

JORNADA DE OTOÑO DE EDUCACIÓN MÉDICA
21 NOVIEMBRE 2025
RESUMEN DE LAS MESAS DE TRABAJO

Mesa 1. Extender y profundizar la metodología docente activa en todas las facultades.
Moderadora: Beatriz Gal Iglesias.

1. Retos principales identificados.

A. Resistencia al cambio del profesorado.

1. Parte del profesorado percibe inseguridad ante el uso de metodologías activas.
2. Persiste la creencia de que, *si el profesor no explica todo el contenido, los estudiantes no aprenderán.*
3. Esta percepción dificulta la transición hacia modelos más participativos.

B. Resistencia al cambio del estudiantado. Los estudiantes también muestran reticencias, principalmente por dos motivos:

1. Están acostumbrados a modelos tradicionales donde el profesor transmite la materia y el esfuerzo requerido es menor.
2. Carecen de formación previa sobre cómo trabajar con metodologías activas.

C. Falta de tiempo y carga asistencial.

1. El profesorado, especialmente en entornos clínicos, carece de tiempo para formarse y aplicar metodologías activas.
2. La presión asistencial limita la capacidad de planificar y desarrollar actividades docentes innovadoras.

D. La inteligencia artificial como reto emergente.

1. La IA genera incertidumbre en cuanto a su uso ético y formativo.
2. Supone un desafío para la evaluación del aprendizaje y la originalidad del trabajo del estudiante.

2. Oportunidades y fortalezas para impulsar metodologías activas.

A. Experiencias previas exitosas.

1. Existen asignaturas que funcionan íntegramente con metodologías activas, como *Medicina Integrada I, II y III* en el CEU mediante TBL (Team-Based Learning). Estas experiencias pueden servir como referencia y modelo replicable.

B. Modernización curricular.

1. Rediseñar los planes de estudio ofrece la oportunidad de integrar metodologías activas desde la planificación estructural.

C. Mayor integración entre profesores básicos y clínicos.

1. Se propone aumentar la participación bidireccional entre ambos: los básicos en cursos clínicos y los clínicos en cursos básicos. Esto favorece la coherencia curricular y el aprendizaje integrado.

D. Desarrollo y formación docente.

1. Impulso a la capacitación del profesorado en metodologías activas y nuevas tecnologías.
 - E. **Expansión del uso de tecnologías educativas.**
 1. Integrar herramientas digitales de apoyo al aprendizaje activo, simulación y evaluación.
 - F. **Potenciación de la simulación clínica.**
 1. La simulación se identifica como un pilar clave para la docencia activa y la adquisición de competencias clínicas.
3. **Propuestas y soluciones para aumentar la docencia con metodologías activas**
- A. **Introducir metodologías activas desde primer curso.**
 1. Formar al estudiantado desde el inicio evita resistencias posteriores y normaliza el aprendizaje activo.
 - B. **Integrar contenidos teóricos en las prácticas.**
 1. Trasladar parte de la teoría a sesiones prácticas estructuradas.
 2. Propuesta: convertir ciertas prácticas en mini-ECOEs básicas para favorecer habilidades clínicas templadas y evaluables.
 - C. **Reconocer tiempo docente en las rotaciones clínicas.**
 1. Reducir la carga asistencial del profesorado clínico para permitir una docencia real y activa.
 2. Actualmente los estudiantes en prácticas observan más que hacen; liberar tiempo permitiría planificar sesiones donde *el estudiante haga lo que el médico hace*.
 - D. **Crear espacios de convergencia entre profesorado básico y clínico.**
 1. Fomentar proyectos compartidos y espacios físicos comunes de trabajo. Ejemplo: ampliación del campus La Paz asociado a la UAM como modelo para facilitar esta integración.
 - E. **Integrar la IA de manera formativa.**
 1. Ofrecer formación al profesorado sobre buen uso de IA.
 2. Establecer que la primera clase de cada asignatura incluya cómo utilizar la IA específicamente para esa materia.
 3. En metodologías activas, los estudiantes deberían usar IA como herramienta para:
 1. fomentar el pensamiento crítico,
 2. apoyar la resolución de problemas,
 3. y realizar lectura crítica de artículos.

Mesa 2. Formación en competencias clínicas y evaluación objetiva del aprendizaje. Moderadora: Leire Arbea Moreno.

1. **Retos identificados.** Durante la discusión, el grupo identificó una serie de barreras relevantes que dificultan el despliegue pleno de una formación clínica basada en competencias y en sistemas objetivos de evaluación:
 1. **Relacionados con el profesorado.**
 1. Necesidad de más formación docente, especialmente en evaluación objetiva, mini-CEX, observación directa y feedback.
 2. Falta de reconocimiento institucional del rol del docente clínico.
 3. Metodologías docentes inexistente o muy variables entre servicios, sin criterios compartidos.
 2. **Relacionados con la cultura educativa.**
 1. Cultura insuficiente de feedback estructurado como parte natural del aprendizaje.
 2. Poca práctica de “aprender del error”, tanto por parte del estudiante como del profesor.
 3. Necesidad de mayor honestidad educativa y coherencia entre lo que se enseña y lo que se evalúa.
 3. **Relacionados con estudiantes.**
 1. Baja proactividad del alumno en prácticas y escenarios clínicos.
 2. Falta de confianza y seguridad para participar de manera activa.
 3. Niveles variables de autonomía.
 4. **Relacionados con la organización.**
 1. Falta de coordinación y comunicación entre servicios y tutores.
 2. Necesidad de homogeneizar criterios, objetivos y herramientas de evaluación.
 3. Escasez de información clara sobre qué se espera del estudiante en cada rotación.
2. **Oportunidades identificadas.** El grupo detectó elementos valiosos ya presentes en la facultad y los servicios, que pueden actuar como palancas de mejora:
 1. **Entorno clínico y organizativo.**
 1. Las rotaciones clínicas son variadas, y numerosas y ofrecen tiempo real y oportunidades frecuentes para observar competencias.
 2. Disponibilidad de pacientes reales durante las rotaciones como fuente de aprendizaje, de quienes se puede aprender mucho si hay proactividad del estudiante
 2. **Herramientas ya existentes.**
 1. Mini-CEX o similares: se usa poco, pero se percibe MUY bueno ya que permite feedback inmediato.
 2. Presencia de simulación clínica, recurso útil para estandarizar y entrenar habilidades. ¿Por qué no se usa más y se integra en el aprendizaje durante las rotaciones clínicas?
 3. **Roles docentes emergentes.**
 1. Figuras de tutor de docencia motivados y con predisposición positiva hacia metodologías activas.
 2. Peer-teaching, con estudiantes de cursos avanzados colaborando en formación práctica.
3. **Soluciones y propuestas de mejora.** De las distintas ideas surgidas, el grupo priorizó las siguientes líneas de acción:

- 1. Homogeneización organizativa y metodológica.**
 1. Crear un marco común de prácticas clínicas, con objetivos claros y metodologías eficaces y sencillas aplicables.
 2. Elaborar plantillas sencillas para feedback, observación directa y evaluación.
 3. Establecer un proceso de bienvenida estructurado para cada rotación, donde se expliquen expectativas y criterios de evaluación.
- 2. Refuerzo del peer-teaching.**
 1. Consolidar un grupo de alumnos docentes (GAD) en cada Facultad que colabore en prácticas clínicas y simulación.
 2. Seleccionar 3–4 competencias clave para que los alumnos de cursos superiores enseñen y refuercen en los más jóvenes.
- 3. Simulación como soporte.** Organizar una semana de simulación previa al inicio de las rotaciones:
 1. habilidades clínicas básicas,
 2. comunicación,
 3. razonamiento clínico inicial.
- 4. Prioridades seleccionadas por el grupo.**
 1. Homogeneización de metodología para el aprendizaje durante las rotaciones: hoja de bienvenida, y herramientas basadas en feedback (miniCEX, feedback sheet, otros...).
 2. Impulso del peer-teaching: aprovechar a estudiantes de cursos superiores con vocación docente para estructurar iniciativas en las que los alumnos enseñen competencias clínicas (por ejemplo en entorno simulado) a estudiantes más pequeños.
- 5. Comentarios finales.**
 1. El grupo coincidió en que sin feedback frecuente no puede haber aprendizaje competencial real.
 2. Se subrayó la necesidad de dar soporte y reconocimiento al docente clínico para garantizar la sostenibilidad de los cambios.
 3. Existe un fuerte consenso en que estas mejoras son factibles si se empieza con pilotos pequeños y bien acompañados.

Mesa 3. Desplegar unidades de educación médica. Moderadora: Eva Fairén Jiménez.

1. Desafíos principales de las Unidades de Educación Médica (UEM).

1. Resistencia al cambio por parte del profesorado.
2. Limitados recursos humanos y financieros.
3. Falta de tiempo.
4. Falta de formación formal en educación médica.
5. Coordinar la evaluación.
6. Falta de profesorado a tiempo completo.
7. Falta de reconocimiento de UEM.

2. Oportunidades para las UEM.

1. Liderar la modernización curricular.
2. Fortalecer el desarrollo docente.
3. Expandir el uso de tecnologías educativas.
4. Consolidarse como referentes en evaluación.
5. Impulsar la cultura de calidad académica.
6. Investigación en educación médica.
7. Potenciar la simulación clínica.
8. Apoyo al estudiantado.

3. Soluciones o mejoras para las UEM.

1. Fortalecimiento del equipo y estructura: funciones claras, jerarquía formal, dependencia funcional, dotación de personal especializado en educación médica, evaluación, simulación y tecnología.
2. Programas de formación en EM.
3. Coordinar la evaluación tendiendo a evaluación programática.
4. Fortalecer la simulación.
5. Fortalecimiento del aseguramiento de la calidad: procesos internos y externos.
6. Creación de grupo propio de investigación y colaboración con proyectos externos.

Mesa 4. Optimizar los recursos y las técnicas educativas en el marco de la formación clínica.
Moderador: Juan Ramón Lacalle Remigio.

1. Retos.

1. Asistimos a un rapidísimo proceso de transformación digital, que afecta tanto a la asistencia sanitaria como a la formación de los profesionales sanitarios.
2. Además, la tecnología sanitaria continúa incorporando nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que obliga a que los programas docentes tengan que actualizarse de acuerdo con esos cambios.
3. La tecnología se está convirtiendo en una barrera en el encuentro entre el profesional y el paciente.
4. La multidisciplinariedad de la asistencia sanitaria demanda que los futuros médicos sean capaces de desarrollar un perfil donde se combinen los aspectos clínicos con los tecnológicos (particularmente los del ámbito digital).
5. En mayor o menor medida, muchos de los docentes actuales no tienen la formación suficiente para educar a sus estudiantes en los cambios de la transformación digital. Se necesitan más acciones para la formación de formadores.

2. Oportunidades y fortalezas.

1. Además de reto, la transformación digital es también una oportunidad para impulsar la innovación docente, porque abre el abanico de posibilidades para la educación médica.
2. El impulso que se quiere dar a las unidades de educación médica puede ser una oportunidad para que se dinamicen los “ecosistemas” educativos en nuestras facultades de Medicina.
3. Los programas de movilidad internacional, tanto presencial (Erasmus) como online (cursos COILs) favorecen el contacto de los estudiantes y profesores con las formas de enseñanza en sistemas universitarios distintos al español.

3. Soluciones o ideas de mejora.

1. Es posible incorporar las competencias digitales a los planes de estudios sin tener que cambiar los planes de estudio. Pero para ello se puede contar con algunos catálogos de competencias digitales. Además, hay que adoptar estrategias docentes con las que estas competencias, especialmente las relacionadas con la Inteligencia Artificial, se incluyan dentro de los programas existentes.
2. En este sentido, estructuras como las Unidades de Educación Médica dentro de las universidades pueden ser potenciadores de la transformación digital, fomentando la innovación en educación médica.
3. Los procedimientos de evaluación de competencias clínicas (ECOe, miniCEX, etc) se pueden aplicar de más cursos de la formación médica, en vez de restringir su uso solamente al último curso.
4. El refuerzo de los referentes clínicos, tanto en la formación como en la asistencia, es crucial para que el contacto con el paciente y el razonamiento clínico no lo sustituya el uso mecánico de la Inteligencia Artificial.

Mesa 5. Armonizar planes de estudios de cara a homologar el acceso a la formación sanitarias especializada. Mejorar la prueba de acceso a la formación MIR. Moderador: Juan Antonio Vargas Nuñez.

1. Retos.

1. Se detectan diferencias significativas en los planes formativos y calendarios de las facultades.
2. La convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior se ha producido en el ámbito de las competencias, pero no en las asignaturas que configuran los planes docentes, dificultando el reconocimiento de créditos y la movilidad estudiantil.
3. Todo ello genera dificultades potenciales en la formación del estudiantado.
4. El examen MIR, al priorizar la memorización de conocimientos y las preguntas de tipo test, desvía el enfoque de los estudiantes percibiendo que las habilidades prácticas desarrolladas en la facultad no les otorga una ventaja competitiva para el MIR.

2. Oportunidades.

1. Normalizar los expedientes académicos.
2. Valor del ECOE nacional en el examen MIR, incorporándolo a la valoración curricular como un elemento diferenciador.
3. Las facultades de medicina tienen la responsabilidad de enseñar las competencias y los valores propios de la profesión, sin que su objetivo pueda ser la preparación de un examen oposición.

3. Soluciones.

1. Revisión de los planes de estudio, implicando a la Conferencia Nacional de Decanos, buscando la homogeneidad real entre facultades.
2. Ajustar el examen MIR a las competencias adquiridas en el grado, y en particular a las relacionadas con la práctica clínica más relevante.
3. Se propone ponderar la nota media individual del alumno en relación con la nota media de su promoción en la Facultad.
4. Adelanto de la prueba MIR, evitando romper el continuo educativo.

Mesa 6. Implementar y desarrollar el modelo de acreditación de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) específica para profesores de perfil clínico. Moderador: Ricardo Rigual Bonastre.

1. Riesgos y problemas.

A. Aspectos generales.

1. Los criterios actuales son generales, homogéneos y más cualitativos y accesibles que anteriormente, pero su aplicación es menos transparente y dificulta la autoevaluación al no ser públicos los criterios específicos de cada comisión.
2. La función de las comisiones de acreditación garantiza unos mínimos más accesibles, pero está dejando de ser selectiva y se traslada a las universidades la responsabilidad de la selección del profesorado. Con un mayor riesgo de endogamia de agravios comparativos.
3. Las figuras de profesores laborales acreditados por las distintas agencias y los criterios de utilizados no son homogéneos y equiparables, lo que dificulta la libre circulación del profesorado y puede producir agravios comparativos.
4. La valoración adecuada de la función de los miembros de las comisiones sería un aspecto fundamental para su funcionamiento.

B. Aspectos específicos de la Facultad de Medicina.

1. Es necesario aumentar con garantías la acreditación de profesores clínicos y básicos consecuencia del incremento de facultades, estudiantes y jubilaciones previstas sin menoscabo de su calidad.
2. En la Comisión de Medicina Clínica la experiencia clínica se ha convertido en un requisito exclusivo, sin embargo, no se reconoce específicamente como mérito excepto algunas funciones accesorias compartidas con otras comisiones.
3. No se valora el liderazgo en la acreditación de profesor titular en la comisión de Medicina Clínica, aunque muchos solicitantes tienen ese tipo de méritos.
4. No todas las especialidades médicas tienen la misma facilidad para lograr los méritos para su acreditación como consecuencia de su contexto asistencial.
5. Algunas áreas de conocimiento no se adscriben de manera adecuada pues siendo especialidades médicas o incluidas en el ámbito hospitalario, se excluyen de la comisión de Medicina Clínica.
6. Están desapareciendo los médicos de los departamentos básicos pese a su importancia para la orientación clínica de sus materias y la integración vertical.

2. Fortalezas y oportunidades.

- A. Aprovechar el debate originado por la aplicación de los nuevos criterios y los resultados publicados para plantear propuestas de mejora.
- B. La experiencia previa del sistema de acreditación.
- C. Entorno favorable de las instituciones universitarias, profesionales y científicas para incrementar la calidad del profesorado de la facultad de Medicina.
- D. Se dispone de un importante número de médicos interesados en la acreditación si se mejora la coordinación y valoración de la funciones, investigadora, docente y clínica, así como un mayor reconocimiento por la universidad y la institución sanitaria.

3. Soluciones o propuesta de mejora.

- A. Revisar los criterios generales de la acreditación de manera que no pierda su función selectiva.
- B. Publicar los criterios específicos de las comisiones de acreditación favoreciendo la transparencia y la autoevaluación.
- C. Homogenizar las figuras acreditadas y los criterios utilizados por las comisiones de acreditación de las distintas agencias.
- D. Valorar adecuadamente la función de los miembros de las comisiones y agilizar la emisión de los informes.
- E. Explicitar como méritos la actividad clínica. Además de ser un requisito, se debe valorar como un mérito diferenciado y específico en la comisión de Medicina Clínica al ser la actividad a la que dedican la mayor parte de su jornada laboral.
- F. Valorar el liderazgo en la acreditación de profesor titular en la comisión de Medicina Clínica.
- G. Revisar las áreas de conocimiento adscritas a la comisión de Medicina Clínica.
- H. Tener en cuenta en la valoración de méritos de la comisión de Medicina Clínica las áreas de conocimiento que tienen mayor dificultad para lograr su acreditación.
- I. Incorporar médicos clínicos a los departamentos básicos valorando su actividad clínica para su acreditación por la comisión de Biomedicina y facilitando compatibilizar dicha incorporación su actividad clínica.

MESA 7. Formación del profesorado como profesional de la docencia. Moderadora: Rocío González Soltero.

1. Retos.

1. Definir el perfil docente de acceso para profesores noveles y que estos tengan que seguir de un currículo docente obligatorio.
2. Reconocimiento insuficiente del rol docente en ciencias de la salud; se requiere un cambio social y académico.
3. Motivación del alumnado para asistir a clase mediante metodologías activas y adecuadas.
4. Necesidad de formación pedagógica en recursos y tiempo para aplicarlos.
5. Falta de formación en competencias investigadoras y carrera académica desde etapas iniciales (no solo en TFG).
6. Reconocimiento de la obligación deontológica del médico de enseñar.

2. Oportunidades o fortalezas.

1. Disponibilidad de nuevas tecnologías: aula invertida, IA, herramientas interactivas (Wooclap), simulación.
2. Posibilidad de adaptar metodologías activas a diferentes niveles.
3. Utilizar convenientemente la coordinación entre asignaturas para optimizar la gestión del aula, especialmente como modelo para profesores noveles.
4. Integración de la formación MIR en prácticas reales, con el alumno como agente activo.
5. Interés creciente por la innovación docente y la colaboración interdisciplinar.

3. Soluciones o ideas de mejora.

1. Elaboración de un Libro Blanco de competencias docentes para el profesorado en Educación Médica.
2. Creación de un plan de mentorización que incluya docentes básicos y clínicos, fomentando contacto entre ellos desde primero.
3. Reconocimiento de la educación médica como especialidad, con rotaciones en este ámbito.
4. Formación pedagógica actualizada y personalizada según el perfil docente.
5. Programas de colaboración interdisciplinar y planificación coordinada entre asignaturas.

4. Prioridad de las propuestas (marca las 2 más importantes):

1. Favorecer la presencia de clínicos como docentes en todos los cursos, con reconocimiento adecuado.
2. Implementar formación pedagógica actualizada y personalizada al perfil docente y establecer programas de mentoring y colaboración interdisciplinar desde etapas iniciales.

5. Notas adicionales / Comentarios.

1. Priorizar metodologías que fomenten memoria a largo plazo, razonamiento clínico y toma de decisiones.
2. Adaptar las estrategias a cada nivel formativo (preclínico vs clínico).
3. Aprovechar tecnologías y recursos digitales para mejorar la interacción y motivación del alumnado.

Mesa 8. Plan de relevo generacional de los profesores vinculados de las áreas clínicas, y de profesorado médico en las áreas preclínicas. Moderador: José Vicente Lafuente Sánchez.

1. Retos

1. Avanzar con una falta de implicación de las instituciones tanto académicas como sanitarias.
2. Encontrar profesores formados y motivados adecuadamente.
3. Reconocimiento de la docencia de postgrado.
4. La baja implicación de las nuevas generaciones y más sin una financiación acorde.
5. La falta de clínicos en los primeros años se enfrenta a diversos problemas según se desarrollen un tipo y otro de curriculum y la planificación académica que permita la compatibilidad de horarios, por ejemplo.

2. Oportunidades.

1. Potenciar las opciones que da el marco legislativo para crear por ejemplo una nueva figura de profesorado clínico vinculado, “ayudante doctor clínico vinculado”. Dos CCAA las tienen reguladas, permite iniciar una carrera académica más tempranamente.
2. Aprovechar los cambios en las condiciones para la acreditación en ANECA y facilitar ayudas a ese proceso.
3. Implicar a profesorado emérito.

3. Soluciones.

1. Implicación institucional en la definición del modelo y de las tareas en concreto. Es decir, cambiar el modelo de vinculación Universidad-Centro Sanitario de forma que todo el personal que trabaja en un Hospital Universitario debe saber que entre sus tareas está la de ser formadores, para esto es fundamental que debe partir de la institución.
2. Identificar a aquellos profesores con un interés real en desarrollar una carrera académica para centrar los esfuerzos para su acreditación.
3. Fomentar el sentido de pertenencia a la institución académica, ello facilita algunos procesos.
4. Estructurar un programa de “Residente-docente” para desarrollar la formación como “docentes” de los residentes que de hecho colaboran en ella.
5. Incentivar la participación docente del propio alumnado, “enseñanza-aprendizaje colaborativo entre iguales”.