Telukdarie et al., 2026). En este contexto, el concepto de la Sociedad 5.0, originado en Japón propone una sociedad superinteligente y centrada en el ser humano, en la cual la integración del ciberespacio y el espacio físico permite compatibilizar el desarrollo económico con la solución de los problemas sociales (Narvaez Rojas et al., 2021). Este paradigma promueve sistemas más accesibles, personalizados, confiables y eficientes, mediante la integración de inteligencia artificial, analítica de datos, internet de las cosas, computación en la nube, robótica y otras tecnologías habilitadoras dentro de modelos sociotécnicos, éticos e interoperables (Tuppad & Patil, 2022; Dlamini et al., 2023; Piest et al., 2023). Desde esta perspectiva, el HAMA debe ser una

institución centrada en quien es cuidado, quien cuida y quien se forma, donde la tecnología apoye la producción del conocimiento, el juicio de los profesionales de la salud, la empatía, la creatividad y contribuya al mejoramiento continuo de los servicios y fortalezca la colaboración humano-máquina, la personalización de la atención, la seguridad del paciente, la formación del talento humano, la resiliencia institucional y la sostenibilidad del hospital.

Líneas de acción por eje

A manera de resumen se describen las acciones más relevantes para los tres ejes de acción que se proponen para el proyecto de la actual dirección:

Tabla 2. Líneas de acción por eje

EJE	ACCIONES DESTACADAS
Cuidar: Identidad - Público - Memoria	Reforma estatutaria, saneamiento fiscal, sistematización de la memoria institucional
Transformar: CTI - Prospectiva	Plan Estratégico Institucional 2037, Centro de Excelencia de IA, transformación digital, habilitación legal como hospital universitario
Trascender: Legado - Continuidad - Regiones	Plan Prospectivo 2050, ancla estratégica de FutuMed, red nacional de telemedicina, comercialización de tecnologías en salud

Análisis del plan de acción de la unidad académica (PAUA) – Facultad de Medicina

Este apartado muestra un resumen de los proyectos que se han desarrollado durante la administración de la facultad de medicina en el periodo octubre 2023 a septiembre 2026 bajo el liderazgo del actual decano, Pablo J. Patiño G. A partir de estos resultados o logros se identifican algunos de los temas estratégicos para un nuevo periodo de la decanatura.

PROYECTO DEL PLAN DE ACCIÓN	AVANCE
Armonización y transformación curricular de los Programas de pre y postgrado	90 %
Construcción de nueva oferta académica de la Facultad de Medicina con perspectiva territorial	80 %

PROYECTO DEL PLAN DE ACCIÓN	AVANCE
Internacionalización de currículo y en casa	100 %
Actualización de políticas de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) de la Facultad de Medicina	100 %
Proyecto I+D+i con enfoque en medicina de traslación	100 %
Dinamización de los Semilleros de investigación de la Facultad	100 %
Integración y dinamización de relaciones de la Facultad	90 %
Articulación de acciones para el bienestar laboral	100 %
Fortalecimiento de las prácticas formativas	100 %
Salud mental en la Facultad de Medicina	80 %
Formación de docentes para ser referentes intelectuales profesionales y humanos	100 %
Adecuación académico-administrativa de la Facultad de Medicina	100 %

Periodo: octubre 2023 – septiembre 2026.

Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia

Como elemento final de este contexto es pertinente hacer referencia a la Misión de Apoyo a la Educación Terciaria en Antioquia que fue creada por iniciativa del gobernador, Andrés Julián Rendón, y del ex secretario de educación Mauricio Alviar.

Aunque este informe se centra en las cuatro IES públicas que reciben transferencias del gobierno departamental, los análisis se aplican no solo al conjunto de la educación terciaria del Departamento, sino que además puede ser tomado como un referente para cualquier iniciativa de administración académica en el ámbito de la formación de talento humano en salud y en los procesos de investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) y de educación a lo largo de la vida.

En el documento con el reporte final se presenta un diagnóstico detallado, así como un marco de propuestas estratégicas para transformar el sistema formativo pos-secundario en el departamento, de acuerdo con los siguientes ejes temáticos:

1. Diagnóstico y hallazgos principales

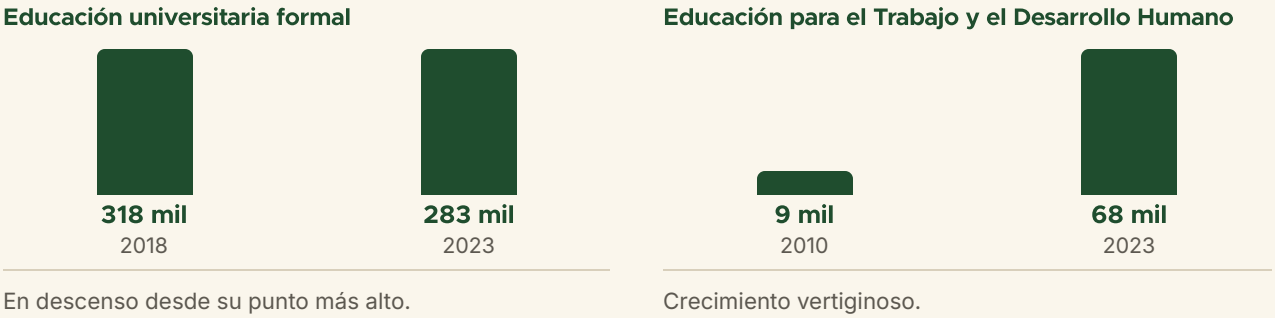
Evolución y sesgos de la matrícula:

Educación formal en descenso: la matrícula universitaria/formal en Antioquia viene decreciendo desde su punto más alto en 2018 (pasando de 318 mil a 283 mil estudiantes en 2023).

Auge de la ETDH: se observa un vertiginoso crecimiento en la Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano (ETDH), la cual pasó de 9 mil estudiantes en 2010 a más de 68 mil en 2023. Los jóvenes prefieren progresivamente estas opciones por su mayor flexibilidad, menor duración, oportunidad de empleabilidad y costos accesibles.

Sesgo «profesionalista»: en Antioquia ha aumentado la matrícula en carreras universitarias/profesionales mientras cae la oferta/demanda en carreras Técnicas y Tecnológicas (T&T). A su vez, los institutos tecnológicos del departamento han desvirtuado parcialmente su naturaleza al dedicarse a ofertar maestrías y doctorados.

Figura 7. Dos movimientos opuestos en la matrícula de Antioquia



Fuente: Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia. Cada panel tiene su propia escala: las magnitudes no son comparables entre sí.

Calidad vs. articulación territorial:

Acreditación: Antioquia cuenta con 4 IES departamentales (Universidad de Antioquia, Politécnico Jaime Isaza Cadavid, Tecnológico de Antioquia e I.U. Digital). Las tres primeras ya cuentan con acreditación institucional de alta calidad. Sin embargo, la matrícula del sector público departamental ha perdido participación relativa frente a las IES privadas.

Inflexibilidad e inercia: existe una marcada falta de formación por ciclos/módulos, escasa flexibilidad académica y poca capacidad de homologación o articulación entre la media técnica, el SENA y las IES.

Profundas brechas subregionales: mientras el Valle de Aburrá tiene una tasa de cobertura bruta en educación terciaria del 85,91%, subregiones como el Nordeste (2,63%) o el Suroeste (1,87%) muestran niveles de cobertura críticamente bajos. Como aspecto positivo, la participación femenina en la matrícula supera a la masculina en todas las subregiones.

Figura 8. Tasa de cobertura bruta en educación terciaria, por subregión

Fuente: Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia, cifras citadas en esta propuesta.

2. Ejes de transformación y propuestas estratégicas

A. Gobernanza estratégica: creación del SETA

Sistema de Educación Terciaria de Antioquia (SETA): se propone consolidar un ecosistema integrado que sustituya y perfeccione al marco anterior (SESA). Debe formalizarse mediante una nueva Ordenanza Departamental que defina reglas claras de cooperación interinstitucional.

Integración territorial y clústeres: promover el modelo de Campus Multiuniversidad y conformar nodos de desarrollo formativo alineados con la vocación económica de las subregiones:

- **Oriente:** energía, movilidad eléctrica, sector aeroportuario.
- **Urabá:** agroindustria, logística, turismo de naturaleza.
- **Bajo Cauca:** minería sostenible y transición productiva.
- **Suroeste:** agroindustria y turismo cultural.
- **Valle de Aburrá:** TIC, salud e industrias creativas.

B. Transformación académica

Flexibilización curricular: implementar rutas modulares, aprendizaje basado en competencias e incorporar ampliamente las microcredenciales (certificaciones cortas y acumulables) y el reconocimiento de Aprendizajes Previos (RAP).

Modelos híbridos y digitales: potenciar el aprendizaje virtual y remoto apoyándose en la experiencia de la I.U. Digital de Antioquia para llevar educación a zonas apartadas.

C. Sostenibilidad financiera

Menos dependencia de transferencias: las IES departamentales dependen en promedio un 50% de transferencias públicas. Se propone que incrementen sus ingresos propios diversificando servicios de consultoría, investigación aplicada y proyectos con el sector privado.

Eficiencia administrativa y costeos: adoptar sistemas de costeo por actividades (ABC) para optimizar la carga docente y operativa.

Fondos concursables con incentivos: condicionar la asignación de recursos y becas públicas a que las IES presenten proyectos conjuntos (mínimo entre dos instituciones) y compartan laboratorios, docentes e infraestructura.

D. Equidad e inclusión

Cierre de brechas: fortalecer programas como «Jóvenes pa'lante», instaurar cuotas de inclusión territorial/poblacional y becas escalonadas por trayectorias formativas completas (de técnico a tecnólogo y a profesional).

Conectividad: Garantizar una agenda conjunta entre Gobernación y Nación para resolver la brecha digital y la falta de acceso a internet en los municipios no certificados.

Figura 9. Estructura de ingresos de las IES departamentales

La Misión propone incrementar los ingresos propios diversificando servicios de consultoría, investigación aplicada y proyectos con el sector privado.

Fuente: Misión de Apoyo a la Educación Terciaria de Antioquia. Promedio de las IES departamentales.

La Misión concluye que para resolver los problemas de pertinencia, inequidad y desarticulación no basta con inyectar más recursos presupuestales. Se requiere que la Gobernación de Antioquia ejerza un liderazgo articulador que transforme las estructuras internas de las IES, reduzca duplicidades, fortalezca la educación técnica/tecnológica y obligue a las instituciones públicas y privadas a actuar como un verdadero ecosistema colaborativo.

PARTE IV

El bien común como horizonte

Qué significa asumir la educación médica como un bien común, y qué implica esa decisión para la Facultad.

PARTE IV · EL BIEN COMÚN COMO HORIZONTE

Una decisión sobre el papel de lo público

Los factores de cambio descritos en las secciones anteriores claramente evidencian una naturaleza heterogénea. Un primer grupo, en el que se incluyen la explosión y obsolescencia del conocimiento, las limitaciones del aprendizaje pasivo, la transformación tecnológica disruptiva, es de naturaleza fundamentalmente pedagógica y curricular, y para este ya existen respuestas consolidadas tales como la educación basada en competencias, las Actividades Profesionales Confiables y el aprendizaje transformativo, descritos previamente. Un segundo grupo, sin embargo, es de naturaleza estructural y en especial distributiva: el desajuste entre la formación y las necesidades reales del sistema de salud —agudizado en Colombia por la limitación de acceso a la especialización—, los efectos del modelo formativo dominante sobre la salud mental y el bienestar de estudiantes y residentes, y las inequidades territoriales en el acceso a la formación y a la atención en salud. Frente a este segundo grupo de factores, un marco fundado exclusivamente en competencias resulta insuficiente, porque el problema no reside únicamente en qué se enseña o cómo se evalúa, sino en a quién beneficia el sistema formativo tal como está configurado y quién queda excluido de él, es decir, implica una discusión fundamentalmente social.

Es frente a este segundo grupo de desafíos donde el concepto de bien común aporta un elemento que complementa —sin sustituir— a la responsabilidad social médica de Boelen y Heck (1995), como ya se mencionó. Mientras la responsabilidad social médica orienta a la institución hacia las poblaciones desatendidas del entorno externo, el bien común, siguiendo el informe de la Comisión Internacional de la UNESCO sobre los Futuros de la Educación (2021), añade una dimensión interna: la manera en que se distribuyen el poder, el reconocimiento y las condiciones de bienestar dentro de la propia Facultad, entre estudiantes, profesores, egresados y personal administrativo. Esta dimensión interna es la que exige de manera directa el diagnóstico sobre jerarquías rígidas, cultura del sacrificio y salud mental de estudiantes y residentes descrito en la primera parte de este documento.

No obstante, vale la pena señalar que una apuesta por la idea del bien común no es la única respuesta técnicamente posible frente a los desafíos descritos: una unidad académica como la nuestra podría optar por un marco de gestión por competencias reforzado con políticas de bienestar como componente adicional, sin adoptar el bien común como categoría organizadora de toda la propuesta institucional. La elección que en este documento se

propone conlleva, por tanto, un componente de posicionamiento institucional sobre el papel de lo público en la educación superior en salud, coherente con la naturaleza pública de la Universidad de Antioquia y con su tradición, pero no derivado de manera unívoca y exclusivamente técnica del diagnóstico epidemiológico, tecnológico y social presentado. Asumir el bien común como horizonte de la Facultad es, en este sentido, tanto una conclusión del análisis como una decisión sobre la identidad institucional que se quiere sostener frente a las lógicas de mercado y de competencia individual que predominan en buena parte de la educación superior en salud contemporánea.

En esta propuesta, el bien común se entiende como el horizonte que orienta la acción de la Facultad de Medicina hacia la construcción colectiva de condiciones que permitan poner la excelencia académica, científica y asistencial al servicio de la sociedad. No se trata de un concepto estático ni de una definición cerrada, sino de un principio que articula el interés general, la justicia, la solidaridad, el reconocimiento, la participación y la responsabilidad pública de la institución. El bien común comprende, por tanto, tanto la contribución de la Facultad a las necesidades de salud de la sociedad como las condiciones de bienestar, dignidad y desarrollo de quienes hacen parte de su comunidad académica.

Asumir el bien común como principio orientador implica que las decisiones de la Facultad no pueden valorarse únicamente por su eficiencia, su rentabilidad, su productividad académica o su capacidad de adaptación a los cambios tecnológicos. Deben preguntarse también por su contribución al interés colectivo, por la manera como distribuyen oportunidades y beneficios, por su impacto sobre las comunidades y por su capacidad para fortalecer una institución pública comprometida con el conocimiento y con la sociedad. Desde esta perspectiva, la excelencia no se opone al bien común: es una de sus condiciones; y la ciencia, la formación, la innovación, la asistencia, la extensión y la gestión institucional adquieren sentido en la medida en que contribuyen a ese propósito común.

El bien común no significa renunciar a la excelencia, a la autonomía académica, a la investigación de frontera, a la innovación tecnológica ni a la búsqueda de sostenibilidad institucional. Tampoco significa desconocer la importancia de la eficiencia, de la gestión responsable de los recursos o de las relaciones con actores públicos y privados. El bien común no se opone a estos propósitos ni pretende sustituirlos; establece el criterio desde el cual deben ser orientados y evaluados. Una Facultad puede ser excelente, competitiva, innovadora y financieramente sostenible y, sin embargo, preguntarse siempre para qué y para quién utiliza esas capacidades.

Tampoco se entiende el bien común como una suma de intereses particulares ni como la defensa de los intereses de un estamento específico de la Facultad. No consiste en que todos reciban lo mismo, ni en convertir la institución en una estructura asistencialista, ni en sacrificar la calidad académica en nombre de la equidad. Supone, por el contrario, reconocer que la Universidad es una institución pública y que sus decisiones tienen consecuencias sobre una comunidad universitaria y sobre la sociedad. Por eso, el bien común exige equilibrar intereses legítimos, hacer explícitas las prioridades y procurar que las capacidades de la Facultad —su conocimiento, su formación, su investigación, sus servicios y sus recursos— produzcan un beneficio que trascienda los intereses individuales y contribuya al interés colectivo.

Teniendo en cuenta las anteriores reflexiones y el hecho de que el debate actual sobre la educación ha recuperado con fuerza la idea del bien común, no se toma este como una definición cerrada o un concepto estático, sino que se propone como una brújula para cuestionar el verdadero sentido de las instituciones educativas y el tipo de tejido social que estas ayudan a sostener.

Como ya se mencionó, esta inquietud se refleja con claridad en el informe de la Comisión Internacional de la UNESCO sobre los Futuros de la Educación, titulado Reimaginar juntos nuestros futuros: un nuevo contrato social para la educación (2021). El documento plantea el bien común como la piedra angular de un nuevo pacto educativo, y nos invita a dejar atrás esa visión que reduce la enseñanza a una simple inversión individual o a una plataforma de beneficio privado. En su lugar, propone asumirla como una construcción colectiva, amarrada a los lazos de interdependencia que sostienen la vida en sociedad.

Bajo esta mirada, la educación supera la lógica puramente económica. No es un mero instrumento para elevar la productividad o acumular capital humano; es, en esencia, una práctica social fundada en la cooperación, la solidaridad, el debate democrático y la responsabilidad compartida. Llevar el bien común a la práctica implica, por tanto, diseñar condiciones institucionales que abran la participación, cohesionen a la comunidad y promuevan formas de gobierno mucho más abiertas y participativas.

En el terreno de la educación superior, este enfoque transforma la idea misma de universidad. En un entorno que suele premiar la competencia extrema, el rendimiento métrico y el éxito individual, la perspectiva del bien común prioriza la creación colectiva de conocimiento y el compromiso social de las instituciones. Esto obliga a pensar en organizaciones que vivan la inclusión y el diálogo de saberes no como discursos, sino como realidades cotidianas en sus políticas, la toma de decisiones y el ejercicio del liderazgo.

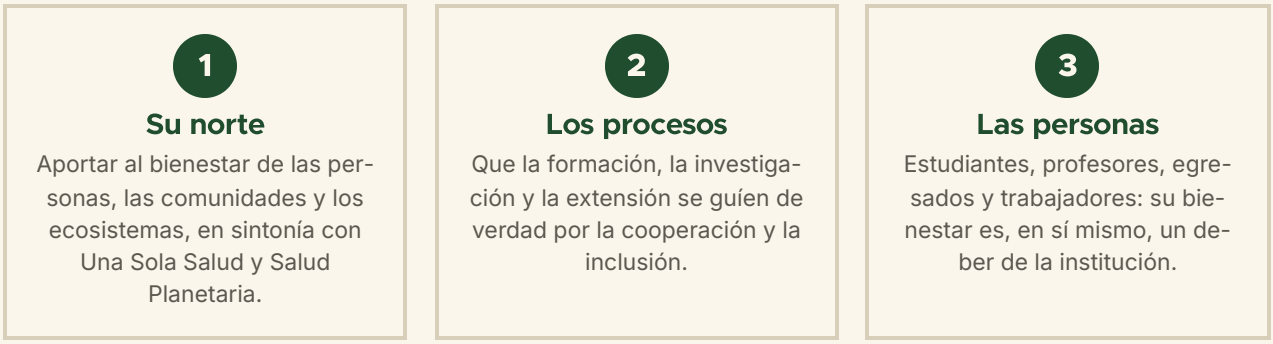
La Facultad como agente del bien común

Desde esta perspectiva, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia va mucho más allá de ser un centro de entrenamiento para profesionales de alta calificación técnica. Es una comunidad académica que tiene como propósito crear, transferir y aplicar el conocimiento para responder a las necesidades del entorno. Su verdadero desafío actual es consolidar una cultura interna donde la colaboración, la corresponsabilidad y el reconocimiento del otro dejen atrás las inercias del individualismo y la competencia.

Por su carácter público, la Facultad tiene el deber de servir a una sociedad plural y diversa. Esta tarea debe cumplirse al margen de posturas políticas, creencias religiosas, condiciones socioeconómicas, etnias o regiones de origen. Su papel no se agota en graduar profesionales idóneos; abarca también el desarrollo de capacidades colectivas para entender y resolver los problemas que golpean la salud y la vida de la gente.

Concebir la educación médica como un bien común entrelaza tres dimensiones clave. La primera es su norte: aportar al bienestar de las personas, las comunidades y los ecosistemas, en sintonía con los enfoques de Una Sola Salud y Salud Planetaria. La segunda pasa por los procesos: lograr que la formación, la investigación y la extensión se guíen de verdad por la cooperación y la inclusión. La tercera dimensión pone el foco en las personas: los estudiantes, profesores, egresados, trabajadores administrativos y demás miembros de la comunidad, cuyo bienestar es, en sí mismo, un deber de la institución.

Figura 10. Las tres dimensiones de la educación médica como bien común



Fuente: elaboración propia a partir del texto de esta propuesta.

El proyecto: la Facultad en procura del bien común

El presente proyecto tiene como telón de fondo el concepto de bien común y a la Universidad de Antioquia como una institución fundamental para nuestra sociedad. La Facultad de Medicina hace parte de este contexto y de esta manera asume, como institución educativa y científica pública, un papel preponderante para promover un mayor impacto social, académico y económico.

Este proyecto busca que la Facultad se mantenga como un agente para la construcción del bien común en nuestra sociedad y por tanto cumple una tarea esencial para que todos los ciudadanos tengan la posibilidad de acceder a procesos de formación en salud pertinentes y de alta calidad académica, a conocimientos en salud y biomedicina que afecten positivamente la calidad de vida, y a servicios asistenciales que den respuesta a las necesidades actuales y futuras de salud individual y colectiva con criterios de calidad y excelencia. A partir de estas líneas de acción, la Facultad de Medicina se orienta al interés general, priorizando la equidad, la salud pública y el desarrollo territorial, lo que permite consolidar a la facultad como un ecosistema que sirve al interés general y no solo a fines técnicos o meramente individuales.

Las acciones que se proponen desarrollar como parte de este proyecto deben propender por crear un contexto social que permita que cada persona que hace parte de la Facultad de Medicina tenga las condiciones necesarias para prosperar con base en valores que establecen un proceso relacional que promueve a su vez bienestar y florecimiento para todos y todas.

Las distintas iniciativas y acciones del presente proyecto se construirán a partir de los principios del bien común, que implican una participación incondicional de los distintos actores institucionales y sociales que tienen relación con nuestra facultad mediante un diálogo amplio, transparente y productivo. Se fundamenta sobre una realidad colectiva que permite una perspectiva más amplia y humanista. Tales iniciativas serán integradas al plan de acción de la Facultad de Medicina para el próximo trienio, de forma que además de ser programas o proyectos de nuestra unidad académica, se articulan con las estrategias y políticas institucionales. A continuación, se hacen explícitos algunos principios propios del bien común que son elementos fundamentales para asegurar la concepción y ejecución adecuada de este proyecto académico, que sobre todo implica un trabajo honesto y comprometido entre todos los miembros de nuestra comunidad académica:

Principios que orientan el proyecto

- **Justicia:** Esta constituye un principio esencial del bien común porque busca dar a cada uno de los que hacen parte de la Facultad, estudiantes, profesores, personal no docente, egresados, lo que le corresponde para su mejor desempeño mediante un trato equitativo.
- **Comunicación deliberativa:** Promover la idea del bien común para construir un proyecto de Facultad requiere de un proceso amplio de comunicación dialógica y deliberación abierta que permita superar los disensos y llegar a acuerdos entre los distintos actores, lo cual permite que todos y todas seamos responsables del direccionamiento de nuestra facultad.
- **Responsabilidad:** El bien común es un deber de todos los que constituimos esta comunidad, por tanto, cada individuo es responsable de cumplir con sus deberes y compromisos, y asumir las consecuencias de sus actos y decisiones, de esta manera se busca contribuir al interés general según las capacidades individuales.
- **Solidaridad:** El bien común nos hace parte de una comunidad que obliga a cuidarnos mutuamente, esto permite que la solidaridad actúe como un motor de cohesión social al interior de nuestra institución con el propósito de limitar el individualismo, fortalecer los vínculos afectivos y promover una convivencia más justa y equitativa.
- **Respeto:** Este implica aceptar y valorar las cualidades, derechos y dignidad de las personas, de los demás seres vivos y del ambiente; supone reconocer el valor de la enorme diversidad de nuestra comunidad y el respeto de las demás personas, de sus ideas, de sus sentimientos y de sus derechos.

- **Trabajo en equipo:** El proyecto de Facultad que tiene como directriz el bien común requiere de la unión organizada de personas con habilidades diversas que colaboran, se comunican y comparten responsabilidades para alcanzar metas comunes de manera eficiente.

Pilares estratégicos para un proyecto de Facultad

Los pilares estratégicos sobre los que se desarrolla este proyecto para la Facultad de Medicina en procura del bien común se alinean con los procesos misionales de la Universidad de Antioquia. En primer lugar, la formación de talento humano en salud mediante programas de pre y de posgrado. En segundo lugar, investigación, desarrollo e innovación a partir de un proceso de gestión del conocimiento que, además de su producción, permita su apropiación por los distintos actores sociales. En tercer lugar, prestación de servicios educativos y de salud a partir del liderazgo de la Facultad y en articulación con actores de los sistemas de salud y educación de la universidad, la región y el país. Por último, es importante que este proyecto se soporte mediante procesos administrativo y de planeación por parte de la facultad.

Figura 11. Modelo de Gestión: Facultad de Medicina en la procura del Bien Común para la sociedad

Fuente: elaboración propia.

La estructura se divide en cuatro pilares fundamentales que convergen para fortalecer el impacto social y académico de la institución. La alineación de estos pilares con los procesos misionales de la Universidad de Antioquia permite la transformación de la Facultad de Medicina en un ecosistema que sirve al interés general y no solo a fines técnicos o individuales, para lo cual es necesaria una visión integradora de la gestión del conocimiento como propósito fundamental de nuestra institución.

PARTE V

Cuatro pilares, quince proyectos

Formación, investigación, liderazgo y soporte institucional: qué se propone hacer, con qué objetivo y con qué actividades.

Pilar 1

Formación de talento humano en medicina y salud

El proceso formativo / educativo como aspecto clave de la apropiación del conocimiento constituye una esencia de la Universidad y de la Facultad de Medicina, por tanto, el concepto de bien común debe tener una presencia clara en cada una de las acciones que se desarrollen para la formación de estudiantes de pre y posgrado.

Las dimensiones fundamentales que son determinantes de los procesos de formación de pre y posgrado en nuestra facultad se evidencian a continuación:

- **Valores o principios éticos:** estos son los que definen y promueven el comportamiento de estudiantes, profesores y personal no docente en los entornos institucional y social.
- **Educación humanista con un profundo profesionalismo:** el objeto fundamental de la formación médica y en salud es el ser humano en sus múltiples dimensiones e interacciones con los demás seres vivos y el planeta, por lo tanto, la educación de nuestros profesionales debe implicar un proceso de excelencia académica, centrado en la persona, humanista, en un ambiente formativo y reflexivo y con compromiso de los actores sociales, políticos y académicos.
- **Experticia profesional:** existe una gran brecha entre lo que los currículos forman y lo que las realidades contemporáneas exigen, de manera que los profesionales egresan para diagnosticar y tratar enfermedades, pero con escasa capacidad para acompañar personas en toda su complejidad —social, emocional, espiritual, comunitaria, ambiental. La experticia médica actual 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.
- **Transformación pedagógica:** es necesario adecuar el proceso educativo y de evaluación a las cambiantes condiciones sociales y tecnológicas que están definiendo un nuevo contexto para la educación en todos sus niveles.
- **Fundamentación científica:** el conocimiento en los ámbitos biomédicos y de la salud debe ser un elemento clave para una educación médica y en salud sólida que además pueda ayudar a dar respuesta a las necesidades sociales.

- **Apropiación tecnológica para la salud:** se requiere la incorporación y apropiación de las tecnologías derivadas de las nuevas revoluciones industriales (informática, digital, cuántica) en los procesos formativos de pre y posgrado. La incorporación de IA generativa, telemedicina, analítica de datos, block-chain, IoT, tecnologías ómicas, entre otras, está transformando la atención y la educación médica y en salud, lo que fortalece los procesos de administración y auditoría de los servicios en salud mediante el manejo y analítica de grandes bases de datos.

A partir de las dimensiones anteriores y de las condiciones propias de nuestra unidad académica es posible considerar diversos aspectos que pueden favorecer la implementación de las iniciativas del pilar formativo como parte de este proyecto de facultad, tales como:

- Articulación con las políticas y propósitos del sistema de salud colombiano, de manera que la Facultad sea un participante activo y solidario con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población colombiana. Esto implica desarrollar una formación médica y en salud que promueva la conformación de equipos transdiciplinarios de atención en salud; en particular se requieren profesionales formados como médicos familiares, expertos en salud digital, tecnólogos en salud comunitaria, y, sobre todo, profesionales y técnicos para atender la grave situación de salud mental. Un resultado de este componente puede ser la creación de nuevos programas de pregrado y el aumento del número de estudiantes matriculados en especialidades médicas que den respuesta a las necesidades del sistema de salud y de la sociedad, sin embargo, esto solo se puede desarrollar a partir de una financiación estatal robusta y mediante el trabajo articulado con otras unidades académicas e instituciones de educación superior regionales y nacionales.
- Los programas de pregrado existentes y los nuevos que se desarrollen deben tener como prioridad la atención primaria en salud integral con enfoque territorial. Por tanto, es necesario promover la articulación de los procesos educativos con los niveles asistenciales de baja complejidad y con los entornos comunitarios, educativos y familiares, esto debe conducir a que se reduzca la dependencia de los escenarios asistenciales de alta complejidad en la educación médica de pregrado.
- **Implementación de la educación médica basada en evidencia.** Esta representa una transformación en la manera como las instituciones formadoras toman decisiones curriculares, implementan innovaciones pedagógicas y evalúan sus resultados; tales decisiones están basadas conocimiento generado por nuestra Facultad que permiten tener evidencias rigurosas, contextualizadas y analizadas críticamente.

- Consolidación de actividades que promuevan la reflexión sobre las relaciones entre los seres humanos y de estos con su entorno bajo el concepto de salud planetaria en los procesos educativos de pre y posgrado que desarrolla la Facultad. Se requieren profesionales capaces de pensar y actuar de manera colectiva, preventiva y territorial para responder a los impactos climáticos sobre la salud, a migraciones por causas ambientales y a las potenciales pandemias que se avizoran en el futuro próximo.
- Armonización curricular de las diferentes modalidades de los programas de posgrado para promover una respuesta adecuada a las necesidades científicas, asistenciales y sociales del país. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia asume la armonización curricular no como un mero trámite administrativo, sino como una transición conceptual profunda: el paso de la «competencia» a la «capacidad». Esta concepción holística reconoce que la capacidad es el conjunto de disposiciones, actitudes y aptitudes que se potencian en el ser humano, permitiéndole actuar de manera coherente en contextos reales y complejos. El bien común se erige aquí como el articulador que otorga sentido a la formación universitaria, en el marco del fortalecimiento de las relaciones interpersonales. Siguiendo los pilares de Jacques Delors, entendemos que «aprender a vivir juntos» es la base que permite al profesional de la salud trascender el individualismo técnico para integrarse en un propósito de relevancia social. Este modelo nos permite alejarnos definitivamente del tradicionalismo centrado en el docente y los contenidos fragmentados, para avanzar hacia un currículo flexible, interdisciplinario e integrador, donde la educación es un proceso integral a lo largo de la vida y el Bien Común es el horizonte de la justicia social.

- La evaluación debe consolidarse como un proceso articulador continuo que garantice decisiones formativas más confiables, legítimas y coherentes en los procesos de pregrado, posgrado y desarrollo profesional permanente, respondiendo a las necesidades reales de salud de la región y el país. Con relación a la evaluación de los aprendizajes de los estudiantes de pre y posgrado es pertinente avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación con resultados intermedios y finales, con el propósito de acompañar a los estudiantes en el logro de sus aprendizajes de manera oportuna durante su proceso formativo. Para los pregrados se necesita fortalecer la evaluación de competencias mediante ECOE (Evaluación clínica objetiva estructurada), ECE (Evaluación clínica estructurada) y EFINOEs (Evaluación de fundamentación objetiva estructurada), de manera articulada entre cursos y áreas de los semestres de los diferentes pregrados. Para el caso específico de los posgrados médico-quirúrgicos es fundamental la capacitación de los docentes para avanzar en la evaluación de actividades profesionales confiables (APC) o EPA, por su sigla en inglés (Entrustable Professional Activities). Finalmente, la evaluación de profesores debe articularse con la Vicerrectoría de docencia para actualizar los criterios de evaluación del desempeño docente, a la luz de los nuevos ambientes de aprendizaje y las nuevas tecnologías disponibles para incorporar a las estrategias didácticas en los cursos.
- Inclusión en los procesos formativos de contenidos teóricos y prácticos de los desarrollos tecnológicos más recientes, en particular los que se fundamentan en la telesalud, la analítica de datos y la inteligencia artificial. Mediante estos se pueden favorecer procesos educativos más personalizados, predictivos y contextualizados (educación médica de precisión), gracias a la articulación entre información académica, desempeño clínico y necesidades reales de formación a lo largo de trayectorias individuales de aprendizaje.
- **Transformación del proceso evaluativo de los procesos académicos.** Se requiere una evaluación que permita hacer un seguimiento más apropiado y certero desde la adquisición de conocimientos hacia el ejercicio clínico confiable en escenarios reales de atención. En este sentido, las Actividades Profesionales Confiables (APC/EPA) son una de las estrategias dirigidas a fortalecer la evaluación auténtica, la supervisión progresiva y la formación basada en desempeño en educación médica, las cuales puede ser integradas como parte del continuo formativo (ASCOFAME, 2026).

- La participación formal de estudiantes de pre y posgrado en procesos de investigación, desarrollo e innovación es fundamental para adquieran una visión acerca del enorme potencial que tienen para transformar las condiciones sociales a partir de su capacidad para producir conocimiento y usarlo con el propósito de promover innovaciones sociales y tecnológicas.
- Flexibilidad en los procesos formativos mediante la implementación de trayectorias o rutas de formación, las cuales se pueden convertir en el eje articulador del proceso formativo. Para esto se requieren rutas explícitas, desarrollo de troncos comunes, estrategias que integren academia y sistemas de salud y opciones diversas de titulación profesional, pero también de posgrado a nivel de especialización, maestría y doctorado (MD/PhD). Adicionalmente, esto puede permitir la formación de líderes con la capacidad para desarrollar procesos transformadores de la educación en salud que puedan responder a las necesidades de salud y equidad.
- La bioética como un elemento central para el diálogo y el debate acerca de los desafíos y dilemas éticos del sector salud, pero, además, se requiere de una reflexión ética acerca del papel que estudiantes y profesionales universitarios tienen sobre un desarrollo humano equitativo y los efectos que esto tiene sobre la salud planetaria.
- Consolidar el sistema de bienestar estudiantil mediante la estrategia de ambientes de aprendizaje saludables vinculados al mundo del trabajo lo que permite atender las situaciones de salud mental, agotamiento profesional, maltrato, riesgo psicosocial y deterioro de los entornos clínicos que están afectando estudiantes, docentes y profesionales de la salud. Además, es necesario ofrecer acompañamiento para la adaptación a la vida universitaria para los estudiantes.
- Mantener e incrementar los procesos de acreditación y reacreditación de alta calidad de los programas de pre y posgrado, pero además la posibilidad de que la facultad se acredite como unidad académica.

Proyectos derivados de este pilar

1.1 Consolidación de la bioética como eje de formación en la Facultad

Este proyecto integra la bioética como componente transversal de la formación de pregrado y posgrado, de forma que se pueda superar que se considere como asignatura aislada para anclarla a los escenarios clínicos reales donde se toman las decisiones que la bioética busca orientar.

OBJETIVO

Integrar la ética y la bioética como componentes transversales de la formación de los programas de pregrado y posgrado, superando su tratamiento como asignatura aislada para anclarla a los escenarios clínicos reales y de simulación clínica para que las decisiones que exige el ejercicio profesional obedezcan a principios éticos y bioéticos.

ACTIVIDADES CLAVE

- Consolidación del núcleo de ética y bioética con representación de pregrado y posgrado.
- Diseño de un módulo transversal para fortalecer la enseñanza de la ética y la bioética con estrategias apoyadas en escenarios clínicos reales y de simulación.
- Formación de docentes clínicos como facilitadores de discusión bioética en el sitio de práctica.
- Creación de la escuela de actores simulados que permitan consolidar actividades formativas en ética y la bioética.
- Indagación sobre la experiencia de aprendizaje en bioética de quienes participan como actores simulados.

Entregable: acuerdo del Consejo de facultad para la creación de la escuela de pacientes simulados.

Indicador de seguimiento: proporción de programas con módulo transversal de bioética implementado sobre el total (línea base por establecer); número de docentes clínicos formados como facilitadores.

Responsable: Escuela de Formación en Medicina y Salud, en articulación con el núcleo de bioética.

Horizonte: mediano plazo (1-3 años).

1.2 Evaluación de los aprendizajes según el enfoque de Resultados de Aprendizaje Esperados (RAE)

El proyecto migra de evaluaciones terminales aisladas a un sistema de evaluación por RAE con momentos intermedios y finales, liderado desde la comisión de didáctica y evaluación de la Escuela de Formación en Medicina y Salud.

OBJETIVO

Implementar un sistema de evaluación mediante Resultados de Aprendizaje Esperados con momentos intermedios y finales, que permita un modelo de evaluación para los programas de pregrado y posgrado de la Escuela de Formación en Medicina y Salud.

ACTIVIDADES CLAVE

- Inventario de los RAE actualmente definidos por programa y verificación de su alineación con las competencias declaradas en este documento.
- Capacitación docente en pedagogía y didáctica alrededor de las Actividades Profesionales Confiables (EPA) y otras estrategias de evaluación formativa.
- Desarrollo de un sistema de seguimiento de aprendizajes (Evaluación intermedia) y de logros finales (ECOE final).
- Elaboración de estrategias de evaluación de aprendizaje clínico ECE y basados en simulación (ECOE).
- Piloto de las nuevas estrategias de evaluación en al menos un programa de pregrado y uno de posgrado.
- Ajuste del sistema de información académica para registrar evaluación longitudinal, si aplica.

Entregable: Sistema de seguimiento de resultados de aprendizaje y de registro de actividades (bitácoras en pre y posgrado).

Indicador de seguimiento: número de programas con evaluación intermedia por RAE implementada; grado de concordancia entre evaluadores.

Responsable: Comisión de didáctica y evaluación de la Escuela de Formación en Medicina y Salud.

Horizonte: piloto en el corto plazo (<1 año); implementación completa en el mediano plazo (1-3 años).

1.3 Fortalecimiento de las actividades de bienestar con énfasis en salud mental

El proyecto amplía y hace más accesible el sistema de bienestar estudiantil y docente, priorizando la prevención y atención de salud mental, con un componente explícito de consulta directa a estudiantes y residentes sobre las condiciones que perciben como generadoras de sobrecarga.

OBJETIVO

Priorizar la prevención y atención de salud mental de estudiantes y profesores de la Facultad de Medicina, con un componente explícito de consulta directa a los distintos actores sobre las condiciones que afectan sus condiciones de salud y bienestar.

ACTIVIDADES CLAVE

- Levantamiento de línea base sobre burnout, ansiedad, depresión e ideación suicida en estudiantes y residentes, con un instrumento validado a definir con el equipo de Bienestar.
- Consulta directa con representantes estudiantiles y de residentes como insumo para priorizar acciones.
- Fortalecimiento, en el diplomado en pedagogía y didáctica, de los talleres en salud mental con estrategias virtuales e híbridas para promover la permanencia de los docentes.
- Desarrollo de festivales de saberes y talentos para promover el bienestar, la integración y fortalecimiento de redes de apoyo entre pares.
- Promoción de la investigación en el aula y la participación de docentes y estudiantes de las maestrías de la facultad para conocer y dar respuestas a los problemas de la facultad relacionados con la salud mental.
- Ampliación de la oferta de atención psicológica y psiquiátrica con tiempos de espera medibles.
- Revisión de cargas horarias y de los momentos evaluativos identificados como factores de riesgo en el diagnóstico.

Entregable: línea de investigación de la maestría de Educación en salud articulada a necesidades de facultad acerca de la salud mental.

Indicador de seguimiento: tiempo promedio de espera para primera atención en salud mental (línea base por establecer); número de estudiantes y residentes participantes en la consulta directa.

Responsable: Equipo de Bienestar Universitario / Facultad, en coordinación con la Escuela de Formación Médica y en Salud.

Horizonte: corto a mediano plazo; la consulta con estudiantes y residentes inicia en el corto plazo (<1 año).

Pilar 2

Investigación, desarrollo e innovación mediante un proceso de gestión del conocimiento

Como parte de la búsqueda de bien común que se considera para esta propuesta, los procesos de investigación, desarrollo e innovación que realiza la facultad deben tener como finalidad responder a las necesidades y desafíos que tiene la sociedad en los ámbitos de la salud, como un aporte para promover el bienestar de las comunidades locales, nacionales e incluso globales. Es importante anotar, como ya se mencionó, que el conocimiento es y debe seguir siendo el objeto fundamental de la universidad y de nuestra facultad, sin embargo, esto no significa que, en las circunstancias actuales, todos los estudiantes deben formarse como investigadores o liderar procesos de investigación o innovación. Nuestro proceso formativo ofrece opciones muy diversas que se pueden convertir en perfiles profesionales que son necesarios para nuestro sistema de salud. No obstante, los profesores son los actores centrales en el proceso de gestión del conocimiento, en cualquiera de sus componentes: producción, traslación, apropiación social e innovación.

Aunque no se pueden dejar de lado los potenciales impactos sociales o económicos de la gestión del conocimiento, la idea del bien común nos plantea examinar los procesos de creación de conocimiento y por eso algunos aspectos pasra tener en cuenta para este pilar son:

- Trabajo colaborativo inter y transdisciplinario en la Facultad y la Universidad, pero también interinstitucional con IPS, universidades, empresas y otro tipo de organizaciones sociales sin ánimo de lucro.
- Consolidación del modelo de medicina de traslación, pero sin dejar de lado las posibilidades de investigación clínica y biomédica fundamental, esto bajo el modelo de investigación básica/fundamental inspirada en el uso.
- Promoción del acceso abierto a los productos de investigación gracias a la consolidación de medios propios o compartidos para la divulgación de la actividad científica tales como la revista Iatreia, las plataformas digitales y del fondo editorial de la Facultad.
- Promover procesos de innovación tecnológica y social en articulación con las demás unidades académicas de la Universidad de Antioquia y con otras instituciones, tanto del sector público como privado.

Proyectos que se proponen para este pilar

2.1 Implementación de la política de CTI de la Facultad de Medicina

El proyecto pone en operación una política formal de Ciencia, Tecnología e Innovación que oriente las prioridades de investigación de la Facultad y las alinee con las necesidades de salud pública identificadas en el diagnóstico.

OBJETIVO

Implementar de manera gradual, participativa y sostenible la política de ciencia, tecnología e innovación de la Facultad de Medicina mediante la proyección financiera trienal, la ejecución coordinada de su plan de acción, la adopción de sus lineamientos por los actores y la evaluación sistemática de resultados.

ACTIVIDADES CLAVE

- Socialización de la política de CTI con todos los grupos de investigación. Socializar los lineamientos y acompañar su adopción por directivos, dependencias, grupos de investigación y estamentos.
- Ejecución del plan de acción y alineación de las líneas de investigación existentes con las prioridades de atención primaria, salud mental y salud planetaria descritas en el diagnóstico. Ejecutar el plan de acción mediante planes operativos anuales, gobernanza, responsables, gestión de recursos, asistencia técnica y repositorio de evidencias. Indicadores: cumplimiento físico y ejecución financiera anual.
- Proyección de presupuesto trienal de la política y definición de criterios de asignación de recursos internos de investigación conforme a la política. Proyectar y validar los recursos frescos y en especie requeridos para implementar la política durante tres años.
- Evaluación de la implementación de la política. Evaluar pertinencia, avance, eficiencia, adopción y resultados mediante línea base, tablero de indicadores, seguimiento semestral, evaluación intermedia y evaluación final.

Indicadores de seguimiento: porcentaje de grupos de investigación con líneas alineadas a las prioridades declaradas; número de reportes anuales presentados; porcentaje de acciones costeadas y porcentaje del presupuesto con fuente identificada.

Responsable: Instituto de Gestión del Conocimiento.

Horizonte: mediano plazo (1-3 años).

2.2 Estructuración de las unidades de negocio de base científica y tecnológica

El proyecto crea una estructura formal que permite transferir y comercializar desarrollos científicos y tecnológicos de la Facultad, como mecanismo adicional de sostenibilidad de la investigación.

OBJETIVO

Estructurar las unidades de negocio de base científica y tecnológica de la Facultad de Medicina mediante la priorización de oportunidades estratégicas, la formulación de modelos y planes de negocio, la definición de planes de desarrollo y financiación, y su formalización conforme a las directrices de la Universidad de Antioquia.

ACTIVIDADES CLAVE

- Inventario de desarrollos con potencial de transferencia (patentes, prototipos, software) generados hasta la fecha.
- Priorización de las unidades de negocio estratégicas para la Facultad mediante criterios técnicos, institucionales, comerciales, regulatorios y financieros.
- Elaboración para cada unidad priorizada el modelo y el plan de negocio, el plan de desarrollo y la estrategia de financiación.
- Gestión de la formalización de las unidades priorizadas de acuerdo con las figuras, procedimientos y decisiones de las instancias competentes de la Universidad.
- Piloto con uno o dos desarrollos ya maduros antes de escalar el modelo.

Indicador de seguimiento: número de desarrollos formalmente transferidos o licenciados; ingresos generados por transferencia (meta por definir con el área financiera).

Responsable: Instituto de Gestión del Conocimiento, en articulación con la División de Innovación de la Universidad de Antioquia.

Horizonte: largo plazo (3+ años), dada la complejidad jurídico-financiera de este tipo de estructuras.

Es importante reconocer que la creación de estas unidades de negocio introduce una lógica de mercado y de captación competitiva de recursos que puede generar tensión con el horizonte de bien común que orienta este proyecto de Facultad. Esta tensión no es necesariamente contradictoria si se garantiza que los excedentes generados se reinviertan de manera prioritaria en el interés colectivo de la Facultad —en particular en las líneas de investigación orientadas a las necesidades de salud pública descritas en el diagnóstico—, pero exige que el diseño del modelo jurídico y financiero de estas unidades incorpore, desde su formulación,

mecanismos explícitos de reinversión social y no solo de sostenibilidad financiera de la propia unidad.

2.3 Consolidación de una unidad para la formulación de proyectos de CTI y la gestión de recursos

El proyecto fortalece la capacidad institucional para formular y gestionar proyectos que capten recursos externos de CTI, nacionales e internacionales, en apoyo a los grupos de investigación de la Facultad.

OBJETIVO

Consolidar una unidad funcional de apoyo científico-técnico en la Facultad de Medicina para acompañar la formulación competitiva de proyectos de CTI y la gestión estratégica de recursos, en complementariedad con las dependencias institucionales responsables de oportunidades, avales, trámites, negociación y administración.

ACTIVIDADES CLAVE

- Diseño y formalización del modelo operativo, la gobernanza, el portafolio de servicios y las rutas de articulación de la unidad.
- Conformación y fortalecimiento de un equipo especializado, dotado de metodologías, herramientas y criterios de aseguramiento de la calidad para la formulación de proyectos de CTI.
- Mapeo de convocatorias nacionales e internacionales relevantes, incluyendo Minciencias y cooperación internacional.
- Acompañamiento a los profesores y grupos de investigación en la formulación de propuestas y presentación de propuestas competitivas, con una meta anual a definir con el Instituto de Gestión del Conocimiento.
- Evaluación de los resultados, sistematización de los aprendizajes y definición de la sostenibilidad técnica, operativa y financiera de la unidad.

Indicador de seguimiento: número de propuestas presentadas por año; tasa de aprobación de las propuestas presentadas.

Responsable: Instituto de Gestión del Conocimiento.

Horizonte: corto a mediano plazo (1-3 años).

2.4 Puesta en marcha de una estrategia de ciencia abierta

El proyecto consolida el acceso abierto a los productos de investigación de la Facultad, articulando los componentes ya identificados: bibliotecas de acceso abierto, producción y uso globales, estándares e interoperabilidad, cooperación y reciprocidad, control de calidad, cumplimiento y participación, preservación de la información, y divulgación mediante blogs académicos.

OBJETIVO

Implementar y evaluar la estrategia de ciencia abierta de la Facultad de Medicina mediante la adopción del Plan de Ciencia Abierta y del Plan de Gestión de Datos de Investigación, la integración con las capacidades institucionales y la aplicación verificable de prácticas de acceso, calidad, interoperabilidad, preservación, equidad, cooperación, comunicación y cumplimiento.

ACTIVIDADES CLAVE

- Armonización, adopción e implementación del Plan de Ciencia Abierta, su gobernanza y las reglas éticas, jurídicas y técnicas de apertura responsable.
- Implementación del acceso abierto y la preservación de publicaciones, datos, software, códigos, métodos, protocolos, recursos educativos y colecciones mediante las plataformas institucionales.
- Estandarización y aplicación del Plan de Gestión de Datos de Investigación, los principios FAIR, los metadatos, la interoperabilidad y los controles de calidad durante el ciclo de vida de los proyectos.
- Promoción de la producción, provisión y uso equitativos del conocimiento mediante cooperación, reciprocidad, participación y reconocimiento de contribuciones.
- Fortalecimiento de las capacidades, la comunicación, la adopción y la sostenibilidad mediante formación anual, blogs académicos, seguimiento, evaluación y mejora continua.

Indicador de seguimiento: porcentaje de la producción científica de la Facultad en acceso abierto; número de visitas o descargas al repositorio o a latreia.

Responsable: Instituto de Gestión del Conocimiento, en articulación con el fondo editorial y la dirección de latreia.

Horizonte: mediano plazo (1-3 años).

Pilar 3

Liderazgo y prestación de servicios

La Facultad de Medicina ha tenido un liderazgo importante no sólo como formadora de talento humano en salud, sino también como acompañante de los servicios asistenciales de muchas instituciones prestadoras de salud en todos los niveles de complejidad en Medellín, Antioquia y el resto del país. Por tanto, un proyecto institucional que tiene como propósito promover el bien común debe fortalecer este relacionamiento con los actores públicos y privados de los sistemas de educación y de salud, porque de una parte permite que la facultad siga teniendo un impacto positivo sobre el bienestar de diversas comunidades en todo el país y por otro, es esencial para mantener la calidad y los efectos positivos sobre la sociedad de los pilares de formación y de gestión del conocimiento que fueron descritos previamente.

Relacionamiento con actores clave

- Como ya se mencionó, el HAMA tiene una importancia capital para la Facultad de Medicina y por tanto, es fundamental una verdadera integración de la Facultad y la Universidad en los asuntos académicos, asistenciales y administrativos del Hospital. En esta línea de pensamiento se toman los siguientes temas estratégicos como fundamentales para este pilar:
- Reforma de los estatutos para devolver el control estratégico y académico a la UdeA.
- Terminar los contratos de tercerización de largo plazo que erosionaron la identidad institucional (laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, medicamentos).
- **Creación de dos coordinaciones:** administrativo-financiera y médico-científica.
- Diseño de un plan estratégico de 20 años que incluya indicadores de impacto medibles.
- Una iniciativa para lograr la integración de la Universidad con el HAMA podría ser la estrategia universitaria para la formación de profesionales garantes de los derechos fundamentales de los niños y las niñas. Las siguientes serían las condiciones de esta iniciativa:
- Escenario para la realización de prácticas académicas de los diferentes pregrados que tiene la Universidad de Antioquia.
- El proyecto articula capacidades institucionales alrededor de la promoción y garantía de derechos de los niños, las niñas y sus familias.

- Las prácticas académicas funcionen como plataforma para la generación de conocimiento, innovación y articulación progresiva de las funciones misionales de docencia, investigación y extensión.
- Consolidación de un escenario interdisciplinario de prácticas; incremento de estudiantes, programas y unidades académicas articuladas; generación de proyectos conjuntos de investigación, docencia y extensión; producción académica derivada; y construcción de métricas de incidencia de las intervenciones realizadas en los diferentes territorios y con los grupos poblacionales.
- Construcción de un ambiente educativo que funcione como centro vivo de formación profesional, con nodos enfocados en: salud integral infantil; derecho, protección y participación; formación de nuevas profesiones y oficios del cuidado; custodia de saberes tradicionales de crianza y cuidado; educación, política e incidencia.
- El HAMA se proyecta también como un escenario universitario de articulación e incidencia en políticas públicas de infancia, salud, educación, protección y cuidado.
- Además del vínculo con el HAMA la consolidación de este tercer pilar depende de que mantengan y consoliden las relaciones con otros hospitales de alta complejidad cercanos a la facultad, en particular el Hospital San Vicente Fundación y Hospital Pablo Tobón Uribe.
- Desarrollar acciones que mantengan y favorezcan el relacionamiento con las redes de salud públicas y privadas en el Valle de Aburrá y en las diferentes regiones del departamento de Antioquia.
- Proponer una política y estrategias que consoliden el proceso de educación a lo largo de la vida para públicos diversos (niños, niñas, jóvenes, estudiantes universitarios, profesionales, especialistas, egresados y comunidad en general) mediante la articulación con otras unidades académicas de la Universidad para que este proceso se convierta en un referente institucional de país.
- Consolidar, de manera articulada con el HAMA, al Laboratorio Integrado de Medicina Especializada (LIME) como un prestador de salud altamente especializado, a partir de una relación transparente y favorable con los distintos grupos de investigación o de servicios que desarrollan actividades asistenciales en nuestra facultad e incluso de otras unidades académicas de la Universidad.

- Mantener el Parque de la Vida como un referente de procesos educativos y de extensión solidaria para las comunidades de Medellín y Antioquia, a partir de un trabajo conjunto con las demás unidades académicas del área de la salud o incluso otras áreas de la universidad, así como también con la articulación con los responsables de las políticas públicas de salud en la ciudad, la región y el país.
- Consolidar el Museo de la Vida como un referente académico y cultural en el campo de la salud de Medellín y su Área Metropolitana.
- Involucrar a los egresados como actores clave en las actividades educativas, asistenciales y administrativas de la facultad.

Proyectos derivados de este pilar

3.1 Análisis estructurado de las dificultades en la disponibilidad de escenarios de práctica

El proyecto diagnostica de manera sistemática las causas de la insuficiencia de escenarios de práctica clínica y formula estrategias estructurales de mediano plazo, en lugar de soluciones puntuales año a año.

OBJETIVO

Plantear estrategias de fondo, en el mediano plazo, para responder a las dificultades en la disponibilidad de escenarios de práctica, a partir de un análisis estructurado de la situación actual en este aspecto.

ACTIVIDADES CLAVE

- Análisis y síntesis contrastada, con metodología participativa, de las problemáticas actuales que se presentan en relación con las prácticas de los programas de la Facultad de Medicina.
- Análisis y síntesis contrastada, con metodología participativa, de los diferentes actores que intervienen en los procesos de práctica de los programas de la Facultad de Medicina, con descripción de roles e identificación de dificultades en la interacción.
- Mapa o árbol de soluciones posibles, elaborado participativamente, a las diferentes problemáticas (factores y actores) encontradas en las primeras dos actividades.
- Identificación de los principales cuellos de botella en cupos, convenios vigentes y capacidad instalada en los hospitales aliados: Alma Máter, San Vicente Fundación y Pablo Tobón Uribe.
- Exploración de escenarios de baja complejidad y comunitarios como alternativa, en línea con la prioridad de atención primaria de este documento.

Entregable: Propuesta consensuada y sustentada técnicamente, con por lo menos un proyecto de solución de la problemática.

Indicador de seguimiento: número de cupos de práctica disponibles por programa y año (línea base por establecer); número de convenios docencia-servicio nuevos o ampliados.

Responsable: Escuela de Formación en Medicina y Salud / Dirección de Extensión, en articulación con las IPS aliadas.

Horizonte: diagnóstico en el corto plazo (<1 año); soluciones en el mediano plazo (1-3 años).

3.2 Adecuación de la oferta de educación a lo largo de la vida

El proyecto actualiza el portafolio de educación continua de la Facultad frente a las brechas tecnológicas y sociales identificadas en el diagnóstico, en particular inteligencia artificial, telesalud y salud planetaria.

OBJETIVO

Adecuar la oferta de educación a lo largo de la vida y de desarrollo profesional permanente a los nuevos desafíos sociales y tecnológicos del entorno.

ACTIVIDADES CLAVE

- Análisis e inventario de cambios tecnológicos o en protocolos clínicos, generados en los últimos cinco (5) años, que impliquen procesos de actualización para el Talento Humano en Salud.
- Análisis e inventario de temas críticos en la práctica médica o en escenarios clínicos y preclínicos, que demanden un reforzamiento de la formación y la actualización para el Talento Humano en Salud.
- Análisis e inventario de nuevos temas críticos y necesidades actuales desde el punto de vista del bienestar y los estilos de vida saludables para la comunidad en general.
- Diseño de un programa piloto de educación continua en IA aplicada a salud, apoyado en marcos ya publicados como referencia de partida en lugar de construir contenidos desde cero.
- Definición de modalidades flexibles, virtuales e híbridas, para ampliar el alcance territorial de la oferta.

Entregable: Plan de desarrollo de nuevas ofertas formativas, con vigencia de tres años, que contemple: a) ofertas de actualización para talento humano en salud por cambios tecnológicos o en protocolos de atención, b) formación en temas críticos de la atención en salud, y c) ofertas formativas orientadas el bienestar y la generación de estilos de vida saludables.

Indicador de seguimiento: número de nuevos programas de educación continua en temas emergentes; número de participantes fuera del Valle de Aburrá.

Responsable: Dirección de Extensión / Escuela de Formación en Medicina y Salud.

Horizonte: mediano plazo (1-3 años).

3.3 Diversificación de socios estratégicos y aliados

El proyecto amplía la base de aliados institucionales, sociales y empresariales que apoyan los proyectos misionales de la Facultad, priorizando alianzas que respondan a las brechas territoriales y de talento humano identificadas en el diagnóstico.

OBJETIVO

Mantener y promover la diversificación y la búsqueda de nuevos socios estratégicos y aliados (institucionales, sociales o empresariales) que favorezcan la realización de proyectos misionales de la Universidad, propendiendo por un relacionamiento más horizontal en la interacción que se genere entre la Facultad y los actores con que se articule.

ACTIVIDADES CLAVE

- Diseño de un sistema unificado que consolide el inventario de actores internos, externos y entidades aliadas con las que la Facultad de Medicina mantiene vínculos institucionales, facilitando el seguimiento y la trazabilidad de cada alianza. Dicho sistema debe ser dinámico para seguirse alimentando en el futuro.
- Identificación o mapeo del universo de actores o instituciones aliadas para comprender su naturaleza, capacidades y potencial de interacción con la Facultad de Medicina, estableciendo escalas de interés según el mayor valor e impacto que se identifique.
- Identificación de actores públicos y privados con los cuales no se haya tenido relación nunca o ésta no se haya reflejado en acciones conjuntas en los últimos cinco (5) años.
- Priorización de alianzas orientadas a fortalecer la atención primaria y la presencia en zonas rurales o desatendidas.
- Formalización de nuevos convenios estratégicos, con una meta anual a validar con la Decanatura.

Entregable: Presentación de por lo menos seis (6) propuestas para la venta de servicios y concreción de acciones conjuntas con aliados con los que no se haya tenido relación nunca o ésta no se haya renovado en los últimos cinco (5) años. Estas propuestas serán por iniciativa y para temas de interés que emergen desde la Facultad. No contarán las que se presenten a licitaciones o solicitudes de cotización.

Indicador de seguimiento: número de nuevas alianzas formalizadas y activas; número de alianzas orientadas a zonas rurales o desatendidas.

Responsable: Dirección de Extensión / Unidad de Relaciones Interinstitucionales / Decanatura.

Horizonte: proceso continuo, mediano a largo plazo.

Pilar 4

Soporte institucional

Los pilares antes descritos requieren de unas condiciones administrativas y de planeación que permitan que la Facultad mantenga un funcionamiento adecuado para su condición de institución referente en el país, pero en especial para lograr que sea posible desarrollar un modelo de bien común que trascienda de la Universidad a la sociedad.

Soporte Institucional: continuar en la construcción de una Facultad inteligente, integrada y sostenible. Se requiere "de unas condiciones administrativas y de planeación que permitan que la Facultad mantenga un funcionamiento adecuado para su condición de institución referente en el país, pero en especial para lograr que sea posible desarrollar un modelo de bien común que trascienda de la Universidad a la sociedad"

Algunas consideraciones importantes para considerar en el pilar de soporte institucional

- Implementar y consolidar la adecuación académico-administrativa de la Facultad.
- Mantener el soporte necesario para un funcionamiento adecuado de la unidad administrativa que permita asegurar que la Facultad tenga un desempeño adecuado en los siguientes componentes:
- Gestión financiera responsable y con sostenibilidad presupuestal para garantizar recursos.
- Ofrecer un sistema de bienestar para todo el personal docente y no docente de la Facultad.
- Gestión de riesgos que permita el cumplimiento normativo y transparencia administrativa.
- Consolidar el sistema de calidad de la Facultad para mantener la mejora continua y la gestión por procesos.
- Datos e infraestructura para la gestión de la información, analítica de datos y seguridad cibernética.
- Desarrollar un proceso de planeación que permita identificar potenciales desafíos educativos, científicos y asistenciales para la formación médica y en salud, así como proponer escenarios de futuro para la Facultad, por ejemplo, elaborar la Agenda 2026-2046 de la Facultad de Medicina.

Proyectos propuestos derivados de este pilar

4.1 Implementación de la adecuación académico-administrativa para la transformación organizacional

OBJETIVO

Implementar la nueva estructura organizacional de la Facultad de Medicina mediante un proceso gradual, participativo y basado en evidencia, que incluye la nueva gobernanza y el sistema integrado de calidad ya definidos como componentes de este pilar.

ACTIVIDADES CLAVE

- Socialización de la nueva estructura con todos los estamentos antes de su implementación.
- Implementación por fases, con hitos claros para cada una.
- Diseño de la nueva gobernanza —modelo operativo, simplificación y gestión por procesos— evitando convertir la Facultad en un modelo burocrático por procesos.
- Puesta en marcha del Sistema integrado de Calidad académica e institucional, que articule acreditación, autoevaluación y gestión de riesgos como práctica cotidiana.
- Evaluación de impacto de la nueva estructura a los 12 y 24 meses de implementada.

Indicador de seguimiento: porcentaje de fases completadas según cronograma; resultado de clima organizacional post-implementación frente a una medición inicial (línea base por establecer).

Responsable: Decanatura / Vicedecanatura / Unidad Administrativa / Equipo de Planeación como responsable de ejecución.

Horizonte: mediano plazo (1-3 años).

4.2 Modernización tecnológica mediante la migración a sistemas ERP avanzados para la eficiencia, seguridad, registro y control financiero de la Facultad de Medicina

La Facultad de Medicina requiere un sistema de información robusto que respalde sus políticas de orden, conciliación permanente y gestión consciente de los recursos. La modernización tecnológica no es un fin en sí mismo, sino una necesidad imperativa para mitigar los riesgos asociados a la fragmentación de la información contable. Al centralizar y automatizar estos procesos se asegura la integridad de los datos financieros, promoviendo una cultura de transparencia y eficiencia administrativa alineada con la excelencia institucional.

OBJETIVO

Modernizar la infraestructura tecnológica financiera mediante la migración a un sistema ERP avanzado para garantizar la seguridad, centralización y optimización de los procesos contables.

ACTIVIDADES CLAVE

- Evaluación de las limitaciones actuales del SIGEP frente a los requerimientos de SAP.
- Definición de los términos de referencia técnicos en caso de requerir una alternativa diferente a SAP.
- Depuración y conciliación de los saldos contables previos a la transferencia de información.
- Ejecución de la migración de bases de datos resguardando la trazabilidad histórica financiera.
- Diseño de manuales de usuario y protocolos de seguridad informática para el nuevo software.
- Capacitación del personal financiero en la operación del nuevo sistema contable.
- Seguimiento del funcionamiento de la nueva plataforma.

Indicador de seguimiento: número de tableros de analítica institucional en producción; porcentaje de los procesos priorizados que quedan digitalizados.

Responsable: Unidad Administrativa / Equipo de Planeación.

Horizonte: mediano a largo plazo (1-3+ años).

4.3 Implementación de un modelo de sostenibilidad institucional mediante la estructuración de un Fondo de Economía Solidaria para la permanencia estudiantil y la excelencia investigativa

La creación de un Fondo de Economía Solidaria dota a la Facultad de Medicina de un mecanismo consolidado para reinvertir parte de sus excedentes económicos de forma colectiva y transparente. Este modelo no solo blinda financieramente los programas de permanencia estudiantil (alimentación, transporte y manutención), sino que fomenta una cultura institucional basada en la reciprocidad y la equidad, potenciando simultáneamente la infraestructura compartida indispensable para la investigación.

OBJETIVO

Constituir un fondo de financiamiento alternativo y solidario mediante la reinversión colectiva de excedentes económicos y convenios externos para fortalecer el bienestar y la excelencia académica.

ACTIVIDADES CLAVE

- Definición del reglamento operativo que blindará la transparencia en el manejo del fondo.
- Elaboración de un plan de sostenibilidad financiera de mediano plazo, liderado por el área financiera de la Facultad.
- Creación de un proyecto administrativo exclusivo para el recaudo y uso de los fondos.
- Creación de un comité técnico calificado para evaluar la viabilidad de la reinversión.
- Adquisición de los equipos de laboratorios compartidos prioritarios según las necesidades de la Facultad.
- Publicación de reportes periódicos del impacto social generado mediante boletines institucionales.

Indicador de seguimiento: existencia y aprobación formal de un plan de sostenibilidad financiera, con fecha; número de espacios o equipos bajo esquema de uso compartido.

Responsable: Unidad Administrativa y Financiera de la Facultad.

Horizonte: largo plazo (3+ años).

4.4 Plan de optimización financiera mediante la recuperación de recursos de balance, articulación institucional y flexibilización operativa del gasto en la Facultad de Medicina

La recuperación de recursos de balance dentro de los márgenes normativos permitidos es una fuente de apalancamiento estratégico crucial para la Facultad. Este proyecto responde a la necesidad de construir canales de articulación directa con el nivel central para agilizar procesos institucionales complejos. Al flexibilizar los recursos de balance bajo un enfoque transparente y eficiente, se dota a la unidad de mayor autonomía y dinamismo en su gasto operativo, optimizando cada peso disponible.

OBJETIVO

Implementar estrategias de saneamiento integral y gobernanza financiera unificada para inyectar liquidez y descentralizar de forma eficiente la ejecución del gasto.

ACTIVIDADES CLAVE

- Auditaría de los estados financieros de periodos anteriores para consolidar el valor exacto.
- Análisis de las proyecciones financieras y los techos presupuestales para la incorporación.
- Desarrollo de mesas técnicas de trabajo periódicas con el equipo financiero central.
- Diseño de un protocolo conjunto de flujos de aprobación que reduzca los tiempos de trámite.
- Modelo de seguimiento para garantizar la transparencia de la gestión directa de los recursos.
- Seguimiento de los indicadores de ejecución presupuestal con respecto a los nuevos recursos obtenidos.

4.5 Planeación y prospectiva: agenda a diez años

El proyecto construye una visión de largo plazo para la Facultad, con vigilancia de tendencias, gestión integral de riesgos, participación deliberativa de la comunidad académica y mecanismos explícitos de rendición de cuentas.

ACTIVIDADES CLAVE

- Ejercicio formal de prospectiva con participación de estudiantes, docentes, egresados y actores del sistema de salud.
- Vigilancia de tendencias tecnológicas, epidemiológicas y regulatorias, con actualización periódica.
- Diseño de un esquema de gestión integral de riesgos asociado a los escenarios de futuro identificados.
- Definición de mecanismos concretos y periódicos de rendición de cuentas sobre el avance de la agenda.
- Desarrollo del componente «Cultura Organizacional para el Bien Común» como eje transversal, con actividades formativas dirigidas a todos los estamentos.

Indicador de seguimiento: fecha de publicación formal de la agenda a diez años; número de espacios de participación realizados para su construcción.

Responsable: Decanatura / Equipo de Planeación.

Horizonte: largo plazo (3+ años) para la agenda completa; corto plazo (<1 año) para iniciar el ejercicio participativo.

PARTE V · CUATRO PILARES, QUINCE PROYECTOS

Mapa de los quince proyectos

Horizonte declarado para cada proyecto en este documento. La propuesta no plantea ejecutarlos de forma simultánea, sino en secuencia.

PROYECTO	CORTO PLAZO menos de 1 año	MEDIANO PLAZO 1 a 3 años	LARGO PLAZO más de 3 años
Pilar 1 · Formación de talento humano			
1.1 Bioética como eje de formación		▬	
1.2 Evaluación por resultados de aprendizaje	▬	▬	
1.3 Bienestar con énfasis en salud mental	▬	▬	
Pilar 2 · Investigación, desarrollo e innovación			
2.1 Implementación de la política de CTI		▬	
2.2 Unidades de negocio científico-tecnológicas			▬
2.3 Unidad de formulación de proyectos de CTI	▬	▬	
2.4 Estrategia de ciencia abierta		▬	
Pilar 3 · Liderazgo y prestación de servicios			
3.1 Dificultades en escenarios de práctica	▬	▬	
3.2 Educación a lo largo de la vida		▬	
3.3 Diversificación de socios estratégicos		▬	▬
Pilar 4 · Soporte institucional			
4.1 Adecuación académico-administrativa		▬	
4.2 Modernización tecnológica y ERP		▬	▬
4.3 Fondo de Economía Solidaria			▬
4.4 Recuperación de recursos de balance *Horizonte no declarado en el documento*			
4.5 Agenda prospectiva a diez años	▬	▬	▬

PARTE VI

Agenda de implementación

Una secuencia de corto, mediano y largo plazo, con seguimiento periódico y rendición de cuentas.

PARTE VI · AGENDA DE IMPLEMENTACIÓN

Una secuencia, no un anuncio simultáneo

La implementación de este proyecto de Facultad debe desarrollarse de manera progresiva, articulada y evaluable, de acuerdo con las prioridades definidas, las capacidades institucionales existentes y los recursos disponibles. No se propone ejecutar simultáneamente todas las iniciativas, sino establecer una secuencia que permita concentrar esfuerzos, producir resultados verificables y ajustar las acciones a partir de la experiencia.

En una primera etapa, correspondiente al corto plazo, se priorizarán las acciones que permitan crear las condiciones institucionales para el desarrollo del proyecto. En esta etapa tendrán especial importancia la definición de responsables, la construcción de líneas base, la identificación de capacidades y recursos, la puesta en marcha de los proyectos que contemplan pilotos y el fortalecimiento de los mecanismos de participación, comunicación y seguimiento. Esta etapa deberá permitir que la Facultad pase de la formulación de propósitos a la ejecución de acciones concretas.

En una segunda etapa, correspondiente al mediano plazo, se consolidarán y ampliarán las iniciativas que hayan mostrado resultados favorables en su fase inicial. Los proyectos deberán articularse entre sí y con las políticas y estrategias de la Universidad de Antioquia, evitando que funcionen como acciones aisladas. En esta etapa será fundamental evaluar los avances mediante indicadores previamente definidos, identificar las dificultades encontradas y realizar los ajustes necesarios para garantizar la sostenibilidad académica, institucional y financiera de las iniciativas.

En una tercera etapa, correspondiente al largo plazo, se buscará consolidar las transformaciones que por su naturaleza requieren cambios institucionales, académicos, administrativos, tecnológicos o financieros de mayor alcance. Los resultados de las etapas anteriores deberán servir como fundamento para decidir qué iniciativas deben escalarse, cuáles requieren modificaciones y cuáles deben ser sustituidas por nuevas respuestas a las necesidades de la Facultad y de la sociedad.

La implementación deberá contar con un sistema de seguimiento periódico que permita conocer el cumplimiento de las metas, identificar oportunamente las dificultades y hacer públicos los avances. Los responsables de cada proyecto deberán presentar informes periódicos y los resultados deberán ser objeto de evaluación por las instancias

correspondientes de la Facultad. De esta manera, la ejecución del proyecto no se limitará al cumplimiento formal de actividades, sino que estará orientada por sus resultados y por su contribución a los propósitos generales de la Facultad.

La agenda de implementación tendrá como horizonte el periodo 2026-2029 y deberá mantener una relación permanente entre planeación, ejecución, evaluación y aprendizaje institucional. Su propósito último será garantizar que la procura del bien común no permanezca como una declaración de principios, sino que se traduzca progresivamente en decisiones, prácticas y resultados verificables de la Facultad.

Cierre

La transformación que requiere la Facultad de Medicina no puede reducirse a una reforma curricular, a la incorporación de nuevas tecnologías o a la modificación de sus estructuras administrativas. Los cambios que enfrenta la educación médica y en salud comprometen de manera simultánea la formación, la investigación, la prestación de servicios, la relación con la sociedad y las condiciones en las que estudiantes, profesores, egresados y trabajadores desarrollan su actividad.

Por ello, la propuesta parte de una decisión fundamental: asumir el bien común como horizonte de la Facultad. Esta decisión no implica renunciar a la excelencia académica y científica, a la autonomía universitaria, a la innovación, a la investigación de frontera ni a la sostenibilidad institucional. Implica, por el contrario, preguntarse permanentemente por el sentido de esas capacidades, por la manera en que se distribuyen sus beneficios y por su contribución al interés general.

La Facultad de Medicina tiene una responsabilidad particular por su carácter público, por su historia y por el lugar que ocupa en la Universidad de Antioquia y en el sistema de salud. Su transformación debe permitirle responder a las nuevas condiciones de la educación y de la salud sin perder aquello que constituye su razón de ser: formar profesionales de excelencia, producir conocimiento, contribuir a la solución de los problemas de salud y participar en la construcción de una sociedad más justa y saludable.

Los pilares y proyectos propuestos constituyen, en este sentido, medios para alcanzar un propósito mayor. Su valor no estará únicamente en la ejecución de cada iniciativa, sino en la capacidad de articularlas alrededor de una visión compartida de Facultad y de producir cambios que puedan ser reconocidos por la comunidad académica y por la sociedad.

El desafío de la próxima decanatura será, por tanto, convertir esta visión en una tarea colectiva. La procura del bien común no puede ser responsabilidad exclusiva de la administración de la Facultad: requiere la participación de profesores, estudiantes, residentes, egresados, trabajadores, directivos, instituciones de salud y actores sociales. Solo mediante esa construcción colectiva será posible que las transformaciones propuestas tengan legitimidad, continuidad y capacidad de producir efectos duraderos.

> **Así, el bien común deja de ser solo una meta lejana y se convierte en una forma de organizar la vida en la universidad y de vivir la misión de la medicina.**

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Durante la preparación de este documento se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para organizar información, comparar versiones, sintetizar fuentes, identificar inconsistencias y mejorar la redacción. Estas herramientas no fueron utilizadas como autoras ni como fuentes primarias. El autor revisó, contrastó y aprobó el contenido final, las referencias y los compromisos formulados, y conserva plena responsabilidad por su exactitud, integridad y pertinencia. El proceso se realizó bajo criterios de protección de datos, confidencialidad, supervisión humana y uso responsable, en concordancia con los Lineamientos y Recomendaciones para el Uso de la Inteligencia Artificial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Referencias bibliográficas

1. Agudelo-Botero M, González-Robledo L, Muñoz-Henao D, Pérez-Giraldo JA, Cataño-González E, Loaiza-Monsalve AM, et al. Las dos caras del currículo oculto: entre las experiencias positivas y negativas en la formación de residentes de medicina en la Universidad de Antioquia, Colombia. Iatreia. 2026;39(Supl 1):345-361.
2. Almutairi H, Alsubaiei A, Abduljawad S, Alshatti A, Fekih-Romdhane F, Husni M, et al. Prevalence of burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. J Int Med Res. 2022;50(9):03000605221106687.
3. Angus DC, Khera R, Lieu T, Liu V, Ahmad FS, Anderson B, et al. AI, health, and health care today and tomorrow: the JAMA Summit Report on artificial intelligence. JAMA. 2025;334(18):1650-1664.
4. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Reforma en salud y retos de la educación médica en Colombia [Internet]. Bogotá: ASCOFAME; 2024 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://ascofame.org.co/web/reforma-en-salud-y-retos-de-la-educacion-medica-en-colombia/
5. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. El futuro de la educación médica en la región andina: reflexiones y perspectivas desde el Encuentro Satélite IMELF-Medellín 2026. 1a ed. Bogotá: ASCOFAME; 2026. ISBN:978-958-8078-43-4.
6. Astbury H, Fortune E, Ponte CD, Lyons K, Shaw L. Generative artificial intelligence for teaching and assessment in health professions education: a scoping review. Nurse Educ Pract. 2026;91:104697. doi:10.1016/j.nepr.2025.104697.

7. Behmanesh D, Jalilian S, Heydarabadi AB, Ahmadi M, Khajeali N. The impact of hidden curriculum factors on professional adaptability. BMC Med Educ. 2025;25(1):186. doi:10.1186/s12909-024-06618-1.
8. Boedeker P, Schlingmann T, Kailin J, et al. Active versus passive learning in large-group sessions in medical school: a randomized cross-over trial investigating effects on learning and the feeling of learning. Med Sci Educ. 2025;35:459-467. doi:10.1007/s40670-024-02219-1.
9. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
10. Bragdon C, Siden R, Winget M, Harris SR, Carey R, Ko J, et al. Exploring implementation of interventions to facilitate integration in fragmented healthcare systems. Learn Health Syst. 2025;9(3):e10483. doi:10.1002/lrh2.10483.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
12. Cecconi M, Greco M, Shickel B, et al. Implementing artificial intelligence in critical care medicine: a consensus of 22. Crit Care. 2025;29:290. doi:10.1186/s13054-025-05532-2.
13. Colombia. Congreso de la República. Ley 1917 de 2018, por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia [Internet]. Bogotá: Congreso de la República; 2018 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87441
14. Cotobal Rodeles S, Martín Sánchez FJ, Martínez-Sellés M. Physician and medical student burnout: a narrative literature review of challenges, strategies, and a call to action. J Clin Med. 2025;14(7):2263. doi:10.3390/jcm14072263.
15. Dlamini Z, Miya TV, Hull R, Molefi T, Khanyile R, Ferreira de Vasconcellos J. Society 5.0: realizing next-generation healthcare. In: Dlamini Z, editor. Society 5.0 and next generation healthcare. Cham: Springer; 2023. p. 1-30.
16. Domínguez-Torres LC, Quintero-Hernández GA, Sanabria-Quiroga ÁE, Vásquez-Marín P, Ortiz-Monsalve LC, Rincón-Salazar M. Diez apuestas para la educación médica en Colombia en 2030. Medicina (B Aires). 2025;47(3):462-473. doi:10.56050/RM-47-3-19.
17. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2008;149(5):334-341.
18. Dyrbye LN, Shanafelt TD. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016;50(1):132-149.
19. Edwards HL, Pope LM, Park S, Allan R, Cullen J, Lindley R, et al. Entrustable professional activities: the missing piece of the assessment jigsaw for UK undergraduate medical education? Is general practice the perfect place to start? Educ Prim Care. 2025;36(6):260-264. doi:10.1080/14739879.2025.2521133.
20. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
21. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2019;55:36-42.
22. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 physician competency framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
23. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(23):8410-8415.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923-1958.
25. Frenk J, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Educ Med. 2015;16(1):9-16.
26. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. Global consensus for social accountability of medical schools [Internet]. 2010 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: http://healthsocialaccountability.org
27. Gonzalo JD, Dekhtyar M, Starr SR, Borkan J, Brunett P, Fancher T, et al. Health systems science curricula in undergraduate medical education: identifying and defining a potential curricular framework. Acad Med. 2017;92(1):123-131.
28. Green S, Labine N, Luo OD, Vipond J, Moloo H, Bouka A, Thoma B. Planetary health in CanMEDS 2025. Can Med Educ J. 2023;14(1):46-49.
29. Gulis G, Zidkova R, Meier Z. Changes in disease burden and epidemiological transitions. Sci Rep. 2025;15:8961. doi:10.1038/s41598-025-94050-w.
30. Hewis J. A salutogenic approach: changing the paradigm. J Med Imaging Radiat Sci. 2023;54(Suppl 1):S17-S21.
31. Horton R. A new epoch for health professionals' education. Lancet. 2010;376(9756):1875-1877.

32. Interprofessional Education Collaborative. IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice: version 3 [Internet]. Washington: IPEC; 2023 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://www.ipecollaborative.org

33. Johansson E, Pétursson H, Månsson J, Ellegård LM, Kjellsson G. Continuity in a fragmented healthcare system: organizational and individual determinants. Scand J Prim Health Care. 2026;44(1):2690608. doi:10.1080/02813432.2025.2587544.

34. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2011.

35. Kész A, Balatoni I. Globalization in the healthcare industry: drivers, risks, and adaptation. Healthcare (Basel). 2026;14(9):1177. doi:10.3390/healthcare14091177.

36. Lancet Commission on the Education of Health Professionals for the 21st Century. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. Lancet. 2022;400(10362):1539-1556.

37. Lancet Countdown. Tracking progress on health and climate change [Internet]. London: Lancet Countdown; 2025 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://www.lancetcountdown.org

38. Maldonado CE, Cárdenas-López H. Educación médica y ciencias de la complejidad: una oportunidad. Medicina (B Aires). 2025;47(3):425-432.

39. Martínez Pérez JA, Macaya C. La formación de los médicos: un continuo inseparable. Educ Med. 2015;16(1):43-49.

40. Masters K. Artificial intelligence in medical education. Med Teach. 2019;41(9):976-980.

41. Mehta N, Mehta S, Rubenstein A, Wood SK. Not replaced, but reinvented: AI education pathways to prepare future physicians to lead healthcare transformation. Perspect Med Educ. 2025;14(1):849-859.

42. Mesko B, deBronkart D, Dhunnoo P, Arvai N, Katonai G, Riggare S. The evolution of patient empowerment and its impact on health care's future. J Med Internet Res. 2025;27:e60562.

43. Miles A, Asbridge JE, Caballero F. Towards a person-centered medical education: challenges and imperatives (I). Educ Med. 2015;16(1):25-33.

44. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editors. The handbook of salutogenesis. Cham: Springer; 2017. doi:10.1007/978-3-319-04600-6.

45. Muñoz-Henao D, Zuluaga-Jimé- nez JE, Cataño-González E, Gallardo-Hincapié MY, Pérez-Giraldo JA, Loaiza-Monsalve AM, et al. De la influencia a la apropiación: construcción del yo profesional entre tensiones, vínculos y afectos. Currículo oculto desde la perspectiva de los residentes. Iatreia. 2026;39(Supl 1):362-381.

46. Narvaez Rojas C, Alomia Peñafiel GA, Loaiza Buitrago DF, Tavera Romero CA. Society 5.0: a Japanese concept for a superintelligent society. Sustainability. 2021;13(12):6567.

47. Northway J, Patula E, Morgan K, Hoque F. Simulation in medical education: history, applications, and effectiveness. WMJ. 2026;125(1):99-104.

48. Organisation for Economic Co-operation and Development. The future of education and skills: education 2030. Paris: OECD Publishing; 2019.

49. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q. 2005;83(4):731-757. Reimpresión del artículo original de 1971.

50. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La educación de profesionales de la salud y los desafíos de los sistemas sanitarios en América Latina. Washington: OPS; 2021.

51. Parada-Baños AJ. Educación interprofesional en salud: fundamentos, avances y tensiones para su implementación en América Latina. Medicina (B Aires). 2025;47(3):366-375.

52. Peña RA. Un marco de vigilancia y adaptación tecnológica [Internet]. Aipocrates; 2026 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://aipocrates.blog/2026/04/19/transformacion-exponencial-de-la-educacion-y-la-salud/

53. Pham TD, Karunaratne N, Exintaris B, Liu D, Lay T, Yuriev E, Lim A. The impact of generative AI on health professional education: a systematic review in the context of student learning. Med Educ. 2025;59(12):1280-1289.

54. Philibert I. Evolution and application of the competencies and educational milestones in physician graduate education in the United States. Educ Med. 2015;16(1):17-24.

55. Piest JPS, Masuda Y, Nakamura O. Healthcare under Society 5.0: a systematic literature review of applications and case studies. In: Chen YW, Tanaka S, Howlett RJ, Jain LC, editors. Innovation in medicine and healthcare: proceedings of KES-InMed 2023. Singapore: Springer; 2023. p. 77-87.

56. Planetary Health Alliance. Planetary health education framework [Internet]. Boston: Planetary Health Alliance; 2021 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://www.planetaryhealthalliance.org/education-framework

57. Rodríguez-Morales AJ, González-Colonia CJ, Gutiérrez-Segura JC, Ramírez-Vallejo E, Lagos-Grisales GJ. A new era for medical education in Colombia. Lancet. 2018;391(10117):201.

58. Ruiz de Gauna P, González Moro V, Morán-Barrios J. Diez claves pedagógicas para promover buenas prácticas en la formación médica basada en competencias en el grado y en la especialización. Educ Med. 2015;16(1):34-42.

59. Sánchez-Mendiola M. La informática biomédica y la educación de los médicos: un dilema no resuelto. Educ Med. 2015;16(1):93-99.

60. Ser GTZ, Teng ZS, Yusni YZ, et al. A scoping review on medical students' international migration: trends, determinants, and implications for global health workforce planning. Hum Resour Health. 2025;23:67. doi:10.1186/s12960-025-01027-x.

61. Skochelak SE, Lomis KD, Andrews JS, Hammoud MM, Mejicano GC, Byerley J. 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. Med Teach. 2021;43(Suppl 2):S1-S6.

62. Tavares MC, Azevedo G, Marques RP. The challenges and opportunities of Era 5.0 for a more humanistic and sustainable society: a literature review. Societies. 2022;12(6):149.

63. Telukdarie A, Munsamy M, Gamede N. An overview of the theoretical approaches to transforming healthcare in Society 5.0. In: Telukdarie A, editor. Society 5.0. Cham: Springer; 2026. p. 269-281.

64. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005;39(12):1176-1177.

65. ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Med Teach. 2015;37(11):983-1002.

66. Topol E. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books; 2019.

67. Tuppad A, Patil SD. Super-smart healthcare system in Society 5.0. In: Srinivasa KG, Siddesh GM, Manisekhar SR, editors. Society 5.0: smart future towards enhancing the quality of society. Singapore: Springer; 2022. p. 209-227.

68. UNESCO. Reimagining our futures together: a new social contract for education. Paris: UNESCO; 2021.

69. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Driessen EW, Dijkstra J, Tigelaar D, Baartman LKJ, et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. Med Teach. 2012;34(3):205-214.

70. World Federation for Medical Education. WFME global standards for quality improvement: basic medical education [Internet]. Ferney-Voltaire: WFME; 2020 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://wfme.org/publications/wfme-global-standards-for-quality-improvement-bme/

71. World Federation for Medical Education. WFME global standards for quality improvement: postgraduate medical education [Internet]. Ferney-Voltaire: WFME; 2023 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://wfme.org/publications/

72. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines 2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 2026 ago 26]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/93635

73. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.

74. Yepes-Delgado CE, Pérez-Giraldo JA, Muñoz-Henao D, Gallardo-Hincapié MY, Loaiza-Monsalve AM, Zuluaga-Jiménez JE, et al. Exigencia académica con respeto, jerarquía por reconocimiento del saber y competitividad con uno mismo: esenciales en la formación médica empática. Currículo oculto desde la perspectiva de los profesores. Iatreia. 2026;39(Supl 1):382-403.