

La ética profesional en Medicina: fundamentos, amenazas y formación basada en evidencia

Paola Britos^{1,2}, Alcides Chaux^{1,3}

¹ ChauxLab Institute, Asunción, Paraguay.

² Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay.

³ Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: El profesionalismo médico constituye la base del contrato social entre la medicina y la sociedad, porque vincula competencia técnica, integridad moral, responsabilidad pública y priorización del bienestar del paciente. **Desarrollo:** La evidencia reciente muestra que el profesionalismo puede analizarse como una competencia observable y evaluable, pero también como una práctica vulnerable a amenazas contemporáneas, entre ellas el burnout, los conflictos de interés, la fragmentación del cuidado, la presión organizacional y las tensiones éticas propias de la atención digital y del final de la vida. **Implicancias:** Estos hallazgos sostienen la necesidad de fortalecer una formación longitudinal, reflexiva e institucionalmente respaldada, con mentoría, evaluación programática y ambientes clínicos coherentes con los valores que se buscan enseñar. **Conclusiones:** En la educación médica y en la práctica clínica, el profesionalismo debe abordarse como una capacidad dinámica que requiere vigilancia, modelado explícito y políticas formativas que permitan sostener la confianza pública y la calidad de la atención.

Palabras clave: profesionalismo médico, ética médica, educación médica, conflicto de interés, burnout, toma de decisiones compartida

INTRODUCCIÓN

El profesionalismo médico ha emergido en la literatura científica reciente no simplemente como un conjunto de normas deontológicas heredadas de la tradición hipocrática, sino como un constructo multifacético, dinámico y esencial para la viabilidad de la medicina moderna. Este constructo trasciende la mera adhesión a códigos de conducta; representa la base del contrato social implícito entre la medicina y la sociedad. En este intercambio, la sociedad otorga a la profesión médica autonomía, prestigio y el privilegio de la autorregulación, a cambio de la garantía de que sus miembros serán competentes, moralmente íntegros y antepondrán el altruismo al lucro personal.

En su núcleo, el profesionalismo médico contemporáneo exige que los médicos prioricen los intereses del paciente sobre el beneficio propio, mantengan altos estándares de competencia técnica y humana, y provean conocimiento experto a la sociedad para mejorar la salud pública (1). Este compromiso se ha formalizado en documentos fundamentales como el Physician Charter, que establece tres principios primarios: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social (2).

La dimensión ética es, por tanto, inseparable de este concepto. Sin embargo, la investigación contemporánea subraya que el profesionalismo no es un rasgo de carácter innato o estático. Su aplicación es heterogénea entre especialidades y se encuentra modelada por

subculturas disciplinares, entornos formativos y experiencias acumuladas durante la educación médica formal e informal (3-5).

En el complejo entorno sanitario actual, caracterizado por presiones comerciales, burocráticas y tecnológicas, el profesionalismo actúa como un resguardo de la integridad de la relación médico-paciente. Por ello, la integración explícita y rigurosa de la ética en la formación médica constituye una necesidad crítica para sostener una identidad profesional resiliente y clínicamente pertinente (6).

DIMENSIONES Y MEDICIÓN DEL PROFESIONALISMO

Lejos de ser un ideal intangible, el profesionalismo médico puede abordarse como un comportamiento observable y una competencia mensurable. En la última década, la educación médica ha transitado desde valoraciones predominantemente subjetivas hacia estrategias de evaluación empírica y multifacética, apoyadas en instrumentos validados que desagregan el profesionalismo en dimensiones concretas.

Entre las herramientas más difundidas se encuentra la Jefferson Scale of Physician Empathy, validada en distintos contextos culturales para valorar dimensiones cognitivas y afectivas de la empatía clínica (7,8). Otras escalas, como la Medical Students' Safety Attitudes and Professionalism Survey, permiten explorar la percepción estudiantil sobre cultura de seguridad y currículo oculto (9). También se han desarrollado instrumentos específicos para medir integridad, responsabilidad, respeto y adhesión a principios éticos, con adecuada consistencia interna y validez de constructo (10,11).

La literatura reciente sugiere que ningún instrumento aislado capta por sí solo la complejidad del profesionalismo. Por ello, se propone una evaluación programática, longitudinal y multimétodo, que complemente la valoración docente con autoevaluación, evaluación por pares y análisis de trayectorias formativas. Este enfoque permite identificar patrones de conducta y oportunidades de retroalimentación más útiles que la respuesta punitiva frente a incidentes aislados.

AMENAZAS BASADAS EN EVIDENCIA AL PROFESIONALISMO MÉDICO

Pese a su centralidad, el profesionalismo médico enfrenta amenazas significativas en la práctica contemporánea. La evidencia empírica revela vulnerabilidades individuales y sistémicas que erosionan la conducta ética y convierten la teoría profesional en un desafío cotidiano.

Los lapsos en el comportamiento profesional no son eventos excepcionales. En estudiantes de medicina y residentes se han comunicado prevalencias preocupantes, con manifestaciones que van desde impuntualidad y falta de responsabilidad hasta conductas irrespetuosas o fallas de integridad académica y clínica (12-14). Sus causas son multifactoriales. A nivel individual, se han descrito asociaciones entre experiencias adversas tempranas y mayor vulnerabilidad frente al estrés formativo (12). A nivel sistémico, la fatiga, los entornos de aprendizaje poco protectores y el modelo negativo dentro del currículo oculto comprometen la reflexión ética y favorecen la normalización de conductas inadecuadas (15-17).

El burnout representa otra amenaza mayor. No se trata solo de cansancio, sino de un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En particular, la despersonalización erosiona la empatía clínica al transformar al paciente en una fuente de carga más que en un sujeto de cuidado. La evidencia disponible vincula niveles más altos de burnout con atención subóptima, mayor frecuencia de errores médicos autodeclarados y deterioro global de la calidad asistencial (18-21). En este marco, el bienestar del profesional deja de ser un asunto privado y se reconoce como condición para sostener la competencia ética.

Los conflictos de interés, financieros y no financieros, constituyen una amenaza adicional al juicio clínico independiente. La interacción con la industria farmacéutica se ha asociado con cambios en la prescripción, mayor uso de medicamentos de marca y sesgos sutiles mediados por mecanismos de reciprocidad inconsciente (22,23). Además, los conflictos de interés pueden sesgar la construcción de guías clínicas y afectar la integridad de la investigación biomédica, con repercusiones sanitarias amplias (24-26).

DILEMAS FUNDAMENTALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El profesionalismo médico se ejerce en la práctica diaria, donde los principios éticos abstractos deben traducirse en decisiones concretas. En este plano, la confidencialidad, la toma de decisiones compartida y la divulgación del error ocupan un lugar central.

La expansión de los registros electrónicos de salud ha transformado el manejo de la confidencialidad. Aunque los riesgos externos de ciberseguridad son relevantes, la literatura señala como amenaza frecuente el acceso inapropiado a la información por parte del propio personal de salud (27). A ello se suman problemas vinculados con interoperabilidad, comprensión real del consentimiento para compartir datos y percepciones insuficientes de seguridad del sistema, que pueden comprometer la calidad del registro y la continuidad del cuidado (28,29).

En paralelo, el consentimiento informado ha evolucionado hacia el paradigma de la toma de decisiones compartida. Este modelo supera la lógica burocrática de informar para firmar y propone un proceso deliberativo bidireccional en el que el profesional aporta conocimiento técnico y el paciente incorpora sus valores, preferencias y contexto vital (30). La evidencia respalda este enfoque porque mejora la comprensión del paciente, reduce el conflicto decisional y favorece elecciones más consistentes con sus prioridades (31,32).

La divulgación de errores médicos sigue siendo un imperativo ético cuya implementación es todavía deficiente. El temor a litigios, al descrédito profesional y la falta de entrenamiento dificultan una comunicación adecuada del error (33,34). En este contexto, el reconocimiento del fenómeno de la “segunda víctima” y la adopción de culturas institucionales justas pueden favorecer el reporte, el aprendizaje organizacional y la seguridad del paciente (35,36).

NUEVAS FRONTERAS Y CONTEXTOS ESPECÍFICOS

Los cambios tecnológicos, epidemiológicos y sociales obligan a reinterpretar el profesionalismo en escenarios emergentes. La telemedicina, la distribución desigual de recursos y las decisiones al final de la vida ilustran con claridad esta exigencia de adaptación.

La telemedicina, acelerada por la pandemia, plantea dilemas vinculados con privacidad, calidad diagnóstica y continuidad del cuidado. Además del riesgo técnico, la atención fragmentada en múltiples plataformas puede debilitar la responsabilidad longitudinal y exacerbar inequidades derivadas de la brecha digital (37,38).

En contextos de recursos limitados, la justicia distributiva se expresa en decisiones cotidianas de racionamiento. Los profesionales pueden enfrentar angustia moral cuando deben decidir sobre acceso a camas, procedimientos o medicamentos sin contar con criterios institucionales claros y transparentes (39,40). En ese escenario, el profesionalismo también exige abogar por mecanismos de asignación más equitativos y culturalmente pertinentes (41).

Las decisiones al final de la vida añaden complejidad por la interacción entre autonomía individual, expectativas familiares y marcos normativos a menudo incompletos. En muchos contextos latinoamericanos persiste una fuerte centralidad de la familia en la toma de decisiones, lo que obliga al clínico a equilibrar sensibilidad cultural, veracidad y autodeterminación del paciente (42,43).

FORMACIÓN DEL PROFESIONALISMO

La formación en profesionalismo debe ser intencional, longitudinal y basada en evidencia. Las estrategias efectivas incluyen cursos sostenidos a lo largo de la carrera, educación interprofesional, aprendizaje reflexivo guiado, mentoría, aprendizaje-servicio y simulación de escenarios clínicos complejos (44-49).

La evidencia sugiere que las intervenciones aisladas tienen menos impacto que los trayectos formativos continuos. La reflexión ética resulta más fértil cuando está acompañada por docentes y mentores capaces de traducir experiencias clínicas en aprendizaje profesional, en lugar de reforzar cinismo o resignación. Del mismo modo, la mentoría estructurada y el modelado explícito de roles siguen siendo esenciales, porque ningún currículo formal compensa por sí solo los mensajes del currículo oculto (45-47).

Las instituciones formadoras tienen, por tanto, una responsabilidad que excede la transmisión de contenidos. Deben construir ambientes clínicos y académicos

coherentes con los valores que pretenden enseñar, invertir en formación docente y sostener mecanismos de evaluación y apoyo que permitan cultivar identidad profesional de manera consistente.

DISCUSIÓN

La revisión de la evidencia confirma que el profesionalismo médico no puede reducirse a una lista de virtudes abstractas ni a un código normativo aislado. Se trata de una competencia dinámica, observable y profundamente condicionada por el entorno en el que se aprende y se ejerce. Esta comprensión resulta especialmente relevante para las escuelas de medicina y los servicios de salud que buscan sostener la confianza pública en un contexto marcado por creciente complejidad clínica, tecnológica e institucional.

La literatura analizada muestra una doble exigencia. Por un lado, es necesario medir y enseñar el profesionalismo con mayor rigor, integrándolo de manera longitudinal al currículo y vinculándolo con experiencias clínicas reales. Por otro, deben atenderse las amenazas estructurales que lo deterioran, como el burnout, la sobrecarga organizacional, los conflictos de interés, la fragmentación del cuidado y la debilidad de los ambientes formativos. Sin reformas institucionales, la enseñanza explícita de la ética corre el riesgo de verse contradicha por el currículo oculto.

Para la comunidad académica y sanitaria paraguaya, este panorama tiene implicancias directas. No basta con insistir en principios deontológicos; hace falta consolidar entornos de formación y práctica donde la ética clínica, la transparencia, la reflexión y el acompañamiento docente sean componentes permanentes de la cultura institucional. En esa línea, el profesionalismo debe entenderse como una capacidad que requiere vigilancia, apoyo y evaluación continua, porque de ella dependen tanto la calidad del cuidado como la legitimidad social de la profesión médica.

REFERENCIAS

1. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
2. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
3. Feitosa ES, Brilhante AVM, Cunha SM, Sá RB, Nunes RR, Carneiro MA, et al. Professionalism in the training of medical specialists: an integrative literature review. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1 Suppl 1):692-699. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180178.ing>
4. Reimer D, Russell R, Khallouq BB, Kauffman C, Hernandez C, Cendán J, et al. Pre-clerkship medical students' perceptions of medical professionalism. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1676-9>
5. Yadav H, Jegasothy R, Ramakrishnappa S, Mohanraj J, Senan P. Unethical behavior and professionalism among medical students in a private medical university in Malaysia. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):218. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1662-2>
6. Passi V, Doug M, Peile E, Thistlethwaite J, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *Int J Med Educ*. 2010;1:19-29. <https://doi.org/10.5116/ijme.4bda.ca2a>
7. Paro HBMS, Daud-Gallotti RM, Tibério IC, Pinto RMC, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Med Educ*. 2012;12:73. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-73>
8. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano ICB, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016;7:149-153. <https://doi.org/10.5116/ijme.5704.e3d6>
9. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ. Assessing medical students' perceptions of patient safety: the medical student safety attitudes and professionalism survey. *Acad Med*. 2014;89(2):343-351. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000102>
10. Noreen K, Zuberi RW, Aftab K, Fatima S. Assessment of medical professionalism: development and psychometric analysis of Professionalism Assessment Tool in Pakistani context using Delphi techniques. *Pak J Med Sci*. 2023;39(2):330-337. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.2.6534>
11. Yavari N, Asghari F, Shahvari Z, Nedjat S, Larijani B. Developing a comprehensive tool to assess professional attitude among physicians and medical students. *J Med Ethics Hist Med*. 2021;14:27.
12. Sciolla AF, Wilkes MS, Griffin EJ. Adverse childhood experiences in medical students: implications for wellness. *Acad Psychiatry*. 2019;43(4):369-374. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01003-0>

13. Williams BW, Welindt D, Hafferty FW, Stumps A, Flanders P, Williams MV. Adverse childhood experiences in trainees and physicians with professionalism lapses: implications for medical education and remediation. *Acad Med.* 2021;96(5):736-743. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003870>
14. Mak-van der Vossen M, van Mook W, van der Burgt S, Kors J, Ket JCF, Croiset G, et al. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorisation. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):164. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0987-x>
15. Harris JD, Staheli G, LeClere L, Andersone D, McCormick F. What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety? A systematic review. *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473(5):1600-1608. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3848-0>
16. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ.* 2014;14:139. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-139>
17. Mustika R, Soemantri D. Unveiling the hurdles in cultivating humanistic physicians in the clinical setting: an exploratory study. *Malays J Med Sci.* 2020;27(3):117-124. <https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.3.12>
18. Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ.* 2013;13:2. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-2>
19. Trockel M, Bohman B, Lesure E, Hamidi MS, Welle D, Roberts L, et al. A brief instrument to assess both burnout and professional fulfillment in physicians: reliability and validity, including correlation with self-reported medical errors, in a sample of resident and practicing physicians. *Acad Psychiatry.* 2018;42(1):11-24. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0849-3>
20. Rebegea L, Tarlungianu C, Anghel R, Firescu D, Corobcean N, Gales L. Burnout risk evaluation in medical oncology-radiotherapy personnel. *Proc Eur Conf Psychiatry Ment Health Galatia.* 2023. <https://doi.org/10.35630/2022/12/psy.ro.5>
21. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med.* 2013;11(5):412-420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
22. Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L, Kahale LA, Nas H, El-Jardali F, et al. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(4):e0175493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175493>
23. Modi PK, Wang Y, Kirk PS, Dupree JM, Singer EA, Chang SL. The receipt of industry payments is associated with prescribing promoted alpha-blockers and overactive bladder medications. *Urology.* 2018;117:50-56. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.03.007>
24. Nejtgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Le M, et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. *BMJ.* 2020;371:m4234. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4234>
25. Perlis RH, Perlis CS. Physician payments from industry are associated with greater Medicare Part D prescribing costs. *PLoS One.* 2016;11(5):e0155474. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155474>
26. Spithoff S, Leece P, Sullivan F, Persaud N, Belesiotis P, Steiner L. Drivers of the opioid crisis: an appraisal of financial conflicts of interest in clinical practice guideline panels at the peak of opioid prescribing. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227045>
27. Almaghrabi NS, Bugis BA. Patient confidentiality of electronic health records: a recent review of the Saudi literature. *Dr Sulaiman Al Habib Med J.* 2022;4(3):126-135. <https://doi.org/10.2991/dsahmj.k.220531.001>
28. Budiyantri RT, Herlambang PM, Fuad A, Kusumastuti W. Integration of electronic medical record and SATUSEHAT's platform: patient's legal protection perspective. *Int J Health Lit Sci.* 2023;1(2):1-8.
29. Qashqari AA, Almutairi DS, Ennaceur SA, Farhah NS, Almohaithef MA. Healthcare professionals' perceptions of electronic medical record privacy and its impact on work quality in Riyadh hospitals. *Saudi Med J.* 2025;46(3):299-306. <https://doi.org/10.15537/smj.2025.46.3.20240915>
30. James JT. Abandon informed consent in favor of probability-based, shared decision-making following the wishes of a reasonable person. *J Patient Exp.* 2022;9:23743735221106599. <https://doi.org/10.1177/23743735221106599>
31. Politi MC, Kuzemchak MD, Kaphingst KA, Perkins H, Liu J, Byrne MM. Decision aids can support cancer clinical trials decisions: results of a randomized trial. *Oncologist.* 2016;21(12):1461-1470. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0120>
32. Frosch DL, May SG, Rendle KAS, Tietbohl C, Elwyn G. Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled "difficult" among key obstacles to

- shared decision making. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(5):1030-1038. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0576>
33. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ, Marcuse EK, et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(2):179-185. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.2.179>
34. Sukumaran S. Physician challenges in medical error disclosure: a case study in undergraduate medical student education. *Glob Bioeth Enq*. 2017;5(1):35.
35. Borz-Baba C, Johnson M, Gopal V. Designing a curriculum for the disclosure of medical errors: a requirement for a positive patient safety culture. *Cureus*. 2020;12(2):e6931. <https://doi.org/10.7759/cureus.6931>
36. Lazzara EH, Salisbury M, Hughes AM, Rogers JE, King HB, Salas E. The morbidity and mortality conference: opportunities for enhancing patient safety. *J Patient Saf*. 2022;18(1):e275-e281. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000803>
37. Haimi M, Wheeler SQ. Safety in teletriage by nurses and physicians in the United States and Israel: narrative review and qualitative study. *JMIR Hum Factors*. 2024;11:e50676. <https://doi.org/10.2196/50676>
38. Zafra-Tanaka JH, Najarro L, Tenorio-Mucha J, Lazo-Porras M, Bartra D, Bazán G, et al. COVID-19's impact on type 1 diabetes management: a mixed-methods study exploring the Peruvian experience. *Int J Health Plann Manage*. 2022;37 Suppl 1:S129-S143. <https://doi.org/10.1002/hpm.3418>
39. Asante A, Price J, Hayen A, Jan S, Wiseman V. Equity in health care financing in low- and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152866>
40. Diaconu K, Chen YF, Cummins C, Jimenez Moyao G, Manaseki-Holland S, Lilford R. Methods for medical device and equipment procurement and prioritization within low- and middle-income countries: findings of a systematic literature review. *Glob Health*. 2017;13(1):59. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0280-2>
41. Cheng SPS, Heo K, Joos E, Vervoort D, Joharifard S. Barriers to accessing congenital heart surgery in low- and middle-income countries: a systematic review. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*. 2024;15(1):94-103. <https://doi.org/10.1177/21501351231200161>
42. Luna-Meza A, Godoy-Casasbuenas N, Calvache JA, Díaz-Amado E, Gempeler Rueda FE, Morales O, et al. Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer: a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00748-6>
43. Abarshi EA, Papavasiliou ES, Preston N, Brown J, Payne S, EURO IMPACT. The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(5):915-925.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011>
44. Byszewski A, Gill JS, Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience. *BMC Med Educ*. 2015;15:204. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0489-z>
45. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models--medical students' perceptions of professionalism. *BMC Med Educ*. 2012;12:115. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-115>
46. Gauffberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med*. 2010;85(11):1709-1716. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f57899>
47. Izadabadi F, Amini M, Kiani M. Implementation and evaluation of extracurricular theme for undergraduate basic sciences medical courses at Shiraz Medical School. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1):98. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1024_20
48. AlKhater SA. Perception of Saudi undergraduate students towards professionalism in medicine. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2021;21(3):378-385. <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.027>
49. Ghobain MA, Alghamdi A, Arab A, Alaem N, Aldress T, Ruhyiem M. Patients' perceptions towards the participation of medical students in their care. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016;16(2):e224-e229. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.02.012>