



El currículo oculto en la formación de residentes: impacto en el profesionalismo, el clima educativo y la seguridad del paciente

The hidden curriculum in resident training: impact on professionalism, educational climate and patient safety

José Luis Ramírez Arias,* Federico Rodríguez Weber,† Germán Fajardo Dolci§

Citar como: Ramírez AJL, Rodríguez WF, Fajardo DG. El currículo oculto en la formación de residentes: impacto en el profesionalismo, el clima educativo y la seguridad del paciente. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 483-486. <https://dx.doi.org/10.35366/123524>

Resumen

El currículo oculto constituye una dimensión decisiva en la educación médica de postgrado. Aunque no forma parte explícita del plan de estudios, se transmite cotidianamente mediante normas implícitas, modelos de conducta, jerarquías, prácticas institucionales y formas de relación entre profesores, residentes, personal de salud, pacientes y familiares. En la residencia médica, este currículo puede favorecer el profesionalismo, la identidad profesional, la empatía, la colaboración interprofesional y la seguridad del paciente; sin embargo, también puede reproducir conductas de acoso, abuso jerárquico, normalización del maltrato, *burnout* y deterioro del clima educativo. La evidencia reciente destaca que el currículo oculto debe ser reconocido, evaluado y gestionado de manera deliberada por las instituciones formadoras. Este artículo analiza, a partir de un caso ilustrativo, la influencia del currículo oculto en la conducta de los residentes, su relación con el profesionalismo y la atención médica hospitalaria, y propone estrategias institucionales para promover ambientes clínicos seguros, respetuosos, humanistas y académicamente rigurosos.

Palabras clave: currículo oculto, residencia médica, profesionalismo, acoso, *burnout*, clima educativo, seguridad del paciente.

Abstract

The hidden curriculum is a decisive dimension of postgraduate medical education. Although it is not explicitly included in formal curricula, it is transmitted through implicit norms, role modeling, hierarchies, institutional practices, and everyday interactions among faculty members, residents, health care personnel, patients, and families. In residency training, the hidden curriculum may foster professionalism, professional identity formation, empathy, interprofessional collaboration, and patient safety. Conversely, it may also reproduce harassment, hierarchical abuse, normalization of mistreatment, burnout, and deterioration of the clinical learning environment. Recent evidence emphasizes that the hidden curriculum must be deliberately recognized, assessed, and managed by educational institutions. Based on an illustrative case, this article analyzes the influence of the hidden curriculum on residents' behavior, its relationship with professionalism and hospital care, and proposes institutional strategies to promote safe, respectful, humanistic, and academically rigorous clinical learning environments.

Keywords: hidden curriculum, medical residency, professionalism, harassment, burnout, clinical learning environment, patient safety.

* Director Médico, Hospital Angeles Pedregal. México.
ORCID: 0000-0002-0179-3247

† Jefe de Pregrado y Postgrado de la Dirección de Enseñanza e Investigación del Hospital Angeles Health System. México.
ORCID: 0000-0001-5680-4743

§ Exdirector de la Facultad de Medicina (FACMED) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.
ORCID: 0000-0001-6773-7582

Correspondencia:

Dr. José Luis Ramírez Arias
Correo electrónico: jramirez.arias@saludageles.mx

Dr. Federico Rodríguez Weber
Correo electrónico: federicorodriguez@saludangeles.mx

Dr. Germán Fajardo Dolci
Correo electrónico: fajardo.german@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La formación de especialistas no depende únicamente del currículum formal, integrado por objetivos, contenidos, competencias, rotaciones, evaluaciones y actividades académicas. En los hospitales y centros docentes existen también un conjunto de mensajes implícitos que los residentes aprenden mediante la observación, la convivencia cotidiana y la respuesta institucional ante determinadas conductas. A este conjunto de normas no escritas, valores tácitos y prácticas culturales se le denomina currículum oculto. Su importancia radica en que pueden reforzar los principios del profesionalismo médico o, por el contrario, contradecirlos de manera silenciosa.

La evidencia actual reconoce que el currículum oculto influye en la formación de la identidad profesional, en la adquisición de habilidades de comunicación, en la relación con los pacientes y en la manera en que los médicos en formación interpretan la autoridad, la responsabilidad y el trabajo en equipo. Revisiones recientes han documentado efectos positivos, como el desarrollo de profesionalismo, competencia cultural y juicio moral, así como efectos negativos, entre ellos estrés, inequidades, aprendizaje de prácticas no éticas y desgaste profesional.^{1,2} Por ello, las instituciones de salud que forman residentes deben considerar el currículum oculto como un componente estratégico de la calidad educativa y la seguridad del paciente.

CASO ILUSTRATIVO

En un hospital de alta especialidad, con infraestructura moderna, equipamiento avanzado, profesores acreditados y vinculación con instituciones universitarias, un residente de alto rendimiento académico fue designado jefe de residentes. Durante los primeros años de la especialidad había mostrado puntualidad, productividad científica, cumplimiento clínico y adecuada participación en rotaciones, sesiones y exámenes. Su nombramiento se sustentó en méritos académicos y en la evaluación realizada por el Comité de Educación Médica.

Meses después, la mayoría de los residentes presentaron una queja formal por conductas de maltrato, trato denigrante, lenguaje ofensivo, abuso de autoridad e imposición de sanciones no autorizadas, como guardias extraordinarias o impedimento para asistir a actividades académicas. La queja fue acompañada de testimonios, mensajes electrónicos y grabaciones. Tras el análisis institucional, se confirmó la existencia de conducta inapropiada y abuso jerárquico. Las autoridades amonestaron al residente, documentaron el caso en su expediente y lo relevaron de la jefatura.

El caso ilustra una tensión frecuente en la educación médica: el desempeño cognitivo o técnico no garantiza por sí mismo el desarrollo pleno de las competencias profesionales. Un médico puede aprobar exámenes, publicar artículos o dominar procedimientos y, al mismo tiempo, presentar deficiencias relevantes en comunicación, liderazgo, autorregulación emocional, respeto interpersonal y comprensión ética de la autoridad. En la residencia, estas dimensiones son tan importantes como la competencia clínica, porque inciden directamente en el clima educativo, la seguridad del equipo y la calidad de la atención.

CURRÍCULO FORMAL Y CURRÍCULO OCULTO

La educación médica de postgrado se organiza alrededor del currículum formal: un plan explícito de competencias, contenidos, actividades asistenciales, rotaciones, supervisión, evaluación y certificación. Este currículum establece lo que la institución declara enseñar. Sin embargo, el residente aprende también de aquello que observa: cómo se tratan los profesionales entre sí, cómo se ejerce la autoridad, cómo se resuelven los conflictos, cómo se habla de los pacientes y qué conductas son sancionadas, toleradas o premiadas.

El currículum oculto, por tanto, no es marginal. Opera como una pedagogía de la cultura institucional. Puede alinear la conducta cotidiana con los valores formales — respeto, integridad, compasión, responsabilidad y trabajo en equipo— o puede generar mensajes contradictorios, por ejemplo, cuando se enseña humanismo en el aula pero se normaliza el maltrato en la práctica clínica. Esta discordancia erosiona la credibilidad educativa y afecta la formación moral del residente.¹⁻⁴

En términos analíticos, el currículum oculto se construye en dos planos. El primero corresponde a la historia personal del residente: su educación familiar, sus valores, sus experiencias previas, sus habilidades socioemocionales y los modelos de autoridad que ha interiorizado. El segundo corresponde al ambiente clínico donde se forma: la organización del trabajo, los estilos de supervisión, las jerarquías, la cultura de seguridad, la carga asistencial, las guardias, la disponibilidad de apoyo y la manera en que la institución responde ante conflictos o abusos.

Ambos planos interactúan. Por ello, no basta con atribuir las conductas problemáticas a rasgos individuales. Las instituciones también moldean el comportamiento mediante incentivos, silencios, omisiones, modelos de liderazgo y mecanismos de supervisión. Un sistema que tolera la humillación o el abuso transmite, aunque no lo declare, que esas conductas son aceptables y forman parte del aprendizaje clínico.

DIMENSIÓN POSITIVA DEL CURRÍCULO OCULTO

Cuando el currículo oculto es positivo, el hospital se convierte en una comunidad moral de aprendizaje. Los residentes observan profesores que escuchan, explican, corrigen sin humillar, reconocen límites, aceptan errores, piden ayuda y tratan con dignidad a pacientes, familiares y colegas. Estos modelos promueven profesionalismo, prudencia clínica, responsabilidad compartida y compromiso con la seguridad del paciente.

La mentoría, la supervisión cercana, la retroalimentación formativa y el liderazgo clínico respetuoso permiten que el residente integre conocimientos, habilidades técnicas y valores profesionales. La literatura reciente subraya que las estrategias para transformar el currículo oculto incluyen visibilizarlo, discutirlo explícitamente, alinear los mensajes institucionales con el currículo formal, fortalecer el modelaje docente y establecer políticas administrativas coherentes.^{2,4}

CURRÍCULO OCULTO NEGATIVO, ACOSO Y ABUSO JERÁRQUICO

El currículo oculto negativo se expresa cuando el residente aprende que la jerarquía justifica el maltrato, que la autoridad puede ejercerse mediante temor, que la fatiga extrema es una prueba de valor profesional o que denunciar abusos genera represalias. Estas creencias deterioran la convivencia, inhiben la comunicación, reducen la confianza y pueden comprometer la seguridad del paciente.

El acoso en la residencia puede manifestarse como insultos, humillaciones, amenazas, exclusión, ridiculización, asignación injustificada de tareas, imposición de castigos no autorizados, presión psicológica o uso de medios digitales para intimidar. También puede adoptar formas de acoso laboral, escolar, jerárquico o sexual. Su gravedad no depende únicamente de la intención del agresor, sino del efecto que produce en la dignidad, la seguridad psicológica y el desempeño de la persona afectada.

Estudios recientes muestran que el *bullying* en la formación médica se asocia con *burnout*, insatisfacción laboral, afectación de la salud mental y mayor riesgo de eventos adversos. En residentes, la calidad de la relación con el médico supervisor puede moderar parcialmente la relación entre *bullying* y *burnout*, lo que confirma el papel central del profesor como modelo profesional y protector del ambiente educativo.⁵

Desde una perspectiva institucional, el acoso no debe entenderse como un conflicto interpersonal aislado, sino como una falla del sistema educativo cuando existen señales previas, ausencia de supervisión, mecanismos de denuncia ineficaces o tolerancia a la violencia simbólica. La

cultura de silencio protege al agresor, descuida a la víctima y envía a la comunidad el mensaje de que el maltrato es compatible con la excelencia académica.

BURNOUT, BIENESTAR Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

El *burnout* es un síndrome relacionado con el trabajo, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de logro profesional. En residentes, se vincula con cargas laborales elevadas, exigencias asistenciales, privación del sueño, presión académica, falta de apoyo, escasa autonomía, conflictos jerárquicos y ambientes de aprendizaje inseguros. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que los riesgos psicosociales en el personal de salud incluyen presión de tiempo, falta de control, largas jornadas, trabajo por turnos, falta de apoyo y daño moral, factores que pueden incrementar el estrés, el *burnout*, la fatiga y los errores en la atención.⁶

La investigación reciente en residentes confirma la relevancia del problema. Un estudio publicado en 2024 encontró una prevalencia de *burnout* de 46.3%, asociada a condiciones de trabajo, determinantes psiquiátricos y errores médicos.⁷ Otros estudios han explorado intervenciones organizacionales, como modificaciones en los esquemas de rotación, que pueden producir agotamiento emocional y despersonalización.⁸ Estos hallazgos sugieren que el bienestar del residente no es un asunto meramente individual, sino una responsabilidad compartida entre programas, profesores e instituciones.

El vínculo entre clima educativo, bienestar y seguridad del paciente es directo. Un residente agotado, intimidado o desmotivado puede comunicar menos, pedir ayuda tarde, cometer errores, evitar la colaboración o mostrar pérdida de empatía. Por el contrario, un entorno respetuoso y psicológicamente seguro favorece el aprendizaje, la supervisión oportuna, la notificación de incidentes, la corrección de errores y la atención centrada en la persona.

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las instituciones formadoras deben asumir que el currículo oculto puede gestionarse. Para ello se requiere liderazgo explícito, congruencia entre discurso y práctica, y mecanismos formales de evaluación del ambiente clínico. Las recomendaciones internacionales sobre ambientes clínicos de aprendizaje enfatizan la responsabilidad de las organizaciones de salud en promover la seguridad del paciente, el bienestar, el profesionalismo, la comunicación efectiva y la supervisión adecuada.⁹

Entre las acciones prioritarias se encuentran: selección de residentes que considere competencias socioemocionales; formación docente en mentoría, retroalimentación y liderazgo respetuoso; canales confidenciales y seguros de denuncia; comités imparciales para el análisis de casos; protección contra represalias; evaluación periódica del clima educativo; políticas de cero tolerancia al acoso; programas de bienestar; revisión de cargas laborales, y reconocimiento institucional de los profesores que modelan profesionalismo. Estas medidas deben acompañarse de seguimiento, indicadores y consecuencias claras ante conductas contrarias a la ética profesional.

CONCLUSIONES

El currículo oculto es una fuerza educativa poderosa en la residencia médica. Puede formar médicos íntegros, compasivos, competentes y comprometidos con la seguridad del paciente, o puede reproducir abuso, indiferencia, fatiga moral y pérdida de profesionalismo. La diferencia depende, en gran medida, de la cultura institucional, del ejemplo de los profesores y de la capacidad de los hospitales para reconocer y corregir las prácticas que contradicen sus propios valores.

La excelencia académica no debe medirse sólo por resultados cognitivos, productividad científica o destreza técnica. También debe evaluarse por la forma en que se ejerce la autoridad, se trata a los pacientes, se acompaña al residente vulnerable, se resuelven los conflictos y se protege la dignidad de todos los integrantes del equipo de salud. Hacer visible el currículo oculto es, por tanto, una obligación ética, educativa e institucional.

REFERENCIAS

1. Parra LS, Hernández REH, Niño CD, Jaimes PCL, Romero TAE. Effects of the hidden curriculum in medical education: scoping review. *JMIR Med Educ.* 2025; 11: e68481. doi: 10.2196/68481.
2. Ullah H, Huma S, Tahir N et al. Effects of hidden curriculum on medical education and strategies to reshape hidden curriculum as a curriculum promotor: a systematic review. *Adv Med Educ Pract.* 2025; 16: 2087-2098. doi: 10.2147/AMEPS561248.
3. Li GJ, Sherwood M, Bezjak A, Tsao M. Assessing the hidden curriculum in medical education: a scoping review and residency program's reflection. *Can Med Educ J.* 2024; 15 (5): 113-124. doi: 10.36834/cmej.78841.
4. Guraya SS, Kearney GP, Doyle F, Sadeq A, Bensaaud A, Clarke E et al. "Busting the hidden curriculum": a realist and innovative perspective to foster professional behaviors. *Front Med (Lausanne).* 2024; 11: 1484058. doi: 10.3389/fmed.2024.1484058.
5. Terry DL, Moza K. The mediating role of attending rapport on bullying and medical trainee burnout. *PRiMER.* 2024; 8: 30. doi: 10.22454/PRiMER.2024.840270.
6. World Health Organization. *Psycho-social risks and mental health.* Geneva: World Health Organization; 2024.
7. Surawattanasakul V, Siviroj P, Kiratipaisarl W. Resident physician burnout and association with working conditions, psychiatric determinants, and medical errors: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2024; 19 (10): e0312839. doi: 10.1371/journal.pone.0312839.
8. Heppe D, Baduashvili A, Limes JE, et al. Resident burnout, wellness, professional development, and engagement before and after new training schedule implementation. *JAMA Netw Open.* 2024; 7 (2): e240037. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.0037.
9. CLE Pathways International Working Group. *International Clinical Learning Environment Pathways to Excellence: expectations to achieve safe and high-quality patient care.* Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education International; 2025. doi: 10.35425/ACGME.0011.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx