

Masificación, democratización y calidad de la enseñanza clínica

Daniel González^{1*} , María Bademián² 

¹Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Montevideo, Uruguay

²Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Recepción: 18-09-2025

Aceptación: 12-12-2025

***Correspondencia:** Daniel Gonzalez. danielalfredogg@gmail.com

Resumen

La masificación de la educación superior ha permitido un acceso más inclusivo a la formación universitaria. Sin embargo, no ha logrado garantizar una verdadera igualdad de oportunidades, especialmente para los estudiantes de sectores más desfavorecidos. Ello ha generado desafíos significativos en cuanto a la calidad de la enseñanza, sobre todo en el ámbito clínico. La creciente matrícula estudiantil, ha comprometido la atención individualizada y el aprendizaje práctico, fundamentales en disciplinas médicas. En este contexto, la calidad de la formación se ve amenazada entre otras cosas por la falta de contacto directo con los pacientes.

Palabras clave: Masividad. Democratización. Calidad. Enseñanza clínica.

Introducción

La Ley n.º 18.437 establece dentro de sus finalidades promover la generalización de la enseñanza terciaria de calidad¹.

La masificación estudiantil constituye una realidad en la educación universitaria a nivel global. Sin embargo, este logro en la democratización de la enseñanza plantea una serie de interrogantes, entre ellos, ¿es posible mantener los niveles de calidad de la enseñanza universitaria en un contexto de masificación?

En este contexto, el caso de la carrera de Doctor en Medicina de la UdelaR se presenta como un ejemplo paradigmático. En los últimos años, la matrícula ha experimentado un notable incremento, pasando de 1.800 inscripciones en 2016 a 2.319 en 2025. De igual manera, la Clínica Quirúrgica 3 del Hospital Maciel en 2018 recibió a 91 estudiantes y en 2025 a 125, reflejando este crecimiento.

En la UdelaR, el volumen de ingreso en el período 2019-2021 se incrementó 12 y 18% comparando 2021 en relación a los años 2020 y 2019, respectivamente². Estos porcentajes encuentran su equivalencia en la Clínica Quirúrgica 3, donde el incremento porcentual comparando el año 2021 con 2019 y 2020 fue de 20,8 y 11,1%, respectivamente.

A nivel mundial, el número de estudiantes pasó de 13 millones a 137 millones entre 1960 y 2005³, mientras que la tasa bruta de matrícula (TBM) creció del 19% al 38% entre 2000 y 2018⁴.

De acuerdo con Rama⁵, se ha alcanzado la fase de masas en la enseñanza universitaria.

Definición de masificación

Según Rodríguez⁶:

Podría entenderse la masificación como una saturación cuantitativa producida por el crecimiento de la matrícula que dificulta sobremanera y aún

puede llegar a impedir la marcha de la universidad en lo académico y en lo organizacional y que también genera problemas en las relaciones entre la demanda y oferta de educación superior.

Sin embargo, la asociación del concepto de masificación no se limita a los grandes números, sino que también posee una dimensión social más amplia, que abarca aspectos como las clases sociales, el género y la cultura. Esto se debe al reconocimiento de las clases medias bajas y bajas, que constituyen las masas y son el objetivo primario de la democratización universitaria⁷.

Precisamente de este término, “masas”, deriva el concepto de “masificación”, así como la expresión “universidad de masas”. Este fenómeno implica una transformación de la estructura universitaria, tanto en sus aspectos cuantitativos como organizacionales, y genera cambios significativos en la práctica docente. Lo más destacado de este proceso es la ruptura con la tradición de un ingreso predominantemente reservado a grupos sociales privilegiados, dando paso a una mayor inclusión de sectores que, en principio, no están destinados a formar los cuadros dirigentes de la cúpula social.

Como refiere Brunner⁸, esta transformación en el acceso y la función de la educación universitaria refleja el pasaje “de la formación de élites a la cultura superior de masas”.

Masificación. Sus orígenes

En América, la masificación tiene su origen en el Grito de Córdoba, punto de partida de la Reforma Universitaria del año 1918⁹. Según Tünnernann Bernheim⁹, este hito constituyó “la rebelión contra los últimos resabios coloniales enquistados en nuestras universidades latinoamericanas”, siendo “el primer cotejo entre la sociedad y la universidad”, e iniciándose de esta manera el proceso de democratización en ellas.

De dicha reforma surgen una serie de postulados, entre los que se destaca la asistencia social a los estudiantes y la democratización del ingreso.

En Uruguay, a principios del siglo XX ya se advertían manifestaciones que denotaban la importante cantidad de estudiantes en ciertas facultades. En oportunidad de la creación de las Facultades de Comercio en 1903, y de Veterinaria y Agronomía en 1907, el rector Eduardo Acevedo expresaba:

Durante largos años, todos nuestros jóvenes estudiantes que deseaban adquirir una cultura general y un diploma, tenían que hacerse abogados o médicos, con evidente perjuicio para ellos mismos, que quedaban condenados a actuar en carreras ya repletas y con evidentes perjuicios para el país, puesto que se esterilizaban nobles impul-

sos que en otras carreras podían desenvolverse con provecho¹⁰.

Según Rama⁵, la masificación está estrechamente vinculada a una serie de cambios sociales, políticos y económicos derivados de la creciente democratización en los países latinoamericanos a lo largo del siglo XX. Esta transformación impulsó la lógica y progresiva expansión de la educación primaria, secundaria y terciaria, especialmente a partir de la década de 1980. En cuanto a la Reforma de Córdoba, tres de sus postulados fundamentales —autonomía, cogobierno y gratuidad— fueron factores clave en dicho proceso, dado que promovieron políticas de apertura de la Universidad Pública, permitiendo y facilitando el acceso a personas de menores ingresos y menor capital cultural⁵.

Tal como lo afirmó Arciniegas, citado por Tünnerman Bernheim⁹, después de 1918 la Universidad no fue aún lo que ha de ser, pero dejó de ser lo que venía siendo.

Masificación y democratización

“Se puede definir una enseñanza democrática como aquella que da a cada individuo las mismas oportunidades de acceso y de aprobación independientemente de su origen social”, señala Saniz Balderrama⁷.

Según Peláez Bruno¹¹, la “masificación es un fenómeno positivo y deseable, pues indica claramente que más jóvenes aspiran a acceder a la educación terciaria”.

La UdelaR, en su Plan Estratégico 2015-2019, planteó como prioridad garantizar el acceso democrático a la enseñanza superior de calidad¹¹. Sin embargo, ello no implica necesariamente la igualdad de acceso. En este sentido, Díaz Maynard¹² menciona que en Uruguay “a pesar de su carácter gratuito, la educación superior sigue estando prácticamente fuera del alcance de las poblaciones de menores ingresos”, ya que dentro de los jóvenes pertenecientes al 20% de las familias más pobres, menos del 2% alcanza este nivel formativo.

Esto demuestra que “la meta de lograr una educación superior inclusiva y no elitista no se alcanza con apelar solo a la gratuidad”¹². De acuerdo con este planteamiento, el estudio realizado en base al grupo de estudiantes pertenecientes a la cohorte PISA demostró que, hasta el año 2013, logró ingresar a la Universidad de la República de Uruguay el 23,1% de los mismos¹³. En cuanto al sector en el que cursaron la educación media, el 20,8% provino de liceos públicos, el 5,2% de la educación técnico-profesional y el 47,4% de los liceos privados. Por último, el 6,6% de los estudiantes provenía del primer cuartil del índice de capital familiar global, mientras que en el cuartil superior la cifra ascendió al 35,2%.

En esta línea, Díaz Maynard¹² concluye que la “condición social y la estructura de los hogares de los cuales provienen los jóvenes condicionan severamente su rendimiento educativo, incluso el de aquellos que consiguieron sortear las primeras fases del proceso y alcanzar el nivel terciario”.

Sin embargo, la masificación también trajo consigo situaciones y aspectos positivos, como el incremento de la matrícula femenina en general, especialmente en las áreas sociales y de la salud, aunque no así en ingeniería¹⁴. En el período de 2000 a 2018, la tasa de matriculación masculina a nivel mundial aumentó del 18% al 36%, mientras que la femenina experimentó un crecimiento aún mayor, pasando del 19% al 41%⁴.

En este sentido, la UdelaR postula “continuar contribuyendo a la democratización del acceso a la enseñanza superior de calidad, ampliando y respaldando el ingreso, la permanencia y la culminación de los ciclos educativos, en tiempos adecuados”¹¹.

Una encuesta sobre los aspectos socioeconómicos y culturales de 79 estudiantes que cursaron Clínica Quirúrgica 3 en 2021 es coincidente con aspectos desarrollados hasta el momento. Se confirma el predominio del sexo femenino con 54 estudiantes en comparación con 25 del sexo masculino.

Así también el lugar donde cursaron la educación secundaria: 47 estudiantes lo hicieron en centros educativos privados y 32 en centros públicos.

En el mismo sentido, se confirman las características de los estudiantes de acuerdo al estrato social, considerando la trayectoria laboral y el máximo nivel educativo alcanzado por los padres.

En relación a la trayectoria laboral de los padres, 42 tienen como trabajo principal empresario, directivo, profesional, técnico o pequeño empleador; 16 son empleados de oficina, comerciantes, artesanos o empleados de comercio; 6 desempeñan trabajos técnicos o de supervisión de trabajos manuales, mientras que 7 son trabajadores manuales, pequeños propietarios agrícolas o trabajadores agrícolas; 4 están desempleados o jubilados, y 7 no respondieron. En el caso de las madres, 46 ocupan cargos de empresarias, directivas, profesionales, técnicas o pequeñas empleadoras; 11 son empleadas de oficina, comercio, comerciantes o artesanas; 5 desempeñan funciones como técnicas o supervisoras de trabajos manuales; 9 son trabajadoras manuales, pequeñas propietarias agrícolas o trabajadoras agrícolas; 2 están jubiladas y 6 no respondieron.

En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado por los padres de los estudiantes, en el caso de los padres, 13 alcanzaron solo la escuela primaria o ciclo

básico (completo o incompleto), 25 el bachillerato o la enseñanza técnica (UTU) (completo o incompleto), 7 llegaron a la enseñanza terciaria incompleta (universitaria o no), 24 a estudios terciarios o universitarios (completos o incompletos) y 10 tienen un posgrado completo. En cuanto a las madres, 8 llegaron a la escuela primaria o ciclo básico (completo o incompleto), 20 alcanzaron el bachillerato o la enseñanza técnica (UTU) (completo o incompleto), 6 tienen estudios terciarios, universitarios o no, incompletos, 37 completaron estudios terciarios o universitarios, y 8 tienen posgrado completo.

Masificación y calidad

Guzmán¹⁵ define la calidad de la enseñanza en la educación superior “como la que logra un aprendizaje profundo por parte de los estudiantes y alcanza las metas establecidas para este nivel”.

Sin embargo, es altamente probable que este objetivo no se logre bajo las condiciones señaladas por Díaz Maynard¹², quien sostiene que la masificación convierte a “cada estudiante en sólo un número más en salones y actividades colmadas, que exceden la capacidad docente de conocer y dar apoyo a nivel individual”. Reconoce claramente que “a partir de ciertos umbrales, la masificación impacta significativamente en la calidad del sistema e impide el uso de procedimientos didáctico-pedagógicos valiosos y efectivos”. Así, considera que “es una falsa oposición procurar la inclusión a costa de la calidad”.

Dentro de las competencias del egresado de la Facultad de Medicina de la UdelaR se encuentra efectuar diagnósticos correctos, valorando la anamnesis y examen físico como herramientas esenciales de la práctica médica¹⁶. Este objetivo resulta particularmente difícil de alcanzar en el Ciclo Clínico General Integral Quirúrgico, en el que 125 estudiantes concurren al hospital cuatro días a la semana durante 18 semanas.

Cardozo y Lorenzo¹³, al abordar la expansión y diversificación de la educación superior, señalan que “promovió circuitos diferenciados de calidad que derivaron en nuevas formas de inequidad asociadas a la calidad de la educación superior y el valor de las certificaciones de nivel terciario”. En un sentido similar, Malagón Plata¹⁷ afirma que “la masificación de la educación superior ha desbordado la capacidad institucional y pone en serios riesgos la calidad de la formación superior”.

Por su parte, Camilloni¹⁸ analiza la situación del aprendizaje en grandes grupos desde las perspectivas tanto del estudiante como del docente. En relación con el estudiante, destaca el fenómeno del anonimato que este experimenta, no solo en su

relación con el docente, sino también con sus compañeros. Este fenómeno se observa principalmente durante los primeros años, y se vincula con la falta de *feedback* que el estudiante percibe por parte del docente, fundamentalmente en lo que respecta a su progreso académico.

A esto se suma la dificultad que genera la masificación en el desarrollo de las actividades prácticas, especialmente en las carreras vinculadas con la salud, que demandan una alta carga horaria destinada a ellas. En este contexto en el que el crecimiento de la matrícula estudiantil no ha sido acompañado con un crecimiento presupuestal y una infraestructura acorde, la masividad constituye una verdadera limitante.

Esta problemática es confirmada por Outomuro y colaboradores¹⁹, quienes señalan que, en áreas como semiología y clínica médica, “se ha recurrido a las clases teóricas para paliar la carencia de actividades prácticas motivada por el número, cada vez mayor, de alumnos que acceden al ciclo clínico”.

Por su parte, Díaz Maynard¹² expresa que “no es razonable una enseñanza práctica cuando cada estudiante ya no actúa ni manipula directamente, sino que observa desde grupos apiñados lo que el profesor demuestra”, y agrega: “No es aceptable en la universidad un profesor hablando con un micrófono, mientras los estudiantes escuchan en sitios improvisados en el corredor de un salón atestado”.

Particularmente en medicina, Osler²⁰ a principios del siglo XX insistía en la “necesidad de una amplia, plena y prolongada instrucción clínica, la importancia de poner al estudiante y al paciente en íntimo contacto, no a través de los nebulosos datos del anfiteatro, sino por medio del exacto y analítico conocimiento adquirido en las salas”. Su reflexión sobre cómo debería modificarse la enseñanza clásica de la medicina continúa con la siguiente interrogante:

¿Cómo podemos hacer que la labor del estudiante del tercero y cuarto año sea tan práctica como la del primero y segundo año? La respuesta es: saquémoslo de la sala de clases, saquémoslo del anfiteatro, metámoslo en el departamento externo, metámoslo en las salas. No es en las clases sistemáticas ni en la clínica del anfiteatro, y ni siquiera en las explicaciones en las salas — todas las cuales poseen su valor— en que se necesita la reforma, sino en la relación íntegra del estudiante avanzado con el hospital.

Afirma que, si se preguntara “a cualquier médico de veinte años de práctica cómo se ha azeado en su arte, contestará: mediante el constante contacto con la enfermedad, y agregará que la medicina que aprendió en la escuela era absolutamente distinta de la que

aprendió a la cabecera del enfermo”. En la misma línea, Alves de Lima y Van der Vleuten²¹ expresan que:

La evaluación del desempeño profesional a través de la observación directa del residente interactuando con el paciente es una herramienta de incalculable valor de aprendizaje.

Precisamente, este contacto con el paciente obliga al médico a integrar y desempeñar de manera organizada diferentes habilidades y destrezas clínicas como la conducción de la entrevista clínica, el examen físico, el criterio clínico, el profesionalismo y el consejo al paciente.

No obstante, la realidad demuestra que se está lejos de poder implementar una enseñanza clínica personalizada. La creciente cantidad de estudiantes dificulta alcanzar el número óptimo de 8 a 10 estudiantes por docente en las actividades prácticas²², lo que limita la calidad de la formación y agrava aún más las condiciones ya mencionadas de sobrecarga y falta de recursos.

Peláez Bruno¹¹ plantea que “la falta de recursos humanos y materiales para atender el aumento de la matriculación en esta institución, donde se forma no menos del 75% del estudiantado terciario de Uruguay, se constituye en una amenaza real de la calidad y de la democratización de la educación superior”.

Tal vez la educación híbrida, como la plantea Rama²³, y la práctica en entornos virtuales de simulación, puedan contribuir a superar alguna de las dificultades planteadas.

Dentro del informe de cumplimiento del Plan de Mejoras en la Carrera de Doctor de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay del año 2007, se menciona dentro de sus objetivos “implementar Centros de Habilidades Clínicas adaptados a nuestro contexto de currículo tradicional y bajos recursos”, y como uno de sus objetivos específicos “impactar sobre los indicadores duros que influyen en las actividades de enseñanza-aprendizaje, a saber relación estudiante/docente, estudiante/persona de estudio”²⁴.

Se agrega que “en el contexto actual de plétora estudiantil, se debe poner ‘manos a la obra’ en estrategias que permitan mejorar las cifras actuales en la relación docente/estudiante y estudiante/paciente aplicando metodologías de enseñanza-aprendizaje válidas, confiables y de impacto educativo”²⁴.

Luego de ello se creó el laboratorio de habilidades clínicas en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la UdelaR que, como lo expresan Danza y colaboradores²², buscó superar dos obstáculos a la reforma curricular que se inició en el año 2007: la numerosidad y el modelo tradicional de enseñanza pasiva centrada en el docente.

Consideraciones finales

La masificación de la educación superior ha permitido un acceso más inclusivo a la formación universitaria con un incremento en el número de estudiantes de sexo femenino.

Sin embargo, aunque ha favorecido una mayor equidad en el acceso, no ha logrado garantizar una verdadera igualdad de oportunidades, especialmente para los estudiantes de sectores más desfavorecidos.

Los datos recogidos en la encuesta realizada a estudiantes de Clínica Quirúrgica 3 revelan que aspectos socioeconómicos y culturales previos siguen siendo determinantes. La mayoría de los estudiantes cursaron la educación secundaria en centros privados, lo que sugiere una ventaja inicial vinculada a recursos económicos familiares. Además, la trayectoria laboral de los padres refleja un perfil mayoritariamente de clase media y media-alta: entre los padres y madres predominan ocupaciones como empresarios, directivos o profesionales, mientras que una minoría proviene de hogares donde los padres tienen empleos de menor calificación.

En cuanto al nivel educativo de los padres, los datos muestran un capital cultural familiar significativo, aunque con matices. Si bien no puede afirmarse que la mayoría de los padres tenga educación terciaria, la formación superior es el nivel más frecuente entre las madres y el segundo más frecuente entre los padres, contexto que contrasta con la minoría de padres y madres cuyo máximo nivel alcanzado es la escuela primaria o el ciclo básico. Esto refuerza la idea de que el capital cultural familiar continúa siendo un factor clave en el acceso y la permanencia en carreras universitarias, incluso en un contexto de masificación.

Así, aunque la universidad se ha abierto a más estudiantes, persisten aún las brechas vinculadas al origen socioeconómico, evidenciando que la masificación por sí sola no corrige desigualdades estructurales profundas.

Este fenómeno ha generado, además, desafíos significativos en cuanto a la calidad de la enseñanza, sobre todo en el ámbito clínico. La creciente matrícula estudiantil, sin un acompañamiento adecuado de recursos humanos, infraestructura y métodos pedagógicos innovadores, ha comprometido la atención individualizada y el aprendizaje práctico, fundamentales en disciplinas médicas. En este contexto, la calidad de la formación se ve amenazada por el anonimato del estudiante, la falta de contacto directo con los pacientes y la sobrecarga de los docentes, lo que incide negativamente en el proceso de aprendizaje.

Posibles soluciones a estos problemas podrían estar en la implementación de modelos educativos

híbridos y en el fortalecimiento de los entornos de simulación y los centros de habilidades clínicas, que, aunque no eliminan por completo los efectos negativos de la masificación, sí permiten atenuarlos y mejorar la calidad del proceso educativo en tiempos de gran demanda.

En definitiva, para que la masificación se traduzca en una verdadera democratización de la educación universitaria, debe ir acompañada por esfuerzos institucionales constantes que apunten a mejorar e innovar en infraestructura, recursos humanos y métodos pedagógicos, garantizando así una educación de calidad para todos.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de autoría

Daniel González: concepción, diseño, ejecución, análisis, redacción y revisión crítica.

María Bademian: ejecución, análisis y revisión crítica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Uruguay. Ley N° 18.437: Ley general de educación. Montevideo: IMPO; 16 ene 2009. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>
2. Universidad de la República. Análisis comparado del volumen de ingreso a la Udelar en 2019-2021, y perfil por sexo, edad, lugar de nacimiento, tipo y lugar de institución de procedencia, y departamento de estudio. Montevideo: Udelar; 15 abr 2021. Disponible en: <https://udelar.edu.uy>
3. López Segrera F. Educación superior internacional comparada: tendencias mundiales y de América Latina y el Caribe. Avaliação (Campinas). 2016;21(1):13-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772016000100002>
4. Vieira do Nascimento D, Mutize T, Roser Chinchilla JF. Hacia el acceso universal a la educación superior: tendencias internacionales. París: UNESCO - IESALC; 16 nov 2020. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org>
5. Rama C. La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. RIEOEI. 2009;50:173-95. Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/668>
6. Rodríguez J. El concepto de masificación. Su importancia y perspectivas para el análisis de la educación superior. Buenos Aires: UNESCO/CEPAL/PNUD; 1978. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org>

7. Saniz Balderrama L. Universidad y masificación. Aceptaciones y consecuencias de una realidad del siglo XXI. *Punto Cero*. 2007;12(14):65-70. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-0276200700010008&lng=es
8. Brunner JJ. Educación superior en América Latina. Cambios y desafíos. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica; 1990. Disponible en: <https://www.academia.edu>
9. Tünnermann Bernheim C. Noventa años de la Reforma Universitaria de Córdoba (1918-2008). Buenos Aires: CLACSO; oct 2008. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar>
10. Nahum B. Historia Uruguaya. La época batllista 1905-1929. Montevideo: Banda Oriental; 2001.
11. Peláez Bruno F. Universidad de la República: masividad y presupuesto. La diaria. 28 may 2018. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy>
12. Díaz Maynard A. Teoría y práctica en la educación superior. Encuentros y desencuentros. Montevideo: Tradinco S.A; 2015.
13. Cardozo S, Lorenzo V. Las inequidades socioterritoriales en el acceso a la Universidad de la República a siete años del proceso de descentralización. *Pag Educ*. 2015;8(1):1-28. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy>
14. Schwartzman S. Las universidades latinoamericanas en contexto. En: Malo S, Morley S, editores. Educación Superior en América Latina. Testimonio de un seminario de rectores. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo / Unión de Universidades de América Latina; 1996. p. 7-28.
15. Guzmán JC. La calidad de la enseñanza en la educación superior. ¿Qué es una buena enseñanza en este nivel educativo? *Perfiles Educativos*. 2011;33(134):129-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13221258012>
16. Universidad de la República, Facultad de Medicina. Plan de Estudio 2008 de la Carrera de Doctor en Medicina. Montevideo: UdelaR; 2008. Disponible en: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy>
17. Malagón Plata LA. La pertinencia en la educación superior: elementos para su comprensión. *Rev Educ Sup*. 2003;32(3):113-34. Disponible en: <http://publicaciones.anui.es.mx>
18. Camilloni A. Estrategias de enseñanza para grandes grupos. 6 dic 2018. Disponible en: <https://youtu.be/bMCyQwSM7xc>
19. Outomuro D, Polar A, Mirabile LM, Rancich AM. Relato de una experiencia educativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura Semiología en la carrera de Medicina. *RAEM*. 2007;1(2):72-5.
20. Osler W. *Aequanimitas*. 3a ed. Filadelfia: The Blakiston Company; 1942.
21. Alves de Lima A, van der Vleuten C. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. *Rev Argent Cardiol*. 2011;79(6):531-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org>
22. Danza A, López M, Speranza N, Telechea H, Garcés G, Giachetto G. Medicina basada en evidencia en la formación de pregrado: experiencia de enseñanza en un laboratorio de habilidades clínicas. *Rev Méd Urug*. 2013;29(1):33-9.
23. Rama C. La nueva educación híbrida. Cuadernos de Universidades, 11. México: UDUAL; 2021.
24. Universidad de la República, Facultad de Medicina. Informe de cumplimiento del plan de mejoras. Carrera de Medicina de la Universidad de la República. Montevideo: UdelaR; 2007. Disponible en: <https://web.fmed.edu.uy>

Massification, democratization, and quality of clinical education

Abstract

The massification of higher education has enabled more inclusive access to university training. However, it has failed to ensure true equality of opportunity, particularly for students from disadvantaged backgrounds. This has led to significant challenges regarding the quality of education, especially in the clinical field. Increasing student enrollment has compromised individualized attention and practical learning, which are fundamental in medical disciplines. In this context, the quality of training is threatened, among other factors, by the lack of direct contact with patients.

Keywords: Massification. Democratization. Quality. Clinical education.

Massificação, democratização e qualidade do ensino clínico

Resumo

A massificação do ensino superior permitiu um acesso mais inclusivo à formação universitária. No entanto, não conseguiu garantir uma verdadeira igualdade de oportunidades, especialmente para os estudantes de setores mais desfavorecidos. Isso gerou desafios significativos quanto à qualidade do ensino, sobretudo no âmbito clínico. A crescente matrícula estudantil comprometeu a atenção individualizada e a aprendizagem prática, fundamentais nas disciplinas médicas. Neste contexto, a qualidade da formação vê-se ameaçada, entre outras coisas, pela falta de contacto direto com os pacientes.

Palavras-chave: Massividade. Democratização. Qualidade. Ensino clínico.
