Revista Cubana de Medicina Militar

2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

Artículo de Opinión

El aprendizaje basado en problemas exige más condiciones institucionales que entusiasmo pedagógico

Problem based learning demands institutional conditions rather than pedagogical enthusiasm

Paulina María Benavides Rojas[1]* https://orcid.org/0009-0009-7978-2191

Ricardo Flavio Lillo Ganter[1] https://orcid.org/0009-0007-9851-493X

Manuel Enrique Cortés Cortés[2] https://orcid.org/0000-0003-0845-7147

[1]Universidad Bernardo O'Higgins. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Santiago, Chile.

[2]Universidad Bernardo O'Higgins. Dirección de Investigación. Santiago, Chile.

*Autora para la correspondencia. Correo electrónico: pbenavides@docente.ubo.cl

RESUMEN

Introducción: El aprendizaje basado en problemas se ha instalado en los currículos de Medicina con amplio consenso sobre sus beneficios. La discusión sobre las condiciones que hacen posible su funcionamiento ha recibido menor atención.

Objetivo: Argumentar que la efectividad del aprendizaje basado en problemas en la formación médica depende de condiciones institucionales cuya discusión ha quedado postergada.

Opinión: La evidencia disponible respalda el aporte del método al pensamiento crítico y a las habilidades transversales, aunque resulta menos concluyente respecto de la adquisición de conocimientos. Tres asuntos permanecen sin resolver: la formación específica que requiere el rol de tutor, el tiempo curricular y el tamaño de grupo que la metodología demanda, y la tensión entre un aprendizaje concebido como colaborativo y sistemas de evaluación que certifican de forma

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

individual. La experiencia docente en asignaturas de integración clínica sugiere que estas condiciones explican buena parte de la variabilidad observada entre distintas implementaciones.

Conclusiones: El debate pendiente sobre el aprendizaje basado en problemas no consiste en establecer si funciona, sino en precisar qué requiere para funcionar. Su incorporación curricular exige decisiones institucionales sobre formación docente, organización del tiempo y coherencia evaluativa, más que la adhesión a sus beneficios declarados.

Palabras clave: aprendizaje basado en problemas; conducta cooperativa; educación médica; pensamiento crítico; solución de problemas.

ABSTRACT

Introduction: Problem based learning has become established in medical curricula with broad consensus regarding its benefits. The discussion of the conditions that make it work has received less attention.

Objective: To argue that the effectiveness of problem based learning in medical education depends on institutional conditions whose discussion has been postponed.

Opinion: Available evidence supports the contribution of the method to critical thinking and transversal skills, although it is less conclusive regarding knowledge acquisition. Three issues remain unresolved: the specific training required by the tutor role, the curricular time and group size the methodology demands, and the tension between learning conceived as collaborative and assessment systems that certify individually. Teaching experience in clinical integration courses suggests that these conditions account for much of the variability observed across implementations.

Conclusions: The pending debate on problem based learning does not concern whether it works, but rather what it requires in order to work. Its curricular incorporation demands institutional decisions on faculty development, time allocation, and assessment coherence, rather than adherence to its declared benefits.

Keywords: cooperative behavior; education, medical; problem solving; problem-based learning; thinking.

Bajo licencia Creative Commons

Revista Cubana de Medicina Militar
2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

Recibido: 01/09/2026
Aprobado: 26/09/2026

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje basado en problemas (ABP) cumple seis décadas desde su formulación en la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster y se ha incorporado a currículos de Medicina en Canadá, Países Bajos, Australia y América Latina.[1,2] Se trata de una metodología activa, sustentada en principios constructivistas y socioculturales, en la que el estudiante resuelve problemas auténticos mediante trabajo colaborativo y el docente actúa como tutor del proceso.[3,4]

La evidencia acumulada respalda su aporte. Revisiones recientes indican que el ABP fortalece el pensamiento crítico, las habilidades clínicas y la calidad de la relación entre médico y paciente, con resultados superiores a los modelos centrados en clases expositivas.[5,6] Propuestas curriculares como el modelo SPICES favorecieron su difusión y el tránsito desde la transmisión de contenidos hacia el desarrollo de competencias.[7]

Ese consenso, sin embargo, ha desplazado una discusión menos cómoda. La pregunta sobre si el ABP funciona se responde con literatura abundante; la pregunta sobre qué requiere para funcionar aparece con menor frecuencia, pese a que de ella depende el resultado de cada implementación concreta. Las condiciones que la metodología exige, formación específica de los tutores, tiempo curricular protegido, grupos de tamaño acotado y coherencia entre lo que se enseña y lo que se evalúa, suelen enunciarse como supuestos y no como decisiones institucionales que alguien debe tomar y financiar.

La Universidad Bernardo O'Higgins incorporó el ABP en la carrera de Medicina entre el tercer y el décimo semestre, mediante actividades de integración clínica y análisis de situaciones complejas de la práctica médica. Esa experiencia, sostenida a lo largo de ocho semestres, constituye el punto de observación desde el cual se formula esta reflexión.

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

El objetivo de este artículo es argumentar que la efectividad del aprendizaje basado en problemas en la formación médica depende de condiciones institucionales cuya discusión ha quedado postergada.

DESARROLLO

El ABP nació en McMaster como respuesta a un currículo que privilegiaba la acumulación de contenidos por sobre el razonamiento clínico.[1,2] Sus fundamentos provienen del aprendizaje experiencial y de la construcción social del conocimiento, y suponen que el conocimiento adquiere sentido cuando se elabora en contextos semejantes a aquellos donde después se aplicará.[3,4] Seis décadas más tarde, esos supuestos siguen vigentes en la literatura, aunque con menor frecuencia se examina qué se necesita para que se cumplan en un aula concreta.

Lo que la evidencia respalda y lo que deja abierto

Las revisiones disponibles coinciden en que el ABP fortalece el pensamiento crítico, el aprendizaje autodirigido y las habilidades comunicativas.[5,6] *Ge WL* y otros[6] reportan mejoras en profesionalismo médico, y *Mensour EA* y otros[8] observan avances en satisfacción estudiantil y en habilidades de autoaprendizaje en posgrado. *Xie J* y otros[9] documentan mejoras en el razonamiento clínico, al combinar ABP con aprendizaje entre pares.

Conviene notar dónde la evidencia resulta menos firme. Los resultados más consistentes se concentran en habilidades transversales y en percepciones de los estudiantes, mientras que los relativos a la adquisición de conocimientos biomédicos admiten mayor discusión. Esa asimetría no invalida la metodología, pero sí desaconseja presentarla como superior en todo aspecto. La formulación honesta es que el ABP desarrolla algo distinto de lo que desarrolla la clase expositiva, y que ambos aprendizajes resultan necesarios en Medicina.

Tres condiciones que se enuncian como supuestos

La primera es la formación del tutor. El ABP transforma al docente en facilitador del proceso, no en transmisor del contenido.[10,11] Esa transformación se enuncia con facilidad y se consigue con dificultad: exige competencias de conducción de grupos, manejo del silencio productivo,

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

formulación de preguntas y tolerancia a la incertidumbre, que ningún académico adquiere por el hecho de dominar su disciplina. Cuando esa formación no se garantiza, la sesión de ABP deriva hacia una clase expositiva en grupo pequeño, con el costo de la primera y sin los beneficios del segundo.

La segunda es el tiempo y el tamaño de grupo. El modelo original operaba con grupos reducidos que analizaban un problema durante varias sesiones.[1] La expansión de la matrícula en las escuelas de Medicina presiona en dirección contraria, hacia grupos más numerosos y ciclos más breves. La pregunta institucional no es si conviene aplicar ABP, sino cuántos estudiantes por tutor y cuántas horas de currículo protegido se está dispuesto a comprometer. Sin esa definición, la metodología se aplica con el nombre y sin las condiciones.

La tercera, y la menos discutida, es la coherencia evaluativa. El ABP se sostiene en el trabajo colaborativo, mientras que la certificación de competencias en Medicina es individual y suele apoyarse en instrumentos de selección múltiple. El estudiante percibe esa contradicción antes que el equipo docente: aprende en grupo y rinde solo.[11] Mientras la evaluación no se alinee con la metodología, el ABP competirá en desventaja con estrategias de estudio orientadas al examen.

La experiencia institucional

La Universidad Bernardo O'Higgins mantiene el ABP entre el tercer y el décimo semestre de la carrera de Medicina,[12] en coherencia con un perfil de egreso que declara la formación de profesionales capaces de ejercer una medicina basada en evidencia, integrarse a equipos multidisciplinarios y actuar con sentido ético.[13,14] La experiencia docente en las asignaturas de integración clínica permite observar mayor interacción entre docentes y estudiantes, y también la variabilidad entre secciones: los resultados difieren según la preparación del tutor, el tamaño del grupo y la calidad del caso presentado. Esa variabilidad constituye el argumento central de esta reflexión, ya que no se explica por la metodología en sí, sino por las condiciones en que se aplica.

El debate sobre el ABP no consiste en establecer si funciona. La evidencia acumulada en seis décadas resulta suficiente para responder esa pregunta. El debate pendiente consiste en precisar qué requiere para funcionar y quién asume el costo de proveerlo.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077752 – Docencia en Salud

La adopción del ABP sin formación de tutores, sin tiempo curricular protegido y sin coherencia evaluativa produce una versión nominal de la metodología, que conserva su vocabulario y pierde su sentido. Las instituciones que declaran haber incorporado el ABP deberían poder responder, con datos propios, cuántos tutores recibieron formación específica, cuántos estudiantes atiende cada uno y qué proporción de la evaluación reconoce el trabajo colaborativo.

El aporte del ABP a la formación médica se sostiene. Su traducción institucional, en cambio, sigue siendo una tarea abierta, y allí se juega la diferencia entre una innovación declarada y una innovación efectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-based learning: an approach to medical education [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 1980 [acceso: 09/06/2026]. Disponible en: https://books.google.cl/books/about/Problem_Based_Learning.html?id=9u-5DJuQq2UC

2. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: a brief overview. New Dir Teach Learn. 1996;1996(68):3-12. DOI: 10.1002/tl.37219966804

3. Eggen PD, Kauchak DP. Estrategias docentes: enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento [Internet]. México: Fondo de Cultura Económica; 2015 [acceso: 09/06/2026]. Disponible en: https://books.google.cl/books/about/Estrategias_Docentes.html?id=JFe_ngEACAAJ

4. Marra RM, Jonassen DH, Palmer B, Luft S. Why problem-based learning works: theoretical foundations [Internet]. J Excell Coll Teach. 2014 [acceso: 09/06/2026];25(3-4):221-38. Disponible en: https://eric.ed.gov/?id=EJ1041376

5. Greenspan AA, Goldberg GS, Hamilton KL. Problem-based learning and digital platforms in medical education. Front Educ. 2025;10:1631337. DOI: 10.3389/feduc.2025.1631337

6. Ge WL, Zhu XY, Lin JB, Jiang JJ, Li T, Lu YF, et al. Critical thinking and clinical skills by problem-based learning educational methods: an umbrella systematic review. BMC Med Educ. 2025;25(1):455. DOI: 10.1186/s12909-025-06951-z

Bajo licencia Creative Commons

7. Dent JA. The continuing use of the SPICES model in 'SAVOURING' curriculum development. Med Teach. 2023;45(7):760-5. DOI: 10.1080/0142159X.2022.2158067
8. Mensour EA, Tran C, Li T, Mallawaarachchi I, Shaw J, Blissett S. Evaluating the outcomes of problem-based learning in postgraduate medical education: a systematic review and meta-analysis. Can Med Educ J. 2025;16(1):89-101. DOI: 10.36834/cmej.77394
9. Xie J, Chen Z, Lin D, Zhuang G, Zheng Z, Su Y, et al. Peer-assisted learning combined with problem-based learning enhances clinical reasoning and knowledge application among medical students. BMC Med Educ. 2026;26(1):296. DOI: 10.1186/s12909-026-08659-0
10. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. Acad Med. 1993;68(1):52-81. DOI: 10.1097/00001888-199301000-00012
11. Pinilla AE. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Med Colomb. 2011;36(4):204-18. DOI: 10.36104/amc.2011.1451
12. Restrepo Gómez B. Aprendizaje basado en problemas (ABP): una innovación didáctica para la enseñanza universitaria [Internet]. Educ Educ. 2005 [acceso: 09/06/2026];8:9-19. Disponible en: https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/554
13. Matheu Pérez A, Arias Garrido JE, Puebla Loyola P. El rediseño curricular en Ciencias de la Salud como técnica de dirección académica [Internet]. INFODIR. 2025 [acceso: 09/06/2026];44. Disponible en: https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1815
14. Matheu Pérez A, Arias Garrido J, Puebla Loyola P. Rediseño curricular, validación externa y análisis bibliométrico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Bernardo O'Higgins [Internet]. Rev Habanera Cienc Méd. 2026 [acceso: 09/06/2026];25:e6166. Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/6166

Conflictos de interés

Se declara que no existen conflictos de interés.

Bajo licencia Creative Commons

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo subvenciones involucradas en este trabajo.

Disponibilidad de datos

No hay datos asociados con este artículo.

Bajo licencia Creative Commons