

Artículo especial

La clase magistral en la educación médica: de recurso cuestionado a herramienta estratégica post-COVID

Autora: Marecos, Cristina¹.

¹Médica Cirujana General. Doctora. Prof. Titular Cátedra Asignatura Cirugía II. Área Medicina. Dirección Departamento Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Dirección Asociada en Hospital Escuela General José Francisco de San Martín. Corrientes. Argentina.

Contacto: qrismarecos@gmail.com

Fecha de envío: 23/08/2025

Fecha de aceptación: 29/09/2025

Introducción

La **clase magistral** surge en la universidad medieval (siglo XII-XIII), cuando el profesor leía en voz alta un texto y los alumnos copiaban, dado que los libros eran escasos. Su formato unidireccional, del docente hablando y el alumno escuchando, es uno de los métodos más antiguos de enseñanza formal. Durante siglos, esta metodología fue el pilar de la educación médica y se consolidó por tradición, como transmisión vertical del conocimiento experto: un médico con prestigio y experiencia clínica expone, y los estudiantes reciben el contenido “destilado” sin necesariamente participar de forma activa. Sin embargo, el avance de la pedagogía y la psicología del aprendizaje, sumado a la irrupción de la educación basada en competencias, trajo consigo cuestionamientos importantes: la clase magistral tradicional, entendida como exposición unidireccional y prolongada, no siempre favorece la transferencia del conocimiento teórico a la práctica clínica. En las últimas dos décadas, la educación médica universitaria ha promovido e incorporado principios de la educación que viraron desde la clase magistral tradicional hacia metodologías activas como la educación basada en competencias, el aprendizaje activo y la educación centrada en el alumno. Las teorías constructivistas, junto con la expansión de entornos digitales, generaron una tendencia a desaconsejar el uso de las exposiciones magistrales, asociándolas a un aprendizaje pasivo y poco participativo.

Críticas al formato tradicional.

El cuestionamiento contemporáneo al formato magistral tradicional fue generado por varios motivos. Se lo acusa de: Pasividad del alumno: la retención y comprensión se ven limitadas si el estudiante no participa activamente. Baja personalización: todos reciben la misma información, sin adaptarse a ritmos o estilos de aprendizaje. La escasa retroalimentación inmediata: no hay verificación en tiempo real de si el estudiante entendió. Transferencia limitada a la práctica clínica: el salto del conocimiento teórico a la resolución de problemas reales no siempre ocurre. Sobrecarga cognitiva: clases largas y densas pueden superar la capacidad de procesamiento del alumno (teoría de la carga cognitiva de Sweller).

La evidencia reciente en educación médica indica que las clases magistrales tradicionales puras no son las más efectivas para el aprendizaje profundo: Meta-análisis y revisiones sistemáticas (Freeman et al., PNAS, 2014; Brownell & Tanner, CBE–Life Sciences Education, 2012), muestran que métodos activos (resolución de casos, discusión guiada, aprendizaje basado en problemas), superan al formato magistral puro en rendimiento y retención (1,2). En el artículo “Aulas sin conferencias: una propuesta para la educación” (Prober & Heath, NEJM, 2012), los autores proponen que la clase magistral es útil para introducir marcos conceptuales complejos o dar visión de conjunto, pero su impacto mejora y es más atractivo cuando se combina con actividades activas y recursos previos/posteriores (3).

La educación médica basada en competencias (*Competency-Based Medical Education - CBME*), muestra un enfoque fundado en resultados para el diseño, la implementación y la evaluación de programas educativos y para la evaluación de estudiantes a lo largo del continuo. Utiliza y privilegia estrategias activas, competencias o habilidades observables y centradas en el alumno. Este discurso se ha replicado en planes de estudio y guías docentes, impulsando la adopción de metodologías como el aprendizaje basado en problemas (ABP), el team-based learning (TBL), la simulación clínica o el aula invertida (flipped classrooms). Las últimas dos décadas vieron un crecimiento notable de estas estrategias activas con fuerte respaldo de la evidencia. El paradigma predominante comenzó a indicar que la clase magistral debía reducirse o incluso eliminarse, reemplazándola por formatos que involucraran más participación del alumno.

El impacto de la pandemia COVID-19

En marzo de 2020, la docencia médica se trasladó casi de inmediato a entornos virtuales. Durante dos y hasta tres años, las clases presenciales se redujeron al mínimo o desaparecieron. Las plataformas de videoconferencia se convirtieron en aulas, y el material grabado sustituyó a la exposición en vivo. Si bien esta transición permitió sostener la formación académica en un contexto de crisis sanitaria global, también generó efectos colaterales que hoy resultan evidentes.

Los estudiantes que atravesaron su formación en entornos mayormente virtuales muestran las siguientes dificultades: Disminución de la exposición de los estudiantes a modelos comunicacionales formales y presenciales. Pérdida de fluidez en el discurso técnico y académico. Mayor inseguridad al expresarse frente a pares, docentes o pacientes. Uso más frecuente de muletillas, tics verbales y lenguaje coloquial en entornos que exigen precisión. Dificultad para sostener un hilo argumental claro en la presentación de casos.

Estos déficits no son meramente anecdóticos: estudios recientes reportan que las cohortes formadas mayoritariamente en entornos virtuales muestran menor autoeficacia comunicativa y desempeño más bajo en evaluaciones orales y clínicas (4,5). La interacción virtual, aunque valiosa, no reproduce con la misma intensidad las dinámicas sociales, la presión situacional y la riqueza comunicativa de un entorno presencial. Esto no solo ocurre por la falta de interacción presencial, sino porque en la virtualidad se pierde la exposición sostenida a modelos de comunicación profesional que sí ofrece la clase magistral en vivo o la discusión clínica presencial. Se reabre así, el debate sobre el papel de las clases magistrales, no en su formato rígido y unidireccional, sino como clases magistrales interactivas o magistrales evolucionadas.



El prejuicio y la paradoja

Mientras en la docencia se desalienta la magistral, en congresos médicos, charlas TED, conferencias científicas y hasta formatos de divulgación como el stand-up científico, el modelo de un expositor central y narrativo, sigue siendo celebrado. Hay una especie de doble estándar en cómo se perciben las clases magistrales. Esta contradicción se explica porque no es el formato lo que genera resistencia, sino la calidad de la ejecución. Una exposición magistral plana, sin interacción, basada únicamente en diapositivas saturadas de texto, es poco eficaz. Pero una magistral que combina narrativa clínica, recursos visuales bien diseñados, ejemplos relevantes y participación activa de los asistentes, se convierte en un vehículo potente de transmisión y modelado de habilidades comunicativas y actitud profesional.

El valor de la clase magistral interactiva en medicina

En una exposición magistral el alumno puede observar y reproducir el vocabulario técnico preciso, la estructura lógica de un razonamiento clínico y la argumentación científica con lenguaje académico. La imitación guiada de estos patrones favorece la fluidez en presentaciones orales y discusiones clínicas.

El alumno no sólo aprende el contenido, sino la entonación, el ritmo y los recursos gestuales del profesor, que favorecen la comprensión (Entrenamiento en comunicación verbal y no verbal). En la era post-COVID, donde muchos estudiantes han crecido en entornos virtuales con menor interacción cara a cara, este entrenamiento presencial es crucial.

La magistral no es antagónica al aprendizaje activo. Puede integrarse con metodologías activas. La interactividad planificada con preguntas dirigidas, mini-debates, votaciones electrónicas o casos clínicos breves entre segmentos expositivos mantiene la atención y fomentan la participación del alumno. Puede funcionar como puente, introducir conceptos clave, establecer un marco común y luego dar paso a talleres, simulaciones o ABP (aprendizaje basado en problemas). Aquí es donde la clase magistral, entendida no como monólogo estático sino como magistral interactiva, recobra un valor estratégico. Más allá de la transmisión de información, este formato presencial cumple una función que rara vez se menciona: la de modelar la comunicación profesional.

Fundamento teórico

En una buena clase, el estudiante observará cómo se estructura un discurso médico-académico, qué términos se usan y cuáles se evitan, cómo se presenta un caso de manera ordenada, precisa y con fluidez y el uso integrado del lenguaje verbal y no verbal para transmitir profesionalismo.

La teoría del aprendizaje social de Bandura, sostiene que gran parte de las habilidades complejas se adquieren por observación e imitación de modelos competentes (6). En medicina, la exposición frecuente a docentes que comunican con claridad y rigor no solo enriquece el conocimiento, sino que entrena competencias comunicacionales críticas para la práctica clínica.

La clase magistral como “escenario de modelado profesional”

Cuando un docente de medicina da una clase magistral presencial, no solo transmite datos, sino que modela la estructura del discurso académico (cómo se presenta un caso, cómo se define un término, cómo se cita una evidencia). Permite ver “cómo piensa” un experto. Muestra ritmo, entonación y orden lógico en la exposición, algo que el estudiante puede imitar. Integra lenguaje verbal y no verbal profesional (gestos, mirada, postura) que, aunque parezca sutil, el alumno internaliza. Expone a terminología y fraseología propias de la medicina (“paciente de 54 años con antecedentes de…”, “en la exploración física se evidencia…”), que difícilmente se adquieran solo leyendo o en chats virtuales.

La enseñanza de medicina tiene exigencias únicas. Una clase magistral bien estructurada responde a esas exigencias y puede condensar la alta densidad de contenido para organizar la información, trasmitir el conocimiento y encarnar un estilo clínico y ético. Bien usada, ahorra tiempo logístico y hasta puede unificar el punto de partida considerando la heterogeneidad de estudiantes que llegan con diversa base de conocimientos.

De la clase “almidonada” a la clase magistral interactiva

Estrategias para maximizar su valor: Micro-magistrales: exposiciones de 10–15 minutos integradas a talleres. Preguntas intercaladas para activar el pensamiento y la participación. Casos clínicos reales como eje narrativo. Participación guiada del alumno con corrección del vocabulario y del orden lógico. Tecnología interactiva (encuestas en vivo, clickers, plataformas online para responder en tiempo real). Retroalimentación e interacción para potenciar el efecto (7). En las clases magistrales evolucionadas el docente invita a que los estudiantes participen con lenguaje técnico (corrigiendo, guiando y afinando ese discurso). La retroalimentación inmediata corrige errores de vocabulario, de lógica argumentativa o de forma. Se generan microsimulaciones discursivas: al pedirle al alumno que relate un caso o explique un concepto delante del grupo, se ejercita exactamente lo que en el entorno clínico real le da seguridad.

Posicionamiento actual en educación médica

Organismos como la AMEE (Association for Medical Education in Europe), recomiendan la clase magistral como herramienta complementaria, que modernizada puede ser integrada en un currículo que privilegie la participación del estudiante y el aprendizaje basado en competencias. WFME (World Federation for Medical Education), la ubica como un recurso válido para la enseñanza de grandes grupos, pero insiste en la evaluación continua de su efectividad y en su rediseño para incluir participación. Facultades líderes (Harvard, McMaster, University College London), han reducido drásticamente las magistrales largas, integrándolas en esquemas híbridos y con materiales digitales previos. La emplean con objetivos claros como inspirar, ofrecer visión de conjunto y servir como modelo de razonamiento y comunicación, no como único medio de enseñanza (8).

Papel futuro en medicina

La tendencia apunta a mantener la clase magistral para inspirar, motivar y dar visión global. Usarla para narrar historias clínicas y conectar teoría con experiencia real. Incorporar la tecnología educativa para interacción (plataformas de respuesta, simuladores). Convertir al docente de “transmisor” en facilitador.



Conclusión.

La clase magistral en medicina no está muerta; adaptada a un formato interactivo, es una herramienta estratégica para transmitir conocimiento y modelar habilidades comunicacionales y profesionales. En pocas palabras: si es solo hablar y escuchar, se queda corta; si inspira, conecta y activa, sigue siendo oro.

No es que la clase magistral deba volver “igual que antes” pero sí es cierto que en medicina cumple un rol insustituible como escenario de modelado discursivo, técnico y profesional, sobre todo si se rediseña para ser interactiva y con retroalimentación. Y en el contexto post-pandemia, donde la comunicación profesional de los alumnos se ha debilitado, este valor cobra peso al reforzar la competencia comunicacional. Más que reemplazarla, debemos modernizarla y proteger su función de escenario de aprendizaje social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bligh DA. *What's the use of lectures?* 1st ed. Exeter: Intellect; 2000.
2. Prince M. Does active learning work? A review of the research. *J Eng Educ.* 2004;93(3):223-31.
3. Harden RM, Crosby J. The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* 2000;22(4):334-47.
4. Steinert Y, Snell LS. Interactive lecturing: strategies for increasing participation in large group presentations. *Med Teach.* 1999;21(1):37-42.
5. Kay D, LeSage A. Examining the benefits and challenges of using audience response systems: A review of the literature. *Comput Educ.* 2009;53(3):819-27.
6. Cantillon P, Wood D. *ABC of learning and teaching in medicine.* 2nd ed. BMJ Books; 2010.
7. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? *Med Teach.* 2006;28(1):3-18.
8. Brown PC, Roediger HL, McDaniel MA. *Make it stick: The science of successful learning.* Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 2014.