

CURRÍCULO PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN SALUD ENTRE LO FORMAL Y LO OCULTO



Leobardo Cuevas Álvarez
Eduardo Gómez Sánchez
Francisco Domingo Vázquez Martínez
Rene Cristobal Crocker Sagástume
Coordinadores

**Currículo para
la formación
profesional en salud**

Entre lo formal y lo oculto



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Coordinación de Investigación

Comité Editorial

CERTIFICA:

Que la obra titulada ***Currículo para la formación profesional en Salud. Entre lo formal y lo oculto***, con número de dictamen **CUCS/CE/0017/26**, fue sometida a un proceso de evaluación académica bajo la modalidad de doble ciego, con la participación de un dictaminador interno de la Universidad de Guadalajara y un dictaminador externo a la institución.

Asimismo, dicha obra fue revisada, aprobada y seleccionada por el **Comité Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud**, en virtud de su pertinencia académica, calidad científica y aportación al área de estudio correspondiente.

ATENTAMENTE

"Piensa y Trabaja"

"40 años de la Feria Internacional del Libro de Guadalajara"

Guadalajara, Jalisco; 25 de agosto de 2026

Edith O.

Dra. Edith Oregon Romero

Secretaria del Comité Editorial

Currículo para la formación profesional en salud

Entre lo formal y lo oculto



Leobardo Cuevas Álvarez
Eduardo Gómez Sánchez
Francisco Domingo Vázquez Martínez
René Crócker Sagastume
Coordinadores

“La presente obra cuenta con el dictamen No. CUCS/CE/0017/26 del Comité Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud”.

Primera edición, 2026

D.R. © 2026, Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Sierra Mojada 950, Independencia Oriente,
C.P. 44340 Guadalajara, Jalisco. México

ISBN: 979-13-88087-45-5

Editado y hecho en México
Edited and made in Mexico

Índice

Prólogo	9
Introducción	15
Capítulo I	19
Fundamentos del currículo en salud	
Resumen	19
1.- El currículo formal y el currículo oculto. Bases teóricas para su comprensión	20
2.- Relación de los modelos educativos con el currículo formal y oculto	24
3.- Los teóricos del currículo escolarizado aplicados al campo de la salud	28
4.- Elementos prácticos de aplicación de la teoría curricular en salud	29
5.- Manifestaciones del currículo formal y oculto en los procesos educativos en salud/ lo que se evalúa, pero no se aprende	35

Capítulo II 39

El poder en las decisiones curriculares

Resumen	35
1.- Quien decide que se enseña? Poder y currículo	40
2.- Políticas educativas, políticas sanitarias y organismos reguladores	43
3.- Autoridades educativas, validez oficial y reconocimiento institucional	44
4.-Sistemas nacionales de evaluación y acreditación	45
5.- Instituciones académicas como espacios de decisión curricular	48
6.- Instituciones prestadoras de servicios de salud y escenarios de práctica	49
7.- Currículo oculto en ciencias de la salud: manifestaciones concretas	51
8.- Hacia un currículo explícito, interprofesional y socialmente pertinente	53
9.- Criterios para revisar programas desde ciencias de la salud	54
Conclusiones	55

Capítulo III 61

Actores institucionales y su influencia en el currículo

Resumen	61
Introducción	62
1.- Cultura organizacional y el “Ethos” universitario: La dimensión simbólica de las instituciones formadoras de profesionales de la salud	65
2.- El poder de la gestión: Directivos y cultura organizacional	69
3.- La identidad y resistencia docente: Constructores de la realidad académica	81

4.- ¿Qué pasa con los estudiantes? Entre la reproducción y el cuestionamiento	84
Conclusiones	88

Capítulo IV 93

Las prácticas docentes y la reproducción de normas ocultas

Resumen	93
Introducción	94
1.- Métodos de enseñanza y estrategias docentes como transmisores del currículo oculto	97
2.- La evaluación como escenario de reproducción del currículo oculto	104
3.- Papel de las prácticas clínicas, profesionales y de servicio social	107
4.- Aprendizaje experiencial y socialización profesional en las ciencias de la salud	110
5.- Las jerarquías institucionales como expresión del currículo oculto	112
6.- Mecanismos de reproducción del currículo oculto en la formación de los profesionales de la salud	114
Conclusiones	118

Capítulo V 123

Implicaciones del currículo oculto y propuestas de transformación

Resumen	123
1.- Desafíos del currículo y sus implicaciones en la formación profesional en salud	124
2.- Implicaciones del currículo oculto en la formación en salud, ética y profesionalismo	125
3.- El currículo formal actual	131

4.- Propuesta para un currículo innovador y humanista	133
5.- Transformaciones y renovación en la práctica docente	141
Conclusiones	147

Capítulo VI 153

Lo que se vive pero no se nombra: Estudio de caso del currículo oculto en un posgrado de ciencias de la salud

Resumen	153
Introducción	154
1.- El currículo oculto en el posgrado	155
2.-El currículo oculto a través de diversos contextos	158
3.- Metodología del estudio de caso	163
4.- Análisis de resultados	171
Conclusiones	185

A Modo de Conclusiones 193

Directorio de Autores 199

Prólogo

En algún momento de la década de 1960, Philip W. Jackson, entonces profesor de la Universidad de Chicago, se sentó al fondo de un puñado de aulas de primaria con una libreta y con una intención poco frecuente en su época: mirar la escuela sin evaluarla. Antes de describir lo que vio, hizo una cuenta sencilla. Ciento ochenta días de clase al año, unas seis horas diarias, poco más de mil horas anuales bajo la tutela de un profesor y alrededor de siete mil horas acumuladas al terminar la enseñanza primaria. Para dimensionar la magnitud de esa cifra la comparó con la asistencia a la iglesia, una práctica igualmente regular, y observó que, salvo dormir, ninguna otra actividad de la infancia ocupa tanto tiempo. Lo que le interesó después fue lo que ocurre dentro de esas horas: aprender a esperar turno, a trabajar en solitario en medio de una multitud, a posponer el deseo propio y a vivir bajo evaluación permanente. Nada de ello estaba escrito en programa alguno y, sin embargo, se aprendía. Para nombrarlo acuñó, en *La vida en las aulas* (1968/1992), la expresión *currículo oculto*.

Casi sesenta años después, aquella aritmética admite una traducción exigente al campo de la salud. A las horas de aula hay que sumar las de laboratorio, las de práctica comunitaria, las guardias, el internado y la residencia. En ninguna de ellas el estudiante deja de aprender, y buena

parte de lo que aprende no está escrito en el plan de estudios: aprende a quién se le pregunta y a quién no se le pregunta, qué se dice y qué se calla frente al paciente, qué error se comenta en la sesión y cuál se omite, cuánto pesa una disciplina frente a otra dentro de un mismo campo profesional. La obra que el lector tiene en sus manos se ocupa precisamente de ese territorio.

Se trata de un trabajo colectivo en el que participan 23 autores provenientes de la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Chihuahua, la Universidad Autónoma de Tamaulipas, la Universidad Autónoma de Yucatán, la Universidad Veracruzana, el Sistema de Servicios de Salud de Jalisco y el IMSS-Bienestar de Xalapa, Veracruz. Su composición no es un dato accesorio: reúne a quienes diseñan los currículos, a quienes los gestionan, a quienes los evalúan y a quienes los enseñan, de manera que la reflexión no proviene de un solo lugar de enunciación. El libro se organiza en seis capítulos y un apartado final, denominado “A modo de conclusiones”, que recoge el intercambio sostenido por coordinadores, autores y coautores en un seminario virtual. Se añade un directorio de autores con el propósito de prolongar la conversación más allá de la publicación, aspiración que conviene tomar en serio.

El proyecto curricular es resultado de una estrategia metodológica que se construye en equipo y que recoge las necesidades y las tendencias propias de la profesión. Diseñar la oferta educativa supone algo más que elaborar un buen diagnóstico: exige interpretarlo y traducirlo en contenidos, estrategias y competencias capaces de sostener los perfiles que demandan los distintos sectores de la sociedad y el desarrollo de la profesión misma. Es, por ello, un proceso exhaustivo, de alta complejidad y de alta responsabilidad, en el que se implican estudiantes, docentes, personal administrativo y autoridades.

Son las voces de estudiantes, docentes y gestores de los planes y programas de estudio las que expresan esas necesidades formativas y también las implicaciones que tiene la gestión del currículo. De esas voces, y de la deliberación que las ordena y las jerarquiza, surgen las unidades de

aprendizaje que darán forma a un proceso educativo integral. Ninguna deliberación, sin embargo, alcanza a preverlo todo. ¿Qué ocurre con lo que el currículo no previó? ¿Quién lo resuelve y de qué manera? ¿Cómo se documenta? ¿Cómo se incorpora a la toma de decisiones en las academias y en las demás instancias universitarias? Estas preguntas recorren la obra, y los autores las responden desde su experiencia como diseñadores y gestores curriculares, así como desde la docencia. Ahí está el énfasis de esta publicación.

La respuesta que ofrecen tiene una consecuencia práctica. El currículo oculto no es un ruido marginal que ocasionalmente interfiere en el logro del perfil de egreso, sino una dimensión estructural del proceso formativo, que transmite y produce actitudes, valores y principios que rara vez se explicitan en el programa. No es, por sí mismo, un fenómeno negativo: según la manera en que se gestione, puede favorecer u obstaculizar la formación deseada. Los autores muestran, por ejemplo, que la experiencia docente y la capacidad de ajustar un curso a lo que un grupo concreto necesita generan aprendizajes no planeados que conviene reconocer y aprovechar, y no únicamente corregir. Pero solo puede gestionarse aquello que antes se ha hecho visible, y ese es el desplazamiento que el libro propone.

Los capítulos siguen ese hilo a través de procesos distintos: la gestión curricular, la formación docente, las estrategias y la evaluación del aprendizaje y la acreditación de programas. Aparecen también dos ámbitos que suelen quedar fuera del análisis curricular convencional. El primero es la infraestructura, que opera como un lenguaje de poder: un laboratorio bien equipado, frente a otro que apenas cuenta con lo indispensable, comunica jerarquías entre disciplinas e incluso entre profesiones de un mismo campo sin necesidad de enunciarlas. El segundo es el escenario clínico, donde el currículo oculto se manifiesta con mayor nitidez, pues es allí donde el estudiantado observa de manera sostenida cómo se conducen sus docentes, cómo tratan a los pacientes y cómo se comunican con ellos, sin que ese aprendizaje esté planeado ni evaluado en ningún programa.

El currículo oculto puede analizarse también desde los roles y desde las dinámicas que estos establecen en los procesos de enseñanza y aprendizaje, incluidas las alianzas que reconocen el saber y su jerarquía, pues el saber da poder. El docente cumple aquí una función mediadora insustituible: instauration de los ambientes en los que se desarrollan, de manera implícita, emociones, valores y un sentido ético del quehacer profesional que los estudiantes perciben, cuestionan y se apropian. Conviene subrayar, con los autores, que lo que el profesorado transmite de este modo no debe leerse como una omisión individual, sino como un mecanismo de socialización profesional que opera en cualquier proceso formativo, y en el que intervienen además la cultura organizacional, los comités curriculares, los organismos acreditadores y las autoridades educativas y sanitarias.

El eje alrededor del cual se construye la identidad profesional guarda relación con la ética, el pensamiento crítico, la empatía, la vocación de servicio y, sobre todo, con la disposición a mirar al otro como un ser que requiere atención para aliviar su dolor y preservar su salud. Estos principios forman parte del currículo aunque no siempre estén escritos en él, y su traducción se advierte en los aprendizajes cotidianos que ocurren dentro y fuera de los espacios destinados para ello. Hacer conciencia de lo que esto implica es lo que convoca a la reflexión, al análisis y a la investigación de lo que ocurre en el currículo oculto.

Por su alcance, la obra interpela a públicos distintos: a quienes toman decisiones y legitiman contenidos, a los evaluadores y organismos acreditadores, a los diseñadores de políticas públicas, a los directivos de instituciones de educación superior en salud y, de manera particular, a quienes diseñan programas de formación docente. Cabe destacar, además, que aunque su material proviene de las ciencias de la salud, sus aportaciones pueden aplicarse a otros campos profesionales.

El reto que se desprende de estas páginas no consiste en eliminar el currículo oculto, tarea por lo demás imposible, sino en integrarlo y orientarlo en la misma dirección del currículo formal. Las horas que Jackson contó con tanta paciencia siguen transcurriendo, ahora en aulas,

laboratorios, hospitales y centros de salud. La pregunta pendiente no es si enseñamos algo distinto de lo que declaramos, porque eso ocurre siempre, sino qué estamos enseñando durante esas horas y si estamos dispuestos a mirarlo con honestidad. Este libro es una invitación a hacerlo, y ahí radica su aportación.

Dra. María del Socorro Pérez Alcala
Coordinadora General Académica y de Innovación

Referencias

Jackson, P. W. (1992). *La vida en las aulas* (2.^a ed.). Morata. (Trabajo original publicado en 1968)

Introducción

Desde que en 1968 Phillip W. Jackson estudió la vida en las aulas y descubrió que: “ lo que el alumno aprende en la escuela no es sólo lo que aparece en los documentos curriculares, sino algo más complejo, como es el conjunto de reglas y normas que rigen la vida escolar, sentimientos, formas de expresarlos, valores, formas de comportamiento y de adaptación a distintos ámbitos...” y utilizó el concepto “curriculum oculto” para nombrar todo eso que pasa en el aula y que no se planea, se han generado una cantidad importante de estudios y revisiones sobre el tema desde perspectivas y en campos disciplinares muy diferentes. No se puede dejar de mencionar además de Phillip W. Jackson a referentes como Hafferty, Bordieu, Giroux, Díaz Barriga y un número importante de autores e investigadores en el ámbito educativo que han dado cuenta de las formas como se transmiten enseñanzas invisibles, no planificadas, pero altamente eficaces en los estudiantes de diversos niveles, desde la primaria, pasando por la educación media básica y la media superior, hasta la educación de postgrado. Muchos de los estudios se han centrado en la educación médica.

El tema del currículo oculto, como le denominaremos a continuación, es de especial relevancia en el campo de las ciencias de la salud pues las enseñanzas no planificadas, no explícitas y muchas veces transmitidas

inconscientemente por docentes, autoridades, procesos de gestión académico administrativos, instituciones , normas publicas, campos clínicos y, sorprendentemente, las formas de distribución de la infraestructura y el equipamiento, tienen un poder de influencia tan alto que puede modelar en la educación superior los comportamientos, las creencias, las actitudes, los modos de interacción, las formas de prestación del servicio profesional y la propia identidad profesional, por señalar solo algunos aspectos.

La obra incluye seis capítulos y un apartado denominado “A modo de Conclusiones”, el cual fue resultado de un seminario virtual realizado entre los coordinadores, autores y coautores de la obra. Al final se encuentra un directorio de autores con la dirección electrónica y un resumen curricular con la finalidad de generar interacción e intercambios posteriores, lo cual es una aspiración importante de todos los que colaboramos en esta publicación.

Arranca con los fundamentos del currículo en salud donde se abordan los elementos teóricos que desde nuestra perspectiva son necesarios para analizar tanto el currículo oculto como el currículo escolarizado. Plantea el tránsito entre el modelo artesanal de enseñanza y el modelo escolarizado, así como la importancia del modelo educativo como generador de aprendizajes no planificados y aborda la relevancia de realizar desarrollo curricular como una forma de disminuir la brecha entre lo formal y lo oculto del currículo en salud.

El trabajo continuó con el segundo capítulo donde se analiza el poder de las decisiones y su impacto en el currículo oculto que se configura en cada contexto institucional tanto en lo macro como en lo micro, representado este por el espacio aúlico. El currículo expresa relaciones de poder y se manifiesta en jerarquías clínicas, académicas, en a selección de contenidos, y en los enfoques con los que debe formarse un profesional de la salud.

Reconocer al currículo oculto permite identificar que se enseña, quien lo decide y que aprendizajes tácitos reproducen desigualdades tanto profesionales como profesionales.

En el tercer capítulo, la obra aborda el papel de los actores institucionales en la construcción del currículo oculto. Analiza la complejidad de esa construcción a la luz de la perspectiva reproductivista de Bordieu y de la pedagogía crítica. Los actores analizados son los directivos y la cultura organizacional, el profesorado y su identidad docente, el estudiantado y sus estrategias de adaptación o resistencia y la dimensión simbólica de las propias instituciones. Concluye revisando la influencia que tienen los procesos de gestión académica, la distribución de la infraestructura, las opiniones de los organismos evaluadores y acreditadores de corte nacional e internacional y la del propio sector salud.

El cuarto capítulo revisa de manera crítica el papel del docente como uno de los principales promotores de aprendizajes implícitos que se generan en las aulas y en los espacios de prácticas para los futuros profesionales de la salud. Son esos aprendizajes los que enseñan a los estudiantes a leer lo invisible de las normas no expresadas, pero si actuadas con bastante poder para influir en la identidad profesional del estudiante. Concluye haciendo una reflexión sobre la práctica docente y como esta podría contribuir a estrechar la brecha entre lo formal y lo oculto.

El quinto capítulo evalúa las implicaciones del currículo oculto y dedica gran parte del mismo a la propuesta de un conjunto de acciones transformadoras que desde el propio diseño curricular o la reestructuración de un currículo podrían tomarse en cuenta para visibilizar lo que en el presente se conserva oculto en el acto educativo. Propone, entre otras cosas, un diseño curricular orientado al desarrollo humano integral y al bienestar social sustentado en criterios de equidad, pertinencia, flexibilidad, innovación y transdisciplinariedad. Plantea que reconocer al currículo oculto permite fortalecer la ética profesional y promover modelos educativos orientados al bienestar, la equidad y la formación integral.

El sexto capítulo constituye el reporte de un interesante estudio de caso sobre las manifestaciones del currículo oculto en un posgrado de psicología educativa. Se trata de comprender la percepción y significados que tanto estudiantes como docentes le dan a las manifestaciones

de practicas no explicitas pero si identificables por ambos actores como parte de la operación del programa educativo. Su aporte representa la concreción de mucho de lo dicho en capítulos anteriores sobre el poder que tiene el currículo oculto tanto en el proceso de formación como en el de construcción de relaciones horizontales y verticales, así como en la construcción de la identidad profesional.

Por último, se encuentra el apartado “A modo de Conclusiones”, el cual fue producto de un conversatorio virtual entre los coordinadores, autores y coautores de la obra. No es la conclusión de cada capítulo, es el intercambio que se dio en ese conversatorio que finalmente complementa, enriquece y sintetiza mucho de lo desarrollado en los seis capítulos.

Quedan preguntas, retos para los académicos que se dedican a la investigación educativa y al diseño curricular, pero de manera importante, para quienes toman decisiones y legitiman contenidos, orientaciones y maneras de formar a los futuros profesionales de la salud en México.

A pesar de que han transcurrido casi 60 años desde que W.P Jackson propusiera el concepto de currículo oculto, los desafíos para disminuir la brecha entre lo formal y lo oculto en el proceso de formación de profesionales de la salud persisten para los tomadores de decisiones, para los evaluadores, para los organismos acreditadores, para los diseñadores de políticas públicas y para los directivos de instituciones de educación superior en salud, pero también y de manera importante, para los diseñadores de programas de formación docente.

Leobardo Cuevas Álvarez
Eduardo Gómez Sánchez
Francisco Domingo Vázquez Martínez
René Crócker Sagastume

Capítulo I.

Fundamentos del currículo en salud

René Cristóbal Crócker Sagastume¹

Francisco Domingo Vázquez Martínez²

Luis Daniel Cruz García³

Cristina Viridiana Cuevas Ramírez⁴

Resumen

En este capítulo se abordan los referentes teóricos para analizar el currículo oculto y el currículo escolarizado como categorías que tienen importancia en la formación de los profesionales de la salud, con el objetivo de proporcionar elementos para su reflexión en los capítulos subsiguientes, así como guiar al lector en la comprensión teórico-epistemológica del campo del currículo.

Se parte aquí del estado del conocimiento del campo del currículo oculto y el currículo escolarizado y de la producción de los propios autores, a través de utilizar una metodología de análisis del discurso escrito.

El capítulo está organizado en los siguientes apartados: en el primero se analiza la evolución histórica del currículo artesanal al currículo escolarizado; en el segundo, se analiza el desarrollo histórico de los modelos

- 1 Profesor investigador titular C en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Coordinador del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco.
- 2 Investigador Titular C del Instituto de Salud Pública y responsable del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos de la Universidad Veracruzana (UV).
- 3 Investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y Docente en la Universidad Anáhuac, Xalapa, Veracruz.
- 4 Investigadora del Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud (IIRHS) y docente de la Carrera de Psicología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

educativos en el currículo escolarizado, y por último se abordan las expresiones prácticas del currículo oculto en ciencias de la salud.

Se concluye que el currículo oculto es predominante en las prácticas educativas de tipo artesanal, tanto en la formación de pregrado como en el posgrado en ciencias de la salud; el desarrollo histórico del currículo escolarizado en los modelos educativos ha buscado hacer evidente el currículo oculto para integrarlo al currículo formal y mejorar las prácticas educativas para un aprendizaje integral de los alumnos en ciencias de la salud.

Abstract

This chapter addresses the theoretical frameworks for analyzing the hidden curriculum and the formal curriculum as categories that are important in the training of health professionals. Its aim is to provide elements for reflection in subsequent chapters, as well as to guide the reader in the theoretical and epistemological understanding of the field of curriculum.

The chapter is structured around the current state of knowledge in the field of the hidden and formal curricula, as well as the authors' own work, using a methodology of written discourse analysis.

The chapter is organized into the following sections: the first analyzes the historical evolution from the artisanal curriculum to the formal curriculum; the second analyzes the historical development of educational models within the formal curriculum; and the last addresses the practical expressions of the hidden curriculum in the health sciences.

It is concluded that the hidden curriculum is predominant in artisanal educational practices, both in undergraduate and postgraduate training in the health sciences. The historical development of the formal curriculum in educational models has sought to make the hidden curriculum evident in order to integrate it into the formal curriculum and improve educational practices for the holistic learning of students in the health sciences.

1. El currículo formal y el currículo oculto: bases teóricas para su comprensión

a. Orígenes del concepto

El *currículo oculto* deriva, según la teoría de la evolución educativa, del surgimiento de la educación escolar y del nacimiento del currículo que

la acompaña. La evolución educativa describe la transición de un modelo de aprendizaje basado en el trabajo (artesanal) a uno autónomo y formalizado o escolarizado (Vázquez, 2016; Vázquez, 2018).

El currículo oculto como eje del modelo artesanal

En la teoría de la evolución educativa el primer estadio de la educación profesional es el modelo artesanal. En este modelo, el proceso educativo y el proceso laboral se confunden, y los alumnos son vistos principalmente como “trabajadores-aprendices”. En esta etapa el plan de estudios no existe como tal, es predominantemente implícito y está integrado en el quehacer profesional diario. El aprendizaje ocurre a través de la socialización en el lugar de trabajo, donde se internalizan prácticas, jerarquías y normas que no están escritas en ningún programa oficial.

En este modelo el educando es visto como un trabajador-aprendiz. El currículo oculto transmite que la formación no es un derecho académico *per se*, sino algo que los aprendices deben “pagar” mediante la prestación de servicios y el trabajo. Esto desvirtúa el proceso educativo, ya que los diplomas suelen obtenerse más por el trabajo realizado que por el cumplimiento de un plan de estudios formal.

El proceso de enseñanza-aprendizaje artesanal es secundario al proceso de trabajo. El currículo oculto enseña al aprendiz-alumno que las necesidades del mercado o del servicio (como la “chamba” en un hospital) son prioritarias frente a cualquier objetivo pedagógico o necesidad de estudio.

A diferencia del modelo escolar, donde hay supervisión constante, en el modelo artesanal se manifiesta un sistema de “aprendizaje por reboamiento”. El currículo oculto dicta que el alumno debe aprender por la mera exposición a la práctica, a menudo quedando a cargo de responsabilidades profesionales sin la supervisión adecuada del “maestro”, quien actúa primordialmente como un jefe laboral y no como un educador con formación pedagógica.

El currículo oculto en el modelo artesanal se manifiesta a través de una estructura vertical y jerárquica muy rígida. Esto incluye: a) sistemas

de castigo. El uso de guardias extra, la cancelación de días libres o vacaciones como mecanismos de control; b) socialización en la violencia. El maltrato y la pérdida de respeto hacia la figura del personal médico en formación (insultos o humillaciones) se transmiten como parte de la “formación” necesaria para endurecer el carácter; conflictos intergeneracionales. Se fomenta un “juego de castigo eterno” donde los alumnos de niveles superiores (ej. residentes de segundo año) son puestos en contra de los de niveles inferiores para asegurar que la carga de trabajo se cumpla, perpetuando ciclos de estrés y desgaste profesional.

En conclusión, en el modelo artesanal el currículo oculto se manifiesta como una herramienta de socialización laboral que prioriza la explotación y la obediencia sobre el desarrollo académico autónomo.

El modelo educativo artesanal y la evolución educativa están documentados en la formación de profesiones de la salud como medicina (Santoni Rugiu, 2009; Vázquez, 2018), enfermería (Cárdenas, 2005) y farmacia (Morales Cosme y Aceves Pastrana, 2015), entre otras.

b. La transición hacia el modelo escolar

En las fases iniciales de la evolución educativa (artesanal), el currículo es totalmente oculto y está implícito en el trabajo; a medida que el sistema evoluciona (escolar), el currículo se vuelve explícito, pero el currículo oculto permanece como una fuerza socializadora paralela que debe ser monitoreada para evitar la explotación o la deformación académica.

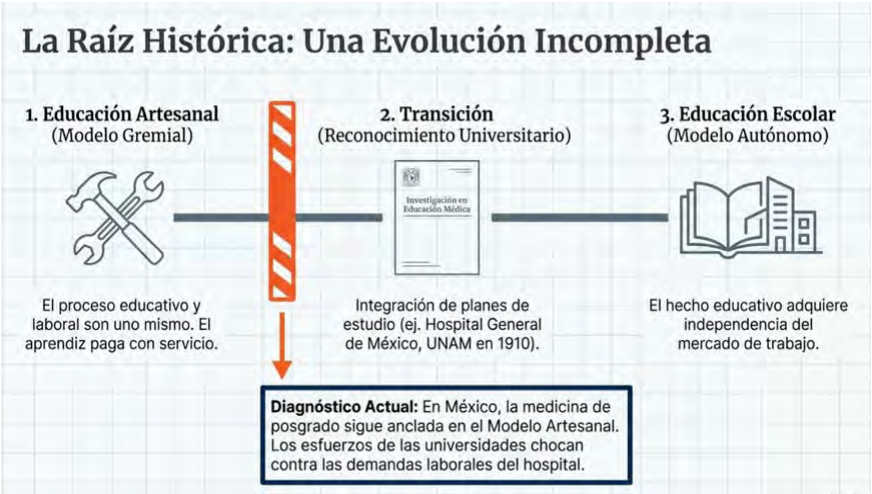
La evolución educativa implica el paso del modelo artesanal al modelo escolar, donde los hechos educativos adquieren independencia y autonomía del mercado de trabajo. En el modelo escolar surge un plan de estudios explícito (teórico-práctico). Sin embargo, el currículo oculto no desaparece; evoluciona para funcionar de manera paralela y simultánea al currículo oficial. En este estadio más evolucionado, el currículo oculto sirve como un instrumento para socializar al estudiante en los valores que la institución considera deseables, aunque éstos no formen parte de la instrucción técnica directa.

Mientras que en el modelo artesanal el currículo está totalmente subordinado a las necesidades de producción o servicios, en el modelo escolar los hechos educativos adquieren independencia y autonomía del proceso laboral. En este modelo el aprendizaje no es un anexo del trabajo, sino el objetivo primario y específico de la institución. La educación contemporánea no puede entenderse simplemente como un refinamiento de métodos pedagógicos; representa, en su núcleo, una metamorfosis estructural de la relación entre el trabajo y educación. Históricamente, el tránsito de sistemas de aprendizaje informales hacia estructuras institucionalizadas ha reconfigurado la arquitectura misma de la formación profesional. Esta evolución es un imperativo estratégico: permite identificar las tensiones críticas donde los objetivos de la excelencia académica son vulnerados por las exigencias de la productividad. Sin una comprensión profunda de este desplazamiento, corremos el riesgo de perpetuar modelos donde la educación se reduce a una sutil forma de servidumbre bajo el velo de la capacitación técnica.

La autonomía del modelo escolar es una condición estructural necesaria para la validez del currículo. Cuando la educación no es autónoma del mercado de trabajo, deja de ser “educación” para convertirse en reproducción de la fuerza de trabajo. La subordinación de los intereses académicos a los laborales despoja al proceso educativo de su propósito transformador, convirtiendo a la institución en un mero apéndice de la cadena productiva.

La evolución, la madurez de un sistema educativo se mide por su capacidad de hacer explícitos sus valores. Pasar de la “tecnología de la conducta” a la “teoría crítica” permite que la educación deje de ser un vehículo de manipulación para convertirse en un motor de conciencia social.

Tabla I.1- Del currículo artesanal al currículo escolarizado



Fuente: Vázquez Martínez F.D.(2026). La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Investigación en Educación Médica*, 5(18),121-127.

2. Relación de los modelos educativos con el currículo formal y oculto

Para comprender las epistemologías que sustentan el currículo formal y el currículo oculto como un elemento importante en educación, se realiza un análisis desde los modelos educativos que permean las propuestas actuales y futuras en las prácticas pedagógico-didácticas para la formación de profesionales de salud.

En la etapa humanística o modernidad científica de las ciencias sociales y humanas, los modelos educativos y las propuestas curriculares escolarizadas tienen tres orientaciones: a) conductista, sustentada en la epistemología neopositivista; b) constructivista, sustentada en las epistemologías hermenéuticas, principalmente en el constructivismo social y la fenomenología, y c) crítica, en cada uno de ellas existe una propuesta epistemológica que la sustenta, como se plantea en la tabla I.2.

Tabla I.2- Matriz de análisis de programas de educación con base en las teorías de los modelos educativos

Modelo educativo	Concepción del ser humano	Visión sociológica	Visión epistemológica	Fundamentación pedagógica	Enfoque didáctico
<i>Conductista</i>	Ser humano pasivo al que se le enseñan conductas	La educación reproduce la visión de la estructura social (Teoría de la reproducción social de Parson)	Estudia al ser humano como objeto fragmentado (Neopositivismo, Comte, Karnap, etc.)	Aprendizaje de conductas previamente definidas en objetivos de los programas por el educador o los expertos (Teoría Conductista de Plavov, Tyler, etc.)	Se fundamenta en la enseñanza de conductas por el educador a través de medios e instrumentos (Tecnología Educativa)
<i>Constructivista</i>	El ser humano es capaz de construir su aprendizaje a través de su acción creativa	El ser humano actúa socialmente de acuerdo a sus representaciones (Teoría de la representación social, Jodelet)	Se interpreta al ser humano en sus representaciones subjetivas (Fenomenología de Schultz)	La educación busca que las personas construyan su aprendizaje con base en su representación de la realidad. (Construccionismo Social de Berger y Luckman)	El educador asesora y apoya a la persona para descubrir su realidad de acuerdo a su cultura y cosmovisión. (Didáctica constructivista)
<i>Crítico</i>	El ser humano en un sujeto sociopolítico capaz de comprender y transformar su realidad	La educación busca educar a sujetos para la acción crítica del contexto social (Marx, Gramsci)	Se analiza al ser humano ya las instituciones en salud y educación en su contexto social, económico y político (Teoría Crítica de Habermas, etc.)	La educación forma a las personas para la liberación personal y la acción transformadora de la sociedad (Educación Popular de Paulo Freire)	El educador se incorpora a la realidad de los sujetos sociales para realizar un proceso educativo transformador de tipo participativo

Fuente: Crócker, R. C. y Sagastume, R. (2021). Construcción del modelo educativo de una universidad guatemalteca con criterios de internacionalización curricular. *Journal of the Academy*, 5, 156-172. <https://doi.org/10.47058/joa5.10>

Estas perspectivas educativas y su sustento epistemológico son hegemónicas en el currículo formal y oculto en ciencias de la salud; sin embargo, a finales del siglo XX e inicios del XXI se construyen nuevos modelos educativos escolarizados sustentados en propuestas epistemológicas innovadoras con base en las epistemologías posmodernas relacionadas con el paradigma de la complejidad, como el modelo educativo crítico constructivista, sustentado en la epistemología de la complejidad (véase tabla I.3).

Tabla I.3. Modelo educativo con enfoque crítico constructivista

Modelo educativo	Concepción del ser humano	Visión sociológica	Visión epistemológica	Fundamentación pedagógica	Enfoque didáctico
<i>Sociocultural (Estructural-Constructivismo)</i>	El ser humano en un sujeto sociocultural que construye su visión del mundo con libertad y juicio crítico en contextos estructurados históricamente	La educación busca educar a sujetos para la interacción socio-crítica de los contextos laborales y profesionales con una visión intercultural	Se analiza los problemas de la realidad socio-laboral y profesional con metodologías cuanti-cualitativas en contextos complejos (Estructural-Constructivismo de Bourdieu)	La educación busca desarrollar las competencias de las personas para actuar autónomamente para analizar y resolver problemas de la realidad social, laboral y profesional de acuerdo a su cultura y contextos complejos (Pedagogía de Frontera, H. Giroux)	El educador se incorpora a la práctica sociolaboral con sus alumnos para construir procesos educativos y reflexionarlos con base en la gestión del conocimiento y el meta-análisis en contextos complejos (Didáctica Práctico-reflexiva)

Fuente: Crócker, R. (2024). Paradigmas y epistemologías de la educación médica. En: Audifred, Vega, G. y Crócker, R. (Coords), Propuesta para el desarrollo educativo en sociomedicina. Universidad de Guadalajara/Grafisma editores.

Con el auge de las propuestas educativas producto de la lucha de los pueblos originarios, las reivindicaciones de género de los grupos feministas y los grupos excluidos por su condición de género (LGTB) se han venido

construyendo propuestas curriculares sustentadas en las epistemologías del sur, que buscan descolonizar los modelos educativos y las propuestas curriculares escolarizadas que hacen evidente el currículo oculto que prevalece en las propuestas curriculares formales de tipo escolarizado. Un ejemplo de esta propuesta se muestra en la tabla I.4.

Tabla I.4- Modelo educativo con enfoque descolonizador

DIMENSIONES	FILOSÓFICA		PEDAGÓGICO-DIDÁCTICA		ACADÉMICO ADMINISTRATIVA		EVALUACIÓN DE CALIDAD
CATEGORÍAS	Ontológica (Ser humano)	Epistemológica	Sociología	Pedagógica	Didáctica	Curricular	Gestión de Calidad
CARACTERÍSTICAS	Sujeto sociohistórico cultural que construye su visión del mundo con base en su cosmovisión	Gestión y construcción del conocimiento con visión intercultural producto de diálogo de saberes para la desconstrucción	Relación crítica con la sociedad colonial que promueve la equidad y el diálogo en situación de igualdad que busca descolonizar las sociedades.	Promueve las competencias de la persona para analizar y resolver problemas en equipos interdisciplinarios	Profesor alumno analizan realidad cultural desde la cosmovisión y gestionan el conocimiento con enfoque intercultural para la descolonización	Diseños simétricos que integran módulos problemáticos basados en la cosmovisión de los grupos y etnias en donde se integra con el mundo occidental.	Gestión estratégica y operativa, participativa con los líderes de etnias en la docencia, inversión y procesos políticos

Fuente: Crócker, R., Pérez, R., Vázquez, J., y Muñoz, P. (2017). El currículum simétrico en la formación de profesionales de salud y alimentación con los pueblos originarios: La experiencia con la etnia wixarika de México. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 11(2), 109-123. www.rinace.net/rlei/

En conclusión, la evolución de los modelos educativos que sustentan el currículo escolarizado o formal han respondido a las demandas de los contextos socioepistemológicos que los han hecho hegemónicos en los sistemas educativos que forman profesionales de la salud; sin embargo, cada propuesta escolarizada formal ha generado formas de respuesta social que se expresan en el currículo oculto en cada etapa evolutiva del proceso escolar.

3. Los teóricos del currículo escolarizado aplicados al campo de la salud

Con base en elementos pedagógicos, el desarrollo histórico de las teorías curriculares se puede agrupar en cuatro momentos que se organizan en el cuadro 4.

- a. *Currículo tradicional.* Desarrollado por Tyler y Taba en la escuela estadounidense del currículo, tiene un enfoque humanista, el plan de estudios se organiza en disciplinas aisladas y se realizan prácticas educativas definidas por el profesor; un ejemplo es el modelo Flexner aplicado en la formación de médicos.
- b. *Currículo tecnocrático.* Desarrollado por Pavlov en la escuela soviética y por Watson en la escuela estadounidense, en donde dominan las tecnologías educativas y el currículo se organiza por paquetes didácticos que se traducen en cartas descriptivas, en donde se definen las conductas que deben guiar el proceso enseñanza-aprendizaje. Este enfoque curricular domina la educación médica y la formación de profesionales de la salud en la actualidad.
- c. *Currículo constructivista.* Propuesta teórica desarrollada inicialmente por Piaget y Dewey en la escuela estadounidense y por Vygotsky en la escuela soviética, en México por los grupos de pedagogos que lidera Díaz Barriga. En esta propuesta curricular el aprendizaje se organiza a partir de la experiencia en los espacios sociales y de salud donde se ubican los actores educativos; los planes de estudio se organizan a través de áreas de formación y proyectos integradores.

- d. *Currículo crítico*. Propuesta teórica desarrollada por los teóricos del currículo de la escuela latinoamericana liderados por Freire y De Alba, y en la escuela estadounidense por Giroux y McLaren. El currículo se organiza por objetos de estudio y transformación alrededor de módulos integrados por problemas de la realidad social y de salud. Las versiones posmodernas de esta propuesta incorporan elementos de las culturas de aprendizaje locales.

Tabla I.5- Caracterización teórica de los currícula escolarizados

Tipos de currículum	Teóricos que fundamentan	Característica principal	Organización curricular	Papel del profesor/alumno
<i>Curriculum tradicional</i>	Ralph Tyler, Hilda Tabá	Hacen énfasis en la transmisión y conservación de los contenidos	Disciplinas aisladas (Modelo Flexner)	Profesor enseña alumno escucha
<i>Curriculum Tecnocrático</i>	I. Pavlov, J. Watson	Dominio de las tecnologías educativas	Paquetes didácticos organizados en cartas descriptivas	El alumno aprende conductas definidas por la institución
<i>Curriculum Constructivista</i>	J. Dewey, J. Piaget, L. Vygotsky, F. Díaz Barriga	Organización del aprendizaje significativo a partir de la experiencia	Disciplina con ejes y proyectos integradores	El alumno construye su aprendizaje de la experiencia
<i>Curriculum Crítico</i>	P. Freire, A. De Alba, H. Giroux	Organización por objetos de estudio y transformación	Módulos integrados alrededor de problemas	El alumno y profesor construyen objetos para transformarlos

Fuente: Crócker, R., elaboración propia.

4. Elementos prácticos de aplicación de la teoría curricular en salud

La transición entre los modelos educativos y las teorías curriculares no ocurre de manera aislada; se materializa en la cotidianidad de los escenarios de atención sanitaria y espacios comunitarios. La aplicación práctica de la teoría curricular en salud es una dialéctica constante entre lo que la

institución declara, esa síntesis de elementos culturales, conocimientos, valores y creencias, que constituye una propuesta político-educativa (De Alba, 1991) y lo que la realidad institucional termina moldeando mediante mecanismos de poder y resistencia, a través del currículo oculto.

a. Expresiones en la práctica curricular formal

En la formación de profesionales de la salud, la práctica formal se manifiesta a través de los instrumentos que dotan de legalidad al proceso educativo, específicamente los planes y programas de estudio, los sistemas de evaluación de competencias y la gestión académico-administrativa.

Al respecto de los planes y programas de estudio, son los que representan la organización del conocimiento en tiempos y espacios definidos. Desde la perspectiva de Vygotsky (1978), estos programas funcionan como un andamiaje para la zona de desarrollo próximo. Un ejemplo claro de esta zona se presenta cuando un estudiante de odontología debe realizar su primera extracción compleja: solo no podría ejecutarla con seguridad (nivel de desarrollo real), pero bajo la supervisión directa y guía técnica del docente (andamiaje), logra completar el procedimiento con éxito (nivel de desarrollo potencial). Sin embargo, suelen reflejar una síntesis cultural donde predomina la visión biomédica hegemónica, fragmentando la formación en disciplinas aisladas que dificultan una comprensión integral del proceso salud-enfermedad en áreas de las ciencias de la salud con práctica clínica.

La segunda expresión práctica del currículo formal son los sistemas de evaluación de competencias. La práctica formal hoy se centra en la evidencia y la medición. Si analizamos estos sistemas desde De Alba (1991), la evaluación no es un acto neutral, sino una herramienta que valida ciertos elementos culturales sobre otros. Al priorizar rúbricas centradas únicamente en la técnica o la conducta observable, la institución impone una visión tecnocrática que silencia otras dimensiones de la práctica como la ética, el cuidado o la intersubjetividad, resolviendo el conflicto de intereses curriculares a favor de la productividad y el neopositivismo.

Finalmente, la gestión académico-administrativa es otra expresión en la práctica del currículo formal. La organización de las prácticas, las rotacio-

nes, el servicio social y las jornadas de atención, escolariza la inserción laboral del estudiante. Esta gestión abarca la logística de los espacios clínicos y áulicos. Cuando esta estructura administrativa es coherente con el modelo pedagógico, facilita la mediación social del aprendizaje (Vygotsky, 1978); sin embargo, cuando falla o se burocratiza, el currículo formal pierde autoridad frente a la urgencia asistencial del entorno profesional, forzando al estudiantado a priorizar el cumplimiento de cuotas de pacientes o turnos sobre sus objetivos de aprendizaje.

Tabla I.6- Elementos prácticos de aplicación de la Teoría Curricular en Salud/A

La aplicación práctica es una dialéctica constante entre la propuesta institucional y la realidad moldeada por el poder y la resistencia.		
a. Expresiones en la Práctica Curricular Formal		
 Planes y Programas de Estudio • Andamiaje para la zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1978). • Ejemplo: Supervisión en procedimientos clínicos complejos. • Riesgo: Predominio de la visión biomédica hegemónica y fragmentada.	 Sistemas de Evaluación de Competencias • Herramienta no neutral que valida elementos culturales (De Alba, 1991). • Prioriza la técnica y la conducta observable. • Silencia dimensiones como la ética y el cuidado en favor de la productividad.	 Gestión Académico-Administrativa • Organización de prácticas, rotaciones y servicio social. • Coherente: Facilita la mediación social del aprendizaje (Vygotsky, 1978). • Burocratizada: Prioriza cuotas asistenciales sobre objetivos de aprendizaje.

Fuente: Elaboración propia. Los datos originales del autor fueron organizados y estructurados visualmente utilizando la herramienta de IA Gemini en Google Slides.

b. Expresiones en la práctica curricular oculta

Para comprender el currículo oculto en las ciencias de la salud, es necesario que la definición de De Alba dialogue con la postura crítica de Giroux y la sociología del *habitus* (Bourdieu, 1991). Si De Alba (1991) define

al currículo como un “proyecto político-social” donde diversos grupos luchan por imponer sus intereses, Giroux (1983) añade que esa lucha ocurre de forma invisible a través de la reproducción de ideologías y la legitimación de formas sociales particulares.

Para el abordaje de la función del currículo oculto que tiene que ver con la reproducción de la jerarquía como una expresión en la práctica curricular oculta, retomaremos la propuesta de Giroux (1983) que señala que el currículo oculto funciona como una herramienta de control social. En los escenarios de práctica profesional, esto se traduce en una estructura vertical donde se aprende que la obediencia al nivel superior es el valor supremo. Ésta es la expresión práctica de esa síntesis cultural conflictiva: se impone una cultura de la jerarquía que silencia la autonomía de los futuros profesionales, convirtiéndolos en sujetos que reproducen el sistema en lugar de cuestionarlo.

El concepto de *habitus*, propuesto por Bourdieu (1991), permite comprender cómo el estudiantado incorpora de manera duradera esquemas de percepción, acción, creencias y valores que rigen su práctica. Y he aquí la segunda expresión práctica del currículo oculto, el *habitus* y la lucha por la hegemonía. Lo que De Alba (1991) denomina “elementos culturales dominantes” se manifiesta en el campo de la salud a través de rituales de poder que Giroux (1983) identifica como mecanismos de legitimación: la supervisión asimétrica en la clínica en todas las profesiones de la salud, el uso de un lenguaje técnico críptico que excluye al paciente, o la validación del dato clínico sobre la subjetividad del consultante. El estudiante de las ciencias de la salud internaliza que para ser de la élite sanitaria debe adoptar una postura de infalibilidad. Este currículo oculto es el resultado de una síntesis que logra naturalizar la desensibilización emocional como un rasgo de la identidad profesional, consolidando una hegemonía que define quién posee el saber y quién debe ser el objeto pasivo de las intervenciones del equipo de salud.

Como última expresión en la práctica curricular oculta, está la frontera entre la productividad y la reflexión. El modelo artesanal sobrevive porque el mensaje oculto prioriza la operatividad técnica sobre el estudio reflexivo. En este punto, la falta de una mediación social reflexiva (Vygotsky,

1978) impide que el estudiantado reconozca que su formación está siendo subordinada a intereses de servicio, lo que Giroux identificaría como una forma de servidumbre bajo el velo de la capacitación profesional.

Tabla 1.7- Elementos prácticos de aplicación de la Teoría Curricular en Salud/B

b. Expresiones en la práctica curricular oculta		
 1. Reproducción de la Jerarquía (Control Social)	 2. Habitus y Lucha por la Hegemonía	 3. La Frontera: Productividad vs. Reflexión
• Currículo oculto como herramienta de control social (Giroux, 1983). • Estructura vertical: la obediencia es el valor supremo. • Silencia la autonomía, fomenta la reproducción del sistema.	• Habitus (Bourdieu, 1991): esquemas de percepción y acción internalizados. • Rituales de poder (Giroux): Supervisión asimétrica, lenguaje técnico críptico, validación del dato clínico sobre la subjetividad. • Desensibilización emocional como rasgo de identidad profesional.	• Modelo artesanal prioriza operatividad técnica sobre estudio reflexivo. • Falta de mediación social reflexiva (Vygotsky, 1978). • Formación subordinada a intereses de servicio (servidumbre bajo velo de capacitación).

Fuente: Elaboración propia. Elaboración propia. Los datos originales del autor fueron organizados y estructurados visualmente utilizando la herramienta de IA Gemini en Google Slides.

c. Impactos en la formación de profesionales de la salud

La interacción entre lo formal y lo oculto tiene repercusiones profundas en la identidad y el desempeño del futuro profesional, como la configuración de la identidad profesional, la disonancia ética y desgaste profesional, y la reproducción o transformación social.

Al respecto de la configuración de la identidad profesional, entre otros elementos del currículo oculto sobresale el impacto más significativo: la construcción de una identidad que oscila entre la excelencia técnica y la erosión de la empatía. Si el currículo oculto premia la resistencia al

maltrato institucional, el egresado se convierte en lo que Giroux (1983) describe como un técnico al servicio del sistema, perpetuando la visión hegemónica que De Alba (1991) advierte en las propuestas curriculares no transformadoras.

Por otro lado, existe una brecha crítica entre el ideal de salud integral propuesto en el currículo formal y la realidad operativa de las instituciones, es decir, una disonancia ética acompañada de un desgaste profesional. Esta contradicción entre los valores declarados y los valores practicados genera una disonancia que es la base del agotamiento prematuro (*burnout*) durante la formación.

Finalmente, el impacto se mide en la capacidad de agencia. Un currículo que logre hacer explícito lo oculto y fomente una pedagogía crítica permitirá que los profesionales de la salud dejen de ser meros reproductores de la fuerza de trabajo, para convertirse en intelectuales capaces de transformar su realidad social y la calidad de la atención (Crócker, 2024).

Tabla I.8- Elementos prácticos de aplicación de la Teoría Curricular en Salud/C

c. Impactos en la formación de profesionales de la salud

La interacción entre lo formal y lo oculto tiene repercusiones profundas en la identidad y el desempeño del futuro profesional como la configuración de la identidad profesional, la disonancia ética y desgaste profesional y la reproducción o transformación social.



1. Configuración de la Identidad Profesional

- **Oscilación:** Excelencia técnica vs. Erosión de la empatía.
- Resistencia al maltrato institucional premiada.
- Técnico al servicio del sistema (Giroux, 1983).
- **Perpetuación** de visión hegemónica (De Alba, 1991).



2. Disonancia Ética y Desgaste Profesional

- **Brecha crítica:** Ideal de salud integral vs. Realidad operativa.
- **Contradicción** entre valores declarados y practicados.
- Genera disonancia ética.
- Base del agotamiento prematuro (burnout).



3. Capacidad de Agencia y Transformación Social

- Hacer explícito el currículo oculto.
- Fomento de una pedagogía crítica.
- De reproductores a intelectuales transformadores.
- Transformar realidad social y calidad de atención (Crócker, 2024).

Fuente: Elaboración propia. Elaboración propia. Los datos originales del autor fueron organizados y estructurados visualmente utilizando la herramienta de IA Gemini en Google Slides.

5. Manifestaciones del currículo formal y oculto en los procesos educativos en salud / Lo que no se evalúa, pero se aprende

En México, durante el internado y el servicio social, así como en la residencia médica, la educación médica, en general, aún opera bajo un esquema artesanal donde internos, pasantes y residentes (oficialmente “personal médico en formación”) son tanto trabajadores como estudiantes. Esto genera un currículo oculto que se transmite como parte de la “formación”. Para superar esta etapa de la evolución educativa, la teoría propone propiciar la evolución hacia el modelo escolar, separando el proceso laboral del educativo. Esto busca que los intereses académicos prevalezcan sobre las necesidades de servicios de salud, haciendo que el aprendizaje sea explícito y supervisado, en lugar de depender únicamente de mensajes implícitos o de “aprendizaje por rebosamiento”.

El currículo oculto en cualquier etapa de la evolución educativa sirve para reproducir la ideología dominante y la división social del trabajo. Por tanto, el análisis de la evolución educativa busca desvelar estos mensajes implícitos para lograr un cambio sociocultural y educativo orientado a la formación del pensamiento crítico del estudiante.

Cuando el proceso laboral devora al educativo, la excelencia académica se desvanece. La formación médica, en estos términos, no es una certificación de competencias, sino una validación de la resistencia al abuso. Esta confusión identitaria pone en riesgo directo la calidad de la atención médica de la población y la integridad del profesional.

Es imperativo que las instituciones educativas y de salud emprendan un cambio que separe de manera definitiva el proceso educativo del laboral. Esta separación no implica la ruptura del vínculo docente-asistencial, sino la aclaración de que la enseñanza no es una actividad secundaria al servicio, sino su eje rector.

Las universidades tienen la responsabilidad histórica de no validar sistemas de formación que operen bajo esquemas de sutil servidumbre. La evolución del modelo educativo debe ser el motor de una verdadera

emancipación: formar profesionales cuya excelencia técnica sea inseparable de su dignidad humana. Hacer explícito lo que estaba oculto no es sólo un ejercicio académico, es un acto de justicia necesario para que la educación sea, finalmente, un camino hacia la libertad y no un instrumento de opresión.

Referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.
- Cárdenas Becerril, Lucila. (2005). *La profesionalización de la enfermería en México: Un análisis desde la sociología de las profesiones*. Barcelona: Pomares, Col. Educación Superior en América Latina.
- Crócker, R. C., y Sagastume, R. (2021). Construcción del modelo educativo de una universidad guatemalteca con criterios de internacionalización curricular. *Journal of the Academy*, 5, 156-172. <https://doi.org/10.47058/joa5.10>
- Crócker, R., Pérez, R., Vázquez, J., y Muñoz, P. (2017). El currículum simétrico en la formación de profesionales de salud y alimentación con los pueblos originarios: La experiencia con la etnia wixárika de México. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 11(2), 109-123. www.rinace.net/rlei/
- Crócker, R. (2024). Paradigmas y epistemologías de la educación médica. En: Audifred, Vega, G. y Crocker, R. (Coords), *Propuesta para el desarrollo educativo en sociomedicina*. Universidad de Guadalajara/Grafisma editores.
- Cruz, L. (2026). *Manifestaciones del currículum formal y oculto en los procesos educativos en salud / Lo que no se evalúa, pero se aprende*.
- De Alba, A. (1991). *Currículum: Crisis, mito y perspectivas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giroux, H. A. (1983). *Theory and resistance in education: A pedagogy for the opposition*. Bergin & Garvey.
- Morales, A., y Aceves, P. (2015). *Profesiones médico-farmacéuticas en los inicios de una nueva nación (1770-1843)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Santoni Rugiu, Antonio. (2016). *Vestimenta larga y vestimenta corta. Barberos-cirujanos, nodrizas y parteras como educadores*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Ediciones de Educación y Cultura [Col. Ciencia, Tecnología y Humanidades].
- Vázquez Martínez, F. D. (2016). La teoría de la evolución educativa y la formación de médicos especialistas. *Investigación en Educación Médica*, 5(18), 121-127.
- . (2018). Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa. *Investigación en Educación Médica*, 7(25), 46-52.
- . (2026). *El currículo formal y el currículo oculto: Bases teóricas para su comprensión*.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Capítulo II.

El poder en las decisiones curriculares en ciencias de la salud

Héctor Raúl Pérez Gómez^{1,2}

Eduardo Vázquez Valls^{1,2}

Netzahualpilli Delgado Figueroa^{1,2,3}

Resumen

En este capítulo se analiza quién decide qué se enseña en ciencias de la salud y cómo esas decisiones exceden los planes de estudio, los programas de asignatura y los dictámenes técnicos. El currículo expresa relaciones de poder entre el Estado, las universidades, los organismos de evaluación y acreditación, las instituciones prestadoras de servicios, las comunidades profesionales, el estudiantado, los pacientes, las familias y los territorios. Desde esta perspectiva, el currículo oculto no sólo se manifiesta en jerarquías clínicas o académicas, sino también en la selección de problemas considerados centrales: enfermedad, cuidado, rehabilitación, salud mental, ambiente, alimentación, datos, prevención, promoción, gestión y equidad. La formación debe entenderse como un campo interprofesional, intersectorial y situado. Medicina

- 1 Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, Gobierno del Estado de Jalisco.
- 2 Departamento de Clínicas Médicas, División de Clínicas Médicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- 3 Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Centro Universitario de Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

constituye un caso relevante, pero insuficiente para explicar el poder curricular; también participan enfermería, nutrición, fisioterapia, psicología, estomatología, salud pública, química farmacobiológica, tecnología biomédica, radiología, terapia ocupacional, trabajo social y salud ambiental. Reconocer esta pluralidad permite identificar qué se enseña, quién lo decide y qué aprendizajes tácitos reproducen desigualdades profesionales, institucionales y sociales.

Abstract

This chapter examines who decides what is taught in the health sciences and how those decisions extend beyond curricula, course syllabi, and technical assessments. Curriculum reflects power relations among the State, universities, evaluation and accreditation bodies, healthcare institutions, professional communities, students, patients, families, and territories. From this perspective, the hidden curriculum is expressed not only through clinical or academic hierarchies, but also through the selection of issues regarded as central: disease, care, rehabilitation, mental health, the environment, nutrition, data, prevention, health promotion, management, and equity. Education should be understood as an interprofessional, intersectoral, and context-specific field. Medicine is a relevant but insufficient case for explaining curricular power; nursing, nutrition, physiotherapy, psychology, dentistry, public health, pharmaceutical and biological chemistry, biomedical technology, radiology, occupational therapy, social work, and environmental health also participate. Recognizing this plurality makes it possible to identify what is taught, who decides it, and which tacit forms of learning reproduce professional, institutional, and social inequalities.

1. ¿Quién decide qué se enseña? Poder y currículo

Preguntarnos quién decide qué se enseña implica reconocer que el currículo no es sólo un documento técnico, sino un arreglo de poder: define qué conocimientos se legitiman, quién tiene autoridad para establecerlos y qué instituciones controlan los recursos —tiempo, campos clínicos y comunitarios, profesorado, financiamiento, tecnología, datos, laboratorios, pacientes, redes de atención y mecanismos de evaluación— necesarios para volverlos enseñables.

En la educación en ciencias de la salud en México, esas decisiones se construyen en un entramado multinivel: políticas públicas educativas y

sanitarias; reglas de aseguramiento de la calidad; autonomía y gobierno interno de las instituciones académicas; coordinación intersectorial entre educación y salud; regulación de escenarios de práctica; y condiciones materiales de los servicios que hacen posible o limitan el aprendizaje clínico, comunitario, poblacional, digital y territorial.

El giro central de este capítulo consiste en no reducir la pregunta al programa de medicina. En ciencias de la salud, lo que se enseña incluye diagnosticar y tratar, pero también cuidar, acompañar, rehabilitar, prevenir, educar, comunicar riesgos, vigilar inequidades, analizar datos, gestionar servicios, diseñar políticas, actuar éticamente y comprender cómo el ambiente, el trabajo, la alimentación, la vivienda, la violencia y la desigualdad producen enfermedad o bienestar. La evidencia internacional sobre determinantes sociales confirma que la salud y la equidad dependen de condiciones que exceden la atención clínica individual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

Desde esta perspectiva, el currículo oculto aparece cuando el programa oficial declara competencias interprofesionales, equidad, promoción de la salud o enfoque comunitario, pero la organización cotidiana premia lo hospitalario sobre lo comunitario, el procedimiento sobre el cuidado, la especialidad sobre la atención primaria, la productividad sobre la reflexión ética, la obediencia jerárquica sobre la deliberación, y la medición administrativa sobre la comprensión integral de los problemas de salud.

Retomando la relación entre poder y conocimiento desarrollada en el capítulo anterior, el poder curricular puede entenderse como una práctica distribuida: no se concentra únicamente en una autoridad, sino que circula en reglamentos, evaluaciones, jerarquías, rutinas y mecanismos de vigilancia. Esta lectura es congruente con la idea foucaultiana de que las instituciones producen normalización mediante prácticas disciplinarias cotidianas, no sólo mediante prohibiciones explícitas (Foucault, 2002).

Una forma complementaria de entender el poder curricular es asumir que el currículo opera como selección social del conocimiento. Bernstein (1975) sostiene que la manera en que una sociedad selecciona, clasifica, distribuye, transmite y evalúa el conocimiento educativo refleja la distribución del poder y los principios de control social.

De manera convergente, Apple (1993) plantea que el currículo no es neutral, sino que forma parte de una tradición selectiva que define qué cuenta como conocimiento oficial. En ciencias de la salud esa selección no sólo decide contenidos; también jerarquiza profesiones, escenarios, lenguajes, formas de evidencia y modos legítimos de intervenir sobre la salud.

Trasladado a ciencias de la salud, lo enseñable emerge de cinco tipos de poder que se superponen:

- Poder normativo: leyes, acuerdos, normas oficiales, criterios de validez oficial, lineamientos de campos clínicos, reglas de servicio social y criterios técnico-académicos para programas del área de la salud.
- Poder de aseguramiento de la calidad: estándares, acreditación, autoevaluación, auditoría, indicadores y evidencias que orientan prioridades curriculares hacia resultados, mejora continua, trazabilidad, seguridad y pertinencia social.
- Poder organizacional y material: disponibilidad real de profesorado, campos clínicos y comunitarios, infraestructura, conectividad, laboratorios, simulación, expedientes electrónicos, seguridad del paciente y condiciones laborales de los servicios.
- Poder epistémico-profesional: marcos de competencias, guías disciplinares, comunidades académicas, colegios, asociaciones y tradiciones profesionales que definen qué saberes son centrales o periféricos.
- Poder territorial y comunitario: necesidades epidemiológicas, determinantes sociales, condiciones ambientales, culturas locales, experiencias de pacientes y prioridades comunitarias que interpelean al currículo oficial.

En suma, quien decide el currículo no es un solo actor, sino una configuración de autoridades, instituciones, saberes, recursos y prácticas. El currículo oculto se produce en la frontera entre el discurso formal y las experiencias cotidianas: allí donde se afirma integralidad, pero se enseñan jerarquía, fragmentación, obediencia, exclusión o indiferencia ante los determinantes sociales.

2. Políticas educativas, políticas sanitarias y organismos reguladores

En educación superior, incluida la formación en salud, la distribución del poder curricular se define por un balance entre autonomía académica y regulación pública. La Ley General de Educación Superior reconoce la capacidad de las instituciones autónomas para gobernarse, ejercer libertad académica y determinar sus planes y programas; al mismo tiempo, atribuye a la autoridad educativa funciones de coordinación, planeación, evaluación y acreditación del sistema (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2021).

En ciencias de la salud esta tensión se vuelve más compleja, porque el currículo no sólo responde a fines educativos: también debe articularse con necesidades sanitarias, seguridad del paciente, calidad de la atención, distribución territorial del personal, servicio social, regulación profesional y prioridades epidemiológicas. La Ley General de Salud incorpora la enseñanza y la formación de recursos humanos como componentes del sistema sanitario, lo que confirma el carácter simultáneamente educativo, sanitario, ético, laboral y social del currículo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

La perspectiva contemporánea exige reconocer que las políticas públicas ya no regulan únicamente títulos, créditos o campos clínicos. También reordenan prioridades sustantivas: atención primaria, salud mental, envejecimiento, discapacidad, rehabilitación, salud ambiental, enfermedades crónicas, resistencia antimicrobiana, salud digital, seguridad alimentaria, prevención de violencias, interculturalidad y equidad. La OMS subraya la necesidad de transformar los sistemas de salud mental, integrar la rehabilitación como parte del continuo de atención y abordar los riesgos ambientales como determinantes de la salud (OMS, 2022).

Por ello, el poder curricular se expresa tanto en lo que se incluye como en lo que se posterga. Cuando un programa dedica amplio tiempo a la patología hospitalaria, pero poco a prevención, comunicación comunitaria, rehabilitación, salud mental o determinantes sociales, no sólo organiza contenidos: también transmite una idea tácita de qué problemas importan y qué poblaciones merecen atención académica.

3. Autoridades educativas, validez oficial y reconocimiento institucional

La Secretaría de Educación Pública concentra instrumentos estratégicos de control indirecto sobre qué se enseña, especialmente en instituciones particulares. El Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) es el acto mediante el cual la autoridad incorpora al sistema educativo nacional un plan y programas de estudio impartidos por particulares, una vez satisfechos los requisitos académicos, docentes, administrativos y de infraestructura establecidos (Secretaría de Educación Pública, 2017).

En ciencias de la salud el RVOE no puede interpretarse sólo como un trámite administrativo. Quien egresa de un programa puede intervenir en procesos de cuidado, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, consejería, laboratorio, gestión de información o atención directa de personas y comunidades. La validez oficial funciona como una barrera mínima de legitimidad institucional, pero no garantiza por sí misma pertinencia social, seguridad, calidad ética, desempeño efectivo ni competencia interprofesional.

Aquí aparece una diferencia crucial entre currículo formal y currículo vivido. Un plan puede declarar competencias transversales —ética, comunicación, trabajo en equipo, equidad, humanismo y pensamiento crítico—, pero si los escenarios reales reproducen maltrato, verticalidad, sobrecarga, simulación documental o invisibilización de otras profesiones, el currículo oculto termina enseñando lo contrario. La regulación reconoce lo visible y documentable; la cultura institucional moldea aquello que el estudiantado aprende a considerar normal.

Por tanto, la validez oficial acredita la existencia formal de un programa y el cumplimiento de condiciones mínimas, pero no valida automáticamente lo que sucede en la operación cotidiana del currículo. La calidad formativa exige contrastar de manera sistemática el plan autorizado con las prácticas reales, los resultados de aprendizaje y las condiciones de seguridad y trato digno.

4. Sistemas nacionales de evaluación y acreditación

La Ley General de Educación Superior establece un sistema de evaluación y acreditación orientado a la mejora continua y a la participación de autoridades, instituciones y entidades evaluadoras (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2021). En ese marco, el Sistema de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (SEAES) articula criterios, ámbitos y procesos de autoevaluación, evaluación externa y mejora continua con una orientación formativa y contextualizada (Consejo Nacional para la Coordinación de la Educación Superior [Conaces], 2023).

La evaluación externa produce poder curricular porque convierte determinados criterios en evidencias exigibles: perfiles de egreso, congruencia curricular, suficiencia docente, infraestructura, campos de práctica, seguimiento de egresados, resultados de aprendizaje, procesos de mejora y mecanismos de seguridad. Aunque los organismos no siempre dictan contenidos específicos, sus estándares orientan lo que las instituciones priorizan, documentan, financian y corrigen. El instrumento de autoevaluación del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (Comaem) ejemplifica cómo misión, gobierno, estudiantes, profesorado, currículo, evaluación, vinculación e infraestructura se traducen en módulos y evidencias institucionales (Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica [Comaem], 2018).

Acreditación: la arquitectura del Copaes

El Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (Copaes) ha operado como instancia de reconocimiento de organismos acreditadores de programas académicos. Su influencia es mediada: no define una lista única de contenidos, pero reconoce a organismos cuyos marcos disciplinares inciden en el currículo mediante procesos de autoevaluación, evidencia, contratación docente, infraestructura, evaluación y seguimiento (Consejo para la Acreditación de la Educación Superior [Copaes], 2012). En la arquitectura contemporánea estas instancias deben articularse con los principios y mecanismos del SEAES.

Para ciencias de la salud la acreditación debe superar la lógica de cumplimiento documental. La calidad curricular no sólo consiste en demostrar que existe un plan ordenado; también requiere evidenciar si el programa forma profesionales capaces de colaborar, actuar en atención primaria, comprender inequidades, usar datos con responsabilidad, comunicarse con pacientes y comunidades, proteger la salud mental, prevenir daños, reconocer riesgos ambientales y tomar decisiones éticas en contextos reales.

Regulación intersectorial en salud: CIFRHS y opinión técnico-académica

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) constituye un nodo relevante en las carreras del área, porque articula al sector educativo con el sector salud para valorar planes y programas y emitir la opinión técnico-académica (Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud [CIFRHS], 2026).

La ampliación desde medicina hacia ciencias de la salud se sostiene en la propia estructura de las guías de la CIFRHS, que incluyen criterios para enfermería, nutrición, psicología, fisioterapia, estomatología, optometría, farmacia o químico fármaco-biólogo, terapia respiratoria, radiología e imagen, órtesis y prótesis, podología, ingeniería biomédica, partería, trabajo social, terapia ocupacional y atención médica prehospitalaria, además de medicina general y especialidades (CIFRHS, 2026). Esta regulación es necesaria porque protege el interés público y fija condiciones mínimas de formación; sin embargo, sería inadecuada si se aplicara como una lista rígida y descontextualizada. Su legitimidad depende de combinar estándares comunes con autonomía académica, evidencia, necesidades territoriales y diversidad profesional.

En términos de poder curricular, la opinión técnico-académica condiciona parte de lo que puede enseñarse, dónde puede enseñarse y bajo qué condiciones debe desarrollarse la práctica. Examina perfiles profe-

sionales, estructura curricular, escenarios, infraestructura, profesorado, congruencia con necesidades sanitarias y mecanismos de evaluación. Por ello, la CIFRHS funciona como puente entre legitimidad educativa y responsabilidad sanitaria.

Como se sintetiza en la tabla II.1, la ampliación interdisciplinaria permite observar que cada área aporta un foco específico al análisis del poder curricular y, al mismo tiempo, enfrenta riesgos particulares de invisibilización o subordinación.

Tabla II.1. Ampliación interdisciplinaria del poder curricular

Área o disciplina	Aporte al análisis curricular	Riesgo de currículo oculto	Implicación formativa
<i>Medicina</i>	Diagnóstico, tratamiento, razonamiento clínico, decisiones terapéuticas y liderazgo clínico.	Sobrerrepresentar el modelo hospitalario, la jerarquía y la especialidad como centro de toda formación en salud.	Formar liderazgo clínico colaborativo; integrar atención primaria, prevención y trabajo interprofesional.
<i>Enfermería</i>	Cuidado continuo, seguridad del paciente, comunicación, acompañamiento y coordinación de la atención.	Invisibilizar el cuidado como trabajo técnico subordinado y no como conocimiento profesional.	Reconocer el cuidado como eje epistémico, ético y organizacional del sistema de salud.
<i>Nutrición</i>	Prevención, alimentación, entornos alimentarios, enfermedad crónica y seguridad alimentaria.	Reducir la nutrición al consejo individual y omitir determinantes sociales, cultura y política pública.	Integrar alimentación, inequidad, salud pública y comunicación comunitaria.
<i>Fisioterapia y rehabilitación</i>	Funcionalidad, discapacidad, recuperación, curso de vida y participación social.	Colocar la rehabilitación como etapa secundaria o tardía.	Incluir funcionalidad, independencia y vida cotidiana como resultados de salud.
<i>Psicología y salud mental</i>	Bienestar, sufrimiento, estigma, conducta, adherencia y derechos.	Normalizar agotamiento, maltrato, estigma o fragmentación entre salud física y mental.	Incorporar la salud mental del paciente, la comunidad y el personal en todos los programas.

Área o disciplina	Aporte al análisis curricular	Riesgo de currículo oculto	Implicación formativa
<i>Salud pública y epidemiología</i>	Vigilancia, riesgo poblacional, prevención, evaluación de intervenciones y equidad.	Subordinar lo poblacional a lo clínico individual y convertir la epidemiología en estadística descontextualizada.	Formar capacidad para interpretar datos, territorios, desigualdades y políticas.
<i>Salud ambiental y ocupacional</i>	Ambiente, clima, agua, saneamiento, aire, trabajo y exposición a riesgos.	Tratar el ambiente como un tema externo al acto sanitario.	Vincular salud, planeta, territorio, seguridad laboral y prevención primaria.
<i>Tecnología biomédica y salud digital</i>	Datos, dispositivos, telemedicina, interoperabilidad, inteligencia artificial y profesionalismo digital.	Confundir innovación con adopción acrítica de herramientas sin ética, evaluación ni equidad.	Desarrollar competencias digitales, gobernanza de datos, seguridad y evaluación tecnológica.
<i>Bioética y gestión sanitaria</i>	Justicia, deliberación, calidad, gobernanza, priorización y rendición de cuentas.	Convertir la ética y la gestión en contenidos decorativos sin incidencia real en decisiones.	Preparar para decisiones complejas, transparentes y centradas en personas y comunidades.

Fuente: elaboración propia con base en AMFEM (2008), OMS (2010, 2022, 2025, 2026) y OMS y UNICEF (2020).

5. Instituciones académicas como espacios de decisión curricular

Si el Estado regula el marco, las instituciones académicas deciden el currículo en un plano interno mediante el gobierno universitario, los comités curriculares, las academias, las coordinaciones de programas, los cuerpos colegiados, los sistemas de evaluación, las prácticas docentes y los mecanismos de mejora. Ese poder se sostiene jurídicamente en la autonomía, pero se ejerce en diálogo —y a veces en tensión— con la acreditación, el financiamiento, los campos de práctica, las demandas sociales y las prioridades sanitarias.

En ciencias de la salud, ese poder institucional rara vez opera en el vacío. Cada facultad, escuela, centro universitario o instituto decide qué disciplinas se sientan en la mesa, qué evidencias cuentan, qué cursos reciben más horas, qué prácticas se consideran formativas, qué perfiles

docentes se valoran y qué temas se integran como ejes transversales o quedan relegados a una clase aislada.

La gobernanza curricular debería incluir no sólo a autoridades y profesores de asignaturas centrales, sino también a representantes de enfermería, nutrición, fisioterapia, psicología, salud pública, tecnología, bioética, gestión, salud ambiental, campos clínicos, estudiantes, egresados, pacientes y comunidad. Su exclusión no es un detalle procedimental: produce un currículo oculto donde algunas profesiones aparecen como protagonistas y otras como apoyo, mientras ciertos problemas se enseñan como estratégicos y otros como accesorios.

Servín-Hernández y Obrador-Vera (2023) muestran que los indicadores de acreditación médica pueden analizarse como redes académicas, institucionales y de estudiantes y profesores. Esta lectura permite sostener que el poder curricular no está sólo en el apartado denominado plan de estudios, sino en las interrelaciones entre misión, gobierno, evaluación, recursos, profesorado, estudiantes, escenarios de práctica, investigación, vinculación social y resultados sanitarios.

En el plano disciplinar-profesional, las instituciones suelen apoyarse en marcos de competencias producidos por comunidades profesionales. La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM, 2008) documentó un perfil del médico general que integra atención, bases científicas, metodología, ética, trabajo en equipo, atención comunitaria y participación en el sistema de salud. Para una lectura más amplia, cada área debería dialogar con marcos propios y con competencias comunes de cuidado, rehabilitación, salud pública, comunicación, ética, investigación, alfabetización digital y trabajo interprofesional.

6. Instituciones prestadoras de servicios de salud y escenarios de práctica

En los programas con componentes clínicos, comunitarios, poblacionales o tecnológicos, una parte decisiva del currículo ocurre en escenarios reales. Por ello, las instituciones prestadoras de servicios no sólo reciben

estudiantes; también co-determinan qué se enseña porque controlan el acceso a pacientes, expedientes, procedimientos, laboratorios, comunidades, supervisión, tecnologías, tiempos de atención y condiciones de seguridad.

La Ley General de Salud establece la coordinación entre autoridades educativas, sanitarias e instituciones para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos; asimismo, prevé facilidades para la enseñanza y el adiestramiento en servicio (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026). Este marco formaliza un poder operativo sobre el currículo vivido: los servicios condicionan qué experiencias son posibles, quién supervisa, con qué recursos y bajo qué cultura institucional.

Los escenarios formativos, sin embargo, no deben limitarse al hospital. El currículo real también ocurre en centros de salud, unidades comunitarias de salud mental, servicios de rehabilitación, laboratorios de salud pública, escuelas, centros de trabajo, comunidades indígenas, unidades móviles, municipios, hogares, bancos de sangre, áreas de vigilancia epidemiológica, plataformas de telemedicina, laboratorios de simulación y espacios de gestión sanitaria.

La atención primaria ofrece un marco para organizar servicios integrados, acciones intersectoriales y participación comunitaria; por ello, su incorporación no debe reducirse a una unidad teórica o a una rotación periférica (OMS, 2026; Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020). Si la mayor parte de la práctica ocurre en hospitales de alta demanda, con escasa supervisión y limitada exposición territorial, el estudiantado aprende que la comunidad es secundaria. En cambio, la integración de centros de salud, promoción, territorio y trabajo interprofesional convierte la atención primaria en una experiencia formativa real.

Campos clínicos e internado: NOM-033-SSA3-2023

La NOM-033-SSA3-2023 establece criterios y requisitos mínimos para utilizar establecimientos de atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de medicina (Secretaría de Salud,

2023). Aunque su alcance normativo se concentra en esa licenciatura, su lógica ayuda a comprender el reparto de poder: la institución académica conserva la rectoría del programa, mientras la institución de salud controla condiciones de operación, recursos, coordinación, supervisión y seguridad del escenario.

La lectura ampliada obliga a preguntar en cualquier programa con práctica directa o indirecta: ¿existe convenio?, ¿hay supervisión suficiente?, ¿el escenario es pertinente al perfil de egreso?, ¿se protege la seguridad del paciente y del estudiante?, ¿se promueve el trabajo interprofesional?, ¿se evalúan competencias reales y no sólo asistencia?, ¿se evita que el estudiante sustituya personal o realice tareas sin formación adecuada?

Servicio social y formación situada: NOM-009-SSA3-2013

Para el servicio social de Medicina y Estomatología, la NOM-009-SSA3-2013 define criterios mínimos para utilizar establecimientos como campos clínicos. La norma reconoce la responsabilidad académica de las instituciones de educación superior y la responsabilidad operativa de las instituciones de salud de acuerdo con necesidades epidemiológicas y demográficas (Secretaría de Salud, 2014).

Esta estructura muestra una coproducción del currículo en la práctica: la universidad define propósitos formativos, el prestador operacionaliza la experiencia, y el territorio introduce necesidades reales. Esta lógica debe ampliarse a prácticas comunitarias, profesionales, clínicas, tecnológicas y de investigación en las que los estudiantes no sólo aplican conocimientos, sino que aprenden jerarquías, formas de trato, ética de servicio, sensibilidad intercultural y modos de responder a la escasez.

7. Currículo oculto en ciencias de la salud: manifestaciones concretas

El currículo oculto se expresa en aprendizajes no siempre declarados: formas de obedecer, callar, jerarquizar, priorizar o normalizar prácticas. En ciencias de la salud, sus manifestaciones exceden la educación médica

hospitalaria e incluyen relaciones entre profesiones, sesgos sobre el valor del cuidado, trato hacia pacientes, organización del tiempo, manejo de la incertidumbre, uso de tecnología, distribución de recursos, sensibilidad ante desigualdades y respuestas institucionales al sufrimiento del propio estudiante.

En la tabla II.2 se organizan estas manifestaciones, se identifican los escenarios donde suelen observarse y señala sus posibles efectos formativos.

Tabla II.2. Manifestaciones del currículo oculto en ciencias de la salud

Manifestación	Actores o escenarios	Efecto formativo posible
<i>Jerarquías entre profesiones que enseñan quién puede opinar o decidir.</i>	Hospitales, centros de salud, laboratorios, reuniones clínicas y prácticas comunitarias.	Reproduce subordinación profesional y limita la colaboración interprofesional.
<i>Centralidad excesiva del hospital y de la especialidad.</i>	Ciclos clínicos, internado, asignación de rotaciones y prestigio docente.	Desvaloriza la atención primaria, la prevención, la promoción y el trabajo territorial.
<i>Invisibilización del cuidado, la rehabilitación y la salud mental.</i>	Aulas, campos clínicos, programas operativos y evaluación práctica.	Forma profesionales con una mirada fragmentada de la salud y la funcionalidad.
<i>Evaluación centrada en evidencias administrativas, más que en aprendizaje real.</i>	Acreditación, comités curriculares, plataformas de gestión y reportes.	Produce cumplimiento documental sin transformación de las prácticas.
<i>Condiciones materiales que limitan el aprendizaje seguro.</i>	Infraestructura, cupos clínicos, recursos docentes, seguridad del paciente y conectividad.	Normaliza improvisación, riesgo y aprendizaje por exposición no supervisada.
<i>Uso acrítico de tecnología y datos.</i>	Telemedicina, expedientes electrónicos, inteligencia artificial, laboratorios y simuladores.	Genera dependencia técnica sin reflexión sobre ética, sesgos, privacidad y equidad.
<i>Diferencia entre programa académico y experiencia real.</i>	Servicio social, prácticas profesionales, comunidad, consulta y guardias.	Enseña que el currículo formal puede ser decorativo frente a la cultura institucional.

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de poder, disciplina y normalización de Foucault (2002), y de los marcos de evaluación de Comaem (2018) y Conaces (2023).

Estas manifestaciones permiten ver que el análisis no debe describir únicamente quién decide formalmente el currículo, sino cómo esas decisiones se traducen en experiencias que moldean identidades profesionales. El estudiante aprende qué vale, quién manda, qué se tolera, a quién se escucha, qué sufrimiento se minimiza y qué problemas se consideran dignos de atención.

8. Hacia un currículo explícito, interprofesional y socialmente pertinente

El currículo oculto no se corrige sólo agregando temas. Se requiere rediseñar relaciones, escenarios, evaluaciones y culturas institucionales. La formación debe asumir que los problemas sanitarios contemporáneos son interdependientes: una enfermedad crónica involucra alimentación, vivienda, trabajo, salud mental, acceso a medicamentos, seguimiento, rehabilitación, familia, datos, servicios y políticas públicas.

Por ello, un currículo explícito y socialmente pertinente debería incluir al menos cinco ejes transversales:

- *Interprofesionalidad*: aprender con, desde y sobre otras profesiones para colaborar en beneficio de personas, familias y comunidades. La educación interprofesional y la práctica colaborativa son estrategias para fortalecer los sistemas y mejorar la coordinación del trabajo sanitario (OMS, 2010).
- *Atención primaria y determinantes sociales*: comprender la salud como resultado de condiciones de vida, poder, recursos, ambiente y políticas públicas; integrar servicios, acción intersectorial y participación comunitaria (OMS, 2024, 2025; OMS y UNICEF, 2020).
- *Ética, derechos y seguridad*: deliberar sobre autonomía, justicia, confidencialidad, seguridad del paciente, bienestar estudiantil y trato digno. La transformación de la salud mental exige combatir el estigma y desarrollar servicios comunitarios y centrados en derechos (OMS, 2022).
- *Competencia digital y datos*: usar tecnologías, expedientes, telemedicina e inteligencia artificial con criterios de calidad, equidad,

privacidad y responsabilidad profesional. Los marcos de competencias digitales deben vincularse con la educación y la práctica de las distintas profesiones sanitarias (OMS, 2026).

- *Ambiente, territorio y sostenibilidad*: reconocer cómo clima, aire, agua, saneamiento, trabajo, alimentación y contaminación condicionan los resultados de salud (OMS, 2026).

Estos ejes no sustituyen las competencias disciplinares; las articulan. Un médico, una enfermera, una nutrióloga, un fisioterapeuta, una psicóloga, un químico, un tecnólogo biomédico o una salubrista requieren saberes específicos, pero también una base común para actuar en sistemas complejos. El poder curricular más transformador no consiste en borrar disciplinas, sino en impedir que las jerarquías ocultas bloqueen la colaboración.

9. Criterios para revisar programas desde ciencias de la salud

Para llevar el argumento a la práctica institucional, los comités curriculares pueden revisar sus programas mediante preguntas orientadoras y evidencias verificables. La tabla II.3 permite identificar brechas entre currículo formal, currículo enseñado y currículo vivido.

Tabla II.3. Criterios para la revisión curricular en ciencias de la salud

Dimensión	Pregunta de revisión curricular	Evidencia sugerida
<i>Pertinencia social</i>	¿El programa responde a prioridades epidemiológicas, territoriales y de equidad?	Diagnóstico situacional, mapas de necesidades y consulta con servicios y comunidades.
<i>Interprofesionalidad</i>	¿Los estudiantes aprenden colaborativamente con otras profesiones?	Actividades compartidas, casos integrados y evaluación del trabajo en equipo.
<i>Atención primaria</i>	¿La formación ocurre también en el primer nivel, la comunidad y la promoción de la salud?	Rotaciones comunitarias, proyectos de prevención y trabajo con centros de salud.

Dimensión	Pregunta de revisión curricular	Evidencia sugerida
<i>Seguridad y ética</i>	¿Se supervisan las prácticas y se protege la dignidad de pacientes y estudiantes?	Protocolos, bitácoras, evaluación del trato, reportes de incidentes y tutoría.
<i>Salud mental y bienestar</i>	¿El programa previene maltrato, agotamiento y estigma?	Rutas de apoyo, clima educativo, indicadores de bienestar y cultura de denuncia.
<i>Tecnología y datos</i>	¿Se enseñan competencias digitales, privacidad y evaluación de tecnologías?	Prácticas con expediente, simulación, telemedicina y análisis ético de datos.
<i>Ambiente y sostenibilidad</i>	¿Se integra la relación entre salud, ambiente, trabajo y territorio?	Casos de salud ambiental, vigilancia de riesgos y proyectos de prevención.
<i>Evaluación auténtica</i>	¿Se evalúa el desempeño real y no sólo la memoria o el cumplimiento documental?	Evaluación clínica objetiva estructurada, portafolios, evaluación de 360 grados y desempeño en escenarios reales.

Fuente: elaboración propia con base en Conaces (2023), CIFRHS (2026), Comaem (2018), OMS (2010, 2022, 2024, 2025, 2026) y OMS y UNICEF (2020).

Conclusiones

En la formación en ciencias de la salud es necesario abandonar la idea de un único decisor. El poder curricular se distribuye como una red: el Estado define marcos de posibilidad; las autoridades educativas regulan validez y evaluación; las autoridades sanitarias ordenan escenarios de práctica; las instituciones académicas diseñan planes y programas; los organismos acreditadores transforman estándares en evidencias; las instituciones de salud controlan condiciones reales de aprendizaje; las profesiones producen marcos epistémicos; y las comunidades revelan necesidades que desafían el currículo oficial.

El currículo oculto no se limita a la jerarquía médico-residente-estudiante ni a la cultura hospitalaria. También aparece cuando el cuidado se considera secundario, la rehabilitación se deja al final, la salud mental se estigmatiza, la prevención se reduce a discurso, el ambiente se trata como externo al sistema sanitario, la tecnología se incorpora sin ética, los datos se usan sin contexto, la comunidad se visita sin escucharla o la acreditación se convierte en acumulación de evidencias sin cambio cultural.

Por tanto, decidir qué se enseña equivale a decidir qué tipo de sistema de salud se desea reproducir: uno fragmentado, jerárquico y centrado en procedimientos, o uno integrado, interprofesional, territorial, digitalmente responsable, ambientalmente consciente y orientado a la equidad. Hacer visible el poder curricular permite transformar el currículo oculto en objeto de deliberación, evaluación y mejora.

A partir de estas conclusiones se requieren espacios de reflexión crítica que no se limiten a revisar contenidos, sino que examinen relaciones de poder, prácticas institucionales y aprendizajes tácitos. Las siguientes preguntas pueden orientar esa deliberación:

1. ¿Quiénes deciden realmente qué se enseña, qué se evalúa y qué se omite en la formación en ciencias de la salud?
2. ¿Qué actores concentran mayor poder en las decisiones curriculares y cuáles participan sólo de manera simbólica, consultiva o marginal?
3. ¿Qué diferencias existen entre el currículo formal, el discurso institucional y las experiencias que viven los estudiantes en aulas, laboratorios, hospitales, centros de salud y comunidades?
4. ¿Qué aprendizajes implícitos transmiten las jerarquías académicas, clínicas y profesionales acerca de quién puede hablar, decidir, investigar, cuidar o liderar?
5. ¿De qué manera el currículo reconoce o invisibiliza las contribuciones de enfermería, nutrición, fisioterapia, psicología, estomatología, salud pública, trabajo social, rehabilitación, salud ambiental y otras disciplinas?
6. ¿Los problemas de salud se abordan desde una perspectiva verdaderamente interprofesional o continúan fragmentándose de acuerdo con los límites tradicionales de cada profesión?
7. ¿Qué escenarios de práctica reciben mayor reconocimiento académico y cuáles se consideran secundarios: el hospital, la atención primaria, la comunidad, el laboratorio, la rehabilitación, la salud mental o la promoción y prevención?

8. ¿Cómo influyen los recursos disponibles, las cargas de trabajo, la supervisión, la seguridad del paciente y las relaciones laborales en aquello que los estudiantes terminan aprendiendo?
9. ¿Las necesidades sanitarias, sociales, culturales y ambientales de los territorios participan en la definición del currículo o sólo se incorporan como contenidos complementarios?
10. ¿Cómo pueden participar pacientes, familias y comunidades en las decisiones curriculares sin que su intervención se reduzca a consultas formales o testimoniales?
11. ¿Los procesos de acreditación favorecen transformaciones significativas en la cultura educativa o promueven principalmente documentos, indicadores y evidencias administrativas?
12. ¿Qué criterios e indicadores permitirían evaluar la pertinencia social del currículo y su contribución efectiva a la reducción de desigualdades sanitarias?
13. ¿Cómo deben incorporarse la tecnología, la inteligencia artificial y el uso de datos para evitar sesgos, proteger la dignidad humana y fortalecer la responsabilidad ética?
14. ¿Qué temas permanecen relegados en el currículo actual, como el cuidado, la rehabilitación, la salud mental, la prevención, la promoción, el ambiente y los determinantes sociales?
15. ¿Qué tipo de profesional y qué modelo de sistema de salud produce el currículo vigente: uno fragmentado, jerárquico y centrado en procedimientos, o uno integrado, interprofesional, territorial, ético y orientado a la equidad?
16. ¿Qué transformaciones institucionales son necesarias para convertir el currículo oculto en un objeto permanente de análisis, deliberación, evaluación y mejora colectiva?

Referencias bibliográficas

- Apple, M. W. (1993). The politics of official knowledge: Does a national curriculum make sense? *Teachers College Record*, 95(2), 222-241. <https://doi.org/10.1177/016146819309500206>
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. (2008). *Perfil por competencias del médico general mexicano*. <https://www.uv.mx/medicina/files/2016/12/competencias-medico-amfem.pdf>
- Bernstein, B. (1975). On the classification and framing of educational knowledge. *Class, codes and control: Vol. 3. Towards a theory of educational transmissions* (pp. 85-115). Routledge/Kegan Paul.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). Ley General de Salud (última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de enero de 2026). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/lgs.pdf>
- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. (2026). *Guías para evaluar planes y programas de estudio para la apertura de carreras del área de la salud*. https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/planes-programas/criterios_esenciales.html
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (2021, 20 de abril). Decreto por el que se expide la Ley General de Educación Superior y se abroga la Ley para la Coordinación de la Educación Superior. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616253&fecha=20/04/2021
- Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A. C. (2018). *Instrumento y módulos de autoevaluación 2018*. <https://www.comaem.org.mx/wp-content/uploads/2023/12/7.-Instrumento-y-Modulos-de-Autoevaluacion-2018-1.pdf>
- Consejo Nacional para la Coordinación de la Educación Superior. (2023). *Marco general del Sistema de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior*. Secretaría de Educación Pública. https://educacionsuperior.sep.gob.mx/sites/default/files/2025-01/marco_gral_seaes.pdf
- Consejo para la Acreditación de la Educación Superior. (2012). *Marco general de referencia para los procesos de acreditación de programas académicos de tipo superior* (versión 3.0). https://www.concapren.org.mx/recursos/Marco_de_Referencia_Copaes_v3.pdf

- Foucault, M. (2002 [1975]). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, trad.). Siglo XXI Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- . (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- . (2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>
- . (2025). *World report on social determinants of health equity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- . (2026a). *Competency frameworks and standards for digital health: A landscape analysis*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240119765>
- . (2026b). *Rehabilitation*. Recuperado el 17 de julio de 2026, de <https://www.who.int/health-topics/rehabilitation>
- . (s/f-a). *Environmental health*. Recuperado el 17 de julio de 2026, de <https://www.who.int/health-topics/environmental-health>
- . (s/f-b). *Primary health care*. Recuperado el 17 de julio de 2026, de <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- Secretaría de Educación Pública. (2017, 13 de noviembre). Acuerdo número 17/11/17 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5504348&fecha=13/11/2017
- Secretaría de Salud. (2014, 28 de julio). Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. *Diario*

Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014

—. (2023, 2 de octubre). Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2023, Educación en salud. Criterios y requisitos mínimos para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5704164&fecha=02/10/2023

Servín-Hernández, D., & Obrador-Vera, G. T. (2023). Instrumento de autoevaluación del Comaem: Una propuesta para fortalecerlo y renovarlo con base en la construcción de redes. *Revista Mexicana de Educación Médica*, 10(1), 22-29. <https://doi.org/10.24875/rmem.22000010>

Capítulo III.

Actores institucionales y su influencia en el currículo oculto

Eduardo Gómez Sánchez¹

Beatriz Verónica Panduro Espinoza²

David Elicerio Conchas³

Juan Francisco Flores Bravo³

Gerardo Aguilera Rodríguez⁴

Resumen

- 1 Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 2 Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 3 Departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 4 Departamento de Neurociencias, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

A partir de una revisión teórica que articula la perspectiva reproduccionista de Bourdieu con aportaciones de la pedagogía crítica, se analiza el papel de cuatro actores institucionales en la conformación del currículo oculto que incide en la formación de profesionales de ciencias de la salud: los directivos y la cultura organizacional, el profesorado y su identidad docente, el estudiantado y sus estrategias de adaptación o resistencia, y la dimensión simbólica de las propias instituciones. En el presente capítulo se aborda el currículo oculto en las instituciones de educación superior mexicanas, entendido como el conjunto de normas, valores y prácticas no explícitas que se transmiten al margen de los planes y programas de estudio formales. En él se expone cómo los actores antes men-

cionados, la gestión académica, la infraestructura, los organismos nacionales e internacionales y el sector salud influyen de manera relevante y frecuentemente invisible, en la formación de profesionales de la salud.

Abstract

Based on a theoretical review that integrates Bourdieu's reproductionist perspective with contributions from critical pedagogy, this chapter analyzes the role of four institutional actors in shaping the hidden curriculum that influences the education of health sciences professionals: administrators and organizational culture, faculty and their teaching identity, students and their strategies of adaptation or resistance, and the symbolic dimension of the institutions themselves. The chapter examines the hidden curriculum in Mexican higher education institutions, understood as the set of implicit norms, values, and practices transmitted outside the formal curriculum. It explains how these actors, together with academic governance, institutional infrastructure, national and international organizations, and the healthcare sector, exert a significant, yet often invisible, influence on the education and professional development of health professionals.

Introducción

Cuando un estudiante de medicina comete un error evidente con un paciente y aprende que conviene guardar silencio sobre el error frente al médico adscrito; cuando una profesora de enfermería advierte que sus colegas más jóvenes son escuchados con menor atención en las reuniones de academia y constituye una práctica normalizada; o cuando una coordinación escolar resuelve un trámite según el “conocido que intervenga” y no acorde con los procesos institucionales; está ocurriendo algo que ningún programa educativo documenta, pero que lo forma y deforma.

El presente capítulo parte de las preguntas centrales: ¿quiénes son los actores institucionales que producen y reproducen el currículo oculto en las universidades e instituciones de educación superior mexicanas?, y ¿de qué manera su influencia podría hacerse visible para, eventualmente, transformarse? Para responder a estas preguntas, se parte de cuatro agen-

tes clave: el personal directivo y la cultura organizacional que encabezan; el personal docente y su identidad profesional; el estudiantado y su doble condición, como receptor y agente; y la dimensión simbólica de las propias instituciones formadoras de profesionales de la salud. Sin pretender agotar la complejidad de cada uno, se ofrece un mapa inicial que permita a investigadores, gestores y docentes identificar los actores, fenómenos, espacios y cómo opera aquello que normalmente permanece fuera de los planes y programas institucionales. Es importante considerar que si bien el capítulo se acota a los actores institucionales, no se desconoce la participación de actores extra institucionales que también intervienen en el currículo oculto y que pueden ser personas, organizaciones o incluso entornos externos a la propia institución educativa que implícitamente y ya sea de manera voluntaria o involuntaria, transmiten valores, normas, expectativas, estereotipos y formas de comportamiento.

Precisamente porque el currículo oculto opera de manera silenciosa, develarlo y nombrarlo constituye ya un primer acto de transformación: lo que se hace visible puede discutirse, y lo que puede discutirse puede, en alguna medida, modificarse o incorporarse en el currículo formal y manifiesto.

Comprender cómo opera el currículo oculto en la formación de profesionales de la salud requiere el análisis respecto a cómo participa cada actor en ese proceso, pues la formación de estos profesionales combina estructuras jerárquicas heredadas, una creciente presión por la evaluación, la productividad académica, y escenarios formativos donde la distancia entre lo que se enseña formalmente y lo que realmente se aprende suele ser amplia.

Esa distancia entre la intención de enseñar y el aprendizaje que finalmente construye el estudiantado constituye, precisamente, uno de los espacios donde el currículo oculto adquiere mayor relevancia. Para ilustrar esta idea, retomamos una breve historia narrada por Martínez (2020):

Estaban dos amigos reunidos, uno de ellos con su perro, quien en un momento de la charla le comentó al otro: "le enseñé a mi perro a chiflar". Su amigo, intrigado, respondió: "pues dile que chifle". El primero sonrió y contestó: "Te dije que le enseñé a chiflar, mas no que aprendió".

Comprender esa distancia, y a los actores que la sostienen, es el propósito que anima las páginas siguientes. En este orden de ideas, el análisis que se desarrolla a continuación parte de tres planteamientos interrelacionados que orientan la lectura del capítulo:

1. El currículo oculto no es atribuible a un único actor, sino que se construye en la intersección de al menos cuatro planos institucionales: la gestión directiva, la práctica docente, la experiencia estudiantil y la cultura simbólica de la institución en su conjunto. Comprenderlo exige, por tanto, una mirada integral en la que se contemplen estos cuatro planos sin reducir su abordaje a uno solo de ellos.
2. El currículo oculto en las ciencias de la salud no puede explicarse exclusivamente desde variables internas a la institución, dado que también existen agentes externos que influyen, de manera frecuentemente invisible, en la configuración de lo que se aprende sin haberse enseñado explícitamente; entre éstos destacan: organismos públicos que regulan la formación de profesionales de la salud, organismos evaluadores y acreditadores nacionales e internacionales que establecen estándares de formación y legitiman cuáles son y cuáles no son programas de calidad.
3. Reconocer la existencia del currículo oculto no significa asumir que sus efectos sean inevitables. Aunque algunos mecanismos de reproducción social y profesional son difíciles de modificar, docentes y estudiantes conservan la capacidad de cuestionarlos, reinterpretarlos y, en determinadas circunstancias, transformarlos.

1. Cultura organizacional y el *ethos* universitario: la dimensión simbólica de las instituciones formadoras de profesionales de la salud

El estudio del currículo oculto en la formación de profesionales de la salud requiere trascender el análisis de los contenidos explícitos del plan de estudios y comprender el entramado de significados, símbolos, valores, rituales y prácticas cotidianas que configuran la vida de las instituciones y las personas formadoras de estos profesionales. En este sentido, la cultura organizacional se constituye como uno de los principales vehículos mediante los cuales el currículo oculto se reproduce, ya que incide en aquello que la comunidad académica considera importante, legítimo y deseable, aun cuando estos aspectos no se encuentren oficialmente establecidos en los documentos oficiales (Jackson, 1991; Apple, 2008).

El currículo oculto constituye una expresión de la cultura institucional y comprenderlo implica reconocer que la formación universitaria y de profesionales de la salud en particular, no ocurre exclusivamente mediante los planes de estudio y programas de asignaturas oficiales, o procesos formales de enseñanza, sino también a través de los significados compartidos que orientan la vida cotidiana de las instituciones.

Desde esta perspectiva, la cultura organizacional ya no se entiende como un conjunto de procedimientos administrativos o valores formalmente declarados; en su lugar, se convierte en un sistema dinámico de construcción de significados que utilizan las comunidades para interpretar la realidad, establecer relaciones sociales y definir aquello que consideran legítimo para la formación de profesionales de la salud.

Esta forma de entender el currículo oculto y la cultura organizacional se sostiene en la perspectiva constructivista de Berger y Luckman (2003), quienes plantean que la realidad social es una construcción social colectiva, producto de la interacción, institucionalización y legitimación. En ese sentido, las instituciones formadoras de profesionales de la salud, además de contar con estructuras organizativas, representan universos

simbólicos que configuran formas particulares de comprender los procesos educativos y de salud-enfermedad y actuar en ellos.

Desde esta lógica, podemos decir que las instituciones formadoras de profesionales de la salud participan activamente en la construcción social de las identidades de estos profesionales a través de la transmisión de formas específicas de entender el conocimiento, la autoridad, la ética y el ejercicio de las profesiones.

Por ello, el currículo oculto puede comprenderse como uno de los mecanismos mediante los cuales las instituciones formadoras de profesionales de la salud objetivan y legitiman determinados significados socialmente compartidos respecto a lo que profesores, estudiantes y personal directivo consideran “normal”, “profesional”, “correcto” o “adecuado” para cierta profesión. Esto es resultado de procesos históricos de construcción social, más que de decisiones puramente técnicas o normativas.

Esta forma de entender el currículo oculto y la formación de profesionales de la salud coincide con Geertz (2003), quien entiende la cultura como una red de significados compartidos por los propios sujetos que la viven. Desde esta perspectiva, las instituciones, además de transmitir conocimientos científicos “pertinentes” para una profesión, también producen símbolos, rituales, narrativas, tradiciones y formas de interpretar la realidad que orientarán las interacciones y el comportamiento de quienes formen parte de ella. Por eso, la cultura que se constituye en las instituciones puede entenderse como un sistema simbólico que da sentido a la experiencia educativa de quienes se forman como profesionales de la salud.

Debido a que el proceso de enseñanza-aprendizaje de las ciencias de la salud ocurre simultáneamente en diversos espacios académicos y clínico-asistenciales, los hospitales, clínicas, laboratorios y aulas se configuran como lugares donde el estudiantado interpreta de manera continua los comportamientos de profesores, residentes, especialistas y autoridades, quienes a su vez modelan y socializan lo que significa ser médico, enfermera, odontólogo u otro profesional de la salud.

El ethos universitario como construcción colectiva

Desde la sociología de las organizaciones, el *ethos* universitario puede entenderse como la expresión simbólica de la identidad institucional. Además de representar los valores oficialmente declarados, representa una construcción colectiva que se reproduce mediante narrativas, tradiciones, ceremonias, símbolos, prácticas académicas y formas de interacción cotidiana.

Al respecto, Tierney (1988) sostiene que cada universidad construye una cultura propia que se conforma como marco de interpretación compartido por sus integrantes y utilizado para comprender las decisiones institucionales, las relaciones de poder y las prioridades académicas. Por eso, universidades con planes de estudio similares terminan formando profesionales distintos, ya que se socializan en culturas que comunican expectativas y saberes distintos respecto al conocimiento, la investigación y la práctica profesional.

Mary Jo Hatch (1997) amplía esta perspectiva al señalar que la cultura organizacional se construye mediante un proceso permanente de producción e interpretación de símbolos. Las historias institucionales, los discursos de las autoridades, los rituales académicos, las ceremonias de graduación, los reconocimientos al mérito, los espacios físicos y hasta las formas de comunicación cotidiana participan en la construcción del significado compartido de pertenecer a una institución determinada.

Desde esta perspectiva, el currículo oculto constituye la dimensión educativa de esa producción simbólica. Cada decisión institucional comunica implícitamente aquello que la organización considera importante y aquello que permanece en los márgenes de su proyecto educativo.

La formación de profesionales de la salud puede comprenderse como un proceso gradual de incorporación a comunidades de práctica (Wenger, 2001). Los estudiantes no solamente adquieren conocimientos científicos, aprenden a participar en comunidades profesionales mediante la interacción cotidiana con docentes, investigadores, clínicos y otros estudiantes.

Durante este proceso construyen progresivamente una identidad profesional compartida que incorpora formas específicas de comunicación,

resolución de problemas, ejercicio del liderazgo y relación con pacientes y colegas. En consecuencia, gran parte del currículo oculto se transmite mediante la participación cotidiana dentro de estas comunidades, más que mediante la enseñanza explícita.

Esta construcción colectiva también puede analizarse desde el concepto de *habitus* desarrollado por Bourdieu (2007). El *habitus* profesional representa un conjunto de disposiciones interiorizadas que orientan la percepción, el pensamiento y la acción de los individuos dentro de un campo específico. En las ciencias de la salud, dicho *habitus* comienza a configurarse desde el ingreso a la universidad mediante la incorporación progresiva de normas implícitas relacionadas con la autoridad, la comunicación clínica, la toma de decisiones, la ética profesional y el prestigio académico.

Por ello, las relaciones cotidianas entre estudiantes y profesores constituyen mucho más que procesos de enseñanza-aprendizaje. Representan espacios de socialización donde se construyen disposiciones profesionales que posteriormente orientarán la práctica clínica.

Podemos decir que al hablar de currículo oculto es necesario hacer referencia a los valores, prácticas, tradiciones, rasgos, características, principios, normas, reglas y demás aspectos institucionales que en su conjunto crean una “forma o estilo de ser” en las universidades y dan sentido a la cultura organizacional. Ya desde finales del siglo pasado Hafferty (1998) incorporaba a la discusión del currículo oculto conceptos como costumbres, rituales y aspectos propios de la educación médica, todos ellos reflejo de la estructura y cultura organizacional que influyen en la formación de profesionales de la salud.

Hablar de cultura organizacional, por tanto, es hablar de uno de los elementos que más influyen en el actuar, en la toma de decisiones y en cómo ven y se armonizan con la realidad quienes forman parte de una institución educativa; además existen una serie de factores a través de los cuales los principales actores de las instituciones de educación superior se identifican con la misma; por ejemplo, las tradiciones instituciona-

les, el estilo de liderazgo de quienes dirigen el rumbo de la institución y eventos académicos específicos o característicos (Siqueiros-Quintana & Vera-Noriega, 2022).

2. El poder de la gestión: directivos y cultura organizacional

Liderazgo y toma de decisiones: la distribución del poder en la estructura académica

En las instituciones de educación superior encargadas de la formación de profesionales de la salud, el liderazgo y la toma de decisiones suelen presentarse como procesos racionales, normados y transparentes, sustentados en estructuras formales de gobierno, reglamentos, lineamientos institucionales y disciplinarios. Sin embargo, esta visión resulta incompleta si no se consideran las dinámicas de poder que operan más allá de lo explícito. Es en este nivel donde el concepto de currículo oculto adquiere especial relevancia, el cual, siguiendo a Jackson (1991) y Apple (2008), podemos referir como el conjunto de valores, normas, creencias y prácticas no formalizadas que influyen de manera decisiva en la formación profesional, en la cultura organizacional y en la reproducción de relaciones de poder en los espacios educativos.

Desde la pedagogía crítica, el currículo oculto constituye un mecanismo mediante el cual las instituciones legitiman determinados saberes, prácticas, formas de autoridad, jerarquías, y define qué saberes, prácticas y actores son reconocidos como valiosos, al tiempo que invisibiliza otras alternativas posibles (Giroux, 1990). En este sentido, el liderazgo institucional y los procesos de toma de decisiones organizan el funcionamiento académico y transmiten mensajes implícitos acerca de quién puede ejercer autoridad, quién posee conocimiento legítimo, y quién cuenta con los méritos y el prestigio para participar en la definición del proyecto educativo (Freire, 2005). En el campo de las ciencias de la salud, todo ello se expresa en los entornos clínicos, donde se reproducen jerarquías, entornos intimidatorios, se perpetúan hábitos y costumbres sin reflexión (Lugo *et al.*, 2023).

En ese sentido, siguiendo a Apple (2012) es posible sostener que comprender los procesos educativos exige analizar las relaciones de poder, dominación y subordinación que existen entre los actores del currículo en torno a la producción, distribución y validación del conocimiento que es pertinente para la formación de profesionales de ciencias de la salud. Así, podemos decir que el currículo es una propuesta político-educativa que además de seleccionar y organizar contenidos, también es una expresión de intereses y relaciones de poder tanto en su estructura formal como en lo oculto, y que se refleja en las prácticas institucionales que lo concretan (De Alba, 2013).

Al asumirse el conocimiento como fuente de poder, es necesario cuestionarse cómo se construye ese conocimiento, cómo se transmite, quiénes están autorizados para transmitirlo, qué beneficios tiene la posesión del conocimiento y quienes asumen ese poder, cómo lideran y deciden qué, cómo y cuándo transmitirlo. Estos cuestionamientos remiten a las formas y estilos de liderazgo, pues quienes ocupan posiciones de autoridad inciden en la determinación de prioridades institucionales, en los mecanismos de reconocimiento a las aportaciones de los distintos actores del currículo y en la legitimación de oportunidades de participación en la construcción del proyecto educativo.

El análisis del currículo oculto permite comprender que la formación de profesionales de la salud no se limita a la adquisición de conocimientos técnicos, pues además implica la interiorización de normas, valores, actitudes, creencias, expectativas conductuales y prácticas que se construyen en la vida institucional.

En el caso de la educación de profesionales de la salud, este fenómeno adquiere especial relevancia dado que la formación ocurre en contextos altamente jerarquizados, donde la cultura organizacional impacta directamente en la construcción de la identidad profesional.

Las instituciones de ciencias de la salud se caracterizan por estructuras altamente jerarquizadas, heredadas en gran medida de los modelos biomédicos tradicionales. Estas jerarquías organizan funciones, además de configurar relaciones simbólicas de autoridad que impactan directamente

en los procesos educativos (Bourdieu, 2008; Bleakley, 2015). Las posiciones de poder, como direcciones, coordinaciones, jefaturas de servicio, comités académicos y curriculares, entre otras, no son neutrales; están cargadas de significados que delimitan quién puede decidir, opinar o innovar y por lo tanto influyen en la formación profesional y en la construcción de la cultura institucional.

En el contexto mexicano, la distribución del poder en la formación de profesionales de la salud involucra una compleja red de actores. Por un lado, el Gobierno federal y sus liderazgos establecen los marcos normativos, políticas públicas y criterios regulatorios; por otro, las universidades públicas autónomas y privadas definen proyectos educativos y modelos curriculares desde diferentes perspectivas; además, los organismos evaluadores y acreditadores establecen estándares de calidad; los colegios de profesionales legitiman determinadas prácticas y conocimiento y, a nivel micro, en las aulas y espacios clínicos los líderes de las instituciones educativas y el profesorado concretan dichas orientaciones a través de decisiones cotidianas relacionadas con la enseñanza, la evaluación y la gestión curricular.

Cada uno de estos actores desempeña un papel importante en el diseño, desarrollo y evaluación del currículo, tanto explícito como oculto, porque a partir de las relaciones entre ellos, mediadas por significados distintos acerca de lo que es la educación en ciencias de la salud o la formación de profesionales de la salud, se establecen los fines de la educación, así como aquello que puede considerarse como válido o legítimo.

Es por eso que en la gestión del currículo en programas de ciencias de la salud es necesario comprender cómo interactúan estos distintos niveles de liderazgo y cómo las decisiones tomadas en cada uno de ellos influyen en la experiencia formativa del estudiantado y, posteriormente, en las formas de brindar los servicios de salud; ya que las políticas, los modelos institucionales, las culturas organizacionales y las prácticas del personal docente y directivo se articulan para construir e implementar una determinada visión de lo que significa ser un profesional de la salud competente, legítimo y socialmente reconocido.

Desde la perspectiva del currículo oculto, podemos decir entonces que el liderazgo constituye un mecanismo de transmisión cultural y que, más allá de las decisiones formales para formar a profesionales de la salud, las personas que ocupan posiciones de autoridad modelan comportamientos, determinan prioridades institucionales y comunican expectativas que terminan interiorizadas por estudiantes y docentes. En consecuencia, el liderazgo se convierte en una práctica organizacional y pedagógica que influye en la formación profesional aun cuando no esté explícitamente establecido en los planes y programas de estudio.

En ese sentido, el currículo oculto enseña que el liderazgo legítimo está asociado con determinadas trayectorias académicas, grados de especialización, prestigio científico o pertenencia a grupos de influencia institucional (Bourdieu, 2001) y, en el caso de las ciencias de la salud, se legitiman formas de dominación, violencias y sistemas de autoridad tradicionales, mientras que otras formas de liderazgo basadas en la colaboración, la participación democrática o el compromiso comunitario pueden quedar invisibilizadas o recibir menor reconocimiento institucional. De esta manera, las estructuras organizacionales transmiten mensajes implícitos acerca de qué tipo de liderazgo merece ser valorado y reproducido en los espacios educativos o clínicos.

Mientras que la teoría del liderazgo distribuido plantea que la conducción institucional no debe entenderse exclusivamente como una función individual asociada a cargos directivos, sino como una práctica compartida que emerge de las interacciones entre múltiples actores (Spillane, 2006), en muchas instituciones de ciencias de la salud persisten modelos jerárquicos que concentran la toma de decisiones en grupos reducidos. Esta situación puede limitar la participación de estudiantes, docentes y otros actores relevantes, reproduciendo relaciones verticales que posteriormente se trasladan a los escenarios clínicos y profesionales.

Un liderazgo orientado a la transformación no se limita a administrar recursos o garantizar el cumplimiento normativo; implica cuestionar las desigualdades existentes, promover la participación de grupos tradicionalmente excluidos y generar condiciones para la construcción colectiva del

conocimiento. En palabras de Freire (2005), el liderazgo educativo debe sustentarse en el diálogo, el reconocimiento mutuo y la capacidad de problematizar críticamente la realidad.

Las implicaciones formativas de estas dinámicas son profundas. A través de la observación cotidiana de las prácticas de liderazgo y toma de decisiones, el estudiantado aprende qué conductas son premiadas, quiénes tienen voz en la organización y cuáles son los mecanismos legítimos para ejercer influencia. Este aprendizaje suele ocurrir de manera implícita y, por ello, constituye una de las expresiones más relevantes del currículo oculto.

Cuando las decisiones se toman de manera autoritaria, opaca o excluyente, los futuros profesionales pueden interiorizar que el poder debe ejercerse mediante relaciones verticales y que la participación constituye una amenaza para la autoridad. Por el contrario, cuando experimentan entornos donde las decisiones son transparentes, dialogadas y participativas, desarrollan competencias relacionadas con el trabajo colaborativo, el liderazgo ético, la responsabilidad social y el respeto por la diversidad de perspectivas.

El liderazgo no sólo influye en la gestión institucional, sino también en la construcción de la identidad profesional. Las formas en que directivos, docentes y responsables de los escenarios clínicos ejercen el poder constituyen referentes que los estudiantes utilizarán posteriormente para orientar su propia práctica profesional. Por ello, analizar el liderazgo desde el currículo oculto permite comprender cómo se reproducen o transforman determinadas culturas profesionales dentro de las ciencias de la salud.

Toma de decisiones: entre lo formal y lo implícito

En el plano formal, la toma de decisiones en las instituciones académicas suele regirse por órganos colegiados, normativas y procedimientos establecidos. No obstante, el currículo oculto revela que muchas decisiones clave se gestan en espacios informales, como reuniones privadas, acuer-

dos tácitos, negociaciones entre actores con poder simbólico (Mintzberg, 2009; Ball, 2014).

Estos procesos informales no necesariamente son visibles para toda la comunidad, pero sus efectos son ampliamente percibidos. Por ejemplo, la asignación de recursos, la aprobación de proyectos o la designación de cargos pueden responder a criterios que no están explicitados en los reglamentos, pero que son comprendidos por quienes participan activamente en la vida institucional. De este modo, se construye una cultura donde “saber cómo funcionan las cosas” implica descifrar códigos no escritos (Hafferty, 1998).

Esta dinámica plantea problemas éticos y pedagógicos. Por un lado, limita la transparencia y la rendición de cuentas; por otro, reproduce desigualdades al favorecer a quienes tienen acceso a estos circuitos informales de poder. En términos formativos, el mensaje implícito es que la toma de decisiones no siempre responde a principios de justicia o mérito, sino a relaciones de influencia y negociación.

Jerarquías académicas y producción de valor

Las jerarquías funcionan como organizadores del poder y también establecen qué es valorado académicamente dentro de la institución. En el ámbito de las ciencias de la salud, suele privilegiarse la producción científica en ciertos formatos (artículos indexados, proyectos financiados), así como la pertenencia a determinadas disciplinas consideradas “centrales”. Este sistema de valoración se reproduce a través del currículo oculto, que orienta las aspiraciones y decisiones de los actores académicos (Becher & Trowler, 2001).

Por ejemplo, se aprende que ciertas áreas del conocimiento tienen mayor prestigio que otras, que algunos campos clínicos o especialidades son más “importantes” o que determinadas metodologías son más legítimas. Estas jerarquías epistémicas influyen en la distribución de recursos, en las oportunidades de desarrollo profesional y en la visibilidad de los aportes académicos (Clark, 1983).

El liderazgo institucional ejerce un papel clave en la reproducción o transformación de estas jerarquías. Cuando las decisiones estratégicas refuerzan los mismos criterios de valoración, se consolida un modelo excluyente que limita la diversidad de enfoques. En cambio, un liderazgo crítico puede cuestionar estas lógicas y promover una valoración más amplia e inclusiva del conocimiento.

El currículo oculto como dispositivo de socialización profesional

En las ciencias de la salud, el currículo oculto tiene un impacto particularmente significativo debido a la naturaleza práctica y relacional de la formación. A través de la interacción cotidiana en aulas, clínicas y hospitales, se transmiten conocimientos técnicos, a la par que se transmiten formas de ejercer el poder, de relacionarse con colegas y de tomar decisiones en contextos complejos (Hafferty & Franks, 1994).

El liderazgo observado en estos espacios actúa como un modelo pedagógico. Si predomina un estilo autoritario, vertical y poco reflexivo, es probable que los futuros profesionales reproduzcan estas prácticas en su ejercicio laboral. Por el contrario, si se promueve un liderazgo participativo, ético y basado en el diálogo, se abren posibilidades para transformar las culturas profesionales (Bleakley, 2015).

En ese sentido, la toma de decisiones se convierte en un escenario de aprendizaje vicario, en donde no sólo importa qué decisiones se toman, sino cómo se toman, quiénes participan y qué criterios se consideran. El currículo oculto enseña, por ejemplo, si es válido cuestionar a la autoridad, si se valoran las perspectivas diversas o si el error es visto como una oportunidad de aprendizaje o como un motivo de sanción.

Implicaciones para la gestión y la transformación institucional

Reconocer la influencia del currículo oculto en el liderazgo y la toma de decisiones implica asumir que la transformación institucional no puede limitarse a cambios normativos. Es necesario intervenir también en las

prácticas cotidianas, en las culturas organizacionales y en las relaciones de poder (Fullan, 2007).

Desde la gestión educativa esto supone promover mecanismos de participación real, fortalecer la transparencia en los procesos de decisión y generar espacios de reflexión crítica sobre las prácticas institucionales. Asimismo, implica cuestionar las jerarquías tradicionales y abrir posibilidades para formas alternativas de liderazgo.

En el ámbito formativo es fundamental incorporar estrategias pedagógicas que hagan visible el currículo oculto. Esto puede lograrse a través de metodologías reflexivas, análisis de casos, tutorías críticas y espacios de diálogo donde se problematice la experiencia institucional (Mezirow, 1997). El objetivo no es eliminar el currículo oculto, lo cual sería imposible, sino hacerlo consciente y, por tanto, susceptible de transformarlo.

La infraestructura y la burocracia: cómo el manejo de los espacios y los procesos administrativos comunica mensajes implícitos de exclusión o inclusión

La infraestructura y la burocracia en las instituciones de educación superior en ciencias de la salud suelen analizarse desde perspectivas funcionales: disponibilidad de recursos, eficiencia administrativa, cobertura de servicios o cumplimiento normativo. No obstante, desde el enfoque del currículo oculto estos elementos adquieren una dimensión pedagógica y política más profunda. Los espacios físicos y los procesos administrativos no sólo facilitan o dificultan la operación institucional, sino que también comunican mensajes implícitos sobre quién pertenece, quién tiene acceso, qué prácticas son valoradas y qué sujetos son marginalizados (Apple, 2008; Jackson, 1991).

En este sentido, la infraestructura y la burocracia operan como dispositivos de socialización que configuran experiencias diferenciadas dentro de la institución. A través de ellas se transmiten normas no escritas que influyen en la construcción de identidades profesionales, en la percepción de justicia organizacional y en las oportunidades de participación.

Por eso, analizar estos elementos permite visibilizar las formas en que el poder se materializa en lo cotidiano y cómo contribuye a la reproducción o transformación de desigualdades (Freire, 2005; Giroux, 1990).

Así, Díaz (2022) hace referencia al impacto de los espacios físicos y a la dimensión cultural que genera en el sentido de pertenencia de las y los estudiantes, desde el momento en el que ingresan a las instituciones de educación pública. Destaca aspectos relacionados con la infraestructura de la institución, los espacios de convivencia entre estudiantes y profesores, además de las condiciones que guarda el centro educativo.

La infraestructura como lenguaje institucional

Los espacios físicos en las instituciones de ciencias de la salud no son neutros. Su diseño, distribución y uso reflejan prioridades institucionales y jerarquías simbólicas. Aulas, laboratorios, campos clínicos, oficinas administrativas y áreas comunes configuran un mapa material del poder, donde ciertos espacios son más accesibles, visibles o prestigiosos que otros (Bleakley, 2015 ; Bourdieu, 2008).

Desde el currículo oculto, los procesos y la infraestructura enseñan. Por ejemplo, la asignación diferenciada de espacios, como instalaciones modernas para ciertos programas o áreas, *versus* espacios deteriorados o limitados para otros, comunica implícitamente qué disciplinas o funciones son consideradas más relevantes. Asimismo, la existencia de zonas exclusivas para determinados actores (directivos, investigadores consolidados, personal médico de alto rango, entre otros) refuerza la percepción de jerarquías rígidas.

En el ámbito clínico estas diferencias pueden ser aún más marcadas. El acceso a determinados escenarios de práctica, equipos especializados o áreas hospitalarias de alta complejidad suele estar mediado por criterios que no siempre son explícitos, pero que son rápidamente aprendidos por el estudiantado. Así, el espacio se convierte en un mecanismo de distinción que legitima trayectorias diferenciadas.

Esta configuración puede contribuir a la exclusión simbólica y material de ciertos grupos. Estudiantes de programas menos valorados, docentes de asignatura o personal en formación pueden experimentar una sensación de periferia institucional, que impacta en su sentido de pertenencia y en sus oportunidades de desarrollo.

La burocracia como dispositivo de poder

Al igual que la infraestructura, la burocracia suele concebirse como un mecanismo técnico orientado a la organización de las instituciones y a la regulación de procesos que les dan vida. Sin embargo, desde el currículo oculto la burocracia es también un dispositivo de poder que define quién puede acceder a recursos, cómo se distribuyen las oportunidades y qué trayectorias son facilitadas o bloqueadas (Ball, 2014; Mintzberg, 2010).

Los procesos administrativos como inscripciones, asignación de campos clínicos, gestión de becas, evaluación académica, contratación docente, entre otros, no son neutrales. Su diseño, complejidad y grado de transparencia comunican mensajes implícitos sobre la cultura institucional. Por ejemplo, procesos excesivamente complejos, opacos o centralizados pueden desalentar la participación y favorecer a quienes poseen mayor capital cultural o conocimiento previo del sistema (Bourdieu, 2001).

En contraste, procesos claros, accesibles y acompañados de orientación adecuada pueden contribuir a una experiencia más inclusiva. La burocracia, en este sentido, no es inherentemente excluyente o inclusiva; su impacto depende de cómo se configura y de qué valores orientan su diseño.

La interacción cotidiana con los procesos administrativos constituye una experiencia formativa implícita. El estudiantado y el profesorado aprenden, a través de estas interacciones, cómo “navegar” la institución, qué estrategias son efectivas y qué prácticas son reconocidas.

Por ejemplo, se puede aprender que la persistencia y la capacidad de gestionar relaciones personales son más importantes que el cumplimiento de criterios formales, o que ciertos procesos requieren mediaciones informales para resolverse. Este aprendizaje configura una comprensión

pragmática del funcionamiento institucional, donde la norma escrita es sólo una parte del proceso.

Desde una perspectiva crítica, este tipo de aprendizajes puede reproducir desigualdades. Quienes cuentan con redes de apoyo, experiencia previa o mayor capital cultural tienen más probabilidades de adaptarse y beneficiarse del sistema. En cambio, quienes no poseen estos recursos pueden enfrentar barreras adicionales que limitan su trayectoria académica (Merton, 1996).

Infraestructura, burocracia y cultura institucional

La infraestructura y la burocracia no operan de manera aislada; forman parte de una cultura institucional más amplia que define valores, prácticas y expectativas. En este sentido, ambas dimensiones se refuerzan mutuamente: los espacios físicos pueden facilitar o dificultar ciertos procesos administrativos, y éstos, a su vez, pueden determinar el uso y acceso a los espacios.

Por ejemplo, la asignación de aulas o campos clínicos puede depender de procesos burocráticos que priorizan ciertos criterios, reproduciendo jerarquías existentes. De igual forma, la centralización de servicios administrativos en determinados espacios puede generar dinámicas de exclusión para quienes no pueden acceder fácilmente a ellos.

El liderazgo institucional cumple un papel clave en la configuración de estas dinámicas. Las decisiones sobre inversión en infraestructura, simplificación administrativa o digitalización de procesos reflejan prioridades y valores que impactan directamente en la experiencia de la comunidad universitaria (Fullan, 2002).

Abordar la infraestructura y la burocracia desde el currículo oculto implica reconocer que la inclusión no se logra únicamente a través de discursos o políticas formales, sino mediante la transformación de prácticas concretas. Esto requiere un enfoque integral que articule la gestión de espacios, la simplificación administrativa y la promoción de una cultura organizacional más equitativa, como así se representa en la figura III.1.

Figura III.1- Articulación de procesos institucionales para favorecer una cultura organizacional más equitativa



Fuente: imagen generada con ChatGPT de OpenAI el 05 de julio de 2026, con base en inferencias realizadas de la información consultada.

En términos de infraestructura, es necesario avanzar hacia diseños inclusivos que consideren la diversidad de la comunidad, así como hacia una distribución más equitativa de los recursos. Esto implica no sólo mejorar las condiciones físicas, sino también cuestionar las jerarquías que determinan el acceso a los espacios.

En el ámbito burocrático, la transformación pasa por simplificar procesos, aumentar la transparencia y garantizar acompañamiento para quienes enfrentan mayores dificultades. La digitalización puede ser una herramienta útil, siempre que se implemente con criterios de accesibilidad y equidad.

Asimismo, es fundamental generar espacios de reflexión donde la comunidad pueda analizar críticamente su experiencia institucional.

Hacer visible el currículo oculto permite identificar prácticas excluyentes y construir alternativas más inclusivas.

La infraestructura y la burocracia en las instituciones de ciencias de la salud son mucho más que elementos operativos; constituyen dimensiones centrales del currículo oculto que configuran experiencias, aprendizajes y relaciones de poder. A través del manejo de los espacios y los procesos administrativos, se comunican mensajes implícitos que pueden favorecer la inclusión o reproducir la exclusión.

Transformar la infraestructura y la burocracia implica, en última instancia, transformar la cultura institucional, orientándola hacia el reconocimiento de la diversidad, la equidad y el bienestar colectivo.

3. La identidad y resistencia docente: constructores de la realidad académica

El perfil docente para la formación de profesionales de ciencias de la salud implica el desarrollo de competencias para diseñar, facilitar, evaluar y mejorar procesos formativos orientados al desarrollo de profesionales seguros, reflexivos, colaborativos y socialmente pertinentes. Además del dominio disciplinar, integra el pedagógico, evaluativo, modelaje profesional, trabajo interprofesional, liderazgo educativo y compromiso con la mejora continua del currículo y del sistema de salud (Harden & Crosby, 2000; Srinivasan *et al.*, 2011; WFME, 2020).

Sin embargo, en las instituciones de educación superior (IES) del área de la salud predomina la selección de docentes basada en el *expertise* disciplinar; la formación pedagógica desigual; el desarrollo docente con trayectorias discontinuas y los sistemas de evaluación que no reconocen la complejidad del trabajo educativo; lo cual es consistente con la revisión de cualificaciones de docentes clínicos en profesiones sanitarias y con la agenda internacional de transformación de la educación de salud, que refiere la necesidad de vincular mejor la formación, la acreditación y las necesidades del sistema y apoyo para los docentes (Austerberry *et al.*, 2013; Frenk *et al.*, 2010 ; WHO, 2013).

Existen estudios que proponen que las y los profesores son los principales agentes de proyección, reproducción o transferencia del currículo oculto a los estudiantes, dichas investigaciones se enfocan de manera particular en la relación que existe entre las y los profesores y las y los estudiantes, la cual se manifiesta de diferentes maneras, como son las formas o dinámicas de evaluación o rúbrica, la interacción que se genera directamente en el aula, la expectativa que se tiene en relación con el actuar de los estudiantes (Rossouw & Frick, 2023).

Más allá de la claridad del perfil docente y de los esfuerzos de profesionalización docente, el punto crítico se encuentra en lo que ocurre con la práctica docente en los espacios clínicos y áulicos, y esto se localiza en el *habitus*, que une lo objetivo con lo subjetivo, explicando el lugar que ocupa una persona en un grupo social, así como su estructura y los elementos internos de los que es portador al incorporarse a dicho grupo, y que es referido por Bourdieu como el conjunto de esquemas estructurados y estructurantes, que se interioriza de manera inconsciente y que es producto de experiencias pasadas que comprenden percepciones, apreciaciones y acciones, las cuales condicionan prácticas adaptadas a situaciones dinámicas mediadas por la transferencia analógica de esquemas, sin constituir principios explícitos. Es decir, entender como *habitus* en el contexto del docente en ciencias de la salud, al proceso por el cual el docente se apropia y construye saberes durante su formación, sus interacciones, experiencias propias y compartidas en ámbitos diversos, y que por ende transfiere en su práctica diaria (Díaz, 2005; Bourdieu, 2002; Bourdieu y Passeron, 1996).

En el caso particular de quienes inician su carrera como docentes, el *habitus* se caracteriza por la incorporación paulatina al medio a través de las relaciones intersubjetivas con los profesores experimentados y de su propia práctica cotidiana, de manera que cambia según con quién se relacione dentro del campo. Se advierte que los profesores experimentados tienen resistencia frente a prácticas pedagógicas innovadoras, por lo cual los responsables de la formación tendrán una fuerte incidencia

en las prácticas de los profesores que se incorporan (San Martín y Quilaqueo, 2012).

Un factor que influye en el *habitus* del docente y por lo tanto en la reproducción del currículo oculto, corresponde a las expectativas que los docentes tienen respecto al rendimiento académico de los alumnos. Dichas expectativas se moldean por sus propias creencias, experiencias previas tanto cuando fueron alumnos como ahora como docentes, así como la autoeficacia percibida; por otro lado, se alimenta también de la dedicación, las habilidades y autonomía que demuestran sus alumnos (Aydin y Ahmet, 2022).

Se ha discutido si las expectativas de los docentes respecto a los alumnos tienen influencia directa sobre el desempeño académico de los alumnos; al respecto, se observa que cuando hay trato diferenciado en el aula en concordancia con las expectativas hacia los alumnos por parte del docente, los alumnos lo perciben y ajustan su rendimiento a manera de profecía autocumplida. Por otra parte, cuando los docentes tienen mayores expectativas respecto a los alumnos, éstos se esfuerzan más (Aydin & Ahmet, 2022).

De esta manera, la evidencia converge en que el perfil docente en ciencias de la salud no se concreta en marcos declarativos de competencias, sino en la práctica situada, estructurada por el *habitus*, que organiza de forma implícita la enseñanza, la autoridad y la validación del conocimiento (Bourdieu, 2002; Bourdieu & Passeron, 1996). En este marco, el currículo oculto constituye el principal mecanismo de socialización profesional, mediante el cual se reproducen valores, jerarquías y formas de ejercicio profesional más allá del currículo formal (Hafferty, 1998).

La incorporación docente opera a través de dinámicas intersubjetivas de reproducción, donde los profesores internalizan prácticas de pares experimentados, perpetuando modelos pedagógicos y resistencias al cambio, reforzadas por expectativas docentes que configuran el desempeño estudiantil (San Martín & Quilaqueo, 2012; Aydin & Ok, 2022).

En conjunto, estos procesos evidencian una desarticulación estructural entre los perfiles formales, las condiciones institucionales y la práctica

real, sostenida por la primacía del *expertise* disciplinar y sistemas de evaluación limitados (Frenk *et al.*, 2010; WHO, 2013; WFME, 2020). Por tanto, la transformación educativa exige intervenir simultáneamente en el *habitus* docente, el currículo oculto y la gobernanza institucional, reconociendo al docente como agente central en la producción y reproducción de la realidad académica.

4. ¿Qué pasa con los estudiantes? Entre la reproducción y el cuestionamiento

Hasta aquí, el análisis del currículo oculto se ha centrado en quienes desempeñan posiciones de autoridad: personal directivo, administrativo y docente. Sin embargo, reducir el currículo oculto a estos agentes sin considerar al estudiantado, sería repetir uno de los errores más persistentes de la sociología de la educación clásica: pensar a quienes aprenden como receptores pasivos de la cultura institucional, incapaces de comprenderla críticamente, resistirla o transformarla (Giroux, 1990; Willis, 1988). En este sentido, la pregunta que encabeza este apartado: *¿qué pasa con los estudiantes?* Más allá de buscar una respuesta única, pretende propiciar un espacio de análisis sobre la interacción constante entre la reproducción y el cuestionamiento del orden institucional.

La cultura de pares: aprender a "leer" la institución

Mucho antes de que el personal docente o las autoridades hagan explícito el currículo, el estudiantado desarrolla un currículo paralelo e informal, construido entre pares, que les permite descifrar las reglas no escritas de la vida universitaria: ¿qué profesor es más accesible y cuál conviene evitar? ¿Qué prácticas y escenarios para su desarrollo son mejores? ¿Cómo se sobrevive a una rotación hospitalaria exigente? Este saber práctico, transmitido entre generaciones estudiantiles a través de medios digitales informales como grupos de WhatsApp, Facebook, Telegram, Instagram, así como reuniones entre pares, constituye lo que Becker *et al.* (1961), ya en su clásico estudio sobre la cultura estudiantil denominaron la *perspectiva*

estudiantil, entendida como un conjunto de estrategias colectivas para adaptarse a las exigencias de la institución.

Esta cultura de pares no es un fenómeno marginal ni anecdótico; es, en sentido estricto, un dispositivo curricular oculto construido desde abajo. A través de ella, el estudiantado aprende a distinguir entre el currículo formal (lo que se evalúa oficialmente) y lo que Becker *et al.* (1961) llamaron el *currículo de los estudiantes* (lo que realmente conviene saber para aprobar y prosperar). En las ciencias de la salud, este fenómeno se observa con especial frecuencia en la transmisión informal de estrategias para enfrentar evaluaciones internas como exámenes parciales y departamentales, en la forma en que viven la vida estudiantil y académica, o en evaluaciones externas como el Examen General para el Egreso de la Licenciatura (EGEL) del Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (Ceneval).

Estas formas de vivir el currículo muchas de las veces se hacen desde los grupos de generaciones, en los que, además, se comparten aspectos tales como quiénes son los profesores más exigentes y más laxos, así como códigos no escritos; por ejemplo, cómo dirigirse a un médico adscrito durante el internado o el servicio social (Cabrera *et al.*, 2018). Pero lejos de ser un simple mecanismo de adaptación, esta cultura de pares puede operar también como un espacio de reproducción de maltrato, violencias, discriminación o arbitrariedad.

Estigmas y desigualdades en la vida estudiantil

Las universidades no son espacios aislados ante las desigualdades presentes en la sociedad mexicana; por el contrario, suelen reproducirlas con notable fidelidad, aunque revestidas de un discurso meritocrático que las vuelve menos visibles (Bourdieu & Passeron, 2009). En este sentido, los estudiantes que ingresan a las universidades no ingresan como una *tabula rasa*, pues traen consigo un capital cultural, social y lingüístico desigualmente distribuido, que la vida universitaria tiende a premiar o penalizar de forma sutil, teniendo así que quien domina los códigos de la “cultura

académica legítima” vivencia la universidad como un espacio relativamente acogedor; pero quien no los domina, con frecuencia experimenta una sensación persistente de no encajar, de estar “de más” o de tener que esforzarse el doble para ser reconocido como un estudiante legítimo (Ramírez & Casillas, 2015; Yosso, 2005).

En el contexto mexicano estas desigualdades adquieren rostros concretos: estudiantes provenientes de zonas rurales, de grupos socioeconómicamente vulnerados, con necesidades educativas especiales (NEE), altas capacidades, estudiantes indígenas o con alguna otra condición de vulnerabilidad, quienes pueden enfrentar con frecuencia microagresiones, estereotipos y barreras que el currículo oficial jamás reconocería como suyas, pero que forman parte de la experiencia formativa (Guzmán & Hernández, 2017; Mendoza, 2015). Un comentario aparentemente inocuo sobre el acento lingüístico de un estudiante, la suposición de que “*seguramente entró por una beca*” o la sorpresa expresada ante el desempeño sobresaliente de quien proviene de una comunidad rural, son ejemplos cotidianos de un currículo oculto estigmatizante que opera con una eficacia mayor, precisamente por su apariencia de normalidad.

Sin embargo, la desigualdad no se reproduce de manera automática. El estudiantado no es un receptor pasivo de estas dinámicas: las percibe, las nombra, las cuestiona, y en ocasiones las transforma. Cabe entonces preguntarse: ¿qué hace un estudiante cuando reconoce que el trato diferenciado que recibe no responde a su mérito académico, sino a su acento, su nivel socioeconómico o su lugar de procedencia? Las respuestas son diversas y revelan la riqueza de la comunidad estudiantil: algunos optan por la asimilación estratégica (aprender a “pasar” por miembros de la cultura dominante sin cuestionar abiertamente); otros desarrollan formas de resistencia cultural, reivindicando su origen y construyendo colectivos estudiantiles que visibilizan estas desigualdades; y otros más, en una tercera vía, logran lo que algunos autores llaman una *navegación bicultural*, que les permite moverse con fluidez entre su cultura de origen y la cultura académica dominante, sin renunciar a ninguna de las dos (Yosso, 2005).

*Entre la reproducción y la acción: una invitación
a mirar al estudiantado desde otras perspectivas*

Quizás el mayor riesgo al analizar el currículo oculto desde la perspectiva estudiantil, sea caer en una de dos simplificaciones igualmente empobrecedoras. La primera consiste en describir al estudiantado únicamente como víctima pasiva de una maquinaria reproductora que lo modela sin que pueda hacer nada al respecto; la segunda, en el extremo opuesto, consiste en idealizar su capacidad de resistencia, como si bastara con “tomar conciencia” para desmontar estructuras de desigualdad que tienen siglos de historia. Ninguna de las dos lecturas resulta satisfactoria si se observa con atención la vida universitaria cotidiana.

Lo que la evidencia latinoamericana y mexicana sugiere, en cambio, es algo más matizado e interesante: el estudiantado habita simultáneamente la reproducción y el cuestionamiento, a veces en la misma jornada, a veces en la misma conversación. Un mismo estudiante puede, por la mañana, ajustarse silenciosamente a una norma implícita que considera injusta y, por la tarde, en una conversación de pasillo con sus pares, articular una crítica lúcida y sofisticada sobre esa misma norma. Esta coexistencia entre la conformidad estratégica y la conciencia crítica no es contradicción: es, sencillamente, la forma en que las personas operan dentro de estructuras de poder real (Apple, 2008; Giroux, 1990).

Lo anteriormente expuesto tiene una consecuencia pedagógica importante para quienes forman a profesionales de la salud en México: si el estudiantado ya percibe y problematiza el currículo oculto, entonces el reto no consiste en concientizar a una persona ingenua, sino en construir espacios institucionales legítimos donde ese análisis crítico, ya existente, pueda expresarse sin temor a represalias e incidir en la mejora de prácticas educativas (Freire, 2005; Mezirow, 2000). Algunas vías concretas para ello pueden ser la tutoría entre pares, mecanismos de retroalimentación anónima y protegida, espacios de diálogo intergeneracional seguros entre estudiantes de distintos ciclos escolares, y la incorporación de las propias voces estudiantiles en los procesos de evaluación curricular.

En última instancia, preguntarse qué pasa con los estudiantes obliga a abandonar la comodidad de pensarlos como destinatarios finales de una formación diseñada por otros, para reconocerlos como agentes activos y proactivos que estarán a cargo del amplio campo de actuación del sector salud.

Conclusiones

Al inicio de este capítulo se plantearon dos preguntas aparentemente sencillas: ¿quiénes son los actores institucionales que producen y reproducen el currículo oculto en las universidades e instituciones de educación superior?, y ¿de qué manera su influencia podría hacerse visible para, eventualmente, transformarse? El recorrido por los cuatro actores institucionales: directivos, docentes, estudiantes y la cultura simbólica de las propias instituciones, permite ahora ofrecer una respuesta menos sencilla, pero más útil: el currículo oculto no tiene un único actor, sino que se teje colectivamente, en cada decisión de gestión, en cada gesto docente, en cada conversación de pasillo entre estudiantes, y en cada proceso o tarea institucional que se repite sin cuestionarse.

Conviene insistir en algo que se aborda de manera transversal en todo el capítulo: nombrar el currículo oculto no es un ejercicio meramente descriptivo, sino el primer paso para transformarlo. Quien ignora que está reproduciendo un mensaje implícito no puede decidir si quiere seguir transmitiéndolo; quien lo identifica, en cambio, recupera un margen de actuación que antes no tenía. Bajo este contexto se sitúa la utilidad práctica del presente trabajo.

Conviene concluir con una metáfora, en la que se asemeje un aula a un *iceberg*, pues sobre la línea de flotación, visible para todos, se encuentra el currículo formal: los programas de las asignaturas, los objetivos de aprendizaje o competencias a desarrollar, la bibliografía y los criterios de evaluación, por mencionar algunos. Es la parte que se diseña, se documenta y se audita. No obstante, bajo la línea de flotación se encuentra una masa mucho mayor y menos visible conformada por el tono de voz con el que se corrige un error, el tiempo de palabra que se concede a cada estu-

dante, el lenguaje corporal ante una pregunta incómoda, los favoritismos no declarados y los silencios ante una injusticia menor, lo que representa el currículo oculto y determina, en gran medida, el rumbo de las universidades y la trayectoria formativa de quienes les dan vida: sus estudiantes.

Afortunadamente, la parte sumergida del *iceberg* (aula) sí puede explorarse, cartografiarse y, hasta cierto punto, remodelarse. No mediante una acción o actor único, sino por medio de la suma de esfuerzos de todos quienes conforman una comunidad universitaria.

Existen diferentes formas en que se puede construir o transmitir un currículo oculto. En este trabajo coincidimos con Keshtiban, Gatto y Callahan (2023), quienes señalan que lo ideal sería que se transmita un currículo oculto positivo a través de las instituciones de educación superior, en función de las reglas, normas, estrategias e ideales Institucionales y valores como la justicia, la diversidad y la igualdad. Asimismo, analizan las diferencias que existen entre las instituciones de educación superior en relación con la construcción de este currículo, es decir, hay universidades que de alguna manera transmiten el sentido de competitividad individual, otras que ponen énfasis en la responsabilidad personal, otras a través de incentivar el éxito de manera individual por medio de los méritos propios, dejando de lado como aspectos ideológicos y refuerzan en su lugar la lógica tecnocrática-mercantil que prioriza el desempeño medible, los *rankings* y la competencia individual, en detrimento de la ciudadanía democrática y el sentido comunitario requerido para recuperar el currículo oculto positivo.

Referencias bibliográficas

- Apple, M. W. (2008). *Ideología y currículo*. (3ª ed.). Akal.
- Apple, M. W.. (2012). *Poder, conocimiento y reforma educacional*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Austerberry, H., et al. (2013). *Review of qualifications and training for clinical educators in the healthcare professions*. Health Education England. https://london.hee.nhs.uk/sites/default/files/review_of_qualifications_and_training_for_clinical_teachers_in_the_healthcare_professions.pdf

- Aydın, S., & Ok, A. (2022). A systematic review on teachers' expectations and classroom behaviors. *Educational Research Review*, 36, 100449. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2022.100449>
- Ball, S. J. (2014). *Global Education Inc.: La nueva política educativa global*. Morata.
- Becher, T., & Trowler, P. R. (2001). *Tribus y territorios académicos: La indagación intelectual y la cultura de las disciplinas*. Gedisa.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. University of Chicago Press.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bleakley, A. (2015). *Educación médica para el futuro: Identidad, poder y ubicación*. Editorial Médica Panamericana.
- Bourdieu, P. (2001). *El lenguaje y el poder simbólico*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual*. Tucumán: Montessor.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (2008). *Homo academicus*. Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (2009 [1970]). *Los herederos: Los estudiantes y la cultura*. (5ª ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1970).
- Clark, B. R. (1983). *El sistema de educación superior: Una visión comparativa de la organización académica*. Nueva Imagen.
- De Alba, A. (2013). *Currículum: Crisis, mito y perspectiva*. (4ª ed.). Miño y Dávila.
- Dias, D. (2022). The higher education commitment challenge: Impacts of physical and cultural dimensions in the first-year students' sense of belonging. *Education Sciences*, 12(4), 231.
- Díaz Quero, Víctor. (2005). Teoría emergente en la construcción del saber pedagógico. *Revista Iberoamericana de Educación*, III(37), 1-18.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. (30ª ed.). Siglo XXI Editores.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

- Fullan, M. (2002). *Los nuevos significados del cambio en la educación*. Octaedro.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Giroux, H. A. (1990). *Los profesores como intelectuales: Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Paidós.
- Guzmán Gómez, C., & Hernández Bielma, L. (2017). Pobreza y abandono escolar en la educación superior mexicana. *Revista de la Educación Superior*, 46(182), 1-18.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/1998/04000/Beyond_Curriculum_Reform__Confronting_Medicine_s.8.aspx
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871.
- Harden, R. M., & Crosby, J. R. (2000). AMEE Guide No. 20: The good teacher is more than a lecturer: The twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22(4), 334-347. https://njms.rutgers.edu/education/office_education/community_preceptorship/documents/TheGoodTeacher.pdf
- Hatch, M. J. (1997). *Organization theory: Modern, symbolic and postmodern perspectives*. Oxford University Press.
- Jackson, P. W. (1991). *La vida en las aulas*. Morata.
- Keshtiban, A., Gatto, M., & Callahan, J. (2023). Trojan horses: Creating a positive hidden (extra)curriculum through a justice, equality, diversity and inclusion (JEDI) initiative. *Management Learning*, 54(5), 607-626.
- Lugo, J., Menéndez J., Medina E., García, P., Guerrero, J., y Escobar, A. (2023). Currículo oculto en educación médica: Conceptos y dimensiones. Revisión de alcance. *Med Int Méx*, 39(6), 883-898. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i6.7874>
- Mendoza Rojas, J. (2015). Inclusión y exclusión en la educación superior mexicana: Tendencias y debates. *Revista de la Educación Superior*, 44(176), 9-35.
- Merton, R. K. (1996). *La sociología de la ciencia: Investigaciones teóricas y empíricas*. Alianza.
- Mezirow, J. (2000). *Aprendizaje transformativo: Teoría y práctica*. Paidós.
- Mintzberg, H. (2010). *Managing: Dirigir y gestionar*. Deusto.

- Oliveira, D. G., & Vieira da Silva, B. L. (2024). Clima e cultura organizacional em universidades públicas: Uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos UniFOA*, 19(54), 1-15.
- Ramírez, A., & Casillas, M. A. (2015). *Háblame de TIC: Universidad y brecha digital*. Editorial Brujas.
- Rossouw, N., & Frick, L. (2023). A conceptual framework for uncovering the hidden curriculum in private higher education. *Cogent Education*, 10(1), 2191409.
- San Martín Cantero, D., & Quilaqueo Rapimán, D. (2012). Habitus profesional y relaciones intersubjetivas entre profesores principiantes y experimentados. *Perfiles Educativos*, 34(136), 63-78.
- Siqueiros-Quintana, M. G., & Vera-Noriega, J. A. (2022). Cultura organizacional en instituciones de educación superior: Conceptualización, medidas y variables asociadas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 13(38), 117-137. <https://doi.org/10.22201/iissue.20072872e.2022.38.1542>
- Spillane, J. P. (2006). *Distributed leadership*. Jossey-Bass.
- Srinivasan, M., Li, S. T., Meyers, F. J., Pratt, D. D., Collins, J. B., Braddock, C., Skeff, K. M., West, D. C., Henderson, M., & Hales, R. E. (2011). 'Teaching as a competency': Competencies for medical educators. *Academic Medicine*, 86(10), 1211-1220. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c5b9a>
- Tierney, W. G. (1988). Organizational culture in higher education: Defining the essentials. *The Journal of Higher Education*, 59(1), 2-21.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: Aprendizaje, significado e identidad*. Paidós.
- Willis, P. (1988). *Aprendiendo a trabajar: Cómo los chicos de la clase obrera consiguen trabajos de clase obrera*. Akal.
- World Federation for Medical Education. (2020). *Basic medical education WFME global standards for quality improvement*. WFME. <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/wfme-bme-standards-2020.pdf>
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO education guidelines 2013*. WHO. <https://iris.who.int/bitstreams/64d1ae96-1780-4cf8-a4cb-67fcbc2dbcf4/download>
- Yosso, T. J. (2005). Whose culture has capital? A critical race theory discussion of community cultural wealth. *Race Ethnicity and Education*, 8(1), 69-91.

Capítulo IV.

Las prácticas docentes y la reproducción de normas ocultas

Francisco Cadena Santos¹

Laura Alicia García Perales¹

Miguel Ángel Villegas Pantoja¹

Martha Dalila Méndez Ruiz¹

Resumen

El currículo oculto constituye un componente inherente a la formación de los profesionales de la salud, al transmitir normas, valores y formas de actuación que complementan y, en ocasiones, contradicen el currículo formal. A partir de una revisión de la literatura sobre educación en ciencias de la salud y currículo oculto, en el presente capítulo se analiza el papel de las prácticas docentes como uno de los principales mecanismos mediante los cuales estos aprendizajes implícitos se generan y reproducen en los escenarios educativos y clínicos. Se examina la influencia de los métodos de enseñanza, el modelaje docente, la evaluación, las prácticas clínicas, el aprendizaje experiencial, la socialización profesional y las jerarquías institucionales en la construcción de la identidad profesional. Asimismo, se presenta un modelo integrador

1 Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

que sintetiza los mecanismos de reproducción del currículo oculto y su impacto en la formación de profesionales de la salud, promoviendo una reflexión sobre el fortalecimiento de prácticas docentes éticas, críticas y congruentes con el profesionalismo y la humanización del cuidado.

Abstract

The hidden curriculum is an inherent component of health professions education, as it conveys norms, values, and patterns of professional behavior that complement and, at times, contradict the formal curriculum. Based on a review of the literature on health professions education and the hidden curriculum, this chapter examines teaching practices as a key means through which implicit learning is generated and reproduced in educational and clinical settings. It discusses the influence of teaching methods, faculty role modeling, assessment, clinical practice, experiential learning, professional socialization, and institutional hierarchies on the development of professional identity. In addition, an integrative model is presented to synthesize the main processes involved in the reproduction of the hidden curriculum and its influence on the education of health professionals, while encouraging reflection on the importance of ethical, critical, and coherent teaching practices aligned with professionalism and humanized care.

Introducción

La formación de los profesionales de la salud constituye un proceso complejo que trasciende la adquisición de conocimientos científicos y el desarrollo de habilidades técnicas, ya que implica la construcción progresiva de competencias, valores e identidad profesional (Jarvis-Selinger *et al.*, 2012; Cruess *et al.*, 2019). Aunque los planes y programas de estudio establecen los contenidos y los resultados de aprendizaje esperados, una parte importante de la formación ocurre mediante experiencias cotidianas que no siempre se encuentran explícitamente plasmadas en el currículo formal (Centeno & De la Paz Grebe, 2021; Hafferty, 1998; Jackson, 1968). A través de estas experiencias los estudiantes incorporan formas de comunicación, relaciones de poder, modelos de comportamiento y valores que emergen de la interacción con docentes, compañeros, pacientes y la

cultura institucional presente en los escenarios educativos y de atención a la salud. Estos aprendizajes implícitos conforman el denominado currículo oculto y representan uno de los componentes más influyentes en la construcción de la identidad profesional y en la manera en que los futuros profesionales ejercerán su práctica.

El reconocimiento de estos aprendizajes implícitos dio origen al concepto de currículo oculto, entendido como el conjunto de experiencias, normas, valores y expectativas que se transmiten de manera no explícita durante el proceso educativo. Jackson (1968) fue el primero en señalar que la vida cotidiana en las aulas genera aprendizajes relacionados con la autoridad, las rutinas y la convivencia escolar, mientras que Giroux (1990) destacó que estos procesos también reproducen valores e ideologías. Posteriormente, Hafferty (1998) trasladó este concepto a la educación de las profesiones de la salud y demostró que una parte importante de la formación profesional ocurre a través de las experiencias clínicas, las relaciones jerárquicas y la cultura organizacional de las instituciones sanitarias.

En las ciencias de la salud, el currículo oculto adquiere especial relevancia porque gran parte del aprendizaje ocurre en escenarios de práctica clínica, donde los estudiantes interactúan con docentes, pacientes y equipos de salud. En estos espacios la observación de las conductas profesionales y las dinámicas propias de la atención favorecen procesos de aprendizaje vicario y socialización profesional que influyen en la construcción de la identidad profesional (Bandura, 1977; Bartels, 2005; Hafferty, 1998; Zarshenas *et al.*, 2014).

En consecuencia, aspectos como la comunicación con los pacientes, el trabajo colaborativo, el ejercicio de la autoridad, la toma de decisiones éticas y el manejo de las jerarquías institucionales son interiorizados progresivamente por los estudiantes, aun cuando no formen parte explícita del currículo formal (Cruess *et al.*, 2019; Hafferty, 1998). Por ello, los escenarios clínicos constituyen uno de los principales espacios donde el currículo oculto se construye y reproduce mediante el ejemplo docente, las estrategias de enseñanza, las formas de evaluación y las interacciones cotidianas.

Diversos estudios han documentado que los aprendizajes implícitos derivados del currículo oculto pueden favorecer el desarrollo del profesionalismo, el razonamiento ético y la humanización del cuidado cuando existe congruencia entre el currículo formal, el entorno de aprendizaje y las prácticas docentes (Cruess *et al.*, 2019; Howick *et al.*, 2023). No obstante, cuando dicha congruencia se rompe, el currículo oculto también puede contribuir a la reproducción de relaciones jerárquicas rígidas, conductas autoritarias, procesos de deshumanización, sesgos profesionales y formas de interacción que contradicen los valores explícitamente promovidos por las instituciones educativas (Hafferty, 1998; Monrouxe, 2010).

En este sentido, Hafferty (1998) sostiene que una parte sustancial de la formación profesional ocurre a través de procesos informales presentes en la cultura institucional, mientras que Rockwell y Mercado (2003) destacan que las prácticas docentes se construyen en contextos históricos y sociales específicos, donde las experiencias cotidianas y las interpretaciones de los actores educativos configuran la realidad escolar más allá de las disposiciones formales. Desde esta perspectiva, las prácticas docentes no sólo transmiten conocimientos disciplinares, sino también formas de comprender el ejercicio profesional, de brindar el cuidado y de establecer relaciones con pacientes, estudiantes y otros profesionales de la salud, convirtiéndose en uno de los principales mecanismos mediante los cuales opera el currículo oculto.

Actualmente, el fortalecimiento de modelos educativos centrados en la persona, el profesionalismo y el trabajo interprofesional ha incrementado el interés por comprender el currículo oculto como un componente esencial de la formación en ciencias de la salud (Cruess *et al.*, 2019; Howick *et al.*, 2023). Reconocer estos procesos permite reflexionar críticamente sobre las prácticas docentes y sobre la influencia que ejercen los escenarios educativos y clínicos en la reproducción de normas, valores y comportamientos que impactan tanto el aprendizaje de los estudiantes como la calidad de la atención en salud (Burgess *et al.*, 2020; Centeno & De la Paz Grebe, 2021; Hafferty, 1998).

En este contexto, el propósito del presente capítulo es analizar el papel de las prácticas docentes en la configuración y reproducción del currículo oculto durante la formación de los profesionales de la salud. Para ello se examinan los métodos de enseñanza, los procesos de evaluación, las prácticas clínicas, la socialización profesional y las jerarquías institucionales como escenarios donde se construyen y transmiten normas, valores y formas de actuación que influyen en la identidad profesional de los estudiantes. El capítulo se organiza en cinco apartados donde se analizan estos procesos y concluye con una reflexión orientada a promover prácticas docentes más conscientes, éticamente congruentes y alineadas con los principios que orientan la formación en ciencias de la salud.

1. Métodos de enseñanza y estrategias docentes como transmisores del currículo oculto

Los métodos de enseñanza constituyen uno de los principales componentes del proceso educativo, ya que orientan la manera en que los estudiantes adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y construyen competencias profesionales. Sin embargo, su influencia trasciende la transmisión de contenidos disciplinares. Cada estrategia didáctica empleada por el docente comunica, de manera explícita e implícita, formas de comprender el ejercicio profesional, de relacionarse con los pacientes y de enfrentar los desafíos propios de la práctica clínica. En este sentido, los métodos de enseñanza representan uno de los escenarios donde el currículo oculto adquiere mayor relevancia durante la formación en ciencias de la salud (Hafferty, 1998; Cruess *et al.*, 2019).

Tradicionalmente la enseñanza en las ciencias de la salud se ha apoyado en estrategias centradas en el docente, como las clases magistrales, las prácticas de laboratorio, las demostraciones clínicas y las tutorías individuales. Estos métodos continúan siendo fundamentales para la transmisión de conocimientos científicos y el desarrollo de habilidades técnicas, especialmente cuando se requiere integrar fundamentos teóricos con procedimientos clínicos. Sin embargo, el predominio de modelos

unidireccionales puede favorecer una participación limitada del estudiante, reforzando de manera implícita relaciones jerárquicas donde el docente se convierte en la principal fuente de conocimiento y autoridad. En consecuencia, además de transmitir contenidos disciplinares, estas estrategias también comunican formas específicas de interacción, liderazgo y ejercicio del poder que influyen en la manera en que los estudiantes comprenden su futuro rol profesional (Burgess *et al.*, 2020; Freire, 1970; Hafferty, 1998).

En las últimas décadas la educación en ciencias de la salud ha incorporado metodologías activas centradas en el estudiante con el propósito de favorecer un aprendizaje más significativo, participativo y orientado al desarrollo de competencias. Estrategias como el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje basado en proyectos, la simulación clínica, el aula invertida, la gamificación y el aprendizaje colaborativo promueven el pensamiento crítico, la toma de decisiones, el razonamiento clínico y el trabajo interdisciplinario, competencias indispensables para el ejercicio profesional. Además de facilitar la adquisición de conocimientos, estas metodologías generan espacios donde los estudiantes desarrollan habilidades de comunicación, liderazgo, colaboración y reflexión ética, contribuyendo a la formación integral del futuro profesional de la salud (Parmelee *et al.*, 2012; van Diggele *et al.*, 2020; Weerasekara *et al.*, 2023).

Los enfoques centrados en el estudiante parten del reconocimiento de que el aprendizaje es un proceso activo en el que cada persona construye el conocimiento a partir de sus experiencias, intereses y necesidades (Hoidn & Klemenčič, 2021). Estrategias como el aprendizaje cooperativo, el aprendizaje por descubrimiento, la enseñanza recíproca y otras metodologías participativas favorecen la autonomía, la reflexión, la comunicación y el trabajo en equipo, competencias fundamentales para el desempeño en las ciencias de la salud. No obstante, la selección de un método de enseñanza no debe responder únicamente a las preferencias del docente, sino considerar los objetivos de aprendizaje, las competencias que se pretende desarrollar, las características del grupo, los recursos disponibles y el contexto donde ocurre el proceso educativo. En la práctica, los docentes

suelen combinar diferentes estrategias didácticas para responder a las necesidades de los estudiantes y favorecer experiencias de aprendizaje más integrales (Parmelee *et al.*, 2012; Weerasekara *et al.*, 2023).

El docente como transmisor del currículo oculto y modelo de identidad profesional

Más allá de las estrategias didácticas empleadas durante el proceso de enseñanza, el docente constituye uno de los principales referentes para la construcción de la identidad profesional de los estudiantes. Su comportamiento cotidiano, la forma en que se comunica, toma decisiones, ejerce la autoridad, responde ante los errores y se relaciona con pacientes, colegas y estudiantes transmiten mensajes que con frecuencia trascienden los contenidos impartidos de manera explícita. En este sentido, el profesorado no sólo enseña mediante explicaciones y actividades académicas, sino también a través de su ejemplo, convirtiéndose en uno de los principales vehículos del currículo oculto en la formación de los profesionales de la salud. Por ello, cada interacción con los estudiantes representa una oportunidad para fortalecer o debilitar los valores que orientan el ejercicio profesional (Centeno & De la Paz Grebe, 2021; López, 2015; Perry, 2009).

El aprendizaje derivado del ejemplo docente puede comprenderse a partir de la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1977), la cual sostiene que gran parte de la conducta humana se adquiere mediante la observación de modelos significativos. En los escenarios educativos y clínicos, los estudiantes no sólo observan procedimientos técnicos, sino también la manera en que los docentes enfrentan situaciones complejas, resuelven conflictos, colaboran con otros profesionales, comunican malas noticias, respetan la dignidad de los pacientes o responden ante un error. Estas experiencias favorecen la incorporación de valores y comportamientos profesionales que, en muchas ocasiones, ejercen una influencia mayor que la enseñanza formal. En consecuencia, el aprendizaje observacional constituye uno de los mecanismos mediante los cuales el currículo oculto

se incorpora de manera progresiva a la práctica profesional del estudiante (Bandura, 1977; Cruess *et al.*, 2019).

La influencia del docente depende, en gran medida, de la congruencia existente entre aquello que promueve mediante el currículo formal y lo que comunica a través de su comportamiento cotidiano. Cuando el discurso académico coincide con las acciones observadas durante la práctica clínica, el currículo oculto fortalece el profesionalismo, la ética y la humanización del cuidado. Por el contrario, cuando existe una discrepancia entre lo que el docente enseña y lo que realmente hace, los estudiantes suelen otorgar mayor credibilidad al comportamiento observado que al discurso formal, afectando la construcción de su identidad profesional y la manera en que interpretan el ejercicio de la profesión (Hafferty, 1998; López, 2015).

Estudios recientes en educación de las profesiones de la salud muestran que los estudiantes interpretan continuamente los mensajes implícitos presentes en los ambientes de aprendizaje y los utilizan para comprender qué conductas, actitudes y valores son realmente reconocidos por la institución. Este proceso favorece la construcción progresiva de la identidad profesional y explica por qué el currículo oculto influye incluso cuando los docentes no tienen la intención explícita de transmitir determinados mensajes (Wolford *et al.*, 2025).

En este contexto, cobran especial importancia los *micromensajes docentes*, entendidos como aquellas conductas cotidianas que, aun sin una intención explícita de enseñar, transmiten normas, prioridades y expectativas profesionales. Entre estos micromensajes destacan acciones como escuchar con atención a un paciente antes de emitir un juicio clínico, reconocer un error frente a los estudiantes, fomentar la participación de todos los integrantes del equipo de salud o brindar retroalimentación respetuosa, las cuales comunican valores relacionados con la empatía, la humildad profesional, la colaboración y el respeto. Por el contrario, conductas como interrumpir constantemente al paciente, ridiculizar las preguntas de un estudiante, descalificar el trabajo de otra profesión, utilizar sobrenombres para referirse a los pacientes o priorizar exclusivamente

la rapidez sobre la calidad del cuidado también transmiten mensajes implícitos. Aunque estas conductas no forman parte del currículo formal, los estudiantes las observan, las interpretan y, con frecuencia, las incorporan como referentes del ejercicio profesional (López, 2015; Perry, 2009; Centeno & De la Paz Grebe, 2021). En la tabla IV.1 se observan algunos ejemplos de prácticas docentes cotidianas, los mensajes implícitos que transmiten y sus posibles repercusiones en la formación profesional de los estudiantes.

Tabla IV.1- Ejemplos de manifestaciones del currículo oculto a través de las prácticas docentes

Práctica docente observada	Mensaje implícito transmitido	Posible impacto en la formación del estudiante
<i>Escucha activamente al paciente antes de emitir un juicio clínico.</i>	El cuidado debe centrarse en la persona.	Favorece la empatía, la comunicación terapéutica y la humanización del cuidado.
<i>Reconoce un error frente a los estudiantes y explica cómo corregirlo.</i>	El error constituye una oportunidad de aprendizaje y reflexión.	Favorece el profesionalismo, la seguridad del paciente y la mejora continua.
<i>Fomenta la participación de los estudiantes durante las discusiones clínicas.</i>	El aprendizaje es colaborativo y las opiniones fundamentadas son valiosas.	Fortalece el pensamiento crítico y la confianza profesional y el trabajo en equipo.
<i>Ridiculiza las preguntas o respuestas de un estudiante.</i>	Equivocarse no es aceptable y cuestionar puede tener consecuencias negativas.	Disminuye la participación, la autonomía y el pensamiento crítico.
<i>Se refiere al paciente únicamente por el número de cama o por su diagnóstico.</i>	La enfermedad tiene mayor relevancia que la persona.	Favorece la deshumanización del cuidado y reduce la atención centrada en la persona.
<i>Descalifica las aportaciones de otras profesiones de la salud.</i>	Las relaciones jerárquicas predominan sobre la colaboración interprofesional.	Limita el trabajo en equipo y el respeto entre disciplinas.
<i>Prioriza la rapidez sobre la comunicación con el paciente.</i>	La eficiencia es más importante que la calidad del cuidado.	Favorece una práctica centrada en tareas y no en las necesidades de la persona.

Nota: la tabla ejemplifica cómo determinadas prácticas docentes pueden transmitir mensajes implícitos que favorecen la reproducción del currículo oculto durante la formación de los profesionales de la salud.

Fuente: elaboración propia con base en Bandura (1977), Hafferty (1998), Perry (2009), López (2015), Cruess et al. (2019), Centeno y De la Paz Grebe (2021) y Wolford et al. (2025).

En consecuencia, el docente debe reconocerse no sólo como transmisor de conocimientos, sino también como un modelo permanente de actuación profesional. La reflexión crítica sobre las propias prácticas docentes, la coherencia entre el discurso y la acción, así como la conciencia de los mensajes implícitos que se comunican durante la enseñanza, constituyen elementos fundamentales para favorecer un currículo oculto congruente con los valores del profesionalismo, la ética, el respeto y el cuidado centrado en la persona (Cruess *et al.*, 2019; López, 2015).

En este sentido, los estudiantes aprenden tanto de aquello que el docente decide enseñar como de aquello que comunica mediante su comportamiento cotidiano, convirtiendo cada interacción en una oportunidad para reforzar o contradecir los valores promovidos por la formación profesional. Por ejemplo, durante un pase de visita, un docente que dedica unos minutos a explicar el razonamiento de una decisión clínica y escucha las preguntas de los estudiantes, transmite la importancia del razonamiento clínico y del aprendizaje colaborativo. Por el contrario, si ignora las dudas, desacredita públicamente a un estudiante o se refiere al paciente únicamente por el número de cama o por su diagnóstico —por ejemplo, “el paciente de la cama cuatro” o “la apendicitis de la cama cuatro”— comunica de manera implícita que la jerarquía, la rapidez o la enfermedad tienen mayor relevancia que la persona.

Estos ejemplos ilustran que el currículo oculto no se transmite mediante grandes discursos o acontecimientos extraordinarios, sino a través de pequeñas acciones repetidas cotidianamente que los estudiantes observan, interpretan e incorporan como parte de su identidad profesional. En consecuencia, el ejemplo docente constituye uno de los mecanismos más influyentes mediante los cuales las prácticas docentes contribuyen a la reproducción del currículo oculto, reforzando valores, normas y formas de actuación que acompañarán al estudiante durante su ejercicio profesional.

La evidencia reciente señala que la influencia del currículo oculto puede generar efectos tanto positivos como negativos sobre el desarrollo del profesionalismo, la empatía, la identidad profesional y el bienestar de los estudiantes, dependiendo del grado de congruencia existente entre

las prácticas docentes y los valores promovidos por el currículo formal (Parra Larrota *et al.*, 2025).

¿Qué se enseña realmente en el aula?

Aunque el currículo formal establece los conocimientos, competencias y resultados de aprendizaje que los estudiantes deben alcanzar durante su formación, una parte importante de la experiencia educativa ocurre a través de aprendizajes que no se encuentran explícitamente descritos en los programas de estudio (Hafferty, 1998).

En las ciencias de la salud los estudiantes aprenden no sólo de las explicaciones del docente, sino también de la manera en que éste se comunica, toma decisiones, ejerce la autoridad, resuelve conflictos y se relaciona con los pacientes y con el resto del equipo de salud. De este modo, el aula y los escenarios clínicos se convierten en espacios privilegiados donde el currículo oculto se manifiesta de forma permanente, influyendo en la construcción de la identidad profesional de los futuros profesionales de la salud (Centeno & De la Paz Grebe, 2021; Cruess *et al.*, 2019).

Desde esta perspectiva, el docente deja de ser únicamente un transmisor de conocimientos para convertirse en un referente profesional cuyas acciones poseen un importante valor formativo. Cada decisión pedagógica, cada actitud, comentario o interacción constituye un modelo que los estudiantes observan e interpretan como parte de su aprendizaje. En consecuencia, el ejemplo cotidiano suele ejercer una influencia mayor que las explicaciones teóricas, ya que comunica de manera implícita valores, normas y formas de actuar que terminan incorporándose al ejercicio profesional. Diversos estudios han señalado que el modelaje clínico constituye una de las estrategias más influyentes en la formación de los futuros profesionales de la salud, debido a que permite transmitir conocimientos, actitudes y comportamientos profesionales mediante la observación y la interacción cotidiana (Bandura, 1977; Perry, 2009; Cruess *et al.*, 2019).

Una de las principales manifestaciones del currículo oculto ocurre cuando existe una discrepancia entre los principios promovidos por el currículo formal y las prácticas que los estudiantes observan en los esce-

narios de formación. Por ejemplo, mientras los programas académicos enfatizan la importancia de la atención humanizada y centrada en la persona, en la práctica algunos estudiantes pueden presenciar situaciones en las que el cumplimiento de tareas administrativas prevalece sobre la escucha activa del paciente o donde las relaciones jerárquicas limitan la comunicación y el trabajo colaborativo. Estas experiencias generan mensajes contradictorios que influyen en la forma en que los futuros profesionales interpretan el ejercicio de la profesión y toman decisiones en su práctica cotidiana (Hafferty, 1998; Monrouxe, 2010).

Aunque el currículo formal y el currículo oculto suelen analizarse de manera independiente con fines conceptuales, durante la formación profesional ambos convergen de manera continua en los escenarios educativos y clínicos. En estos espacios los estudiantes integran los conocimientos adquiridos mediante el currículo formal con las experiencias derivadas de la cultura institucional y de las relaciones que establecen con docentes, compañeros, pacientes y otros profesionales de la salud. En consecuencia, el currículo oculto no debe entenderse como un fenómeno aislado, sino como un componente inherente a toda experiencia educativa que influye en la manera en que los futuros profesionales interpretan y ejercen su profesión. Las normas, valores y comportamientos observados durante la formación pueden reforzar los principios promovidos por la institución, o, por el contrario, generar contradicciones que condicionen la construcción de la identidad profesional. Por ello, reconocer estos procesos constituye un paso fundamental para promover prácticas docentes más conscientes, reflexivas y congruentes con los valores que orientan la formación en ciencias de la salud (Cruess *et al.*, 2019; Hafferty, 1998).

2. La evaluación como escenario de reproducción del currículo oculto

La evaluación constituye un componente esencial del proceso educativo, ya que permite valorar el logro de los aprendizajes y orientar la mejora continua de la enseñanza. Sin embargo, su función trasciende la sim-

ple asignación de calificaciones. Los criterios de evaluación, las formas de retroalimentación y las decisiones que toma el docente durante este proceso también comunican valores, expectativas y normas que influyen en la formación de los estudiantes. Desde esta perspectiva, la evaluación no puede considerarse un proceso neutral ni exclusivamente técnico, sino una práctica con implicaciones pedagógicas, sociales y políticas. Los mecanismos de evaluación reflejan concepciones sobre el conocimiento, el poder y las relaciones educativas, influyendo en la manera en que los estudiantes interpretan lo que realmente es valorado dentro de su formación profesional (Rodríguez de Mayo, 2003).

La evaluación no constituye un proceso completamente objetivo o neutral. Diversos autores han señalado que las decisiones relacionadas con qué se evalúa, cómo se evalúa y quién evalúa responden también a concepciones institucionales y culturales sobre el desempeño profesional esperado. En consecuencia, los procesos evaluativos pueden convertirse en mecanismos mediante los cuales se refuerzan relaciones de poder, jerarquías y formas específicas de comprender el ejercicio profesional, favoreciendo la reproducción de determinadas normas y valores dentro de las instituciones educativas (Apple, 2004; Santos Guerra, 2014).

En las ciencias de la salud la evaluación también constituye un escenario donde opera el currículo oculto. Además de valorar conocimientos y habilidades técnicas, comunica expectativas relacionadas con el comportamiento profesional, la disciplina, la obediencia a las normas institucionales y la adaptación a la cultura de los escenarios clínicos. De esta manera, los estudiantes aprenden que determinadas actitudes y formas de actuar son reconocidas y recompensadas, mientras que otras pueden ser desalentadas, aun cuando estas últimas favorezcan el pensamiento crítico o el cuestionamiento de prácticas institucionales (Apple, 2004; Hafferty, 1998).

En los escenarios de formación clínica la evaluación trasciende la medición de conocimientos y habilidades técnicas. Los estudiantes también aprenden que determinadas conductas, formas de comunicación

y actitudes hacia la autoridad son reconocidas o sancionadas durante el proceso formativo. De esta manera, aprenden implícitamente qué comportamientos son aceptados dentro de la cultura institucional y cuáles pueden representar consecuencias académicas o profesionales. Este proceso convierte a la evaluación en uno de los mecanismos mediante los cuales el currículo oculto contribuye a la socialización profesional (Monrouxe, 2010; Cruess *et al.*, 2019).

Más allá de asignar una calificación, la evaluación puede funcionar como un mecanismo de regulación del comportamiento cuando privilegia la adaptación del estudiante a normas implícitas por encima del desarrollo del pensamiento crítico y la reflexión profesional. En algunos contextos los estudiantes aprenden que cuestionar determinadas prácticas clínicas o jerarquías institucionales puede interpretarse como una actitud inadecuada, mientras que la conformidad y la obediencia suelen ser recompensadas mediante reconocimiento académico o aceptación dentro del grupo profesional. Estas experiencias constituyen manifestaciones del currículo oculto, ya que transmiten mensajes que no forman parte explícita del currículo formal, pero influyen de manera significativa en la construcción de la identidad profesional (Hafferty, 1998; Monrouxe, 2010).

Por ello, resulta fundamental que los procesos de evaluación sean coherentes con los principios éticos, humanísticos y profesionales promovidos por las instituciones educativas. Una evaluación transparente, formativa y centrada en el aprendizaje no sólo favorece el desarrollo de competencias, sino que también contribuye a disminuir las contradicciones entre el currículo formal y el currículo oculto, fortaleciendo una cultura educativa basada en el respeto, la reflexión crítica y el profesionalismo (Cruess *et al.*, 2019; Burgess *et al.*, 2020).

En la tabla IV.2 se sintetizan algunas discrepancias entre los principios promovidos por el currículo formal y las manifestaciones del currículo oculto que pueden presentarse durante los procesos de evaluación.

Tabla IV.2- Manifestaciones del currículo oculto durante los procesos de evaluación en la formación de profesionales de la salud

Principios del currículo formal	Manifestaciones del currículo oculto
Se promueve el desarrollo de competencias	Se premia la conformidad con normas implícitas
Se fomenta el pensamiento crítico	El cuestionamiento puede ser desalentado
Se fomenta la retroalimentación	Predomina la calificación sobre la retroalimentación
Se promueve el profesionalismo	Se refuerzan relaciones jerárquicas

Nota: la tabla presenta ejemplos de cómo el currículo oculto puede manifestarse durante los procesos de evaluación cuando existe una discrepancia entre los principios promovidos por el currículo formal y las prácticas educativas cotidianas.

Fuente: elaboración propia.

3. Papel de las prácticas clínicas, profesionales y de servicio social

Las prácticas clínicas, las experiencias profesionales y el servicio social constituyen escenarios fundamentales para la formación de los estudiantes de ciencias de la salud, ya que representan el momento cuando los conocimientos adquiridos en el aula se confrontan con la realidad de la atención sanitaria. En estos espacios el aprendizaje trasciende la adquisición de habilidades técnicas e incorpora valores, actitudes, normas de comportamiento y formas de interacción que difícilmente pueden enseñarse mediante el currículo formal. Por ello, estos escenarios se consideran uno de los principales espacios donde el currículo oculto se construye y se reproduce durante la formación profesional (Hafferty, 1998; Cruess *et al.*, 2019).

La evidencia reciente ha mostrado que la exposición continua a ambientes clínicos caracterizados por cargas de trabajo elevadas, modelos poco empáticos y una cultura centrada exclusivamente en el conocimiento biomédico puede favorecer procesos de desensibilización y cinismo entre los estudiantes. Estas experiencias forman parte del currículo oculto y

explican, en parte, la disminución de la empatía observada durante la formación médica (Howick *et al.*, 2023).

Aunque las instituciones educativas establecen lineamientos, competencias y objetivos para las prácticas clínicas y profesionales, la experiencia cotidiana de los estudiantes está influenciada por la cultura organizacional de los servicios de salud y por la manera en que docentes, tutores clínicos y profesionales interpretan y desarrollan su labor. En consecuencia, las prácticas educativas no constituyen una reproducción mecánica de los programas de estudio, sino que son reinterpretadas a partir de las experiencias, creencias y dinámicas propias de cada contexto institucional (Rockwell & Mercado, 2003).

Durante las prácticas clínicas y el servicio social, los estudiantes aprenden mediante la observación constante de la actuación de los profesionales de la salud. Entre estos aprendizajes destacan la comunicación con los pacientes, el manejo del tiempo, la colaboración entre disciplinas, el respeto hacia otros integrantes del equipo y la toma de decisiones frente a dilemas éticos, experiencias que influyen directamente en la construcción de la identidad profesional. Este proceso de aprendizaje vicario permite que muchas de estas conductas sean incorporadas aun cuando no formen parte explícita de los objetivos curriculares (Bandura, 1977; Cruess *et al.*, 2019).

El servicio social representa una etapa particularmente relevante, ya que el estudiante asume mayores responsabilidades y enfrenta situaciones reales con un nivel creciente de autonomía. Esta experiencia favorece la consolidación de competencias profesionales, pero también incrementa la influencia del currículo oculto, pues las decisiones, prácticas y valores observados durante este periodo suelen convertirse en referentes para el ejercicio profesional futuro. En este sentido, la congruencia entre los principios promovidos por la institución educativa y las prácticas desarrolladas en los escenarios asistenciales resulta indispensable para fortalecer una formación ética, humanista y centrada en la persona (Hafferty, 1998; Monrouxe, 2010).

En consecuencia, las prácticas clínicas, profesionales y de servicio social no sólo constituyen espacios para aplicar conocimientos, sino tam-

bién escenarios donde se construye la identidad profesional mediante procesos de socialización que pueden fortalecer o contradecir los principios promovidos por el currículo formal. Reconocer esta influencia permite comprender que la calidad de la formación depende tanto de los contenidos académicos como de las experiencias que los estudiantes viven cotidianamente durante su inserción en los servicios de salud. En este contexto, la práctica clínica constituye el escenario donde el currículo formal y el currículo oculto interactúan de manera más intensa, debido a la complejidad de las relaciones que se establecen entre estudiantes, docentes, pacientes e instituciones de salud.

Reconocimiento del currículo oculto en la práctica clínica

Reconocer el currículo oculto constituye uno de los mayores desafíos para las instituciones educativas y los propios docentes, debido a que gran parte de los aprendizajes implícitos se incorporan a la práctica cotidiana de manera tan habitual que terminan percibiéndose como naturales. Muchas de las formas de comunicación, las relaciones jerárquicas, la distribución de responsabilidades o los criterios utilizados para interactuar con los estudiantes y los pacientes dejan de cuestionarse con el paso del tiempo y pasan a formar parte de la cultura institucional (Rockwell & Mercado, 2003).

En los escenarios clínicos este fenómeno se manifiesta cuando determinadas prácticas se aceptan sin una reflexión crítica, simplemente porque “siempre se han hecho así”. La organización del servicio, la dinámica de los pases de visita, la forma en que se ejerce la autoridad, la respuesta ante los errores de los estudiantes o la manera de establecer relaciones con los pacientes transmiten mensajes que contribuyen a la construcción de la identidad profesional, aun cuando dichos aprendizajes no formen parte explícita del currículo formal (Hafferty, 1998; Cruess *et al.*, 2019).

En este sentido, reconocer el currículo oculto implica analizar críticamente aquellas prácticas cotidianas que suelen pasar inadvertidas, identificando cómo influyen en la formación de los futuros profesionales

de la salud. Sólo mediante este reconocimiento es posible promover una mayor congruencia entre los principios declarados por las instituciones educativas y las experiencias que viven los estudiantes durante su proceso formativo, favoreciendo una educación más ética, reflexiva y coherente con los valores del cuidado humanizado (Burgess *et al.*, 2020; Cruess *et al.*, 2019).

4. Aprendizaje experiencial y socialización profesional en las ciencias de la salud

Las experiencias descritas durante las prácticas clínicas no sólo permiten aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación, sino que también constituyen el principal escenario donde se desarrolla el aprendizaje experiencial y la socialización profesional, procesos estrechamente vinculados con la construcción de la identidad profesional y con la transmisión del currículo oculto.

El aprendizaje experiencial constituye uno de los pilares de la formación de los profesionales de la salud, ya que permite integrar los conocimientos teóricos con las experiencias vividas en los escenarios clínicos. Durante este proceso los estudiantes enfrentan situaciones reales que les exigen desarrollar habilidades técnicas, pensamiento crítico, juicio clínico y competencias comunicativas, al mismo tiempo que construyen valores, actitudes e identidad profesional. En consecuencia, la formación trasciende la adquisición de conocimientos y se convierte en un proceso continuo de aprendizaje y transformación personal (Cruess *et al.*, 2014; Zarshenas *et al.*, 2014).

El aprendizaje experiencial no ocurre únicamente mediante la adquisición de conocimientos, sino también a través de la participación progresiva en contextos reales de práctica. La teoría del aprendizaje situado sostiene que el desarrollo profesional depende de la interacción con comunidades de práctica, donde los estudiantes construyen conocimientos, habilidades e identidad profesional mediante la observación, la colaboración y la participación en actividades auténticas (O'Brien & Battista, 2020).

En este contexto, la socialización profesional representa el proceso mediante el cual los estudiantes incorporan progresivamente los valores, normas y comportamientos característicos de la profesión. Este proceso ocurre tanto mediante la interacción con docentes y profesionales de la salud, como a través de la participación en la cultura organizacional de los escenarios clínicos, donde los estudiantes aprenden las reglas formales e informales que orientan el ejercicio profesional (Zarshenas *et al.*, 2014; Gaberson *et al.*, 2014).

La socialización profesional constituye uno de los principales mecanismos mediante los cuales opera el currículo oculto. A través de la observación cotidiana, los estudiantes aprenden cómo se establecen las relaciones con los pacientes, cómo se toman decisiones clínicas, cómo se resuelven conflictos y cómo se ejerce el liderazgo dentro de los equipos de salud. Estas experiencias favorecen la construcción de la identidad profesional y permiten que los estudiantes desarrollen un sentido de pertenencia hacia su disciplina, más allá de los contenidos explícitos del currículo formal (Cruess *et al.*, 2019; Hafferty, 1998).

No obstante, la socialización profesional también puede favorecer la reproducción de prácticas poco reflexivas cuando los estudiantes interiorizan conductas que contradicen los principios éticos y humanísticos promovidos por las instituciones educativas. La aceptación acrítica de determinadas normas, jerarquías o estilos de comunicación puede favorecer la normalización de comportamientos que contradicen los principios éticos y humanísticos promovidos por las instituciones educativas, limitando el desarrollo del pensamiento crítico. En este sentido, diversos autores señalan la importancia de promover procesos de socialización que fortalezcan el profesionalismo sin renunciar a la capacidad de cuestionar prácticas institucionales que resulten incongruentes con los valores de la profesión (Benner *et al.*, 2012; Cruess *et al.*, 2019).

En síntesis, el aprendizaje experiencial y la socialización profesional deben entenderse como procesos inseparables del currículo oculto. Ambos contribuyen a la construcción de la identidad profesional y explican por

qué la formación de los profesionales de la salud depende no sólo de los conocimientos adquiridos en el aula, sino también de las experiencias vividas durante la práctica clínica. Por ello, corresponde a los docentes y tutores clínicos favorecer ambientes de aprendizaje que promuevan el profesionalismo, la reflexión crítica y el cuidado centrado en la persona.

5. Las jerarquías institucionales como expresión del currículo oculto

Los escenarios clínicos constituyen espacios de aprendizaje caracterizados por una organización jerárquica que orienta la distribución de responsabilidades, la toma de decisiones y las relaciones entre los distintos integrantes del equipo de salud. Durante su formación, los estudiantes aprenden a desenvolverse dentro de esta estructura institucional, aprendiendo no sólo las funciones propias de cada profesión, sino también las normas implícitas que regulan la comunicación, el liderazgo y el ejercicio de la autoridad. Estas experiencias representan una manifestación del currículo oculto, ya que transmiten formas de comportamiento que trascienden los contenidos establecidos en el currículo formal (Hafferty, 1998; Castro Pérez & Villanueva Lozano, 2019).

La organización tradicional de la formación en ciencias de la salud ha favorecido históricamente el establecimiento de jerarquías tanto entre disciplinas como entre los distintos profesionales que participan en la atención de los pacientes. En el caso de la educación médica, la separación entre los ciclos básicos y clínicos refleja diferencias históricas en la valoración de determinados campos del conocimiento y en la distribución del poder dentro de las instituciones formadoras (Castro Pérez & Villanueva Lozano, 2019). Si bien estas jerarquías cumplen funciones organizativas indispensables para el funcionamiento de los servicios de salud, también influyen en la manera en que los estudiantes interpretan las relaciones profesionales y construyen su identidad. Diversos estudios han documentado que, cuando las jerarquías se acompañan de prácticas autoritarias o de dinámicas de maltrato, los estudiantes pueden normali-

zar estas conductas como parte del ejercicio profesional, favoreciendo la reproducción del currículo oculto y afectando tanto la calidad del aprendizaje como el clima educativo (Osorio Cock *et al.*, 2023).

En la práctica clínica, las jerarquías institucionales se expresan mediante la distribución de funciones y responsabilidades entre médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, estudiantes y personal de apoyo. A través de la observación cotidiana los estudiantes aprenden cómo se ejerce la autoridad, quién participa en la toma de decisiones y cuáles son las formas de comunicación consideradas aceptables dentro del equipo de salud. Estos aprendizajes no suelen estar explícitamente descritos en los programas académicos; sin embargo, influyen de manera significativa en la socialización profesional y en la reproducción del currículo oculto (Cruess *et al.*, 2019; Zarshenas *et al.*, 2014). Las principales diferencias entre los principios promovidos por el currículo formal y las manifestaciones del currículo oculto derivadas de las jerarquías institucionales se sintetizan en la tabla IV.3.

Tabla IV.3- Manifestaciones del currículo oculto en las jerarquías institucionales

Principios del currículo formal	Manifestaciones del currículo oculto
Trabajo interprofesional	Predominio de relaciones jerárquicas rígidas
Comunicación efectiva	Comunicación predominantemente vertical
Respeto entre disciplinas	Diferencias en la valoración de las profesiones
Participación activa del estudiante	Participación limitada en la toma de decisiones

Nota: la tabla contiene ejemplos de cómo las jerarquías institucionales pueden influir en la reproducción del currículo oculto durante la formación clínica.

Fuente: elaboración propia.

Si bien las jerarquías son necesarias para organizar el funcionamiento de los servicios de salud y garantizar una adecuada distribución de responsabilidades, cuando se caracterizan por estructuras excesivamente rígidas

pueden limitar la comunicación efectiva entre los integrantes del equipo, limitar la participación de los estudiantes y obstaculizar la expresión de inquietudes relacionadas con la seguridad del paciente. Diversos autores señalan que los modelos de liderazgo más colaborativos favorecen un clima organizacional positivo, fortalecen el trabajo interprofesional y mejoran la calidad de la atención (Fernandopulle, 2021).

En consecuencia, promover ambientes clínicos basados en el respeto mutuo, la comunicación abierta y la colaboración interprofesional representa una estrategia fundamental para disminuir las contradicciones entre el currículo formal y el currículo oculto. Reconocer la influencia de las jerarquías institucionales permite favorecer procesos formativos más equitativos, donde el liderazgo se ejerza desde la colaboración, el respeto mutuo y la corresponsabilidad, más que desde estructuras exclusivamente jerárquicas.

6. Mecanismos de reproducción del currículo oculto en la formación de los profesionales de la salud

Los apartados anteriores mostraron que el currículo oculto se manifiesta en los métodos de enseñanza, los procesos de evaluación, las prácticas clínicas, la socialización profesional y las jerarquías institucionales. Aunque estos escenarios presentan características particulares, todos comparten mecanismos mediante los cuales se transmiten normas, valores y formas de actuación que influyen en la formación de los profesionales de la salud.

El currículo oculto no se transmite mediante un único mecanismo, sino a través de múltiples experiencias que forman parte de la vida cotidiana en las instituciones educativas y en los escenarios de práctica clínica. Las normas institucionales implícitas, la organización del espacio, la distribución del tiempo, las relaciones jerárquicas, las prácticas docentes y la interacción entre estudiantes y profesionales de la salud configuran un entorno donde los futuros profesionales aprenden no sólo conocimientos disciplinares, sino también formas de actuar, comunicarse y ejercer su profesión. Estos aprendizajes, al desarrollarse de manera continua y

muchas veces inadvertida, favorecen la reproducción de normas y valores que terminan formando parte de la cultura profesional (Hafferty, 1998; Jackson, 1968).

La cultura institucional constituye uno de los principales mecanismos mediante los cuales el currículo oculto se reproduce durante la formación profesional. Las tradiciones, los estilos de liderazgo, las dinámicas de trabajo, las formas habituales de interacción y las expectativas compartidas configuran un ambiente de aprendizaje que influye en la manera en que los estudiantes comprenden qué conductas son aceptadas, esperadas o recompensadas dentro de la institución. De esta manera, la cultura organizacional se convierte en un escenario donde el currículo oculto adquiere continuidad y se transmite de generación en generación, favoreciendo la permanencia de prácticas que pueden reforzar o contradecir los principios promovidos por el currículo formal (Centeno & De la Paz Grebe, 2021; Wolford *et al.*, 2025).

Los mecanismos de reproducción del currículo oculto adquieren características particulares según el escenario de aprendizaje. En el aula predominan las interacciones derivadas de las estrategias de enseñanza y de la relación docente-estudiante; en los escenarios clínicos, la presión asistencial, las jerarquías profesionales y los rituales propios de la práctica, como los pases de visita o las discusiones clínicas, favorecen experiencias de aprendizaje especialmente significativas. Incluso espacios aparentemente informales, como pasillos, estaciones de enfermería o áreas comunes transmiten mensajes sobre pertenencia, autoridad y formas de interacción que los estudiantes incorporan progresivamente durante su formación.

La influencia del currículo oculto puede tener consecuencias tanto positivas como negativas. Cuando existe coherencia entre los principios promovidos por el currículo formal y las experiencias vividas por los estudiantes, se fortalece el profesionalismo, el compromiso ético y la humanización del cuidado. Sin embargo, cuando predominan mensajes contradictorios pueden normalizarse prácticas que favorecen la deshumanización, la erosión de la empatía (Howick *et al.*, 2023) y la aceptación de conductas poco reflexivas bajo el argumento de que forman parte

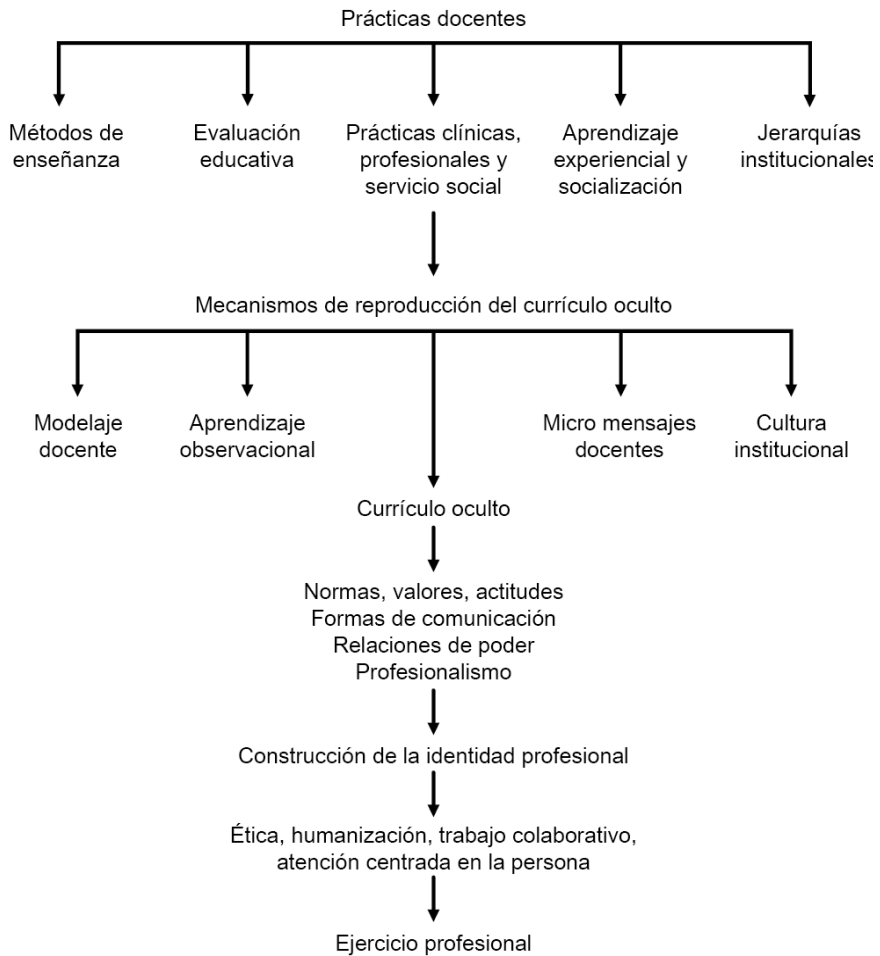
de la cultura institucional. Estas tensiones también pueden repercutir en el bienestar emocional de los estudiantes, favoreciendo el desgaste profesional y la pérdida del idealismo con el que inician su formación (Monrouxe, 2010; Cruess *et al.*, 2019).

No obstante, los estudiantes no constituyen únicamente receptores pasivos del currículo oculto. Durante su formación desarrollan estrategias para adaptarse a las dinámicas institucionales y establecer relaciones con sus pares y con los profesionales de la salud. En algunos casos estas estrategias favorecen la reproducción de prácticas ya establecidas; sin embargo, también pueden convertirse en oportunidades para cuestionar las inconsistencias entre el discurso institucional y la práctica cotidiana. Esta capacidad crítica representa una forma de agencia que permite a los futuros profesionales promover cambios orientados hacia una atención más ética, reflexiva y centrada en la persona.

El propósito no consiste en eliminar el currículo oculto, ya que éste forma parte inherente de todo proceso educativo, sino en hacerlo visible mediante procesos de autorreflexión docente, evaluación de los ambientes de aprendizaje y participación activa de los estudiantes. Para ello, resulta indispensable promover espacios de diálogo, fortalecer la formación pedagógica del profesorado y favorecer una mayor congruencia entre el currículo formal y las experiencias cotidianas. De esta manera, las prácticas docentes dejan de ser únicamente un medio para transmitir conocimientos y se convierten en un elemento fundamental para la construcción de una identidad profesional coherente con los principios éticos, humanistas y de compromiso social que orientan la formación de los profesionales de la salud.

Comprender los mecanismos mediante los cuales opera el currículo oculto constituye, por tanto, un paso indispensable para transformar las prácticas docentes y favorecer escenarios formativos más conscientes, críticos y congruentes con los principios que orientan la educación en ciencias de la salud. La figura IV.1 sintetiza la relación entre las prácticas docentes, los mecanismos de reproducción del currículo oculto, los aprendizajes implícitos y la construcción de la identidad profesional.

Figura IV.1- Modelo integrador de la reproducción del currículo oculto durante la formación de los profesionales de la salud



Nota: el modelo integra los principales componentes analizados en este capítulo y representa cómo las prácticas docentes, a través de los métodos de enseñanza, la evaluación, las prácticas clínicas, la socialización profesional y las jerarquías institucionales, favorecen la transmisión de normas, valores y formas de actuación que contribuyen a la reproducción del currículo oculto y a la construcción de la identidad profesional.

Fuente: elaboración propia con base en Jackson (1968), Bandura (1977), Hafferty (1998), Zarshenas *et al.* (2014), Cruess *et al.* (2019), Centeno y De la Paz Grebe (2021), López (2015) y Welford *et al.* (2025).

Conclusiones

El análisis del papel de las prácticas docentes en la configuración y reproducción del currículo oculto permitió comprender que éste constituye un componente inherente a la formación de los profesionales de la salud. Más allá de los contenidos establecidos en los planes y programas de estudio, los estudiantes construyen su identidad profesional a partir de las experiencias cotidianas derivadas de las prácticas docentes, los procesos de evaluación, la interacción con docentes y profesionales de la salud, las prácticas clínicas y las dinámicas organizacionales presentes en los escenarios educativos y asistenciales. Estos aprendizajes implícitos, propios del currículo oculto, influyen de manera significativa en la adquisición de valores, actitudes y formas de ejercer la profesión. Asimismo, se evidenció que el currículo oculto puede convertirse en un factor que fortalezca el profesionalismo, la ética y la humanización del cuidado cuando existe congruencia entre el currículo formal y las prácticas desarrolladas por las instituciones educativas y de salud. Sin embargo, cuando predominan mensajes contradictorios, relaciones jerárquicas rígidas o prácticas alejadas de los principios humanísticos, también puede propiciar la reproducción de conductas que limitan el pensamiento crítico, la colaboración interprofesional y el desarrollo de una atención centrada en la persona.

En este contexto, las prácticas docentes adquieren un papel estratégico, ya que el docente no sólo transmite conocimientos disciplinares, sino que también representa un modelo de actuación profesional cuyas decisiones, actitudes y formas de relacionarse con los estudiantes y los pacientes comunican mensajes que trascienden el currículo formal. En consecuencia, reconocer el currículo oculto exige que el docente adopte una práctica reflexiva capaz de identificar los mensajes implícitos que transmite durante la enseñanza y de analizar críticamente la congruencia entre su discurso y su actuación cotidiana. Sólo mediante este proceso de autorreflexión será posible alinear las prácticas docentes con los principios éticos, humanísticos y profesionales promovidos por el currículo formal. Asimismo, fortalecer la formación pedagógica del profesorado y

generar ambientes de aprendizaje congruentes con los valores institucionales constituye una estrategia indispensable para orientar la influencia del currículo oculto hacia el desarrollo de profesionales éticos, críticos y socialmente responsables.

Finalmente, reconocer la existencia del currículo oculto no implica intentar eliminarlo, sino comprender su impacto dentro del proceso educativo para favorecer una mayor coherencia entre el discurso institucional y las experiencias que viven los estudiantes durante su formación. En definitiva, hacer visible el currículo oculto constituye una oportunidad para transformar las prácticas docentes y favorecer una formación de profesionales de la salud más ética, reflexiva, crítica y comprometida con la calidad del cuidado y la responsabilidad social.

Referencias bibliográficas

- Apple, M. W. (2004). *Ideology and curriculum*. (3ª ed.). Routledge Falmer. <https://doi.org/10.4324/9780203487563>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bartels, J. E. (2005). Educating nurses for the 21st century. *Nursing & Health Sciences*, 7(4), 221-225. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00249.x>
- Benner, P. (2012). Educating nurses: A call for radical transformation-how far have we come? *The Journal of Nursing Education*, 51(4), 183-184. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02280-5>
- Castro Pérez, R., & Villanueva Lozano, M. (2019). El campo médico en México: Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo de Bourdieu. *Sociológica*, 34(97), 73-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732019000200073&lng=es&tlng=es
- Centeno, A., & De la Paz Grebe, M. (2021). El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las ciencias de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 10(38), 89-95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>

- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher*, 41(6), 641-649. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260>
- Fernandopulle, N. (2021). To what extent does hierarchical leadership affect health care outcomes? *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35(1), 880-883. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.117>
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. (M. B. Ramos, Trans.). Herder and Herder.
- Gaberson, K. B., Oermann, M. H., & Shellenbarger, T. (2014). *Clinical teaching strategies in nursing*. (4^a ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826140036>
- Giroux, H. A. (1990). *Los profesores como intelectuales: Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Paidós.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403-407. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>
- Hoidn, S., & Klemenčič, M. (Eds.). (2021). *The Routledge international handbook of student-centered learning and teaching in higher education*. (1^a ed.). Routledge.
- Howick, J., Dudko, M., Feng, S. N., Ahmed, A. A., Alluri, N., Nockels, K., Winter, R., & Holland, R. (2023). Why might medical student empathy change throughout medical school? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Medical Education*, 23, artículo 270. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04165-9>
- Jackson, P. W. (1968). *Life in classrooms*. Holt, Rinehart and Winston.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(9), 1185-1190. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3182604968>
- López, W. J. (2015). Profesionalismo: ¿Huellas de un currículo oculto? *Revista Iberoamericana de Educación*, 69(1), 147-166.
- Monrouxe L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x>

- O'Brien, B. C., & Battista, A. (2020). Situated learning theory in health professions education research: A scoping review. *Advances in Health Sciences Education, 25*(2), 483-509. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09900-w>
- Osorio Cock, L. M., Muñoz Henao, D., Yepes Delgado, C. E., Ruiz Mazuera, Á. S., Lagos Grisales, G. J., Villegas Cardona, F., León Ayala, M. A., García Betancur, S., Trujillo Quintero, P. M., & Duarte Blandón, C. (2023). Sobre el currículo oculto: Del buen médico, la jerarquía y el maltrato. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 41*(3), e349435. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349435>
- Parmelee, D., Michaelson, L. K., Cook, S., & Hudes, P. D. (2012). Team-based learning: A practical guide: AMEE guide No. 65. *Medical Teacher, 34*(5), e275-e287. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.651179>
- Parra Larrotta, S., Hernández Rincón, E. H., Niño Correa, D., Jaimes Peñuela, C. L., & Romero Tapia, A. E. (2025). Effects of the hidden curriculum in medical education: Scoping review. *JMIR Medical Education, 11*, e68481. <https://doi.org/10.2196/68481>
- Perry, B. (2009). Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice, 9*(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.05.001>
- Rockwell, E., & Mercado, R. (2003). *La escuela, lugar del trabajo docente: Descripción y debates*. Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN (DIE-Cinvestav).
- Rodríguez de Mayo, R. (2003). Naturaleza política de la evaluación curricular: Los fundamentos políticos del enfoque democrático de Barry MacDonald. *Revista de Pedagogía, 24*(71), 349-384. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300002
- Santos Guerra, M. Á. (2014). *La evaluación como aprendizaje: Cuando la flecha impacta en la diana*. (2ª ed. rev. y aum.). Narcea Ediciones. ISBN impreso: 978-84-277-2073-2
- Van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C. (2020). Interprofessional education: Tips for design and implementation. *BMC Medical Education, 20*(Suppl 2), 455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
- Weerasekara, I., Hall, M., Shaw, L., & Kiegaldie, D. (2023). Instruments evaluating the quality of the clinical learning environment in nursing edu-

cation: An updated systematic review. *Nurse Education in Practice*, 71, 103732. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103732>

Wolford, L. L., Lugo-Neris, M. J., WatkinsLiu, C., Nieves, L. E., Rodriguez, C. L., Patel, S. S., Lee, S. Y., & Naidoo, K. (2025). Uncovering the Hidden Curriculum in Health Professions Education. *Education Sciences*, 15(7), 791. <https://doi.org/10.3390/educsci15070791>

Zarshenas, L., Sharif, F., Molazem, Z., Khayyer, Z., & Zare, N. (2014). Professional socialization in nursing: A qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 432-438.

Capítulo V.

Implicaciones del currículo oculto y propuestas de transformación

Haydee Parra Acosta¹

Claudia Valeria Díaz Rizo²

Ramón Esperón Hernández³

José López Loya¹

Resumen

En el presente capítulo se analiza críticamente el currículo formal actual en la educación en salud, destacando sus limitaciones frente a la persistencia del currículo oculto, las desigualdades institucionales y las prácticas docentes tradicionales. A partir de la literatura reciente, se identifican tensiones entre la formación basada en competencias y la experiencia real del estudiante, particularmente en contextos clínicos en los que predominan dinámicas jerárquicas y prácticas normalizadas de violencia simbólica. Se propone un rediseño curricular orientado al desarrollo humano integral y al bienestar social, sustentado en criterios de equidad, pertinencia, flexibilidad, innovación y transdisciplinariedad. Asimismo, se plantean estrategias institucionales y transformaciones en la práctica docente que favorezcan ambientes de aprendizaje éticos

- 1 Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua.
- 2 Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud, Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológicas e Instrumentales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- 3 Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, y Universidad Autónoma de Yucatán.

y reflexivos, centrados en la persona. Finalmente, se concluye que, avanzar hacia una educación crítica en salud implica reconocer la influencia del currículo oculto, fortalecer la ética profesional y promover modelos educativos que prioricen el bienestar, la equidad y la formación integral.

Abstract

This chapter critically examines the current formal curriculum in health professions education, highlighting its limitations in addressing persistent hidden-curriculum dynamics, institutional inequalities, and traditional teaching practices. Drawing on recent scholarship, it identifies tensions between competency-based education and students lived educational experiences, particularly in clinical settings characterized by hierarchical relationships and normalized practices of symbolic violence. A curricular redesign oriented toward holistic human development and social well-being is proposed, grounded in the principles of equity, relevance, flexibility, innovation, and transdisciplinary. Institutional strategies and pedagogical transformations that foster ethical, reflective, and learner-centered educational environments are also presented. The chapter concludes that advancing critical health professions education requires recognizing the influence of the hidden curriculum, strengthening professional ethics, and promoting educational models that prioritize well-being, equity, and comprehensive education.

1. Desafíos del currículo y sus implicaciones en la formación profesional en salud

La educación en ciencias de la salud enfrenta actualmente múltiples desafíos derivados de los cambios científicos, tecnológicos y sociales. Aunque los planes de estudio han evolucionado hacia modelos basados en competencias, persisten problemas de desconexión entre el currículo formal y las prácticas de formación reales. En particular, el aprendizaje en contextos clínicos evidencia tensiones entre lo que se enseña explícitamente y lo que se aprende implícitamente a través de la experiencia (Nolla Domenjó, 2019).

En este sentido, el currículo oculto desempeña un papel importante en la formación profesional, ya que promueve valores, actitudes y comportamientos que no están formalmente establecidos, pero influyen profundamente en la identidad profesional del estudiante (Patiño, 2020). Estas dinámicas pueden reproducir desigualdades, jerarquías y prácticas poco éticas, especialmente en la formación médica, donde se han documentado experiencias de violencia, precarización y relaciones de poder normalizadas (Rodríguez-Torres *et al.*, 2023).

A su vez, la formación ética no depende únicamente de contenidos formales, sino también del ejemplo docente y del entorno institucional, lo que refuerza la necesidad de repensar los modelos educativos desde una perspectiva integral (Lifshitz, 2000).

Ante este panorama resulta imprescindible cuestionar el currículo actual y proponer alternativas que promuevan la transparencia, la inclusión y una educación crítica en salud, orientada al desarrollo humano integral y al bienestar de la persona.

2. Implicaciones del currículo oculto en la formación en salud, ética, equidad y profesionalismo

La formación en ciencias de la salud va más allá de la transmisión de conocimientos técnicos o de habilidades clínicas; implica el desarrollo de competencias que configuran una identidad profesional que manifiesta valores éticos y compromisos con el cuidado integral de la salud de las personas. Sin embargo, esta dimensión no se aprende únicamente a través del currículo formal. Junto a él opera un conjunto de influencias implícitas que Giroux y Penna (1990) describieron como normas, valores y creencias no expresadas explícitamente, que los estudiantes aprenden a través de la estructura significativa subyacente tanto del contenido formal como de las relaciones de la vida escolar y de los ambientes formativos. Este fenómeno, universalmente conocido como currículo oculto, abarca desde las interacciones cotidianas entre docentes y estudiantes, hasta las presiones y fuerzas ajenas al currículo formal que, con frecuencia, están

desarticuladas e inexploradas y operan con una eficacia que supera la del currículo formal declarado. Comprender sus implicaciones en términos de ética, equidad y profesionalismo es, por tanto, una responsabilidad ineludible para cualquier institución formadora de profesionales, y para las entidades prestadoras de servicios de promoción y atención a la salud.

La tensión fundamental que articula el debate sobre el currículo oculto en salud es de naturaleza ética: la fractura entre los valores enseñados formalmente y los vividos en la práctica. Las instituciones educativas en ciencias de la salud declaran explícitamente principios como el altruismo, la empatía y la integridad, valores, y expectativas que se configuran en la cultura institucional; no obstante, en las prácticas cotidianas influyen en la formación de los estudiantes otro tipo de valores como son el distanciamiento emocional, deshumanización y la normalización de conductas poco éticas. Canese de Estigarribia *et al.* (2025) documentaron que esta disonancia entre el ideal ético y la realidad clínica genera lo que denominan “angustia moral”: la tensión dolorosa que surge cuando el estudiante sabe cuál es la acción ética correcta pero se siente impedido institucionalmente para realizarla. Silveira *et al.* (2019) ilustraron este proceso en el contexto brasileño, donde la cultura de acelerar el ritmo de trabajo “*speed up*” y la presión sistémica por atender al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible privan a los profesionales de la salud en formación del espacio reflexivo necesario para procesar sus experiencias, llevándolos a interiorizar actitudes que contradicen sus propios valores sin siquiera advertirlo.

El resultado es una ruptura identitaria, acompañada de sentimientos de culpa, cuando, al final de la formación, los estudiantes reconocen en sí mismos conductas que originalmente rechazaban. Este hallazgo pone de manifiesto que la ética del cuidado no puede sostenerse sin espacios institucionales deliberados para la reflexión crítica y que la responsabilidad de crearlos recae sobre las instituciones y los prestadores de servicios de salud, y no sobre los estudiantes individualmente.

El currículo oculto, en gran medida, debilita los compromisos éticos. Brown *et al.* (2020) documentaron que los estudiantes de medicina apren-

den el profesionalismo fundamentalmente por experiencia, observando a residentes y consultores en acción, y que la exposición a modelos negativos puede resultar formativamente más potente que la enseñanza formal de ética. Hunter y Cook (2018) encontraron dinámicas equivalentes en enfermería: cuando los nuevos graduados se exponen repetidamente a actitudes negativas de profesionales experimentados, comienzan a considerarlas aceptables e incluso necesarias para sobrevivir en el entorno laboral. Respecto a la formación de profesionales en nutrición y otras ciencias de la salud, existe poca evidencia específica en estas áreas; y, a pesar de que la mayoría de los estudios se han realizado en el área de medicina, la mayoría muestra un patrón consistente: la enseñanza formal de la ética resulta insuficiente cuando los estudiantes están expuestos de manera continua a modelos profesionales negativos, lo cual podría influir en la toma de decisiones éticas y la identidad profesional del estudiantado en ciencias de la salud (Parra-Larrotta *et al.*, 2025).

La crítica de Giroux y Penna (1990) muestra que las instituciones educativas no son neutrales y que los docentes no pueden seguir asumiendo una postura ficticia de neutralidad y objetividad frente a los valores que transmiten cotidianamente a través de sus prácticas. Esta advertencia, formulada en el contexto de la pedagogía crítica, adquiere una urgencia particular en los entornos de formación clínica, donde cada interacción entre docente, profesional de salud y estudiante también es una lección implícita sobre cómo tratar a los pacientes, a los colegas y a sí mismo como profesional. Canese de Estigarribia *et al.* (2025) señalan que los referentes profesionales negativos —docentes que ridiculizan a los pacientes, priorizan los indicadores de desempeño sobre la calidad del cuidado o imponen el silencio ante conductas no éticas— ejercen una influencia pedagógica más profunda y duradera que la de los referentes positivos, precisamente por la carga emocional que generan en quienes los observan.

Las implicaciones éticas del currículo oculto se profundizan al analizar cómo se configura y se experimenta el profesionalismo durante la formación en salud. Cuando el profesionalismo se promueve principalmente a través del currículo oculto, sin transparencia ni participación

estudiantil en la construcción de su significado, tiende a percibirse como un mecanismo de control jerárquico más que como un valor compartido y asumido de manera consciente por la comunidad educativa. Por su parte, Brown *et al.* (2020) documentaron que los estudiantes lo definían en términos negativos —como aquello que no deben hacer— y lo experimentaban como una imposición institucional. Esta percepción no es trivial: cuando el profesionalismo se vive como vigilancia y no como vocación, se vacía de contenido moral y se reduce a mera performatividad. Canese de Estigarribia *et al.* (2025) describen cómo los estudiantes desarrollan una falsa autoimagen y se comportan como idealistas éticos ante las evaluaciones formales, pero actúan como pragmáticos cínicos en la sala de clínica para ser aceptados por sus superiores y pares.

Esta escisión entre la retórica humanista del aula y la lógica eficientista del hospital representa lo que los autores denominan una “hipocresía institucional” estructural, cuya resolución exige no añadir más contenidos de bioética al plan de estudios, sino transformar la cultura moral de los entornos clínicos en los que esa formación realmente se imparte.

Las implicaciones del currículo oculto sobre la equidad son igualmente profundas, aunque con frecuencia quedan invisibilizadas. El currículo oculto no opera de manera uniforme para todos los estudiantes: tiende a reforzar las ventajas de quienes ya pertenecen a los grupos dominantes de la cultura médica o de enfermería, y a agravar las dificultades de quienes no lo hacen.

Brown *et al.* (2020) documentaron cómo los estereotipos de especialidad se promueven implícitamente: una estudiante interiorizó que la cirugía ortopédica no era una opción para ella porque “las mujeres no son cirujanas ortopédicas”, sin haber recibido explícitamente ese mensaje. La reproducción de estereotipos de este tipo a través del currículo oculto tiene consecuencias concretas y medibles en la diversidad de las especialidades médicas y de enfermería. Hunter y Cook (2018) observaron estructuras jerárquicas que obstaculizan la construcción de equipos inclusivos y llevan a los nuevos graduados a priorizar el encaje grupal por encima del ejercicio de sus convicciones profesionales, lo cual resulta

especialmente gravoso para quienes ya ocupan posiciones más vulnerables dentro de esas jerarquías.

De igual forma, Behmanesh *et al.* (2025) advierten que los beneficios del currículo oculto no son igualmente accesibles para todos los estudiantes y que este currículo puede contribuir a la exclusión de grupos marginados. Por su parte, Giroux y Penna (1990) pusieron de relieve, desde la pedagogía crítica, que las escuelas reproducen y mantienen vigentes creencias, valores y normas dominantes; ignorar el currículo oculto, por tanto, equivale a perpetuar las desigualdades estructurales que éste silenciosamente consolida.

El impacto del currículo oculto en el bienestar psicológico y la adaptabilidad profesional de los estudiantes constituye otra dimensión crítica con implicaciones éticas directas. La disonancia emocional documentada por Silveira *et al.* (2019) puede desencadenar mecanismos de defensa como el cinismo y la despersonalización, lo que aumenta el riesgo de *burnout*, de disminución de la empatía y de trastornos del estado de ánimo.

Hunter y Cook (2018) encontraron que las experiencias de violencia horizontal y la falta de apoyo de profesionales experimentados afectan de manera significativa la confianza y la identidad profesional de los recién graduados en enfermería. Canese de Estigarribia *et al.* (2025) reinterpretan el cinismo no como una pérdida de vocación, sino como un escudo psicológico necesario en entornos donde la vulnerabilidad es castigada y la carga emocional es alta; en consecuencia, las intervenciones que simplemente piden a los estudiantes “ser más empáticos” sin modificar las condiciones institucionales pueden resultar contraproducentes. Behmanesh *et al.* (2025) aportan evidencia cuantitativa que completa esta imagen: el pensamiento crítico mostró la correlación más alta con la adaptabilidad profesional ($r = 0.942$, $p < 0.001$), seguido de los métodos de enseñanza ($r = 0.874$) y los entornos de apoyo ($r = 0.809$), lo que indica que la adaptabilidad no es una propiedad individual, sino una respuesta a condiciones institucionales concretas que el currículo oculto contribuye a configurar.

La respuesta ante las implicaciones del currículo oculto no puede limitarse a intervenciones puntuales o individuales; exige una transfor-

mación institucional sustentada en la transparencia, la reflexividad y el compromiso con la equidad y la ética. Por ello, la transparencia institucional es un primer paso ineludible: cuando las instituciones comunican abiertamente sus agendas y objetivos, los estudiantes pueden interpretar las presiones del currículo oculto de manera más alineada con la intención declarada, lo que reduce la alienación identitaria (Brown *et al.*, 2020). La práctica reflexiva y la medicina narrativa constituyen intervenciones de eficacia documentada: Canese de Estigarribia *et al.* (2025) señalan que estos espacios permiten procesar la disonancia cognitiva, validar las emociones y reforzar la resiliencia moral de los estudiantes.

En este sentido, el desarrollo docente resulta igualmente central: Hunter y Cook (2018) observaron que los nuevos graduados que contaron con modelos de rol positivos y consistentes mantuvieron sus convicciones profesionales incluso en entornos adversos. Behmanesh *et al.* (2025) destacan que los programas de mentoría entre pares y los entornos colaborativos de aprendizaje fortalecen significativamente la adaptabilidad profesional. En todos los casos, la condición de posibilidad es la misma: la voluntad institucional de auditar y transformar la cultura moral de los entornos clínicos, transitando de la culpabilización individual a la responsabilidad colectiva e institucional, y reconociendo que el currículo oculto no puede seguir operando exclusivamente en la oscuridad.

El currículo oculto en la formación en salud no es, por lo tanto, un efecto secundario ni un fenómeno periférico: es un determinante estructural primario de la identidad profesional, la conducta ética y las trayectorias de quienes se forman como médicos, enfermeros y demás profesionales de la salud. Sus implicaciones éticas, de equidad y de profesionalismo son inseparables y se refuerzan mutuamente. Como advirtieron Giroux y Penna (1990), las instituciones formadoras no pueden existir al margen de las relaciones de poder y de los valores que circulan en la sociedad más amplia; ignorar esta realidad equivale a perpetuarla. La evidencia acumulada es contundente: mientras las instituciones mantengan la disonancia entre la retórica humanista del aula y la práctica eficientista del hospital, la erosión ética seguirá siendo una patología endémica de

la educación superior en salud (Canese de Estigarribia *et al.*, 2025). Reconocer el currículo oculto, nombrar sus mecanismos y diseñar intervenciones deliberadas para gestionarlo no es una opción pedagógica entre otras: es una obligación ética de las instituciones que declaran formar profesionales íntegros, empáticos y comprometidos con la justicia en salud.

3. El currículo formal actual

La educación médica contemporánea, como se aprecia en el apartado anterior, se encuentra en un proceso de transformación sin precedentes. Los modelos curriculares que dominaron la mayor parte del siglo XX, fundamentados en los principios de Flexner y Osler y en una clara separación entre las ciencias básicas y las clínicas, han sido cuestionados y reformulados de manera sustancial a partir del cambio de milenio (Buja, 2019).

Actualmente los estudiantes están expuestos a los excesos de *marketing*, al consumo rápido y desechable, a los avances tecnológicos que se suceden a gran velocidad, y todo ello los va dirigiendo hacia una “cultura depredadora”. Ante ello, si las instituciones no buscan las estrategias para aprovechar este acelerado avance cultural y tecnológico, se van quedando atrás, inmersas en una crisis de significado, sin rumbo y sin las competencias necesarias que se requieren para enfrentar esta revolución digital, sin perder la capacidad de soñar, de pensar y de hacer pensar de forma crítica a sus estudiantes, la cual McLaren denomina “*praxis* utópica sociocrítica” en los tiempos de vida posmoderna (Vilera, 2002).

Por lo tanto, la evolución curricular necesita responder tanto a los avances acelerados de la ciencia y la tecnología biomédica, como a cambios profundos en las necesidades de salud de las poblaciones, al perfil de los estudiantes de la era digital, a la inteligencia artificial y a la exigencia de una práctica médica más humanística, colaborativa y socialmente responsable (Han *et al.*, 2019).

En este sentido, orientar la formación de los profesionales de la salud al cuidado integral de la salud, en congruencia con los retos de la

salud planearia, de una sola salud y las necesidades de una sociedad más tecnologizada, pero con condiciones de aislamiento de las personas, atrapadas en la conectividad de la virtualidad, han propiciado que los diseños curriculares sean más pertinentes, consideren la interculturalidad y favorezcan la ínter y transdisciplinariedad.

Los profesionales de la salud asumen la responsabilidad de una atención más humana, centrada en la persona. De ahí que las tendencias de los modelos curriculares promuevan principios claros como la empatía, el profesionalismo, la honestidad científica, el trabajo en equipo y la defensa del paciente y la formación integral y humana. Sin embargo, al integrarse a la práctica clínica, como es el caso de la medicina, se realiza por imitación, por silencio u omisión. Es así como el currículo en ciencias de la salud va más allá de los planes y programas de estudio, hasta los valores, prioridades y tensiones de la sociedad en la que se inscribe. Sin embargo, como señala Nolla (2019), las actitudes y los valores se abordan poco o nada en la implementación consciente de los programas formativos.

Lo anterior conduce a considerar un currículo más abierto y flexible en lo declarado, en lo aprendido y en lo enseñado, para exponer lo oculto del currículo. Se parte de una perspectiva crítica que reconoce tanto los avances como las limitaciones de los modelos curriculares actuales.

Durante décadas, la formación médica se estructuró en torno a dos pilares: las ciencias biomédicas básicas, impartidas en los primeros años del programa, y las ciencias clínicas, centradas en el pregrado. Este modelo bipolar, heredado de las reformas flexnerianas de principios del siglo XX, produjo generaciones de médicos con sólida formación científica y habilidades clínicas de alto nivel (Buja, 2019). Sin embargo, a partir de los años noventa diversas organizaciones internacionales y grupos académicos comenzaron a cuestionar sus limitaciones: la fragmentación del conocimiento, la escasa conexión entre la teoría y la práctica clínica temprana, la ausencia de contenidos sobre los sistemas de salud y los determinantes sociales, y la insuficiente atención al desarrollo humanístico del estudiante (Han *et al.*, 2019; Zawisłak *et al.*, 2023).

La respuesta, por lo tanto, ha sido la adopción de currículos integrados, que buscan articular horizontalmente las disciplinas dentro de un mismo periodo de tiempo, e integrar verticalmente las ciencias básicas con las ciencias clínicas a lo largo de todo el programa (Buja, 2019). Universidades en México y en el mundo, como la Charité de Berlín, implementaron desde 2010 un currículo modular integrado y basado en competencias, con enseñanza centrada en el paciente desde el primer semestre y con formatos pedagógicos longitudinales que articulan los módulos entre sí (Zawiślak *et al.*, 2023). Esta tendencia hacia la integración es, según Zawiślak *et al.* (2023), una de las más extendidas en las escuelas de medicina del mundo, junto con el establecimiento temprano de la enseñanza clínica y la adopción de enfoques más prácticos.

No obstante, la integración curricular no está exenta de críticas. Buja (2019) advierte que la entusiasta adopción de modelos curriculares flexibles e integrados ha conllevado, en muchos casos, una reducción significativa del espacio dedicado a las ciencias biomédicas fundamentales, en particular a la patología, la fisiopatología y la anatomía. Este autor sostiene que los primeros dos años del programa de medicina constituyen el único momento de toda la carrera profesional en el que se enseñan de manera coherente y sistemática los fundamentos de la ciencia biomédica y las habilidades clínicas básicas. Reducir ese espacio para introducir contenidos de ciencias del sistema de salud o de aprendizaje basado en competencias, conlleva, según su análisis, un riesgo real de producir egresados con deficiencias en el conocimiento científico que sustenta la práctica clínica de alto nivel.

4. Propuesta para un currículo innovador y humanista

Más allá del debate sobre la integración, la literatura contemporánea identifica cuatro grandes tendencias que orientan el currículo actual y futuro en ciencias de la salud. La primera es el enfoque humanista orientado a la seguridad del paciente. Han *et al.* (2019), en su revisión integrativa de programas de educación médica de pregrado, identificaron que la gran

mayoría de los programas innovadores revisados priorizan el desarrollo de profesionales humanistas, con competencias para establecer relaciones significativas con las personas, comunicarse con empatía y colaborar eficazmente con otros profesionales de la salud. Programas como las sesiones de comunicación de Schwartz, los talleres de creación artística para estudiantes que rotan en hospitales, clínicas o centros de salud como parte de su formación profesional en medicina familiar, y los programas de mentoría longitudinal ilustran esta tendencia con evidencia empírica.

La segunda tendencia es la exposición temprana y la integración longitudinal. Las pasantías o rotaciones integradas longitudinales (LIC), en las que los estudiantes siguen a un grupo de pacientes durante un año junto con los mismos docentes y compañeros, han mostrado resultados superiores en actitudes centradas en las personas, según el análisis de los determinantes sociales de la salud y de la motivación para el aprendizaje (Han *et al.*, 2019).

La tercera tendencia es la extensión del aprendizaje más allá del hospital hacia la comunidad: programas de inmersión comunitaria, educación médico-legal interprofesional y rotaciones en entornos de diversidad cultural y socioeconómica forman parte de los currículos que buscan preparar a los médicos para una sociedad plural y compleja.

La cuarta tendencia, y quizás la más disruptiva, es el aprendizaje autodirigido que también es conocido como autoformación con tecnología avanzada. Los simuladores de pacientes virtuales, los sistemas de realidad aumentada para la anatomía, las comunidades de aprendizaje en línea y la tutoría entre pares a distancia han demostrado ser herramientas eficaces para individualizar el aprendizaje, facilitar la interacción social y ampliar el acceso a recursos educativos en entornos con recursos limitados (Han *et al.*, 2019). No obstante, la incorporación acrítica de la tecnología y de la inteligencia artificial plantea desafíos éticos relevantes: los algoritmos de inteligencia artificial pueden reproducir sesgos, y la prioridad del aprendizaje digital no debe desplazar el desarrollo de las capacidades humanísticas, que ninguna máquina puede reemplazar.

Un análisis comparativo de currículos en nueve universidades de cuatro continentes, realizado por Zawislak *et al.* (2023), revela que, pese a la diversidad de contextos, existe una convergencia en las reformas: integración de las ciencias básicas y clínicas, contacto temprano con pacientes, énfasis en habilidades comunicativas y trabajo en equipo, incorporación de *e-learning* y entrenamiento en investigación. Sin embargo, los grados de implementación varían considerablemente: mientras la Charité de Berlín y la Universidad de Sidney representan modelos de vanguardia, universidades de Asia, África y América Latina muestran avances más graduales, condicionados por sus sistemas de salud y recursos institucionales.

En el contexto chino, Chen *et al.* (2024) describieron el desarrollo e implementación del sistema de clasificación CSA (*Crucial, Supporting and Associated*) en la Universidad de Taizhou, en línea con los principios de la educación basada en resultados (OBE). Este sistema organiza los 76 cursos del plan de estudios en tres categorías según su grado de relevancia directa o indirecta respecto de los resultados de egreso, facilitando tanto la planificación docente como la orientación del estudio autónomo. Los datos empíricos reportados muestran que la implementación del sistema CSA se correlacionó con un aumento significativo en las tasas de aprobación del examen nacional de competencias clínicas (SCTCMU), con una diferencia superior a 20 puntos porcentuales respecto al promedio nacional en 2023. Este caso ilustra cómo el diseño curricular basado en evidencia puede traducirse en mejoras tangibles en el desempeño estudiantil.

El panorama descrito pone de relieve una tensión central en la educación contemporánea de las carreras en ciencias de la salud: la necesidad de adaptarse al cambio sin perder los fundamentos que han hecho de la medicina y ramas de la salud, disciplinas rigurosas y confiables. Buja (2019) utiliza la metáfora de la innovación disruptiva para advertir de que los cambios simultáneos y multifacéticos introducidos en el currículo médico pueden tener consecuencias no deseadas a largo plazo si no se evalúan con rigor. La preocupación central es que la dilución de las cien-

cias biomédicas básicas, combinada con la proliferación de evaluaciones subjetivas y la sobredependencia de un único examen estandarizado, como el USMLE Step 1, puede producir egresados con competencias blandas desarrolladas, pero con una base científica insuficiente para enfrentar los casos complejos que definen la excelencia médica.

Autores como Han *et al.* (2019) ofrecen una perspectiva complementaria: no se trata de elegir entre ciencia y humanismo, sino de integrarlas de manera coherente. La metáfora del corazón que proponen, en la que la escuela de medicina funciona como una bomba que impulsa a los futuros médicos hacia la sociedad, equipados con un enfoque humanístico, experiencia clínica temprana, sensibilidad comunitaria y competencia tecnológica, captura la complejidad del ideal formativo contemporáneo. La clave está en que esas cuatro dimensiones no compitan entre sí, sino que se articulen de manera sinérgica en el diseño curricular.

Así, el currículo actual, tanto de medicina como del resto de las ciencias de la salud, se encuentra en una encrucijada productiva. Las reformas en curso representan una oportunidad histórica para formar médicos más completos, más empáticos y mejor preparados para los desafíos sanitarios del siglo XXI. Pero esa oportunidad sólo se materializará si las decisiones curriculares se sustentan en evidencia sólida, se evalúan con rigor y se articulan con una visión clara de qué tipo de médico necesita la sociedad: no sólo un profesional competente en sistemas de salud, sino también un científico capaz de razonar ante la incertidumbre, un humanista capaz de acompañar el sufrimiento y un ciudadano comprometido con la equidad en salud.

Por lo tanto, un currículo más innovador e inclusivo debe fundamentarse en principios de equidad, pertinencia y desarrollo humano integral. Desde esta perspectiva, se propone:

- *Claridad en los objetivos y en la evaluación.* Los estudiantes deben conocer los criterios de aprendizaje para asumir un rol activo en su formación (Nolla Domenjó, 2019).
- *Inclusión y equidad.* Diseñar programas flexibles que atiendan la diversidad social, cultural y económica de los estudiantes (Parra Acosta, 2023).

- *Integración del pensamiento crítico.* Promover una formación que permita cuestionar las estructuras sociales y profesionales.
- *Transparencia y ética.* Establecer lineamientos claros sobre el comportamiento profesional, incluyendo el uso de tecnologías como la inteligencia artificial (Hernández-Burrola & Parra-Acosta, 2026).

Con este enfoque se busca reducir la brecha entre el currículo formal y el oculto, favoreciendo una formación coherente y ética.

Estrategias institucionales

Las instituciones educativas desempeñan un papel clave en la transformación curricular. La literatura reciente refleja aspectos relevantes para transformar el currículo oculto en ciencias de la salud, organizados en tres frentes: transformación institucional y cultural, intervenciones curriculares y clínicas, y apoyos focalizados en docentes y estudiantes (Ullah, 2025). Se ha observado que el currículo oculto influye de manera decisiva sobre la identidad profesional, el razonamiento ético, el profesionalismo y el trato al paciente, transmite valores, normas y conductas implícitas mediante la cultura institucional, las jerarquías y el modelaje clínico cotidiano (Parra-Larotta *et al.*, 2024).

Para mejorar los aspectos éticos y gestionar las implicaciones del currículo oculto en la formación de profesionales de la salud, se ha sugerido un enfoque integral que alinee los valores institucionales con la práctica diaria, ya sea en el aula o en la clínica (figura V.1). Así, algunas de las estrategias incluyen:

Cultura institucional y liderazgo compartido. Las revisiones recomiendan alinear las políticas, la cultura y el currículo para evitar que las prácticas organizacionales legitimen conductas antiéticas (Ullah, 2025). Se sugieren políticas de inclusión y equidad que garanticen la igualdad de oportunidades. También es imprescindible contar con un diseño curricular flexible y contextualizado, basado en la pertinencia, la innovación y la transdisciplinariedad (Parra Acosta, 2023).

Fortalecer un currículo centrado en el desarrollo humano integral de los estudiantes y de los futuros profesionales de la salud, promoviendo el bienestar, la salud mental, las competencias socioemocionales y una atención centrada en las personas. Como lo propone el doctor Ramón Esperón. Este cambio también requiere diversificar los escenarios de aprendizaje, ampliando la formación en la comunidad, la atención primaria de la salud, el domicilio, la telemedicina y otros entornos de práctica, en articulación con los escenarios clínicos tradicionales (Parra, Hernández y Mendiola, 2021).

Evaluación del ambiente educativo. Ambientes educativos saludables, que favorezcan el bienestar emocional y el aprendizaje significativo (Parra Acosta *et al.*, 2024); además, se recomienda una evaluación o monitoreo continuo del ambiente de aprendizaje ("*learning environment*") para detectar influencias ocultas positivas y negativas (Parra-Larotta, 2024) mediante procesos de mejora permanente.

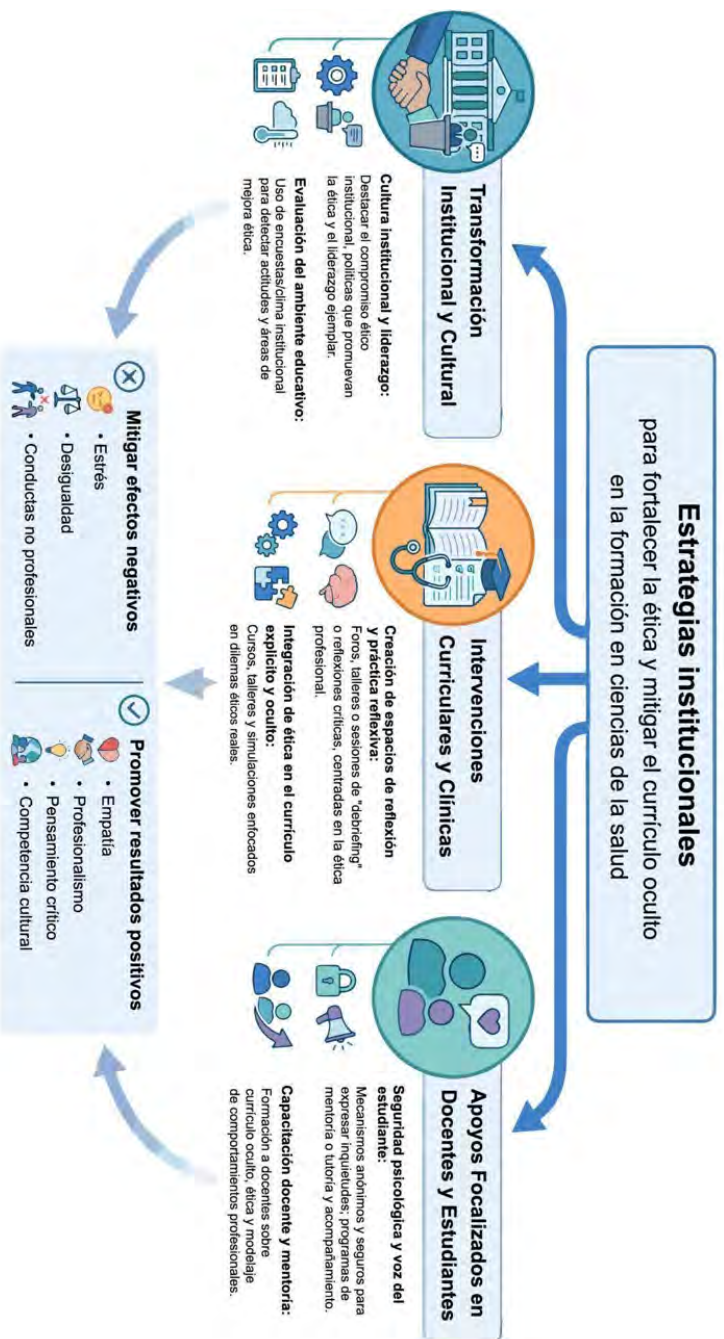
Seguridad psicológica y voz del estudiante. Se han propuesto sistemas formales para dar voz a los estudiantes, así como la supervisión, las normas y los recursos de apoyo. En la educación en ciencias de la salud es inevitable la presencia del currículo oculto, ya que desenmascara diferentes facetas profesionales, científicas, institucionales y personales que en muchas ocasiones no pueden apreciarse en el currículo formal (Centeno, 2021). El uso de metodologías activas, como el aula invertida, los espacios colaborativos y diversas técnicas de aprendizaje activo, suele mejorar los conocimientos, las habilidades, las actitudes y las competencias del estudiantado, así como fomentar la interacción, la creatividad y el pensamiento crítico. Sin embargo, algunos docentes, aunque cambien el aula física, no modifican realmente su método de enseñanza.

De igual manera, resulta indispensable promover una mayor integración entre el pregrado y el posgrado, sustentar la formación en la mejor evidencia científica mediante enfoques ínter y transdisciplinarios, e incorporar estratégicamente las tecnologías digitales y la inteligencia artificial para fortalecer los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación.

Finalmente, la transformación curricular debe orientarse hacia modelos más eficientes que optimicen los recursos y los procesos educativos sin menoscabar la calidad de la formación, y favorezcan el desarrollo de profesionales competentes, éticos, críticos y socialmente responsables (Parra, Hernández y Mendiola, 2021).

La institucionalización del proceso formativo exige coherencia explícita entre las dinámicas del aula y la práctica profesional esperada. La organización temporal —ritmo, secuencia y repetición— no constituye únicamente un marco administrativo, sino que también funciona como un potente currículo oculto. Así, su estructura modela la disposición de los estudiantes hacia el aprendizaje, así como su motivación y su seguridad emocional. Cuando esta organización se vuelve excesivamente rígida o descontextualizada, puede transmitir mensajes implícitos de obediencia burocrática en lugar de fomentar la autonomía intelectual. Por lo tanto, integrar el acontecer del aula como práctica institucionalizada trasciende la mera gestión logística; además, esto implica configurar un entorno estable que facilite actividades inclusivas y reflexivas, donde el apoyo docente y la continuidad organizacional operen como andamiaje necesario para una formación coherente con los valores éticos y el pensamiento crítico que la sociedad demanda.

Figura V.1- Estrategias institucionales para fortalecer la ética y mitigar el currículo oculto en la formación en ciencias de la salud



Fuente: elaboración propia.

Transformar el currículo oculto no es un complemento opcional de la enseñanza formal de la ética, sino una condición estructural para que los procesos formativos respondan a las necesidades de la sociedad y promuevan el cuidado de los estudiantes y las personas. Así, cuando el entorno clínico tolera jerarquías abusivas, sesgos, cinismo o conductas no profesionales, esos mensajes implícitos anulan lo enseñado formalmente y normalizan prácticas contrarias al profesionalismo. Por ello, las estrategias más prometedoras no actúan únicamente sobre los conocimientos, sino también sobre la cultura, las relaciones, la supervisión, la evaluación y la seguridad psicológica. El mejor estado de la evidencia respalda un enfoque institucional multinivel: liderazgo y políticas alineadas, reforma curricular, desarrollo docente, espacios estructurados de reflexión y monitoreo continuo del ambiente educativo (Ullah, 2025; Larrotta, 2024).

En suma, las estrategias institucionales han demostrado ser las más plausibles para transformar el currículo oculto porque intervienen en el lugar donde realmente se aprenden —y se legitiman— los comportamientos éticos y no éticos en la formación de estudiantes de ciencias de la salud.

5. Transformaciones y renovación en la práctica docente

Desde una perspectiva hermenéutica de la teoría educativa, es fundamental reconocer que los procesos educativos son construcciones interpretativas situadas, en las que docentes y estudiantes van otorgando significados a partir de sus contextos socioculturales (Gadamer, 2004) y de las interacciones. Esta corriente ha favorecido la transformación de un método tradicional, positivista y funcionalista, imperante, hacia objetivos relacionados con el desarrollo personal en todas sus dimensiones (Ruiz, 2012). Esto ha permitido orientar la formación de las y los estudiantes hacia un sentido más crítico y ético, así como hacia una mayor responsabilidad social y un trabajo colaborativo.

Existen diferentes escenarios culturales y contextos sociales en los que las instituciones educativas y los estudiantes están expuestos a los excesos de *marketing*, al consumo rápido y desechable, a los avances

tecnológicos que se suceden a gran velocidad, y todo ello los va dirigiendo hacia una “cultura depredadora”. Ante ello, si las instituciones no buscan las estrategias para aprovechar este acelerado avance cultural y tecnológico, se van quedando atrás, inmersas en una crisis de significado, sin rumbo y sin las competencias necesarias que se requieren para enfrentar esta revolución digital, sin perder la capacidad de soñar, de pensar y de hacer pensar de forma crítica a sus estudiantes, la cual McLaren denomina “*praxis* utópica sociocrítica” en los tiempos de vida posmoderna (Vilera, 2002).

De acuerdo con ello, la renovación de la práctica docente no puede comprenderse sin atender la construcción identitaria de quienes enseñan. En contextos de renovación curricular profunda, los docentes se ven obligados a replantear no sólo sus métodos pedagógicos, sino también su propia concepción de lo que significa ser educador. Volschenk y Hansen (2025) demostraron que las competencias de los docentes para implementar pedagogías críticas en programas de medicina se ven condicionadas de manera significativa por las identidades profesionales construidas dentro de los límites de un currículo biomédico tradicional y, además, son importantes para el resto de los programas de salud. Cuando la renovación curricular introduce perspectivas que difieren de ese marco de referencia, los docentes experimentan una disonancia entre su identidad primaria como clínicos o científicos y el nuevo rol que se les demanda como docentes reflexivos y agentes de cambio social.

Esta tensión identitaria no es trivial: constituye una de las principales explicaciones de la resistencia que algunos docentes manifiestan ante los procesos de innovación curricular.

Esta resistencia no debe interpretarse como una deficiencia en el compromiso pedagógico ni como un rechazo deliberado a la innovación, sino que constituye una respuesta defensiva ante la desestabilización de creencias, valores y esquemas de actuación profundamente arraigados en la trayectoria profesional. Las reformas curriculares, al cuestionar jerarquías y prácticas previamente legitimadas, fracturan la identidad

profesional docente e inducen una marcada incertidumbre respecto al desempeño y a la excelencia profesional. Cuando las instituciones omiten mecanismos de acompañamiento —tales como espacios para el diálogo y reflexión crítica y la formación pedagógica continua—, el profesorado suele refugiarse en paradigmas tradicionales; esta actitud no sólo perpetúa el currículo oculto, sino que restringe la adopción efectiva de nuevas metodologías (Ullah *et al.*, 2025; Lifshitz, 2000).

Por lo tanto, resulta imperativo abordar esta resistencia a través del lente de la tensión identitaria, desplazando el análisis del plano individual hacia la implementación de estrategias institucionales sistémicas que faciliten, de forma integral, la reconstrucción de la identidad docente en alineación con las transformaciones curriculares.

La identidad ejerce una influencia determinante en las decisiones pedagógicas de los docentes, incluidas sus elecciones sobre qué contenidos enseñar, cómo estructurar la interacción con los estudiantes y en qué medida se comprometen con los procesos de cambio institucional (Volschenk & Hansen, 2025). Desde la teoría de los paisajes de práctica, los docentes navegan simultáneamente por múltiples comunidades de práctica —la clínica, la investigación y la docencia—, y el desarrollo de lo que Wenger-Trayner (2015) denominan “*knowledgeability*” o habilidades cognitivas, donde la habilidad de funcionar con competencia y sentido de identidad a través de esas fronteras resulta indispensable para sostener transformaciones educativas genuinas y duraderas (Hosseini *et al.*, 2023).

Por lo tanto, la renovación de la práctica docente encuentra también sustento en la definición de aprendizaje transformador (*transformative learning*, TL), proceso de cambio profundo y fundamental en la manera en que los estudiantes comprenden el mundo y su lugar en él. Vipler *et al.* (2021) identificaron que este tipo de aprendizaje ocurre con frecuencia en la formación médica de posgrado, aunque a menudo no es reconocido formalmente por los docentes. Sus cuatro elementos constitutivos —el dilema desorientador, la reflexión crítica, el discurso y la acción— se manifiestan en situaciones clínicas difíciles, en la confrontación con el

sufrimiento humano, en la exposición a contextos de inequidad y en los espacios de mentoría y de discusión entre pares.

La estrecha relación entre el aprendizaje transformador y la formación de la identidad profesional es especialmente relevante en la educación en ciencias de la salud. Cuando el docente promueve intencionalmente espacios para la reflexión crítica —a través de grupos Balint, sesiones de retroalimentación estructurada, *journaling* o discusiones en grupos pequeños—, no sólo facilita la adquisición de conocimientos, sino que también acompaña a los estudiantes en la resignificación de su propia identidad como futuros profesionales de la salud (Vipler *et al.*, 2021). El docente que reconoce y hace explícita la teoría detrás de estos procesos tiene mayor capacidad para conducir al estudiante desde la reflexión ordinaria hacia la reflexión crítica genuina y, desde allí, hacia la transformación de su práctica.

Aunado a lo anterior, varios estudios de educación médica subrayan de manera consistente que la transformación docente no puede reducirse a la voluntad o a la capacidad individuales: los compromisos institucionales, discursivos y sociopolíticos que rodean la práctica determinan en gran medida lo que es posible hacer y lo que permanece invisible o sin reconocimiento. Hu *et al.* (2023), al explorar las trayectorias de docentes en un estudio a lo largo de una década tras completar un programa de formación docente internacional, encontraron que la ausencia de discursos profesionalizadores, de recursos materiales suficientes y de estructuras institucionales de reconocimiento condujo al estancamiento de las prácticas innovadoras aprendidas durante el programa. Los participantes reportaron sentirse “restringidos”, “desmotivados” y sin visibilidad institucional, lo que evidencia que el cambio en la práctica educativa se debilita cuando el contexto carece de los arreglos discursivos, materiales y sociopolíticos que lo sostengan.

Esta perspectiva, articulada a través de la teoría de las arquitecturas de práctica, permite identificar los rasgos contextuales que facilitan u obstaculizan la transformación docente: los “decires” culturales-discursivos (discursos y valores profesionales), los “haceres” materiales-econó-

micos (recursos institucionales y actividades) y los “relacionamientos” sociopolíticos (jerarquías, relaciones y roles institucionales). Conocer estas arquitecturas es indispensable para diseñar e implementar programas de desarrollo docente sostenibles y con impacto real a largo plazo (Hu *et al.*, 2023). En este sentido, los programas de formación docente importados de contextos de altos ingresos o de culturas institucionales muy distintas pueden fracasar no por deficiencias en su contenido, sino por no considerar las arquitecturas de práctica locales.

El docente como facilitador y la renovación de sus competencias

El docente debe asumir un rol de facilitador del aprendizaje y de modelo ético. La enseñanza en salud requiere:

- Fomentar la reflexión crítica como parte del aprendizaje profesional.
- Promover relaciones basadas en el respeto y la ética.
- Reconocer que el ejemplo docente influye más que el contenido explícito (Lifshitz, 2000).

Además, es fundamental erradicar prácticas autoritarias y promover ambientes colaborativos en los que el estudiante sea protagonista de su aprendizaje.

Para que este cambio de rol sea efectivo, se requiere que los programas de desarrollo docente respondan a las necesidades institucionales reales y no sólo a marcos teóricos generales. Pereza *et al.* (2025), en su experiencia con el programa “Modern and Practical Medical Education” (MPME) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Rijeka, Croacia, demostraron que un programa de formación docente comprensivo y sostenible debe construirse a partir de un análisis de 360 grados de las necesidades actuales de la institución, integrando las perspectivas de estudiantes, docentes y directivos. Este enfoque permitió identificar debilidades específicas en competencias como la planificación de la enseñanza, la retroalimentación estructurada, el uso de métodos activos de aprendizaje y la enseñanza en entornos clínicos, y diseñar intervenciones precisas para abordarlas.

Los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en las 30 competencias docentes evaluadas antes y después del programa ($p < 0.001$), así como transformaciones concretas y medibles en los cursos y departamentos participantes.

Una aportación relevante de esta experiencia es que no existe un programa de formación docente universal que beneficie por igual a todas las instituciones: “una talla no les queda a todos”, y su diseño requiere una adaptación cuidadosa y situada (Pereza *et al.*, 2025). Esto conecta directamente con la necesidad hermenéutica de comprender la práctica docente como un fenómeno profundamente contextualizado, en el que las soluciones no pueden trasladarse simplemente de un sistema educativo a otro sin una recontextualización crítica.

Asimismo, se debe tener en cuenta que, en el contexto actual, la transformación de la práctica docente no puede ignorar el impacto de la revolución digital. Minter *et al.* (2020) señalaron que la pandemia de covid-19 aceleró una transición que ya se vislumbraba desde hace más de una década: el desplazamiento progresivo del espacio educativo de lo físico a lo digital. Esto no representa una sustitución de las bases pedagógicas del buen docente, sino su evolución: las habilidades interpersonales, la capacidad de generar comunidad, la promoción del pensamiento crítico y la retroalimentación efectiva son igualmente necesarias —y quizás más exigentes— en los entornos virtuales.

Minter *et al.* (2020) proponen que el docente clínico habite tres roles que deben adaptarse al espacio digital: el de curador quien selecciona y recomienda recursos relevantes para el aprendizaje, como *podcasts* de calidad pedagógica comprobada; el de creador quien diseña y comparte contenido educativo a través de plataformas como redes sociales; y el de moderador —quien facilita conferencias y discusiones virtuales con las mismas destrezas que caracterizan a un buen facilitador presencial—. Estos roles no reemplazan al docente reflexivo y comprometido, sino que amplían su alcance y multiplican las oportunidades de impacto en los estudiantes.

El docente que integra esta evolución digital a su quehacer, con una base pedagógica sólida, puede convertirse en un agente de cambio más

efectivo, con habilidades para articular la *praxis* utópica sociocrítica que McLaren propone con las herramientas que la cultura contemporánea pone a disposición. La clave no está en la tecnología en sí misma, sino en la intencionalidad pedagógica con la que se utiliza.

Por lo tanto, la transformación de la práctica docente en la educación en ciencias de la salud es, en última instancia, un proceso que articula identidad, contexto, aprendizaje y acción. Requiere docentes que reflexionen críticamente sobre quiénes son y quiénes están siendo en el acto de enseñar; instituciones que construyan arquitecturas de práctica que sostengan y visibilicen el trabajo educativo; programas de formación docente diseñados a partir de las necesidades reales de cada contexto; y una disposición colectiva para aprovechar, sin ingenuidad ni temor, las transformaciones culturales y tecnológicas del presente. Sólo desde este horizonte integrador se puede aspirar a una educación en salud verdaderamente transformadora, capaz de formar profesionales de la salud que sean, al mismo tiempo, clínicamente competentes y críticamente conscientes de los contextos en los que ejercen.

Conclusiones

El currículo oculto constituye una dimensión estructural, y no un fenómeno marginal, de la formación en ciencias de la salud. A lo largo de este capítulo se ha evidenciado que la identidad de los profesionales de la salud no se construye únicamente a partir de lo que el currículo formal declara, sino, de manera decisiva, a partir de lo que se observa, se tolera, se silencia y se reproduce en la vida institucional: las jerarquías normalizadas, los modelos de rol negativos, la violencia simbólica y horizontal, los estereotipos de género y de especialidad, la cultura de la rapidez y la escasa transparencia institucional. Estas manifestaciones, presentes en hospitales, salas clínicas, rotaciones, internados y residencias, transmiten lecciones implícitas que con frecuencia resultan más influyentes que la enseñanza explícita de la ética y el profesionalismo.

La brecha entre los principios humanistas que las instituciones proclaman —empatía, integridad, equidad, respeto, defensa del paciente—, y las

prácticas cotidianas que los estudiantes experimentan genera disonancia moral, cinismo, despersonalización, angustia y pérdida de empatía, comprometiendo tanto el bienestar estudiantil como la calidad ética del cuidado. De ahí que el estudio del currículo oculto no sea una opción académica, sino una obligación ética de las instituciones formadoras: nombrarlo, analizarlo y gestionarlo son condiciones indispensables para que la formación humanista deje de ser una declaración y se convierta en una experiencia vivida y verificable.

La transformación propuesta apunta a un rediseño curricular transparente, inclusivo, flexible, innovador, humanista y transdisciplinario, sostenido por una práctica docente renovada en la que el profesor se asuma como mediador del aprendizaje y modelo ético, y se acompañe de espacios deliberados de reflexión crítica, mentoría, medicina narrativa, formación ética situada y evaluación continua de los ambientes educativos. En esta perspectiva, el currículo oculto no debe negarse —su presencia en la educación en salud es inevitable—, sino reorientarse: transitar de una fuerza invisible que reproduce desigualdades y prácticas autoritarias hacia un currículo vivido que promueva la justicia, la colaboración, la responsabilidad social y el desarrollo humano integral.

Quedan abiertas, no obstante, interrogantes que delinean la agenda futura: cómo evaluar sistemáticamente el currículo oculto y traducir su identificación en políticas institucionales sostenibles, cómo lograr que los valores declarados sean verificables en la práctica cotidiana, y cómo incorporar las tecnologías emergentes, incluida la inteligencia artificial, sin reproducir sesgos, inequidades o nuevas formas de deshumanización. Responder a estas preguntas permitirá que la formación en ciencias de la salud alcance su propósito más profundo: formar profesionales técnicamente competentes, éticamente consistentes, emocionalmente reflexivos y socialmente responsables, capaces de actuar con humanidad ante la incertidumbre y la complejidad de los sistemas de salud.

Referencias bibliográficas

- Behmanesh, D., Jalilian, S., Babaei Heydarabadi, A., Ahmadi, M., & Khajeali, N. (2025). The impact of hidden curriculum factors on professional adaptability. *BMC Medical Education*, 25, 186. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06618-1>
- Brown, M. E. L., Coker, O., Heybourne, A., & Finn, G. M. (2020). Exploring the hidden curriculum's impact on medical students: Professionalism, identity formation and the need for transparency. *Medical Science Educator*, 30, 1107-1121. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01021-z>
- Buja, L. M. (2019). Medical education today: All that glitters is not gold. *BMC Medical Education*, 19, 110. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1535-9>
- Centeno, A., & De la Paz Grebe, M. (2021). El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las ciencias de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 10(38), 89-95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>
- Chen, G., Wang, H., Zhou, L., Yang, J., Xu, L., & Liang, Y. (2024). Development and applications of graduate outcome-based curriculum for basic medical education. *Frontiers in Medicine*, 11, 1400811. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1400811>
- Han, E. R., Yeo, S., Kim, M. J., Lee, Y. H., Park, K. H., & Roh, H. (2019). Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: An integrative review. *BMC Medical Education*, 19, 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1891-5>
- Hernández-Burrola, F. R., & Parra-Acosta, H. (2026). Validación del contenido y de la confiabilidad del instrumento: Ética e inteligencia artificial en estudiantes de salud. *Revista Panamericana de Pedagogía*.
- Hosseini, A., Ghasemi, E., Nasrabadi, A. N., & Sayadi, L. (2023). Strategies to improve hidden curriculum in nursing and medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, 23(1), 658. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04652-z>
- Hu, W. C., Nguyen, V. A. T., Nguyen, N. T., & Stalmeijer, R. E. (2023). Becoming agents of change: Contextual influences on medical educator professionalization and practice in a LMIC context. *Teaching and Learning in Medicine*, 35(3), 323-334. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2056743>

- Hunter, K., & Cook, C. (2018). Role-modelling and the hidden curriculum: New graduate nurses' professional socialisation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3157-3170.
- Lifshitz, A. (2000). Ética en la docencia médica. *Gaceta Médica de México*, 136(4), 399-401.
- Minter, D. J., Geha, R., Manesh, R., & Dhaliwal, G. (2020). The future comes early for medical educators. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1400-1403. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06128-y>
- Nolla Domenjó, M. (2019). Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educación Médica*, 20(2), 100-104.
- Parra Acosta, H. (2023). *Ruta metodológica para el diseño y rediseño curricular flexible*. Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Parra Acosta, H., López Loya, J., Tobón Tobón, S. D. J., Orozco Fernández, A. F., Mata de los Ríos, N., Tsuyi Loya, A. H., Duque Alarcón, X., Mendoza Anaya, L., & Ornelas Gracián, A. (2024). *Generación de un nuevo modelo para el desarrollo humano integral*. Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Parra Acosta, H., Esperón Hernández, R., y Sánchez Mendiola, M. (2021). Propuestas curriculares para enfrentar los desafíos actuales y futuros de la educación médica derivados de la covid-19. En: Crócker Sagástume R. C. y Esperón Hernández R. I. (Coords.), *Educación médica en un mundo en crisis* (pp. 149-170). AMFEM.
- Parra Larrotta, S., Hernández Rincón, E. H., Niño Correa, D., Jaimes Peñuela, C. L., & Romero Tapia, A. E. (2025). Effects of the Hidden Curriculum in Medical Education: Scoping Review. *JMIR Medical Education*, 11, e68481. <https://doi.org/10.2196/68481>
- Patiño, A. E. (2020). El currículum oculto en la educación universitaria. *Acción y Reflexión Educativa*, 45, 60-85.
- Pereza, N., Hauser, G., Dević Pavlić, S., Marić, I., Sotošek, V., Grgasović, T., & Mršić-Pelčić, J. (2025). How to create a faculty development program that transforms medical education according to actual institutional needs: Evidence-based approach and experience at the University of Rijeka, Faculty of Medicine, Croatia. *Frontiers in Medicine*, 12, 1513119. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1513119>

- Rodríguez Torres, A., Patiño, D. C., Montes, A. L., & Estrada, H. A. (2023). Especialidad médica en México: ‘Aquí se forja el carácter’. *Acta Scientiarum. Education*.
- Rojas A. (2012). Currículo oculto en medicina. *Rev Med Chile*, 140, 1213-1217.
- Ruiz, P., Moro, V. G., & Alfonso, M. F. (2012). Una formación en ciencias de la salud basada en la lógica social de las competencias: ¿Profesionales comprometidos o técnicos? *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 10(1), 95.
- Silveira, G. L., Campos, L. K. S., Schweller, M., Turato, E. R., Helmich, E., & de Carvalho-Filho, M. A. (2019). “Speed up”! The influences of the hidden curriculum on the professional identity development of medical students. *Health Professions Education*, 5(3), 198-209. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.07.003>
- Torralba, K. D., José, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical Rheumatology*, 39(3), 667-671.
- Ullah, H., Huma, S., Tahir, N., Yasin, G., Ashraf, M., Shabana, H., Gabr, B., Yunus, M., & Khan, J. S. (2025). Effects of Hidden Curriculum on Medical Education and Strategies to Reshape Hidden Curriculum as a Curriculum Promotor: A Systematic Review. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 2087-2098. <https://doi.org/10.2147/amep.s561248>
- Vilera, G. (2002). Pedagogía y praxis sociocrítica: Una aproximación a las visiones de McLaren. *Revista de Pedagogía*, 23(68), 479-500.
- Vipler, B., Knehans, A., Rausa, D., Haidet, P., & McCall-Hosenfeld, J. (2021). Transformative learning in graduate medical education: A scoping review. *Journal of Graduate Medical Education*, 13(6), 801-813. <https://doi.org/10.4300/jgme-D-21-00065.1>
- Volschenk, M., & Hansen, A. (2025). Medical teachers’ identity learning during major curriculum renewal: A landscapes-of-practice perspective. *Medical Teacher*, 47(2), 338-344. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2337245>
- Wenger-Trayner, E., & Wenger-Trayner, B. (2015). *Learning in landscapes of practice: Boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315777122>
- Zawiślak, D., Kupis, R., Perera, I., & Cebula, G. (2023). A comparison of curricula at medical schools worldwide. *Folia Medica Cracoviensia*, LXIII(1), 121-134. <https://doi.org/10.24425/fmc.2023.145435>

Capítulo VI.

Lo que se vive, pero no se nombra: estudio de caso del currículo oculto en un posgrado de ciencias de la salud

Beatriz Verónica Panduro Espinoza¹

Eduardo Gómez Sánchez²

David Elicerio Conchas³

Juan Francisco Flores Bravo³

Juan Ramón Gómez Sandoval⁴

Cristina Viridiana Cuevas Ramírez⁵

María de los Dolores Valadez Sierra³

- 1 Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 2 Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 3 Departamento de Psicología Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
- 4 Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo comprender la percepción y los significados de los estudiantes y docentes sobre las manifestaciones observables del currículo oculto, tomando como referente la Maestría en Psicología Educativa del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, por considerarse un nivel formativo escasamente explorado frente al pregrado y la residencia médica. Se empleó un estudio de caso cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a seis estudiantes y siete

- 5 Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud, Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

docentes, analizadas mediante codificación abierta, axial y selectiva, así como con el método comparativo constante. Los resultados muestran que el currículo oculto opera como un mecanismo de socialización profesional articulado en nueve categorías, entre ellas el *modelamiento ético docente*, las *relaciones de poder*, la *centralidad de la tesis como organizador implícito de la experiencia formativa* y la *construcción de la identidad profesional*. El profesorado lo describe principalmente como transmisión de valores y autonomía, mientras el estudiantado revela también tensiones, incertidumbre y contradicciones entre el discurso institucional y la práctica cotidiana. Se concluye que visibilizar esta enseñanza implícita permite orientarla hacia una formación más ética, reflexiva y coherente.

Abstract

The objective of this study was to understand students' and faculty members' perceptions and interpretations of the observable manifestations of the hidden curriculum, using the Master's Program in Educational Psychology at the University Center for Health Sciences of the University of Guadalajara as a case study, as this level of education has been scarcely explored compared to undergraduate programs and clinical residencies. A qualitative case study was conducted, involving semi-structured interviews with six students and seven faculty members, which were analyzed using open, axial, and selective coding, as well as the constant comparative method. The results show that the hidden curriculum operates as a mechanism of professional socialization articulated across nine categories, including faculty ethical modeling, power relations, the centrality of the thesis as an implicit organizer of the educational experience, and the construction of professional identity. Faculty members describe it primarily as the transmission of values and autonomy, while students also reveal tensions, uncertainty, and contradictions between institutional discourse and everyday practice. The study concludes that making this implicit teaching visible allows it to be directed toward a more ethical, reflective, and coherent education.

Introducción

En el primer capítulo de esta obra se construyó un andamiaje conceptual robusto que permitió examinar los fundamentos epistemológicos del currículo, los modelos educativos que sustentan su comprensión en

el campo de la salud, los mecanismos de poder que determinan qué se enseña y qué permanece implícito; así como algunos actores como De Alba (1991), Giroux (1983) y Bourdieu (1991), que permiten leer la lucha por la legitimidad cultural y la incorporación de un *habitus disciplinar*, tanto en el profesorado como en el estudiantado. Realizar ese recorrido es indispensable para proveer el marco interpretativo que permita visibilizar la presencia del currículo oculto en el desarrollo de los programas educativos, así como comprender su complejidad y trascendencia.

1. El currículo oculto en el posgrado

En el campo del estudio del currículo existe una pluralidad de modelos teóricos y autores, mismos que han enriquecido la discusión desde distintas tradiciones disciplinares. Sin embargo, para los propósitos de este capítulo nos centraremos en los autores previamente referidos (Bourdieu, 1991; De Alba, 1991; Giroux, 1983) así como en Apple (1985) y Torres Santomé (1991), ya que sus planteamientos resultan particularmente pertinentes para analizar lo que se vive pero no se nombra en un programa educativo de posgrado en ciencias de la salud. De Alba (1991) ofrece las herramientas para comprender el currículo como una síntesis de elementos culturales en disputa; Giroux (1983) permite leer las relaciones de poder que atraviesan la experiencia escolar y las posibilidades de resistencia de los sujetos; Bourdieu (1991) aporta las categorías de *habitus* y capital cultural necesarias para explicar cómo se incorporan, de manera no deliberada, las disposiciones disciplinares propias de la formación. Juntos, estos tres autores constituyen el lente teórico que orienta la lectura del caso que se presenta más adelante. Apple (1979), por su parte, aporta una visión estructural del currículo oculto al vincularlo con la reproducción de las relaciones sociales de producción y con la distribución desigual del conocimiento legítimo, evidenciando cómo la escuela, además de transmitir contenidos disciplinares, naturaliza jerarquías y formas de control que forman parte de su actuar diario. La aportación de Torres Santomé (1991) se destaca por definir al currículo oculto como un campo de conocimientos, destrezas, actitudes y valores que se adquieren a través

de la participación cotidiana en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sin que éstos lleguen a explicitarse como metas educativas intencionales.

En las instituciones de educación superior (IES) existe una dimensión que los análisis estructurales, por su propia naturaleza, no logran identificar con suficiente profundidad: la experiencia vivida de quienes habitan esas estructuras. Es precisamente en este plano en donde opera el currículo oculto, sobre las personas que lo sienten y perciben, y cuyos principales agentes implicados son la institución, el estudiantado y el cuerpo docente.

Las expresiones del currículo formal (abordadas en el primer capítulo) difieren de las del currículo oculto, ya que este último opera a través de la estructura de significados y símbolos construidos y sostenidos en las interacciones dentro de los espacios áulicos, así como en los espacios formativos fuera de la institución, y se transmite de manera difusa, frecuentemente sin plena conciencia de quienes lo reproducen (Giroux y Penna, 1990). Así que, para identificar el currículo oculto en un posgrado de las ciencias de la salud es necesario observar la vida cotidiana de estos espacios áulicos y reconocer tres dimensiones organizativas reveladoras: la experiencia de “vivir en multitud”, la lógica de la alabanza y la desaprobación que articula el sistema evaluativo, y la asimetría de poder entre quien evalúa y quien es evaluado (Jackson, 1968, como se citó en Torres Santomé, 1991). Otros aspectos retomados de Giroux y Penna (1990) tienen que ver con identificar las prácticas reales de organización de la enseñanza como el reagrupamiento del estudiantado, los sistemas de calificación o la estructura jerárquica de la autoridad.

En la misma línea, Bourdieu (1991) propone observar en el discurso criterios no escritos y que los actores del currículo reconocen, como por ejemplo qué es ser competente o profesional, qué prácticas son valoradas o desaprobadas, sin mediar justificación técnica explícita.

¿Quiénes son los actores involucrados?

En la dinámica del currículo oculto participan, en distintos planos, el estudiantado, de manera activa y dinámica; el profesorado, que actúa

como agente de autoridad pedagógica delegada, con frecuencia sin plena conciencia de estar transmitiendo normas implícitas (Bourdieu y Passerón, 1977); y la institución misma, cuya organización del tiempo, el espacio y la evaluación operan con relativa independencia de la voluntad de los sujetos individuales. La institución también se ve influenciada por poseer estructuras económicas, políticas y profesionales más amplias con las que la microexperiencia cotidiana de los espacios áulicos y clínicos se encuentra articulada (De Alba, 1991; Giroux y Penna, 1990).

Bajo este panorama, los estudiantes de posgrado se caracterizan por poseer una experiencia previa y marcos conceptuales propios, los cuales, desde el campo de las ciencias de la salud, se distinguen por una cultura institucional específica, jerarquías, lógicas asistenciales y rituales de iniciación que configuran formas del currículo oculto con rasgos distintos de los de otras áreas.

Y en este punto es pertinente el concepto de *habitus* de Bourdieu (1991), que aporta las herramientas teóricas para identificar el conjunto de disposiciones duraderas e incorporadas, que no se limitan sólo a las cognitivas, dado que también pueden tener lugar las corporales y las afectivas, adquiridas mediante un proceso de socialización prolongado y que orienta, de manera inconsciente, la percepción, valoración y la acción en el mundo. En el posgrado en área de las ciencias de la salud, ese *habitus* académico-clínico incorpora no únicamente saberes técnicos, sino también una manera de ocupar el cuerpo, de hablar, de relacionarse con la autoridad y de presentarse ante pacientes, consultantes, usuarios, pares y figuras de autoridad o tutoriales.

En este sentido, es necesario precisar que el *habitus* incluye disposiciones emocionales incorporadas, es decir, en él se pueden identificar qué emociones son legítimas de expresar, ante quién y de qué manera, tanto las que la institución promueve, reproduce y legitima de forma tácita junto a los saberes técnicos, como las que el estudiantado de posgrado ya tiene como parte de su experiencia en la construcción de su identidad profesional.

2. El currículo oculto a través de diversos contextos

Una vez establecidas las diversas perspectivas teóricas que orientan el presente capítulo, resulta necesario situar el tema desde la evidencia científica documentada a nivel internacional y desde el propio contexto mexicano.

a. Evidencia internacional sobre currículo oculto

La evidencia empírica internacional sobre el currículo oculto en la formación en ciencias de la salud proviene mayoritariamente de estudios cualitativos con perspectivas teóricas como la etnografía o la fenomenología; métodos como el estudio de caso y técnicas de recolección de datos como el grupo focal o la entrevista en profundidad, desarrollados sobre todo en contextos angloparlantes y europeos.

En conjunto, estos trabajos muestran que el aprendizaje implícito de valores y profesionalismo se configura a través de tres mecanismos recurrentes: el modelaje de rol, la cultura organizacional y las relaciones de poder. Cada estudio ilumina, además, una faceta complementaria como en el trabajo de Brown *et al.* (2020), donde evidencian que el profesionalismo llega a percibirse como una imposición de control jerárquico. Witman (2014), por su parte, muestra que los valores nucleares y el *habitus* médico se transmiten con más eficacia por la práctica cotidiana que por la enseñanza explícita; Azmand *et al.* (2018) descomponen el fenómeno en siete componentes vinculados al profesionalismo; MacNeil *et al.* (2022) revelan que los alumnos no son receptores pasivos, sino agentes que navegan, reproducen y buscan reparar el currículo oculto; y Kitto *et al.* (2025) dirigen la mirada al plano institucional, mostrando cómo factores sistémicos (políticas de evaluación y el reconocimiento de la docencia) modulan su expresión. En la tabla VI.1 se sintetizan el objetivo, el diseño, los participantes y los principales hallazgos de cada estudio.

Tabla VI.1- Estudios internacionales sobre currículo oculto y principales hallazgos

Estudio (país)	Objetivo	Metodología	Participantes	Principales hallazgos
<i>Reino Unido (Brown et al., 2020).</i>	Explorar cómo el currículo oculto configura el profesionalismo percibido por los estudiantes.	Cualitativo: grupos focales semiestructurados, triangulados con entrevistas a docentes; análisis temático constructivista.	39 estudiantes y 14 docentes.	El currículo oculto opera mediante el modelaje de rol, la cultura organizacional, los estereotipos y la vestimenta profesional; el profesionalismo se percibió frecuentemente como una imposición de control desde los niveles superiores de la jerarquía docente.
<i>Países Bajos (Witman, 2014).</i>	Analizar la transferencia informal de valores en las discusiones de caso clínicas.	Aproximación cualitativa de corte etnográfico.	No especificado en la fuente.	Los valores nucleares y el <i>habitus</i> médico se transmiten de manera implícita en las prácticas cotidianas, mediados por relaciones de poder, con mayor eficacia que mediante la enseñanza explícita.
<i>Irán (Azmand et al., 2018).</i>	Explorar la perspectiva estudiantil sobre los componentes del currículo oculto vinculados al profesionalismo.	Entrevistas en profundidad y análisis de contenido hasta saturación.	17 estudiantes de pregrado.	Siete componentes del currículo oculto: selección de "pacientes convenientes", sistemas de evaluación, confianza como base de la interacción del equipo, carga de trabajo, bienestar y modelaje de rol como eje central del profesionalismo aprendido.

Estudio (país)	Objetivo	Metodología	Participantes	Principales hallazgos
Canadá (MacNeil et al., 2022).	Comprender la experiencia de residentes y médicos recién egresados frente al currículo oculto.	Fenomenológico interpretativo: entrevistas semiestructuradas y análisis temático reflexivo.	5 residentes y médicos recién egresados.	Los formandos no son receptores pasivos: navegan el currículo oculto para su desarrollo, intervienen en su reproducción y buscan repararlo para las generaciones siguientes mediante su práctica docente. Relevante para el posgrado, donde la agencia sobre los procesos implícitos es mayor.
Singapur y Canadá (Kitto et al., 2025).	Comparar cómo factores sistémicos institucionales configuran el currículo oculto en dos escuelas de medicina.	Estudio de caso comparativo internacional: entrevistas y revisión documental; análisis desde la ciencia de la complejidad.	23 líderes organizacionales; revisión de 24 registros públicos.	Factores sistémicos (políticas de evaluación, apoyo y reconocimiento de la docencia clínica) configuran el currículo oculto y condicionan la búsqueda de excelencia docente; la cultura organizacional de cada institución modula las formas del aprendizaje implícito.

Fuente: Elaboración propia con base en estudios internacionales sobre currículo oculto en educación médica: Azmand et al. (2018); Brown et al. (2020); Kitto et al. (2025); MacNeil et al. (2022); y Witman (2014).

En su conjunto, esta evidencia revela dos rasgos consistentes. En primer lugar, en el plano metodológico predomina el diseño cualitativo, coherente con la naturaleza implícita y situada del fenómeno, que exige aproximarse a los significados antes que a las frecuencias. En el plano sustantivo, converge en el papel decisivo del modelaje de rol, la cultura organizacional y las relaciones de poder como vehículos del aprendizaje no declarado. Para el estudio del posgrado resultan especialmente fértiles dos aportaciones: la agencia de los alumnos sobre los procesos implícitos (MacNeil et al., 2022) y la mirada institucional comparada (Kitto

et al., 2025), que en los niveles formativos avanzados cobran mayor peso. No obstante, la mayoría de estos trabajos se concentran en el pregrado y las especialidades médicas, lo que deja al posgrado académico como un terreno aún poco explorado, por lo que con el presente estudio se busca contribuir a profundizar.

b. Evidencia latinoamericana y nacional sobre el currículo oculto

En el contexto latinoamericano, la investigación empírica sobre currículo oculto en salud es todavía incipiente si se le compara con la abundante producción teórica y de revisión sobre el tema realizada en otras regiones; aunque en la última década ha ganado terreno. Los estudios disponibles suelen ser de corte cualitativo (grupos focales, estudios de caso, entrevistas) y, en general, confirman los hallazgos reportados internacionalmente, aunque aportan matices propios de la región. En México, por ejemplo, Hamui-Sutton *et al.* (2011) señalan que lo que termina definiendo las competencias que el estudiante realmente adquiere, no es el plan de estudios por sí solo, sino su articulación con el currículo oculto y con la forma en que éste se opera en la práctica diaria. En un sentido similar, Fortoul van der Goes y Núñez-Fortoul (2013) documentan la distancia que suele existir entre lo que se enseña formalmente sobre buenos hábitos y lo que efectivamente se modela día a día frente al estudiante.

En Chile, Ortega *et al.* (2014) distinguen factores favorables (la práctica y el acceso a campos clínicos) y desfavorables (la falta de compromiso docente y la sobreespecialización de los mentores); y Maturana *et al.* (2021) advierten que el currículo informal puede llevar a percibir al paciente como una amenaza, obstaculizando la empatía clínica. Desde Argentina, Centeno y Grebe (2021) refieren, desde la voz estudiantil, la medicina como una cultura con reglas, vocabulario y costumbres propias.

En su conjunto, la evidencia latinoamericana confirma los patrones documentados en los contextos angloparlantes y europeos con el predominio de diseños cualitativos y el papel decisivo del modelaje de rol, así como la cultura organizacional y las relaciones de poder en la transmisión implícita de valores y profesionalismo. Su aporte distintivo

radica en mostrar cómo estos mecanismos operan en sistemas formativos con recursos, jerarquías y culturas institucionales propios de la región. Con todo, persiste un vacío relevante al respecto de la escasez de estudios empíricos mexicanos sobre currículo oculto en el posgrado (frente a la abundancia de ensayos y revisiones) y constituye en sí misma una brecha que el presente estudio busca contribuir a entender. En la tabla VI.2 se sintetizan el objetivo, el diseño, los participantes y los principales hallazgos de cada estudio.

Tabla VI.2- Estudios latinoamericanos sobre currículo oculto y principales hallazgos

Estudio (país)	Objetivo	Metodología	Participantes	Principales hallazgos
<i>México (Hamui-Sutton et al., 2011)</i>	Definir el perfil profesional del médico considerando el currículo oculto.	Cualitativa: grupos focales.	Médicos generales, estudiantes en servicio social, profesores y pacientes.	El currículo oculto emerge como una dimensión que, junto con la estructura del plan y su operacionalización, configura las competencias realmente aprendidas, más allá de las declaradas en el programa.
<i>Chile (Ortega et al., 2014).</i>	Identificar factores favorables y desfavorables del currículo oculto en la formación médica.	Estudio de caso cualitativo: entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido.	17 egresados de medicina.	Favorables: la práctica clínica y el acceso a campos clínicos. Desfavorables: la falta de compromiso docente, el escaso apoyo educativo y la sobreespecialización de los mentores.
<i>Chile (Maturana et al., 2021).</i>	Explorar cómo el currículo informal y oculto influye en la percepción estudiantil del paciente.	Cualitativa: entrevistas.	55 estudiantes de tres escuelas de medicina.	A través del currículo informal y oculto los estudiantes llegan a percibir al paciente como una amenaza, más que como sujeto de cuidado, lo que obstaculiza la perspectiva centrada en el paciente y la empatía clínica.

Estudio (país)	Objetivo	Metodología	Participantes	Principales hallazgos
México (Fortoul van der Goes y Núñez-Fortoul, 2013).	Examinar la incongruencia entre el discurso formal y la práctica real en la enseñanza de buenos hábitos.	Análisis cualitativo aplicando el marco de Hafferty (1998) al contexto mexicano.	No especificado en la fuente.	La transmisión de valores profesionales no ocurre por declaración, sino por observación e imitación de modelos que en ocasiones contradicen el discurso formal.
Argentina (Centeno y Grebe, 2021).	Sistematizar las características del currículo oculto desde la voz de los estudiantes.	Sistematización cualitativa (diseño no especificado en la fuente).	No especificado en la fuente.	Conceptualizan la medicina como una cultura con reglas, vocabulario y costumbres propias. Coinciden con los patrones internacionales: centralidad del modelaje de rol, tensiones entre ideales y realidad e influencia decisiva del entorno organizacional en la identidad profesional.

Fuente: elaboración propia con base en Centeno y Grebe (2021); Fontoul van der Goes y Núñez-Fortoul (2013); Hamui-Sutton *et al.* (2011); Maturana *et al.* (2021) y Ortega *et al.* (2014).

3. Metodología del estudio de caso

Pertinencia y diseño del estudio de caso

Las secciones precedentes han argumentado que el currículo oculto en el posgrado en salud opera con una especificidad que los estudios de carácter general no pueden capturar plenamente, así como que su impacto se extiende desde la experiencia subjetiva del estudiante hasta la calidad de la atención que ofrecerá en su práctica futura, y que las formas más sofisticadas de aprendizaje implícito en posgrado como las jerarquías investigativas, criterios no explicitados de legitimidad teórica y expectativas de productividad no formalizadas permanecen hasta ahora escasamente exploradas. Desde este contexto, la elección del estudio de caso como

estrategia metodológica no es una decisión de conveniencia, sino una respuesta epistemológica a la naturaleza compleja del fenómeno.

El estudio de caso, desde la propuesta de Stake (2020), permite mantener la densidad contextual del fenómeno como condición de análisis, en lugar de reducirla a una interferencia. Desde esta perspectiva, el caso se comprende como un sistema complejo y situado, cuyas particularidades adquieren sentido en relación con las condiciones históricas, sociales e institucionales en las que se configura. Así, el contexto no constituye un elemento externo ni agregado, sino una dimensión fundamental para interpretar las experiencias, prácticas y significados de los actores involucrados. Para esta investigación se asume un estudio de caso instrumental, puesto que el interés no radica únicamente en el programa de posgrado por sí mismo, sino en cómo éste funciona como un sistema acotado que permite profundizar y teorizar sobre las expresiones del currículo oculto.

Si bien Yin (2018) subraya que esta estrategia es especialmente apropiada cuando se busca comprender un fenómeno contemporáneo en su contexto real, cuando los límites entre fenómeno y contexto no son nítidos y cuando las preguntas de investigación son del tipo “cómo” y “por qué”, la aproximación de Stake (2020) añade una veta cualitativa holística y sistemática. Las tres condiciones se cumplen en el caso del currículo oculto en posgrado: es un fenómeno que sólo existe en contexto, que no puede separarse de la cultura institucional específica que lo produce, y que exige preguntas orientadas a los procesos y los significados, no sólo a las frecuencias o las distribuciones.

La orientación cualitativa-interpretativa del estudio añade una dimensión adicional, el interés central no está en catalogar las manifestaciones observables del currículo oculto, sino en comprender la percepción y significados de los estudiantes y docentes sobre las manifestaciones observables de currículo oculto en un posgrado en ciencias de la salud. Como señala Merriam (2009), el estudio de caso cualitativo de orientación fenomenológica reconoce que los sujetos no son receptores pasivos de estructuras, sino que construyen activamente el sentido de sus experiencias,

y esas construcciones de sentido son en sí mismas datos relevantes sobre cómo opera la cultura formativa. En el contexto del currículo oculto, esto implica que la misma dinámica institucional puede ser experimentada de manera radicalmente diferente por distintos participantes según su posición, su trayectoria y sus expectativas, y que esas diferencias son informativas sobre la complejidad del fenómeno.

La elección del programa de Maestría en Psicología Educativa del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara como contexto del estudio, responde a una intersección que lo hace analíticamente fértil. Se trata de un programa que forma profesionales con herramientas específicas para analizar los procesos educativos, incluyendo los propios, pero que al mismo tiempo está incorporado en una institución de ciencias de la salud con su propia cultura organizacional, sus propias jerarquías y sus propios rituales de formación. Esta doble condición de personas reflexivas sobre la educación, inmersas en una cultura institucional específica, crea las condiciones para que la tensión entre el currículo declarado y el currículo vivido se manifieste con una claridad particular.

Para investigar este fenómeno mediante el referido estudio de caso, se emplearon entrevistas semiestructuradas individuales, cuyas guías fueron sometidas a validación por expertos antes de su aplicación. La construcción metodológica de los instrumentos evitó deliberadamente la pregunta directa sobre el currículo oculto, la cual habría inducido respuestas teóricas ensayadas en una población con formación pedagógica. En su lugar, el diálogo se enfocó en la experiencia encarnada y cotidiana, aquello que se aprendió sin que nadie lo enseñara explícitamente, las contradicciones entre el discurso institucional y la *praxis* y las reglas no escritas que estructuran la vida académica. Este diseño responde a la advertencia de Li *et al.* (2024) sobre la necesidad de instrumentos que operacionalicen la identificación del currículo oculto de manera sistemática, más allá de las aproximaciones descriptivas que predominan en la literatura.

Contexto y escenario del estudio

Una vez establecidas las coordenadas teóricas que orientan este trabajo, resulta pertinente detenernos en el escenario particular donde se desarrolló el estudio de caso, ya que las manifestaciones del currículo oculto no pueden comprenderse al margen de las condiciones institucionales, normativas y curriculares específicas en las que éstas emergen. A continuación, se describe el contexto del posgrado en el que se inscribe la Maestría en Psicología Educativa, programa educativo seleccionado para este estudio, así como los elementos normativos, históricos y curriculares que configuran su estructura y funcionamiento.

Contexto institucional y curricular del posgrado en la Universidad de Guadalajara

El currículo se construye como una expresión formal del proyecto educativo de una institución y se concreta en planes de estudio diseñados de acuerdo con el modelo educativo, su misión, visión, campo de conocimiento, necesidades sociales, perfil de egreso y normatividad aplicable, para responder a las demandas científicas, sociales y profesionales.

En el caso del posgrado, esta construcción curricular se orienta a la formación avanzada de profesionales. De acuerdo con el artículo 2 del Reglamento General de Posgrado (RGP) de la Universidad de Guadalajara, los estudios de posgrado son aquellos que se realizan después de haber cursado la licenciatura y tienen como finalidad formar profesionales de la salud de alto nivel, con las competencias necesarias para aplicar, ampliar, profundizar e innovar en áreas específicas de la ciencia, la técnica, las humanidades y las artes. En este marco, la normatividad universitaria reconoce tres niveles de formación en el posgrado: especialidad, maestría y doctorado (Universidad de Guadalajara, 2017).

En cuanto a los estudios de maestría, éstos tienen el propósito de desarrollar conocimientos en una disciplina o área interdisciplinaria y comprender y proponer soluciones a problemas y necesidades científicas y sociales. Bajo este marco, se distinguen dos tipos de programas

de maestría: 1) profesionalizantes, orientados a poner en práctica los aspectos teóricos, metodológicos o tecnológicos de una disciplina en el desempeño profesional, y 2) enfocados a la investigación, orientados a la generación de conocimiento. En lo que respecta a los programas de maestrías profesionalizantes, se reconocen como modalidades de titulación la memoria de evidencia profesional, la propuesta de solución a un problema específico o la tesis; mientras que en los programas de investigación la única modalidad reconocida es la de tesis (Universidad de Guadalajara, 2017).

La Maestría en Psicología Educativa

La Maestría en Psicología Educativa (en adelante, MPE), programa educativo en el que se realizó el presente estudio, constituye parte de la oferta académica del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara y se inscribe como un programa profesionalizante de modalidad escolarizada, adscrito al Departamento de Psicología Aplicada. Este programa educativo fue creado en 2005 como un programa de maestría con orientación en psicología educativa, y posteriormente, en 2014, se convirtió en un programa autónomo (Universidad de Guadalajara, 2026). La MPE fue creada con apego al modelo educativo del CUCS, el cual fue actualizado en el año 2021 (Muñoz, 2021), y se caracteriza por un enfoque centrado en competencias profesionales integradas que opera bajo el sistema de créditos, y se fundamenta epistemológicamente en el enfoque del constructivismo estructuralista y el pensamiento complejo de Morin (1990), a través de tres dimensiones: la dimensión filosófico-social, la académico-administrativa y la pedagógico-didáctica.

De acuerdo con su dictamen de creación, su objetivo general es:

Formar recursos humanos especializados en los ámbitos teórico, epistemológico, metodológico y técnico en el campo de la psicología educativa, capaces de diseñar, implementar y evaluar acciones de intervención, planes de docencia y proyectos de investigación

en torno a temas y procesos psicológicos, en escenarios educativos formales e informales, en relación con la conducta de individuos, grupos, organizaciones, instituciones o comunidades, con un enfoque multi e interdisciplinario y sustentado en sólidos valores éticos profesionales (Universidad de Guadalajara, 2014: 5).

El perfil de ingreso que deben cumplir los aspirantes a cursar este posgrado es:

Ser egresado o titulado de la Licenciatura en Psicología (o de una carrera afín, sujeto a evaluación de la Junta Académica), contar con conocimientos básicos sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje y desarrollo psicológico, interés por el diseño de propuestas de intervención e investigación sobre problemas educativos de la realidad social, así como habilidades de metodología de la investigación, lecto-comprensión en inglés y manejo de herramientas de cómputo básico (Universidad de Guadalajara, 2014: 6).

Asimismo, el perfil de egreso a lograr por sus estudiantes se constituye por seis competencias profesionales integradas (CPI), las cuales permitirán a la persona egresada al término de su formación 1) identificar necesidades sociales desde la perspectiva de la psicología educativa en los ámbitos individual, grupal, comunitario e institucional; 2) identificar, diseñar y desarrollar proyectos de intervención, docencia e investigación en escenarios educativos formales y no formales; 3) intervenir profesionalmente, de forma independiente o en equipos multi e interdisciplinarios, para promover innovación psicoeducativa; 4) comunicar oralmente y por escrito los resultados de su actuación profesional y de investigación; 5) diseñar y desarrollar acciones y programas de servicios psicológicos en colaboración con alumnos, familias, instituciones escolares y comunidad, y 6) participar en tareas profesionales y de investigación que consoliden estándares de calidad y una identidad profesional en el campo (Universidad de Guadalajara, 2014).

Su plan de estudios está integrado por 16 unidades de aprendizaje (materias) obligatorias y dos optativas, las cuales se mantienen tras el último proceso de actualización curricular desarrollado en el año 2024. Tras dicho proceso, las líneas de generación y aplicación del conocimiento (LGAC) quedaron definidas en los siguientes ejes temáticos: 1) Psicología educativa; 2) Educación especial y altas capacidades, y 3) Innovación educativa. A la fecha de elaboración del presente capítulo, el núcleo académico de este programa educativo se conforma por 26 docentes con formación en psicología y áreas afines, como educación y ciencias de la salud. Asimismo, se cuenta con seis generaciones de egresadas y egresados a partir de su actualización en 2014.

La selección de este escenario institucional específico busca comprender la percepción y significados de los estudiantes y docentes sobre las manifestaciones observables de currículo oculto en un posgrado en ciencias de la salud como lo son las prácticas, valores, códigos de poder y relaciones interpersonales que se transmiten de manera implícita y silenciosa en la cotidianidad del posgrado.

Diseño metodológico

Se desarrolló un estudio cualitativo, el cual de acuerdo con Denzin y Lincoln (2011) resulta idóneo por la naturaleza interpretativa y naturalista del objeto de estudio, enfocado en comprender los fenómenos en sus entornos naturales a partir de los significados que los estudiantes y docentes otorgan. El diseño metodológico se configuró como un estudio de caso cualitativo desde la propuesta de Robert Stake (2020), que define un caso como un “sistema integrado”, específico y delimitado que puede estudiarse dentro de su contexto. A esta unidad de análisis se le puede comprender como personas individuales y colectivas o estructuras institucionales o acontecimientos sociales complejos. Su objetivo principal es analizar, interpretar y comprender el fenómeno en su contexto real, para identificar dinámicas, relaciones, así como evaluar posibles escenarios para aplicar los aprendizajes obtenidos a situaciones y contextos similares.

Participantes y criterios de selección

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron siete docentes y seis estudiantes vinculados con el tercer semestre de la maestría, al ser el semestre activo y considerar que el estudiantado había cursado más del 50% de su trayectoria académica. Se seleccionaron por su experiencia directa en el programa y su disposición voluntaria para participar; asimismo firmaron el consentimiento informado y autorizaron la grabación de la entrevista.

Técnicas e instrumentos de recolección

Se aplicaron entrevistas semiestructuradas individuales que, en congruencia con Flick (2014), se caracterizan por ser interacciones personales y dialógicas basadas en preguntas generadoras. Las guías se construyeron de manera diferenciada para docentes y estudiantes e incluyeron los temas siguientes: contexto institucional, socialización, identidad profesional, prácticas pedagógicas, contradicciones formativas, organización y relaciones de poder, clima académico y bienestar.

Las guías fueron sometidas a un proceso de validación por juicio de expertos (cuatro profesionales con formación en psicología y educación), quienes evaluaron su claridad, pertinencia, congruencia y suficiencia. A partir de sus observaciones se ajustó la redacción y se eliminaron las preguntas redundantes, quedando un total de seis preguntas.

Procedimiento de recolección

PAUTAS ÉTICAS

El proyecto fue sometido ante la Junta Académica del programa, y docentes y estudiantes fueron invitados a participar. Quienes manifestaron su voluntad, recibieron información sobre el objetivo general del estudio, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento que así lo decidieran. Antes de cada entrevista firmaron el consentimiento informado y autorizaron su grabación. Las entrevistas fueron transcritas de manera íntegra y anonimizadas mediante códigos.

Análisis de la información

La información se organizó y analizó con apoyo del *software* Atlas.ti, versión 26. Se realizó un proceso de codificación abierta, axial y selectiva, mediante el cual se identificaron códigos, categorías y relaciones entre los hallazgos. A través del método comparativo constante se contrastaron discursos entre participantes, identificando convergencias, tensiones, contradicciones y patrones recurrentes que permiten comprender cómo se manifiesta y reconoce el currículo oculto en el programa de la maestría.

La saturación teórica se alcanzó cuando las entrevistas comenzaron a reiterar propiedades similares relacionadas con la construcción de la identidad profesional, las relaciones pedagógicas, la cultura institucional y las dinámicas implícitas de formación. El análisis combinó categorías derivadas del marco teórico con categorías emergentes del material empírico. Para fortalecer el rigor metodológico se consideraron los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confiabilidad propuestos por Lincoln y Guba (1985), mediante revisión reiterada de las entrevistas, comparación constante, uso de citas textuales y revisión colegiada de las categorías.

4. Análisis de resultados

Como resultado del proceso de codificación abierta, axial y selectiva, y del método comparativo constante aplicado a las entrevistas realizadas a docentes y estudiantes, se identificaron nueve categorías que dan cuenta de las manifestaciones del currículo oculto en el posgrado estudiado: 1) *formación ética y modelamiento profesional*; 2) *relaciones pedagógicas, construcción de comunidad y sentido de pertenencia*; 3) *tensiones entre currículo formal y práctica real*; 4) *relaciones de poder, influencia ideológica y legitimación del conocimiento*; 5) *la tesis como organizador oculto de la experiencia formativa*; 6) *gestión emocional, afrontamiento de la frustración y clima académico*; 7) *profesionalización implícita y formación para la autonomía*; 8) *construcción implícita de la identidad profesional*, y 9) *cultura institucional del cumplimiento y la meritocracia*.

Si bien los hallazgos convergen entre sí, se identifican dos categorías centrales que articulan e integran a las demás. La primera se refiere a la *construcción implícita de la identidad profesional del psicólogo educativo en el posgrado*, la cual se modela a través del ejemplo docente, el acompañamiento académico, las relaciones de poder, la gestión emocional, las formas de evaluación y la centralidad atribuida a la tesis. La segunda corresponde a la *tesis como organizador oculto de la experiencia formativa*, en la medida en que, a pesar de que el programa educativo es profesionalizante, los esfuerzos de quienes conforman la comunidad educativa se concentran de manera predominante en su elaboración.

A continuación se presenta el análisis detallado de cada una de estas nueve categorías, siguiendo una estructura común que permite contrastar la interpretación general del hallazgo y la lectura diferenciada que realizan docentes y estudiantes. Asimismo, en la tabla VI.3 se muestra el significado central para cada una de las categorías.

Tabla VI.3- Síntesis de categorías

Categoría analítica	Significado central
Identidad profesional, ética y modelamiento docente.	Los estudiantes aprenden principalmente valores profesionales.
Relaciones pedagógicas, construcción de comunidad y sentido de pertenencia.	El acompañamiento y la colaboración fortalecen el aprendizaje y el sentido de pertenencia.
Tensiones entre currículo formal y práctica real.	Se refiere a las discrepancias entre lo establecido en los programas y las condiciones reales de enseñanza, aprendizaje y aplicación de la psicología.
Relaciones de poder, influencia ideológica y legitimación del conocimiento.	Las decisiones docentes influyen en qué conocimientos y voces adquieren legitimidad.
La tesis como organizador oculto de la experiencia formativa.	Aunque la tesis es una modalidad de titulación y el programa educativo es profesionalizante, en la práctica la elaboración de la tesis se convierte en el principal referente organizador de la experiencia académica, desplazando otros propósitos de la maestría.

Categoría analítica	Significado central
Gestión emocional, afrontamiento de la frustración y clima académico.	El posgrado exige desarrollar habilidades emocionales que no aparecen explícitamente en el currículo.
Profesionalización implícita y formación para la autonomía.	La maestría exige implícitamente un aprendizaje activo y autónomo, el cual opera como criterio de evaluación y reconocimiento académico.
Construcción implícita de la identidad profesional.	La identidad profesional se construye mediante expectativas, prácticas y modelos observados durante la formación.
Cultura institucional del cumplimiento y la meritocracia.	La productividad y el cumplimiento institucional son percibidos como criterios predominantes de reconocimiento académico.

Fuente: elaboración propia con base en el análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS POR CATEGORÍA

Categoría 1: Identidad profesional, ética y modelamiento docente

Interpretación general

Esta categoría revela que la formación en valores y responsabilidad ética se transmite, ante todo, a través del modelamiento cotidiano del profesorado y no mediante contenidos curriculares explícitos. Congruente con el enfoque sociocultural que orienta el análisis, el aprendizaje ético se concibe como un proceso situado, que ocurre por medio de la observación e imitación de conductas profesionales dentro de la comunidad académica. De acuerdo con el método comparativo constante empleado en el estudio, el contraste entre los discursos docentes y estudiantiles evidencia una notable convergencia: ambos grupos reconocen que el ejemplo, más que la instrucción formal, constituye el principal vehículo de socialización ética dentro del posgrado.

Interpretación diferenciada

Docentes. Desde la perspectiva del profesorado, la ética profesional constituye una dimensión intencionalmente cultivada, aunque no siempre formalizada en los programas de estudio. Los docentes se asumen como modelos activos de actuación profesional y sitúan el respeto por la dignidad humana, la responsabilidad, la confidencialidad y el reconocimiento de los propios límites como ejes centrales de su labor formativa, delegando en su propio comportamiento cotidiano, más que en los contenidos disciplinares, la enseñanza de dichos valores.

Estudiantes. Los estudiantes, por su parte, corroboran esta lectura al identificar en la actuación cotidiana del profesorado (por ejemplo: la forma de resolver problemas, ofrecer retroalimentación y enfrentar dilemas éticos) una fuente de aprendizaje que trasciende los contenidos formales. A diferencia del profesorado, quienes enfatizan la intencionalidad de su modelamiento, los estudiantes destacan la dimensión humana y relacional de estos aprendizajes, valorando particularmente los momentos en que el profesorado integra la sensibilidad y empatía a la práctica profesional.

Tabla VI.4- Contraste de testimonios: Identidad profesional, ética y modelamiento docente

Docentes	Estudiantes
"Me gusta enfatizar la importancia de trabajar con seres humanos y el cuidado de la dignidad." (D. C.)	"Ha habido experiencias muy buenas que son de los profesores, pues, que también tratan de entender esa parte, ¿no? Que no solamente es dar la teoría y la práctica, sino también la humanidad." (E. B.)
"La práctica tiene que ser profesional, tiene que ser ética, responsable." (D. D.)	

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

En conjunto, ambas perspectivas convergen en reconocer que la ética profesional se transmite principalmente mediante el modelamiento cotidiano, más que por los contenidos formales, lo que confirma la operación del currículo oculto como un mecanismo de socialización profesional que enseña no sólo qué debe saber un psicólogo educativo, sino cómo debe relacionarse, decidir y actuar.

Categoría 2: Relaciones pedagógicas, construcción de comunidad y sentido de pertenencia

Interpretación general

Esta categoría da cuenta de que una parte considerable del aprendizaje en el posgrado ocurre a través de la participación en una comunidad académica, en línea con la perspectiva sociocultural que sostiene que el conocimiento se construye en la interacción con otros. El análisis comparativo de los discursos evidencia que docentes y estudiantes coinciden en valorar la cercanía, la colaboración y el acompañamiento como elementos centrales de la experiencia formativa, aunque también revela que el sentido de pertenencia no es una condición homogénea, sino una construcción social diferenciada según las relaciones que cada estudiante logra establecer.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado describe una práctica pedagógica flexible, orientada a ajustar contenidos, secuencias y actividades de acuerdo con las necesidades particulares del grupo, incluso cuando estos ajustes no están previstos formalmente en los programas. Desde esta perspectiva, el acompañamiento docente se percibe como un recurso deliberado para fortalecer la seguridad académica y la autonomía del estudiantado, así como para propiciar la colaboración entre pares.

Estudiantes. Los estudiantes reconocen y valoran estas dinámicas de apoyo mutuo como un componente central de su permanencia y motivación en el programa. Sin embargo, sus testimonios también introducen matices ausentes en el discurso docente: experiencias de exclusión, dificultades para integrarse a determinados subgrupos y percepciones

distintas sobre el clima académico, lo que sugiere que el sentido de comunidad, aunque predominante, no se distribuye de manera uniforme entre el estudiantado.

Tabla VI.5- Contraste de testimonios: Relaciones pedagógicas, construcción de comunidad y sentido de pertenencia

Docentes	Estudiantes
"Comparten experiencias laborales y se apoyan... Los que ya trabajan... les abren las puertas para prácticas, talleres y conferencias." (D. D.)	"Creo que entre mis compañeros hemos visto que la mayoría de ellos sí te están apoyando a que des ese plus, ¿no? O des más hacia tu formación." (E. A.)
"Entre ellos terminan ayudándose y sugiriendo diferentes cosas." (D. E.)	

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

El contraste entre ambas voces confirma que el aprendizaje se construye en una comunidad académica basada en la colaboración y el apoyo mutuo, pero también advierte que dicha comunidad alberga tensiones y procesos de diferenciación social que matizan el carácter idealizado que el profesorado tiende a atribuirle.

Categoría 3: Tensiones entre currículo formal y práctica real

Interpretación general

Esta categoría documenta el espacio de divergencia entre el currículo escrito y el currículo vivido, un hallazgo consistente con la idea de que las decisiones pedagógicas cotidianas, más que los documentos curriculares, configuran la experiencia real de formación. El método comparativo constante permite observar que, si bien docentes y estudiantes reconocen la existencia de estas discrepancias, las valoran desde posiciones distintas: el profesorado las presenta como adaptaciones necesarias, mientras que el estudiantado las experimenta, en ciertos casos, como una brecha entre lo declarado y la práctica profesional real.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado reporta la necesidad constante de modificar contenidos, estrategias didácticas y actividades para responder a las características de cada grupo y a las condiciones institucionales, lo cual describe en términos de adaptación pedagógica intencionada y sensible al contexto.

Estudiantes. El estudiantado, en cambio, enfatiza situaciones en las que la experiencia formativa no corresponde con las expectativas generadas por el plan de estudios o con las exigencias del ejercicio profesional real, particularmente en la aplicación de enfoques o estrategias que resultan poco viables en sus contextos laborales.

Tabla VI.6- Contraste de testimonios: Tensiones entre currículo formal y práctica real

Docentes	Estudiantes
"Tuve que hacer esa adaptación porque lo que decía el programa no era posible hacerlo." (D. C.)	
"Lo que sucede en el aula puede no ser exactamente como está en el documento." (D. F.)	"Por ejemplo, yo en mi trabajo no puedo trabajar adecuadamente con pedagogía de la ternura, cosas que vemos en clases." (E. C.) "Vemos que son cosas deseables, pero la realidad es otra." (E. D.)

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

Estas diferencias permiten sostener que el currículo oculto emerge precisamente en las diferencias entre lo que la institución declara y lo que realmente ocurre, siendo las adaptaciones docentes percibidas favorablemente por el estudiantado, mientras que las brechas entre la formación recibida y las exigencias del ejercicio profesional son valoradas de manera negativa.

Categoría 4: Relaciones de poder, influencia ideológica y legitimación del conocimiento

Interpretación general

Retomando la perspectiva de Giroux, esta categoría evidencia que el conocimiento transmitido en el posgrado no es neutral, sino que responde a procesos de selección cultural mediante los cuales determinadas perspectivas teóricas y epistemológicas adquieren mayor legitimidad que otras. El contraste entre los discursos de docentes y estudiantes muestra que el poder, aunque atenuado por relaciones más horizontales que en generaciones anteriores, no desaparece, sino que se manifiesta de forma sutil y simbólica.

Interpretación diferenciada

Docentes. Un sector del profesorado reconoce abiertamente que su propia perspectiva teórica y su carga ideológica influyen de manera inevitable en el proceso formativo, lo cual constituye un ejercicio de reflexividad relevante, aunque no necesariamente se traduzca en estrategias explícitas para diversificar las voces y enfoques presentes en el aula.

Estudiantes. El estudiantado, por su parte, reporta experiencias más tensas: temor a expresar desacuerdo, percepción de posibles represalias y, en algunos casos, la sensación de haber sido conducidos hacia las líneas de investigación del profesorado, más que hacia sus propios intereses académicos.

Tabla VI.7- Contraste de testimonios: Relaciones de poder, influencia ideológica y legitimación del conocimiento

Docentes	Estudiantes
"La perspectiva del docente sigue siendo la que domina." (D. C.)	"Uno duda si le puede decir algo al profesor porque piensa que va a haber algún tipo de repercusión." (E. C.)
"La carga ideológica de los docentes está ahí quieras o no." (D. F.)	"Cuando me acerqué a varios de ellos (profesores) que traían temas que podían congeniar con lo que yo traía en mente... me di cuenta que me fueron llevando más por donde ellos tenían su propia investigación." (E. D.)

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

La lectura conjunta de ambas perspectivas confirma que las relaciones de poder regulan la participación y legitiman determinadas formas de conocimiento, y que la horizontalidad discursiva declarada por el profesorado convive, en la experiencia estudiantil, con mecanismos más sutiles de influencia y control académico.

Categoría 5: La tesis como organizador oculto de la experiencia formativa

Interpretación general

Desde la perspectiva de De Alba, esta categoría revela la existencia de un currículo oculto que reorganiza las prioridades formativas más allá de lo establecido en el plan de estudios. Aunque el programa tiene una orientación profesionalizante, tanto docentes como estudiantes coinciden en que la elaboración de la tesis se convierte, en la práctica, en el principal referente organizador de la experiencia académica.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado reconoce haber priorizado explícitamente el avance de la tesis por encima de otras actividades formativas, lo cual sugiere una participación activa del cuerpo docente en la consolidación de este mensaje implícito.

Estudiantes. El estudiantado confirma y profundiza esta lectura al señalar que buena parte de las interacciones académicas terminan orientándose hacia el avance del trabajo recepcional, hasta el punto de que la experiencia formativa se percibe centrada casi exclusivamente en dicho producto, en detrimento de otras dimensiones de la formación profesional.

Tabla VI.8- Contraste de testimonios: La tesis como organizador oculto de la experiencia formativa

Docentes	Estudiantes
"Había que ponderar la tesis por encima de otras actividades." (D. C.)	"Todos los profes hacen énfasis en cómo esto te va a aportar a tu tesis." (E. C.)
	"Solamente me he centrado en mi tesis." (E. A.)

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

El acuerdo entre ambas voces sostiene que el currículo oculto transmite el mensaje de que el verdadero indicador de éxito en el posgrado es concluir la tesis, desplazando otras dimensiones de la formación profesional contempladas en el perfil de egreso del programa.

Categoría 6: Gestión emocional, afrontamiento de la frustración y clima académico

Interpretación general

Congruente con la perspectiva sociocultural que reconoce a las emociones como parte constitutiva de las prácticas de aprendizaje, esta categoría documenta un currículo emocional no declarado, mediante el cual los estudiantes aprenden a tolerar la crítica, gestionar la incertidumbre y sostener el compromiso académico en condiciones de presión.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado identifica la gestión emocional como una exigencia inherente a la experiencia de posgrado, asociada principalmente a la tolerancia a la crítica y al manejo de la frustración ante los procesos de evaluación y corrección.

Estudiantes. El estudiantado confirma esta exigencia, pero amplía sus fuentes: además de la presión evaluativa, identifican elementos institucionales y relacionales, tales como la beca que les es otorgada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), en su función de

mecanismo simbólico de regulación, lo que genera presión emocional adicional, aspectos que no fueron señalados por el profesorado.

Tabla VI.9- Contraste de testimonios: Gestión emocional, afrontamiento de la frustración y clima académico

Docentes	Estudiantes
"Algo fundamental está relacionado con la gestión emocional y la frustración... Entran en un sistema de frustración constante y tienen que gestionarlo." (D. A.)	"El trabajo bajo presión... aprendes a gestionar también tus emociones." (E. A.)

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

La comparación entre ambos discursos permite sostener que la regulación emocional constituye un aprendizaje implícito necesario para permanecer y desarrollarse en el posgrado, y que dicho aprendizaje responde a fuentes de presión más amplias y diversas que las reconocidas explícitamente por el cuerpo docente.

Categoría 7: Profesionalización implícita y formación para la autonomía

Interpretación general

Esta categoría documenta que uno de los principales mensajes implícitos de la maestría consiste en la expectativa de que el estudiantado asuma una posición activa y autónoma en la construcción de su propio aprendizaje, expectativa que, aunque no se explicita en las unidades de aprendizaje, opera como criterio *de facto* en la evaluación y el reconocimiento académico.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado espera que el estudiante profundice por cuenta propia, formule propuestas y se posicione con autosuficiencia frente al conocimiento, entendiendo la autonomía como una condición prácticamente inherente al nivel de posgrado.

Estudiantes. El estudiantado, en cambio, describe la construcción de dicha autonomía como un proceso paulatino y no exento de tensión, en el que aprender a defender una postura académica frente al profesorado se convierte en una experiencia formativa que fortalece progresivamente su confianza académica.

Tabla VI.10- Contraste de testimonios: Profesionalización implícita y formación para la autonomía

Docentes	Estudiantes
"En una maestría se pretende que sean mucho más autosuficientes." (D. A.)	"Defender mi idea, un argumento que tenía acerca de un tema de la educación especial, y, bueno, con una profesora, o, bueno, en una clase, y entonces eso... Yo sentí que estaba defendiéndome como mis profesores, como los he visto que se defienden." (E. B.)
"Entonces es cómo posicionarse, saberse que tiene este conocimiento, que es capaz de hacer esto, de poner en marcha este programa y poder conectar toda la información que le va sirviendo." (D. E.)	

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

El contraste evidencia que, mientras el profesorado presupone la autonomía como una expectativa dada del nivel de posgrado, el estudiantado la vive como una capacidad que se construye mediante orientación progresiva, claridad de expectativas y retroalimentación consistente; por lo tanto, la autonomía no debe entenderse como ausencia de acompañamiento, sino como resultado de un proceso formativo sostenido.

Categoría 8: Construcción implícita de la identidad profesional

Interpretación general

Desde la perspectiva socio constructivista, esta categoría confirma que la identidad profesional del psicólogo educativo emerge mediante la par-

tipificación en comunidades de práctica, y no únicamente a través de la exposición a contenidos curriculares. El contraste entre discursos evidencia una tensión relevante entre la intención formativa explícita del profesorado y la experiencia subjetiva del estudiantado.

Interpretación diferenciada

Docentes. El profesorado percibe que transmite de manera constante y consciente expectativas sobre autonomía, autogestión, pensamiento crítico y responsabilidad profesional, asumiéndose como referente activo en la delimitación de las competencias que corresponden al ejercicio del psicólogo educativo.

Estudiantes. El estudiantado, sin embargo, manifiesta incertidumbre respecto a su propia identidad profesional, y ubica su proceso de consolidación identitaria menos en la enseñanza explícita del rol profesional que en la observación de cómo el profesorado argumenta, defiende posturas y resuelve desacuerdos académicos entre sí.

Tabla VI.11- Contraste de testimonios: Construcción implícita de la identidad profesional

Docentes	Estudiantes
"yo creo que es parte de lo que se puede ir haciendo en el currículo oculto, o sea realmente ser ejemplo para ellos y ellas, sí, creo, o sea el compartirles la pasión, en compartirles eso que siempre tienen que estar aprendiendo." (D. B.)	"Yo sentí que estaba defendiéndome... Como mis profesores, como los he visto que se defienden, o como a veces pelean entre sí, ¿no? O sea, con el respeto, pero con argumentos científicos y académicos, y al hacer eso, pues sí aumentó mi confianza." (E. B.)
"Les enseño cuál es la labor del psicólogo educativo, qué le corresponde y qué no." (D. N.)	

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

Este hallazgo resulta particularmente relevante porque muestra una tensión entre la intención formativa del profesorado y la experiencia del estudiantado: mientras los docentes enfatizan constantemente la ética, la responsabilidad y el rol profesional, la experiencia cotidiana del estudiantado termina centrándose en la tesis, dejando en segundo plano la reflexión explícita sobre la identidad profesional, la cual se configura entonces de manera indirecta, a través de las experiencias, relaciones y prácticas que conforman el currículo oculto.

Categoría 9: Cultura institucional del cumplimiento y la meritocracia

Interpretación general

Esta categoría revela la función del currículo oculto como mecanismo de reproducción cultural e institucional, mediante el cual el cumplimiento de procedimientos, la productividad académica y la eficiencia en la entrega de productos se consolidan como criterios de reconocimiento que, aunque no están explícitamente formulados en el currículo oficial, orientan de manera efectiva las formas de participación dentro del programa.

Interpretación diferenciada

Docentes. Un sector del profesorado reconoce, con un notable grado de reflexividad crítica, que la dinámica institucional privilegia el apego a procedimientos, formatos y evidencias de desempeño por encima de la construcción profunda de conocimiento, identificando a la meritocracia como un rasgo transversal de la cultura institucional.

Estudiantes. El estudiantado corrobora esta lectura desde su experiencia directa, al señalar que el éxito académico (incluida la evaluación docente) puede depender más de satisfacer expectativas de cumplimiento y de sostener buenas relaciones interpersonales, que de desarrollar procesos profundos de reflexión, y al identificar la productividad investigativa como un valor institucionalmente priorizado.

Tabla VI.12- Contraste de testimonios: Cultura institucional del cumplimiento y la meritocracia

Docentes	Estudiantes
"Se valora más el cumplimiento que el conocimiento." (D. F.)	"Era más bien como: si nos llevamos bien con el profe, a lo mejor nos va a poner una buena evaluación." (E. C.)
"La meritocracia está presente en toda la cultura institucional." (D. A.)	"Se promueve como el estar produciendo también... se prioriza la investigación, ¿no? Y se prioriza publicar, se prioriza presentaciones en congresos, bueno, todo eso." (E. B.)

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas a docentes y estudiantes del programa.

La convergencia entre ambos discursos sostiene que el currículo oculto favorece una cultura donde el cumplimiento y la productividad pueden adquirir mayor peso que la reflexión crítica, evidenciando una tensión entre el currículo formal, que declara el pensamiento crítico y la autonomía como propósitos formativos, y el currículo vivido, en el que predominan prácticas orientadas al cumplimiento administrativo.

Conclusiones

Como se ha puesto de manifiesto, los hallazgos muestran que el currículo oculto se expresa principalmente a través de valores profesionales, relaciones de poder, prácticas pedagógicas, procesos de acompañamiento y mensajes implícitos sobre lo que realmente se considera importante en la formación de posgrado. Las entrevistas evidencian que el currículo oculto se encuentra en las interacciones cotidianas entre docentes y estudiantes, en las decisiones pedagógicas, en las direcciones de tesis, en las dinámicas institucionales y en los modelos profesionales que el profesorado transmite mediante sus acciones.

Mientras los profesores describen el currículo oculto principalmente como un mecanismo de transmisión de valores profesionales, ética, acompañamiento y formación para la autonomía, los estudiantes revelan que este

mismo currículo oculto también incluye experiencias de tensión, incertidumbre, relaciones de poder, contradicciones entre discurso y práctica, y procesos de construcción identitaria que no siempre son conscientes.

Estos resultados confirman empíricamente las tres dimensiones organizativas que Jackson (1968, como se citó en Torres Santomé, 1991) identificó como reveladoras del currículo oculto en la vida cotidiana áulica. La experiencia de *vivir en multitud* se expresa en la categoría de relaciones pedagógicas, construcción de comunidad y sentido de pertenencia, donde el aprendizaje colaborativo convive con divisiones grupales y experiencias de exclusión que afectan a algunos miembros del estudiantado. La lógica del reconocimiento y la desaprobación que articula el sistema evaluativo se manifiesta con claridad en la cultura institucional del cumplimiento y la meritocracia, donde el apego a procedimientos y la productividad académica operan como criterios de reconocimiento más determinantes que la profundidad reflexiva. Y la asimetría entre quien evalúa y quien es evaluado atraviesa la categoría de relaciones de poder, influencia ideológica y legitimación del conocimiento, en la que la horizontalidad discursiva declarada por el profesorado convive, en la experiencia estudiantil, con temor a la discrepancia y percepción de posibles represalias.

El modelamiento docente (eje de las categorías de formación ética y modelamiento profesional, y de construcción implícita de la identidad profesional) confirma lo que Witman (2014) y Fortoul van der Goes y Núñez-Fortoul (2013) documentan en otros contextos formativos en salud: los valores nucleares y las disposiciones profesionales se transmiten con mayor eficacia mediante la práctica cotidiana que mediante la enseñanza explícita. Desde Bourdieu (1991) y Bourdieu y Passeron (1977), este hallazgo se explica porque el profesorado actúa como agente de autoridad pedagógica delegada, con frecuencia sin plena conciencia de estar transmitiendo normas implícitas, mientras el estudiantado incorpora un *habitus* profesional que no se limita a saberes técnicos, sino que incluye disposiciones sobre cómo relacionarse con la autoridad académica, cómo argumentar y cómo gestionar emocionalmente la crítica y el error.

La categoría de la tesis como organizador oculto de la experiencia formativa constituye una aportación específica de este estudio frente a la evidencia revisada, que se ha concentrado sobre todo en el pregrado y la residencia médica. Leída desde Apple (1979), esta centralidad evidencia cómo el programa, más allá de sus contenidos disciplinares declarados, naturaliza una distribución desigual de lo que cuenta como logro legítimo dentro de la comunidad educativa: aunque la maestría es profesionalizante, la elaboración del trabajo recepcional termina subordinando actividades, tiempos y relaciones académicas, en detrimento de otras competencias contempladas en el perfil de egreso. En términos de De Alba (1991), el currículo se revela así como una síntesis de elementos culturales en disputa, y no como un producto acabado; la disputa concreta que este estudio documenta es la que ocurre entre el propósito profesionalizante declarado y la práctica investigativa que, en los hechos, organiza la experiencia formativa.

Congruente con Hamui-Sutton *et al.* (2011), estos resultados confirman que no es el plan de estudios por sí solo, sino su articulación con el currículo oculto, lo que termina definiendo las competencias que el estudiantado realmente adquiere en la MPE. Asimismo, la categoría de gestión emocional, afrontamiento de la frustración y clima académico coincide con la advertencia de Maturana *et al.* (2021) sobre los efectos no siempre favorables del currículo informal y oculto cuando ocurre sin acompañamiento suficiente: puede fortalecer la resiliencia académica, pero también deteriorar la confianza cuando la corrección se vive como descalificación.

Finalmente, y en diálogo con MacNeil *et al.* (2022), los hallazgos matizan la idea de un estudiantado como receptor pasivo del currículo oculto. Las y los estudiantes de la MPE no sólo identifican tensiones entre discurso y práctica, relaciones de poder y contradicciones institucionales, sino que construyen activamente su identidad profesional al observar, cuestionar y en algunos casos defender posturas propias frente al profesorado, un tipo de agencia que, siguiendo a Kitto *et al.* (2025), probablemente

se ve favorecida por la relativa horizontalidad y el margen de diálogo que caracteriza a este nivel formativo frente al pregrado.

De estos hallazgos se derivan implicaciones prácticas concretas para el programa: explicitar los criterios de evaluación y las expectativas de autonomía que hoy permanecen implícitas; equilibrar la centralidad otorgada a la tesis con espacios formativos dedicados a las demás competencias profesionalizantes del perfil de egreso; continuar fortaleciendo la formación del profesorado en evaluación formativa y manejo de la seguridad psicológica en el aula; y abrir espacios institucionales de diálogo sobre autoridad académica, selección de saberes y reglas no escritas del programa.

El presente estudio debe interpretarse considerando sus límites: se desarrolló en un único programa de posgrado y recupera experiencias situadas de sus participantes, la información se basa en narrativas que pueden estar influidas por la posición de cada participante al interior del programa, por lo que debe ubicarse en ese contexto. Como se ha señalado, la evidencia empírica sobre currículo oculto en el posgrado académico sigue siendo escasa frente a la producción teórica y de revisión disponible. Con este estudio se busca contribuir a reducir ese vacío, y futuras investigaciones podrían incorporar observación directa de prácticas, análisis documental y comparación entre distintos programas de posgrado en ciencias de la salud.

Como reflexión final, lo más significativo del currículo oculto en la MPE no es que opere en silencio, sino que ese silencio puede naturalizar tanto prácticas formativas valiosas como contradicciones que requieren ser atendidas. Hacer visible este aprendizaje implica, en los términos que De Alba, Giroux, Bourdieu, Apple y Torres Santomé, nombrar y convertir al currículo oculto en objeto de deliberación colectiva; y abrir la posibilidad de una experiencia de posgrado en la que la autonomía no signifique abandono, la autoridad no excluya el diálogo, y la exigencia académica no comprometa el bienestar del estudiantado.

Referencias bibliográficas

- Apple, M. W. (1985). (Como se citó en Torres Santomé, J., 1991, *El currículo oculto*. Ediciones Morata.)
- Azmand, S., Ebrahimi, S., Iman, M., & Asemani, O. (2018). Learning professionalism through hidden curriculum: Iranian medical students' perspective. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 6(4), 175-183. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6117857/>
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.
- Bourdieu, P., y Passeron, J.-C. (1977). *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Laia.
- Brown, M. E. L., Coker, O., Heybourne, A., & Finn, G. M. (2020). Exploring the hidden curriculum's impact on medical students: Professionalism, identity formation and the need for transparency. *Medical Science Educator*, 30(3), 1107-1121. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01021-z>
- Centeno, A. M., & Grebe, M. de la P. (2021). El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las ciencias de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 10(38), 89-95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>
- De Alba, A. (1991). *Currículo: Crisis, mito y perspectivas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2011). *Manual de investigación cualitativa*. España: Gedisa.
- Flick, U. (2014). *El diseño de la investigación cualitativa*. Morata.
- Fortoul van der Goes, T., & Núñez-Fortoul, A. (2013). Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: El currículo oculto. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 119-121. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72701-4](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72701-4)
- Giroux, H. A. (1983). *Theory and resistance in education: A pedagogy for the opposition*. Bergin & Garvey.
- Giroux, H. A., y Penna, A. N. (1990). Educación social en el aula: La dinámica del currículo oculto. En: H. A. Giroux, *Los profesores como intelectuales: Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje* (pp. 65-86). Paidós.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>

- Hamui Sutton, A., Ponce de León, M. E., Varela Ruiz, M., & García Moreno, J. (2011). La técnica de grupos focales en la definición del perfil profesional del médico cirujano. *Atención Familiar*, 18(1), 4-9.
- Jackson, P. W. (1968). (Como se citó en Torres Santomé, J., 1991, *El currículo oculto*. Ediciones Morata.)
- Kitto, S., Fantaye, A. W., Liu, J., Lochnan, H., Hendry, P., Whiting, S., Wiesenfeld, L., & Cleland, J. (2025). Teaching excellence, the hidden curriculum and complexity: An international comparative case study of two medical schools. *Advances in Health Sciences Education*, 30, 1567-1598. <https://doi.org/10.1007/s10459-025-10411-0>
- Li, G. J., Sherwood, M., Bezjak, A., & Tsao, M. (2024). Assessing the hidden curriculum in medical education: A scoping review and residency program's reflection. *Canadian Medical Education Journal*, 15(5). <https://doi.org/10.36834/cmej.78841>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- MacNeil, K. A., Regehr, G., & Holmes, C. L. (2022). Contributing to the hidden curriculum: Exploring the role of residents and newly graduated physicians. *Advances in Health Sciences Education*, 27(1), 201-213. <https://doi.org/10.1007/s10459-021-10081-8>
- Maturana, A., Montenegro, C., Nahuelhual, P., Pérez, C., Pizarro, M., Riquelme, A., Rodríguez, C., Ronco, R., Rubio, A., & Valenzuela, A. (2021). La visión de los estudiantes de medicina sobre su profesión: Obstáculos para la transición a la perspectiva centrada en el paciente. *Educación Médica*, 22, 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.011>
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Jossey-Bass.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. ESF éditeur.
- Ortega, J., Fasce, E. H., Pérez, V. C., Bastías, N., Villanueva, H., Márquez, C., & Bustamante, C. (2014). Evaluación de componentes del currículo oculto en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1452-1457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100013>
- Stake, R. E. (2020 [1995]). *Investigación con estudio de casos*. (6ª ed.). Ediciones Morata. (Obra original publicada en 1995).

- Torres Santomé, J. (1991). *El currículo oculto*. Ediciones Morata.
- Universidad de Guadalajara. (2017). *Reglamento general de posgrado de la Universidad de Guadalajara*. (Aprobado por Dictamen núm. I/2004/184-Bis; última modificación por Dictamen núm. IV/2017/030). <https://www.udg.mx>
- . (2014). *Dictamen núm. I/2014/055. Supresión de la orientación en Psicología Educativa del programa académico de la Maestría en Psicología y creación del programa académico de la Maestría en Psicología Educativa*. Universidad de Guadalajara.
- . (2026). *Maestría en Psicología Educativa*. Oferta académica. <https://www.udg.mx/es/oferta-academica/maestria-en-psicologia-educativa>
- Witman, Y. (2014). Informal teaching in clinical settings: In between formal curriculum and hidden curriculum. En: F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (Eds.), *The hidden curriculum in health professional education* (pp. 97-107). Dartmouth College Press.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. (6^a ed.). Sage.

A modo de conclusiones

Este apartado es resultado de un seminario virtual realizado entre los autores y coautores que colaboraron en la obra que está en sus manos. Fue coordinado por la doctora Beatriz Verónica Panduro Espinoza y el maestro Leobardo Cuevas Álvarez, y en su elaboración se buscó integrar los conceptos convergentes expresados por los participantes y redactar los planteamientos de manera que la lectura resultara coherente, respetando las opiniones, posiciones y planteamientos surgidos del intercambio realizado durante el seminario.

Por ello, la autoría de este apartado corresponde al conjunto de participantes, y el registro discursivo conserva un tono más próximo a lo conversacional, en tanto es producto de lo expresado oralmente por los colaboradores a partir de cinco preguntas enviadas previamente. Es pertinente aclarar que lo aquí expuesto no corresponde a las conclusiones de cada capítulo, sino a las opiniones y posicionamientos vertidos exclusivamente en este seminario, sin que ello excluya que algunas de estas ideas puedan también reconocerse en los capítulos elaborados por los propios colaboradores.

El currículo oculto constituye una dimensión estructural, y no meramente incidental, de todo proceso educativo. A diferencia de concebirlo como un “ruido” marginal que ocasionalmente interfiere o coadyuva al

logro del perfil de egreso, el currículo oculto opera de manera constitutiva: transmite y produce contenidos, actitudes, valores y principios que rara vez se explicitan en el programa formal, pero que inciden de manera decisiva en la formación profesional. Reconocerlo como elemento estructural, y no como periférico, es condición indispensable para su gestión, pues sólo puede transformarse aquello que se visibiliza y se reconoce como parte constitutiva del proceso formativo. En consecuencia, el currículo oculto no debe entenderse como un fenómeno negativo en sí mismo, sino como una dimensión formativa que, según la manera en que se gestione, puede favorecer u obstaculizar el logro del perfil de egreso.

No obstante, el análisis y la intervención del currículo oculto implican un grado considerable de complejidad, en la medida en que éste se expresa de manera diferenciada en cada estudiante, en cada programa y en cada escenario áulico o clínico de aprendizaje. Una misma unidad de aprendizaje, impartida por cinco docentes distintos, genera en la práctica cinco currículos ocultos distintos. Esta variabilidad depende también del modelo educativo que subyace en cada programa: la hegemonía curricular funcionalista, por ejemplo, no incorpora consideraciones sobre el desarrollo curricular crítico, dejando fuera los saberes propios de grupos históricamente excluidos, mientras que los currículos simétricos y críticos surgen precisamente para resolver dicha exclusión, incorporando de manera explícita esos saberes en lugar de continuar ignorándolos. Un ejemplo de esta tensión se observa en el carácter patriarcal de buena parte de los currículos vigentes, frente al cual los grupos feministas han impulsado la incorporación de la visión y la experiencia de las mujeres en los distintos escenarios formativos.

Buena parte de esta variabilidad se explica porque el currículo oculto se produce mediante múltiples actores y mecanismos que operan de manera simultánea y no siempre consciente. El profesorado, inmerso en su propio *habitus* profesional, transmite con frecuencia y de manera involuntaria un conjunto de actitudes, valores, comportamientos y aspiraciones que no siempre se articulan explícitamente con las es-

trategias didácticas formalmente diseñadas; esta condición no debe interpretarse como una omisión atribuible al desempeño individual del docente, sino como un mecanismo de socialización profesional que opera de forma estructural en cualquier proceso de formación. A esta dinámica se suman la cultura organizacional de la institución, los comités curriculares, los organismos acreditadores y, en un nivel más amplio, el Estado y las autoridades educativas y sanitarias. A este entramado se añade la infraestructura institucional, que funciona como un verdadero lenguaje de poder: un laboratorio bien equipado, frente a otro que apenas cuenta con lo indispensable, comunica —sin necesidad de explicitarlo— jerarquías entre disciplinas e incluso entre profesiones de un mismo campo, como ocurre en el área de la salud.

Es precisamente en el ámbito clínico donde el currículo oculto se manifiesta con mayor nitidez, pues es allí donde el estudiantado observa de manera sostenida cómo se conducen sus docentes, cómo tratan a los pacientes y cómo se comunican con ellos, sin que ese aprendizaje esté planeado, plasmado o evaluado en ningún programa. En algunos casos, por ejemplo, el estudiante puede constatar que, aunque el programa formal declare la necesidad de humanizar el trato, en la práctica cotidiana pueden observarse formas de atención heterogéneas entre distintos docentes clínicos, no siempre congruentes con lo declarado.

Esta brecha entre lo declarado y lo efectivamente vivido no es anecdótica: la identidad profesional —la de los médicos, por ejemplo— no se construye únicamente a partir de lo que enuncia el currículo formal, sino, de manera decisiva, a partir de lo que se observa, se tolera, se silencia y se reproduce en la vida institucional. De ahí que se normalicen jerarquías que dan lugar a manifestaciones no deseables, como la violencia simbólica y horizontal, los estereotipos de género y las tensiones entre especialidades y subespecialidades, agravadas por una cultura institucional de la inmediatez y por una transparencia institucional insuficiente. Estas dinámicas no se circunscriben al aula: atraviesan también las estancias en los campos clínicos, como el internado y la residencia médica.

Un fenómeno particularmente relevante dentro de este proceso de socialización es la relación entre pares, la cual tiende a naturalizarse de forma poco crítica: el estudiantado aprende a interpretar los códigos institucionales no tanto para cuestionarlos, sino para transitar su trayectoria formativa con el menor número de obstáculos posible. Esta lectura, más estratégica que crítica, constituye en sí misma un efecto del currículo oculto y representa uno de los argumentos centrales para no dejar su gestión librada al azar.

Un ejemplo concreto de esta brecha, identificado en el estudio de caso de este trabajo, se observa en estudiantes de posgrado: aunque no está explicitado en el programa, existe un eje no declarado, pero claramente percibido por el estudiantado, según el cual la formación se centra en la tesis, en detrimento de otros saberes y competencias profesionales igualmente o incluso más relevantes para el ejercicio profesional. Este hallazgo empírico ilustra, en un contexto distinto al hospitalario, el mismo fenómeno estructural descrito anteriormente: el currículo real, es decir, lo que efectivamente se premia, se evalúa y se promueve, no coincide con el currículo declarado. Cabe apuntar, además, que la percepción del estudiantado sobre este proceso suele diferir de la de los propios docentes, lo que evidencia la necesidad de contrastar sistemáticamente las experiencias de ambos actores dentro del proceso educativo.

En este sentido, el currículo no se define sólo a partir de planes, programas y contenidos: se construye también mediante relaciones de poder y reglas institucionales, entre ellas las acreditaciones, las reglas de los campos clínicos y quirúrgicos, las jerarquías hospitalarias y la disponibilidad de recursos. El currículo oculto puede entenderse, así, como un ejercicio de poder que legitima ciertos conocimientos y prácticas y desautoriza otros. Por ello, su estudio no interesa únicamente porque difiera del currículo formal, sino porque lo que realmente aprende el estudiante ocurre en la práctica cotidiana: en cómo se toman las decisiones, quién ostenta la autoridad, qué comportamientos se premian, qué conocimientos se consideran válidos y qué formas de actuar se normalizan.

Frente a este panorama, el reto no consiste en eliminar el currículo oculto —tarea, además, imposible de realizar— sino en integrarlo y visibilizarlo, de modo que oriente su desarrollo en la misma dirección que el currículo formal y contribuya al proceso de formación explícitamente deseado. Esto exige, en primer lugar, una autorreflexión docente genuina sobre lo que efectivamente se enseña, más allá de lo descrito en el programa; ello implica, asimismo, que el profesorado ejerza una reflexión crítica sobre su propia identidad profesional y sobre el papel formativo que desempeña en el acto de enseñar. El docente cumple aquí una función mediadora insustituible, que también puede describirse como de curaduría y moderación del proceso formativo: debe fomentar la reflexión crítica como parte del aprendizaje profesional, promover relaciones basadas en la ética y el respeto, y construir ambientes colaborativos que contrarresten las prácticas autoritarias. Ninguna de estas tareas admite fórmulas universales: no existe un programa de formación docente que atienda por igual las necesidades de todas las instituciones, pues cada una posee condiciones y una cultura propias que deben considerarse. Por ello mismo, se requiere una renovación curricular flexible y abierta que involucre tanto a docentes como a estudiantes, y que permita el análisis y la convergencia entre lo formal y lo oculto; todo ello demanda, en última instancia, una disposición institucional colectiva para asumir las transformaciones culturales y tecnológicas que estos procesos exigen.

Visibilizar el currículo oculto como objeto deliberado de análisis y mejora reporta beneficios en al menos tres planos. En el plano instrumental e institucional, permite normar mejor los diseños curriculares, explicitar lo que hasta ahora se ha dado por sobreentendido, y detectar cómo los sistemas de evaluación y acreditación educativa, de organización hospitalaria y de los campos de práctica clínica influyen en la conducta de docentes y estudiantes más allá del plan formal de estudios. En el plano de la formación profesional, contribuye a construir una identidad profesional menos idealizada y más aterrizada, y mejora la coherencia entre lo que se declara enseñar y lo que realmente se aprende. En el plano

ético y clínico, la visibilización de las prácticas jerárquicas o autoritarias favorece la seguridad y el trato humanizado hacia el paciente, la empatía y procesos de supervisión clínica más sólidos.

La red de actores que inciden en el poder curricular incluye a docentes, estudiantes, comités curriculares, autoridades educativas, autoridades sanitarias, el Estado y otros actores adicionales. En este sentido, la pregunta que debe orientar cualquier esfuerzo futuro no es sólo cómo hacer visible el currículo oculto, sino cómo lograrlo sin reducirlo a un conjunto de indicadores meramente administrativos. Queda como agenda pendiente, en particular, profundizar en los mecanismos de reproducción entre pares y a través del *habitus* docente, así como desarrollar formas diferenciadas de evaluación del currículo oculto capaces de captar tanto sus manifestaciones institucionales como las experiencias particulares de cada actor educativo.

En conjunto, puede concluirse que el currículo oculto constituye una dimensión estructural y multicausal de la formación profesional —presente simultáneamente en el aula, la institución y el sistema—, cuya gestión no admite fórmulas universales, sino estrategias situadas en cada contexto institucional. Su tratamiento exige, además, distinguir entre las manifestaciones que deben corregirse, como las violencias y jerarquías irregularmente normalizadas, y aquellas que deben simplemente hacerse conscientes y dirigirse en favor de la formación ética y profesional.

De esta manera, el propósito de formar con pertinencia y congruencia a los profesionales de la salud —vinculado con la investigación educativa y con la mejora del cuidado de la salud— implica consolidar al currículo oculto como un objeto legítimo y permanente de análisis institucional, no como una amenaza que deba controlarse ni como un dato que deba únicamente medirse, sino como una dimensión formativa orientada al desarrollo de valores profesionales impostergables, como la responsabilidad social. Ello ha de sostenerse en un mapa integrado de actores, en una postura teórica consistente sobre su naturaleza estructural, y en la articulación explícita entre el marco teórico y lo que efectivamente ocurre en los espacios formativos y de ejercicio profesional.

Directorio de autores*



Gerardo Aguilera Rodríguez

Licenciatura en Psicología por la Universidad de Guadalajara, Maestría en Ciencias del Comportamiento con orientación en Neurociencias, y Doctorado en Psicología. Profesor de tiempo completo en el Departamento de Neurociencias del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Cuenta con Perfil Prodep y se desempeña como coordinador de Servicios Académicos del CUCS. Su labor académica se centra en la docencia, la investigación y la gestión universitaria.

Correo electrónico: gerardo.aguilera@cucs.udg.mx



Francisco Cadena Santos

Doctorado en Enfermería por la Universidad de Alicante, España; Posdoctorado por The Graduate Center del City University of New York (CUNY), Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestría en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Presidente de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE).

Profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Cuenta con Perfil deseable Prodep vigente y es integrante del SNII nivel I (SNII-I). Revisor de artículos en

* El Directorio de autores está elaborado por orden alfabético, atendiendo a la letra del primer apellido del autor.

revistas indizadas. Cuenta con publicaciones de libros, capítulos y artículos indizados en las áreas de adicciones, salud mental y educación.

Correo electrónico: fcadena@docentes.uat.edu.mx



René Cristóbal Crócker Sagastume

Médico pediatra, egresado de la Universidad de San Carlos de Guatemala; Maestría en Investigación en Ciencias de la Educación en el Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara; Doctorado en Investigación Educativa Aplicada por el Instituto de Investigación y Docencia para el Magisterio de la Secretaría de Educación de Jalisco.

Profesor-investigador titular C en el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública desde hace 45 años; actualmente coordinador del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Cuerpo Académico de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina y coordinador del Capítulo México de la Red Internacional de Prácticas y Liderazgo Educativo. Miembro del SNII, nivel II.

Correo electrónico: recricrosa_7@hotmail.com



Luis Daniel Cruz García

Médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, campus Xalapa. Maestría en Salud Pública egresó del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Experiencia profesional. Servicios de Salud de Veracruz – hoy IMSS Bienestar, con más de 26 años de servicio en diferentes áreas de la administración pública, con experiencia en evaluación de planes y programas de estudio de las carreras del área de ciencias de la salud en CIFCRHISEV, en el estado de Veracruz. Par evaluador de COMAEM. Docente en la Universidad Anáhuac Xalapa.

Correo electrónico: danielcg134@gmail.com



Leobardo Cuevas Álvarez

Psicólogo de formación, Especialidad en Planeación de la Educación Superior y Maestría en Gerontología Social por la Universidad de Guadalajara. Participante en la creación de la Red Universitaria que hoy conforma la Universidad de Guadalajara. Como jefe de Planeación coordinó la primera reestructuración curricular en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (1997-2000) de la Universidad de Guadalajara. Fue jefe de Departamento, coordinador de Vinculación y participante en los Comités Técnicos para la evaluación y reestructuración curricular de los periodos 2010 a 2012 y 2022-2024 del mismo Centro Universitario. Fundador del Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud (IIRHS) y de la Red Colaborativa de Recursos Humanos en Salud (RedCorhus S. C.). Organizador de múltiples reuniones nacionales en temas de recursos humanos en salud. Autor y colaborador de más de una treintena de trabajos entre libros y artículos relacionados con la evaluación, el diseño y la reestructuración curricular en el ámbito de la educación superior.

Correo electrónico: iirhs2015@gmail.com



Cristina Viridiana Cuevas Ramírez

Licenciatura en Psicología, Maestría en Educación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Investigadora en el Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud (IIRHS), docente en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, adscrita al Departamento de Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales. Durante casi 15 años la docencia la he ejercido en el programa de la Licenciatura en Psicología.

Correo electrónico: cristina.cuevas@academicos.udg.mx



Netzahualpilli Delgado Figueroa

Médico cirujano y partero, médico especialista en Pediatría y egresado de la Maestría en Desarrollo y Dirección de la Innovación por la Universidad de Guadalajara, con formación en innovación en salud por el MIT y en fortalecimiento del ecosistema de innovación por la Universidad de Harvard y la Universidad de Guadalajara. Se ha desempeñado como director de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Jalisco, investigador nivel I del SNII, coordinador del Hub de Latinoamérica y el Caribe de The Global Health Network de la Universidad de Oxford y director de Cochrane México. Además, es profesor investigador del CUGDL y presidente de la Academia de Medicina e Investigación Clínica del CUCS. Reconocido por el Senado de la República por innovación gubernamental pública mediante el proyecto Registro Estatal de Investigación (REI) en el año 2026.

Correo electrónico: netzahualpilli.delgado@academicos.udg.mx



Claudia Valeria Díaz Rizo

Licenciatura en Nutrición, Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas; realizó un posdoctorado en el programa de Doctorado en Farmacología. Profesora titular e investigadora de tiempo completo con Perfil Prodep, adscrita al Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológicas e Instrumentales (DDFMI) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Desde 2024 se desempeña como directora del Instituto de Investigación de Recursos Humanos en Salud (IIRHS), del CUCS, Universidad de Guadalajara. Es miembro del comité editorial de la revista *MILEEES*, del DDFMI. Miembro del SNII, nivel 1.

Correo electrónico: valeria.dr@academicos.udg.mx



David Elicerio Conchas

Licenciatura en Psicología, Maestría en Gestión y Políticas de la Educación Superior, y Doctorado en Gestión de la Educación Superior por la Universidad de Guadalajara. Profesor de tiempo completo con Perfil Prodep, miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores y coordinador de Planeación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Ha desempeñado cargos en formación docente y coordinación académica de programas nacionales en vinculación con la Secretaría de Educación Pública y la Universidad de Guadalajara. Ha sido autor y coautor de diversos artículos, libros y capítulos de libro.

Correo electrónico: elicerio.conchas@cucs.udg.mx



Ramón Ignacio Esperón Hernández

Médico cirujano y Maestría en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Yucatán. Doctorado en Investigación Educativa con distinción *Cum Laude* por la Universidad de Granada. Maestría en Gestión y Emprendimiento de Proyectos.

Egresado del International Dean Leadership Development Program de la Asociación de Facultades de Medicina de Canadá.

Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Vocal titular del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica. Profesor titular de Medicina. Autor de más de 60 publicaciones científicas y beneficiario de múltiples reconocimientos a nivel nacional e internacional. Actualmente, coordinador general del Sistema de Licenciatura de la Universidad Autónoma de Yucatán. Pertenecer al SNII nivel I.

Correo electrónico: ramonesperon@gmail.com



Juan Francisco Flores Bravo

Licenciatura en Psicología y Maestría en Psicología Educativa por la Universidad de Guadalajara. Académico en el Departamento de Psicología Aplicada y coordinador de Innovación Educativa y Calidad del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Cuenta con Perfil Prodep y es miembro del Cuerpo Académico UDG-CA-1178 “Educación, equidad y calidad de vida”.

Sus líneas de investigación se centran en educación, educación especial, altas capacidades, creatividad e innovación educativa.

Correo electrónico: francisco.flores@academico.udg.mx



Laura Alicia García Perales

Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León y Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, donde actualmente se desempeña como coordinadora del Laboratorio de Quirófano.

Cuenta con Perfil deseable Prodep vigente y es integrante del SNII nivel Candidato (SNII-C). Sus líneas de investigación se enfocan en salud mental, adicciones y conductas de riesgo en diferentes poblaciones. Ha participado en proyectos de investigación nacionales e internacionales, así como en la formación de recursos humanos mediante la asesoría de tesis de licenciatura. Es autora y coautora de publicaciones científicas en revistas indexadas y participa en actividades académicas relacionadas con la investigación y la enfermería.

Correo electrónico: lagarcia@docentes.uat.edu.mx



Eduardo Gómez Sánchez

Médico especialista en Ortopedia y Traumatología, Maestría en Ciencias Médicas con orientación en Cirugía y en Dirección y Gestión de Centros Educativos. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores, nivel I. A partir de 2025 se desempeña como rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Es autor y coautor de diversas publicaciones científicas y promotor de la cultura de la paz, la inclusión y los derechos humanos.

Correo electrónico: eduardo.gomez@cucs.udg.mx



Juan Ramón Gómez Sandoval

Cirujano dentista y doctor en Farmacología por la Universidad de Guadalajara. Profesor de tiempo en el Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Adscrito al Instituto de Investigación en Odontología (IIO). Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) nivel I por la SECIHTI. Miembro del Cuerpo Académico UDG-CA-1025 “Periodoncia e implantes”. Es revisor de revistas científicas arbitradas, miembro de la Sociedad Nacional de Investigadores en Odontología y de la Comisión Científica del Colegio de Odontólogos Universitarios de Jalisco. Ha participado como autor y coautor de artículos científicos, capítulos de libro y como director y sinodal de tesis de licenciatura y posgrado.

Correo electrónico: juan.ramongom@academicos.udg.mx



José López Loya

Doctorado en Ciencias de la Educación, con Postdoctorado en Teoría y Filosofía de la Ciencia, por la Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Ciencias y Humanidades. Pertenece al SNII por SECIHTI. Docente-investigador en la Facultad de Enfermería y Nutrición y en la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas de la UACH. Miembro del Colegio de Doctores en Ciencia “Ariel”, Asociación Civil. Docente en programas de posgrado: Maestría en Formación e Innovación para Profesionales de la Salud de la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas de la UACH. Autor del libro *Perspectivas de teoría y metodología de la ciencia* y coautor de capítulos de libros. Diversos artículos sobre educación y humanidades. Pertenece al SNII nivel I.

Correo electrónico: jlopezl@uach.mx



Martha Dalila Méndez Ruiz

Doctorado y Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente es profesora de tiempo completo y jefa de Investigación y Posgrado, donde coordina el programa de Maestría en Enfermería en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Coordinadora del Grupo de Estudiantes de Enfermería Contra las Adicciones (GREECA) de Nuevo Laredo y responsable de Educación Continua en el Colegio Fronterizo de Profesionales de Enfermería A. C. Cuenta con Perfil Prodep, Certificación de Enfermera Docente (COMCE) y es investigadora nacional nivel I del SNII. Cuenta con más de 50 publicaciones entre libros, capítulos y artículos indizados en las áreas de adicciones, salud mental y educación.

Correo electrónico: mdmendez@docentes.uat.edu.mx



Beatriz Verónica Panduro Espinoza

Médico pediatra por la Universidad de Guadalajara (UdG), Maestría en Desarrollo Humano por el ITESO y Doctorado en Investigación Educativa Aplicada por el ISIDM. Cuenta con Perfil Prodep, miembro del SNII, nivel I. Profesora de tiempo completo (PTC) en el Depto. de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil y miembro del Cuerpo Académico UDG-CA-1178 “Educación, equidad y calidad de vida” del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la UdG. Asimismo, es miembro de la Academia Nacional de Educación Médica. Su trayectoria se ha centrado en la gestión educativa, el diseño curricular, la formación docente, la educación de profesionales de la salud y la investigación educativa. Ha coordinado y acompañado más de 50 procesos de diseño, evaluación y reestructuración curricular, e impulsó y participó en la creación de la Maestría en Educación en Ciencias de la Salud del CUCS. Ha sido autora y coautora de artículos, libros y capítulos de libro, así como directora de tesis de posgrado. Actualmente se desempeña como secretaria Académica del CUCS, Universidad de Guadalajara.

Correo electrónico: beatriz.panduro@cucs.udg.mx



Haydeé Parra Acosta

Doctorado en Ciencias de la Educación con Posdoctorado en Teoría de la Ciencia. Candidata a doctor en Salud Pública. Docente de tiempo completo titular C coordinadora de la Maestría en Formación e Innovación para Profesionales de la Salud y de Investigación Educativa en la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas. Ha dirigido 50 tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Ha publicado 35 artículos en revistas indexadas y arbitradas. Es autora y coautora de 10 libros, coordinadora de ocho libros y autora de 18 capítulos de libro. Perteneció al SNII en el nivel 1.

Correo electrónico: hparra@uach.mx



Héctor Raúl Pérez Gómez

Médico cirujano y partero, especialista en Infectología; Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas por la Universidad de Guadalajara. Su trayectoria es de más de 30 años en la atención médica, la docencia, la investigación y la gestión pública en salud. Profesor-investigador titular en el Instituto de Patología Infecciosa y Experimental del CUCS; rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara y director general del OPD Hospital Civil de Guadalajara. Es autor de más de 150 publicaciones científicas, conferencista en más de 250 eventos nacionales e internacionales y director de más de 35 tesis. Actualmente, secretario de Salud del estado de Jalisco, impulsando políticas públicas orientadas a la calidad, la seguridad del paciente y el fortalecimiento del sistema estatal de salud.

Correo electrónico: hector.perez@jalisco.gob.mx



María de los Dolores Valadez Sierra

Psicóloga con Maestría en Psicología Educativa y Doctorado en Psicología de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Profesora-investigadora titular C de tiempo completo en el CUCS, con Perfil Prodep y miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I desde 2014. Actualmente coordina la Maestría en Psicología Educativa y lidera programas e investigaciones sobre altas capacidades y doble excepcionalidad. Es delegada mexicana en organismos internacionales sobre talento y neurodiversidad, autora de múltiples publicaciones científicas y fundadora de la revista *Talincrea*.

Correo electrónico: dolores.valadez@academicos.udg.mx



Francisco Domingo Vázquez Martínez

Licenciatura en Medicina, Maestría en Educación Médica y Doctorado en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Investigador titular C en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (UV); responsable del Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos; profesor invitado de la Maestría en Educación en Ciencias de la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Miembro del SNII (nivel 1) y de la Academia Nacional de Educación Médica.

Correo electrónico: dvazquez@uv.mx



Eduardo Vázquez Valls

Médico cirujano y partero, especialista en Patología Clínica, Maestría en Ciencias Biomédicas y Doctorado en Ciencias de la Salud. Desde 2019 se desempeña como director General de Educación, Investigación y Calidad en Salud de la Secretaría de Salud Jalisco. Ha ocupado cargos directivos en educación e investigación en salud en el IMSS, incluyendo la UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente y en la Dirección Regional Occidente. En la Universidad de Guadalajara ha sido profesor e investigador titular y director del Instituto de Patología Infecciosa y Experimental “Dr. Francisco Ruiz Sánchez”. Su trayectoria ha sido en gestión académica, investigación médica, formación de recursos humanos en salud e innovación sanitaria y SNII II.

Correo electrónico: eduardovazquezvalls@gmail.com



Miguel Ángel Villegas Pantoja

Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posdoctorado por la City University of New York, Graduate Center. Actualmente es coordinador de carrera y profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Integrante del Grupo Institucional del Programa Educativo de Enfermería para la actualización curricular durante 2025-2026. Fundador y líder del Cuerpo Académico UAT-CA-208 “Salud mental y fenómenos asociados”, e investigador nacional nivel I del SNII desde 2015. Además de revisor en distintas revistas de circulación nacional e internacional, cuenta con más de 50 publicaciones entre libros, capítulos y artículos indizados en las áreas de adicciones, salud mental y educación.

Correo electrónico: mapantoja@docentes.uat.edu.mx

Currículo para la formación profesional en salud
Entre lo formal y lo oculto

Se terminó de imprimir en agosto de 2026
en los talleres de Ediciones de la Noche.

Madero #687, Zona Centro
44100, Guadalajara, Jalisco, México.

El tiraje fue de 500 ejemplares.

www.edicionesdelanoche.com



La presente obra parte del principio de que, para comprender el currículo en salud, es necesario mirar simultáneamente sus dos caras: la oficial declarada en planes de estudio, mapas curriculares y programas de unidades de aprendizaje, y la subterránea, que circula en las prácticas cotidianas de enseñanza, aprendizaje, gestión institucional, evaluación curricular y modos de dirección institucional.

Esta dualidad no es accidental ni menor; constituye el eje alrededor del cual se construye la identidad profesional de médicos, profesionales de la enfermería, nutriólogos, psicólogos, odontólogos, terapeutas respiratorios, podólogos, profesionales de la educación física y todos aquellos que desde diversas profesiones se forman para la recuperación, la preservación, la rehabilitación y el mantenimiento de la condición de salud de los individuos, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto.

La reflexión que hacen los 23 autores provenientes de la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Chihuahua, la Universidad Autónoma de Tamaulipas, la Universidad Autónoma de Yucatán, la Universidad Veracruzana, el Sistema de Servicios de Salud de Jalisco y del IMSS-Bienestar de Xalapa, Veracruz, inspira la necesidad de reflexionar y hacer un alto en los procesos de diseño y evaluación curricular, de preguntarse como se están formando los futuros profesionales de la salud y de si la congruencia entre lo planeado y lo ejecutado es sostenible hoy por hoy en las instituciones formadoras de profesionales de la salud.

Leer su contenido invita a docentes y directivos, tanto del mundo educativo como del de la prestación de servicios, a reflexionar si el tipo de profesional que se está formando es el que se requiere para resolver de manera pertinente, las necesidades de salud de la población bajo las actuales condiciones y escenarios donde abunda la información, rebasa la tecnología, pero falta humanismo, reflexión y autorreflexión crítica de la actuación profesional en salud.

La invitación es a transitar este camino, con espíritu crítico y esperanza transformadora. Porque reconocer lo oculto en el currículo no es un ejercicio de denuncia estéril, sino el primer paso para construir una educación en salud mas consciente, mas humana, mas responsable y mas transparente.



UNIVERSIDAD DE
GUADALAJARA

