

Artículo Original

Profesionalismo médico en especialidades clínicas y quirúrgicas: un análisis en médicos latinoamericanos

Medical professionalism in clinical and surgical specialties: an analysis of Latin American physicians

Alberto Guevara Tirado¹ 

Raúl Emilio Real Delor² 

¹Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, 1° Cátedra de Clínica Médica. San Lorenzo, Paraguay.

Editor responsable: Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz . Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional- Hospital Nacional, Departamento de Docencia e Investigación. Itauguá, Paraguay.

Revisor 1: Carlos Rios-González . Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay.

Revisor 2: Julio Torales . Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Grupo de Investigación sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, Psicopatología y Neurociencias, San Lorenzo, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: el profesionalismo es crucial en la práctica médica y puede variar según la especialidad. Factores como el comportamiento ético y el compromiso con la formación continua influyen en el desempeño profesional.

Autor de Correspondencia: Alberto Guevara Tirado. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. Correo electrónico: albertoguevara1986@gmail.com

Artículo recibido: 16 de enero de 2025. **Artículo aprobado:** 23 de mayo de 2025.

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](#), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Guevara Tirado A, Real Delor RE. Profesionalismo médico en especialidades clínicas y quirúrgicas: un análisis en médicos latinoamericanos Rev. Nac. (Itauguá). 2025;17:e1700113.

Objetivo: identificar comportamientos asociados al profesionalismo que diferencien a médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Metodología: se evaluaron 424 médicos de Perú, Paraguay y Cuba, clasificados en áreas clínicas (n = 296) y quirúrgicas (n = 128). Se aplicó el método CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) con 43 indicadores y 7 dimensiones para identificar factores predictores del profesionalismo.

Resultados: el análisis CHAID mostró diferencias significativas entre especialidades. La variable más influyente fue “salgo a escondidas del hospital mientras estaba de servicio” ($p < 0,001$), con mayor representación de médicos que nunca realizaron esta práctica en áreas clínicas (77,70 %) frente a quirúrgicas (22,30 %) y medias de 1,13 versus 1,31, respectivamente. La variable “desatiendo la formación continua” ($p = 0,002$) evidenció que los médicos que no descuidaron su formación pertenecían mayoritariamente a áreas clínicas (71,90 %) con media de 1,14, mientras que aquellos que sí lo hicieron alcanzaron un 88.8 % (quirúrgicas: 11.2 %) con media de 1,28. En las dimensiones “deshonestidad y práctica insegura” y “conducta irresponsable e incapacidades”, los médicos con comportamientos negativos tuvieron medias más altas (1,36 y 1,29) que aquellos sin estas prácticas (1,13 y 1,10).

Conclusiones: el análisis CHAID reveló diferencias clave en el profesionalismo médico según la especialidad, asociando la ausencia de conductas negativas y el compromiso con la formación continua a mayores niveles de profesionalismo, especialmente en áreas clínicas.

Palabras clave: profesionalismo; ética médica; educación médica continua; especialización; árboles de decisión

ABSTRACT

Introduction: professionalism is crucial in medical practice and can vary by specialty. Factors such as ethical behavior and commitment to continuing education influence professional performance.

Objective: to identify behaviors associated with professionalism that differentiate clinical and surgical specialist physicians.

Methodology: 424 physicians from Peru, Paraguay, and Cuba were evaluated and classified into clinical (n = 296) and surgical (n = 128) specialties. The CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) method was applied with 43 indicators and 7 dimensions to identify predictors of professionalism.

Results: the CHAID analysis showed significant differences between specialties. The most influential variable was “I sneak out of the hospital while on duty” ($p < 0.001$), with a higher representation of clinical specialist physicians who never did this (77.70 %) compared to surgical specialists (22.30 %), with means of 1.13 versus 1.31, respectively. The variable “neglecting continuing education” ($p = 0.002$) showed that more clinical specialist physicians did not neglect their training (71.90%) with a mean of 1.14, while those who did so reached 88.8 % (surgical: 11.2 %) with a mean of 1.28. In the dimensions “dishonesty and unsafe practice” and “irresponsible conduct and disabilities”, physicians with negative behaviors had higher means (1.36 and 1.29) than those without these practices (1.13 and 1.10).

Conclusions: the CHAID analysis revealed key differences in medical professionalism by specialty, associating the absence of negative behaviors and commitment to continuing education with higher levels of professionalism, especially in clinical specialist physicians.

Keywords: professionalism; ethics, medical; education, medical, continuing; specialization; decision trees.

INTRODUCCION

El profesionalismo médico es un concepto clave en la medicina contemporánea, ya que no solo asegura la calidad de la atención, sino también la confianza entre los profesionales de la salud y los pacientes ⁽¹⁾. Este constructo ha sido definido como un compromiso con los principios de altruismo, excelencia, integridad, respeto y responsabilidad social ⁽²⁾. Abarca el cumplimiento de altos estándares éticos, el ejercicio responsable de las funciones médicas y la constante actualización de conocimientos y habilidades ⁽³⁾. Sin embargo, el profesionalismo no puede entenderse únicamente desde una dimensión técnica o normativa: su naturaleza es multidimensional, incluyendo aspectos cognitivos (conocimiento médico), afectivos (empatía y respeto), comportamentales (responsabilidad, honestidad), y contextuales (relación con el sistema de salud y la sociedad) ⁽⁴⁾.

Diversos organismos internacionales, como el *ABIM Foundation*, el *Royal College of Physicians* y la *American Board of Pediatrics*, han elaborado marcos conceptuales que resaltan la importancia del profesionalismo como una competencia central a lo largo de la formación médica y la práctica clínica^(5,6,7). En este sentido, el profesionalismo también implica una ética relacional, donde la toma de decisiones clínicas se orienta por principios de justicia, transparencia y compromiso con el bienestar del paciente⁽⁸⁾.

A pesar de su centralidad, existen variaciones en el nivel de profesionalismo demostrado por los médicos, las cuales pueden depender de múltiples factores, como el tipo de especialidad, la formación académica, las condiciones laborales y las presiones inherentes al ejercicio profesional⁽⁹⁾. Reconocer estas diferencias resulta esencial para diseñar estrategias educativas y organizacionales que promuevan un profesionalismo contextualizado y sostenible.

Las especialidades médicas pueden tener características particulares que influyen en el comportamiento de los profesionales. Por ejemplo, los médicos de áreas clínicas pueden enfrentarse a desafíos distintos a los de las especialidades quirúrgicas, como una mayor carga emocional debido al trato constante con pacientes crónicos o terminales⁽¹⁰⁾, mientras que los cirujanos pueden estar más expuestos a la presión de los procedimientos y el riesgo quirúrgico⁽¹¹⁾. Estos factores podrían influir en la forma en que los médicos manejan situaciones éticas o comprometen su profesionalismo, lo que hace que sea relevante explorar cómo se comportan los profesionales de distintas especialidades en relación con una serie de conductas éticas y profesionales.

Por ello, el objetivo de esta investigación fue identificar comportamientos asociados al profesionalismo entre médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Este estudio analiza la relación entre el profesionalismo médico y el tipo de especialidad (clínica o quirúrgica), enfocándose en conductas éticamente cuestionables como el trato abusivo, el uso indebido de inteligencia artificial, el ocultamiento de errores médicos, la falta de formación continua y la manipulación de datos. Utilizando un enfoque cuantitativo con análisis CHAID, se identifican patrones de comportamiento y diferencias significativas entre especialidades. Los hallazgos buscan orientar intervenciones que promuevan la ética, mejoren la práctica profesional y fortalezcan la confianza del paciente.

Sin embargo, para comprender plenamente estas conductas, es necesario considerar que el profesionalismo médico no solo depende de las competencias individuales, sino también del contexto institucional, cultural y generacional en el que se desarrolla la práctica. Diferencias en los entornos hospitalarios, las normas culturales de cada país o región, así como en las generaciones de médicos formados bajo distintos paradigmas educativos, pueden influir en cómo se perciben y manifiestan las conductas profesionales. Por ello, el presente estudio considera dichas dimensiones contextuales en su análisis, buscando una aproximación más situada del fenómeno.

METODOLOGÍA

Diseño y población

Se aplicó un diseño observacional, descriptivo, de corte transversal y correlacional con una muestra de 424 médicos residentes y de planta de hospitales en Paraguay, Perú y Cuba, que laboraron entre julio y octubre de 2024. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, e incluyó a los participantes que aceptaron el consentimiento informado, excluyendo a aquellos con cuestionarios incompletos. Si bien esta estrategia de muestreo puede limitar la generalización de los resultados, fue adecuada para explorar preliminarmente las diferencias entre contextos nacionales, institucionales y generacionales en torno al profesionalismo médico, garantizando la heterogeneidad necesaria para el análisis.

De los 424 médicos, 296 (69,8 %) pertenecían a áreas clínicas y 128 (30,2 %) a áreas quirúrgicas. El cuestionario utilizado estuvo basado en la herramienta de Kwon HJ *et al*⁽¹²⁾, siendo validado por 5 expertos, y tras una prueba piloto con 30 participantes, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88, lo que demostró alta consistencia interna. El cuestionario final se administró de forma digital mediante *Google Forms*TM y se distribuyó a través de investigadores asociados en los hospitales participantes. El tamaño de la muestra fue calculado con el *software* EpiDat 3.1TM y se determinó que, con un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %, se requerían al menos 384 participantes, cifra que fue superada en este estudio.

Variables y mediciones

Las variables evaluadas incluyeron características sociodemográficas como edad, sexo, país de residencia y tipo de especialidad médica (clínica o quirúrgica). El profesionalismo médico se midió

utilizando un cuestionario basado en la herramienta de Kwon HJ *et al*⁽¹²⁾. modificada, compuesto por 43 indicadores (preguntas) organizadas en 7 dimensiones representativas del profesionalismo: deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente (9 preguntas), conflictos de interés (4 preguntas), mala conducta en investigación y publicación (9 preguntas), conducta irresponsable e incapacidades del médico (7 preguntas), falta de respeto a los profesionales de la salud (4 preguntas), falta de respeto a los pacientes y violación de la confidencialidad (4 preguntas) y conductas inapropiadas en la sociedad moderna (6 preguntas). Las respuestas se codificaron en una escala tipo Likert: 1 = Nunca lo he hecho, 2 = Lo hice algunas veces, 3 = Lo hago a menudo y 4 = Lo hago siempre. El puntaje total osciló entre 43 y 172 puntos, donde valores menores reflejan un mayor profesionalismo. Los 43 indicadores fueron dicotomizados en sí (1="Nunca lo he hecho") y no (2="Lo hice algunas veces, 3 = Lo hago a menudo y 4 = Lo hago siempre).

Asimismo, las dimensiones evaluadas fueron: "Deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente" que incluyó comportamientos que comprometen la integridad y seguridad del paciente, tales como la ocultación de errores médicos o la recomendación de tratamientos innecesarios.

"Conflictos de interés" se centró en las influencias externas que podrían afectar las decisiones clínicas, como las compensaciones económicas de la industria farmacéutica. "Mala conducta en investigación y publicación" abordó prácticas científicas poco éticas, como la manipulación de resultados o la inclusión de autores sin contribución significativa. "Conducta irresponsable e incapacidades del médico" se centró en comportamientos como la falta de puntualidad, la desatención de la formación continua, y la incapacidad para manejar situaciones profesionales difíciles, aspectos que reflejan un compromiso deficiente con la profesión. "Falta de respeto a los profesionales de la salud" y "Falta de respeto a los pacientes y violación de la confidencialidad" trataron las interacciones interpersonales dentro del entorno profesional, evaluando actitudes abusivas hacia colegas y violaciones de la privacidad de los pacientes. "Conductas en la sociedad moderna" abordó el comportamiento de los médicos en su vida social, incluidas las redes sociales y otros aspectos que pudieran afectar su imagen profesional.

Análisis estadístico

Las variables del estudio se analizaron mediante estadísticas descriptivas, presentando las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes, y dicotomizando las preguntas en dos categorías: sí y no. Para identificar los indicadores y dimensiones asociados al profesionalismo médico según la especialidad, se utilizó un análisis de árbol CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection)

junto con pruebas bivariadas. Este método estadístico permite segmentar los datos en grupos homogéneos y descubrir relaciones significativas entre variables dependientes e independientes, a través de pruebas Chi-cuadrado⁽¹³⁾. El árbol CHAID facilitará la identificación de factores asociados a conductas específicas, como, por ejemplo, la deshonestidad o conflictos de interés, y proporcionará una representación visual clara y jerárquica de los resultados. Además, este enfoque permite considerar la interacción simultánea de múltiples variables contextuales, como país, nivel formativo o generación médica, reforzando así una lectura más crítica y situada del fenómeno analizado⁽¹⁴⁾. Un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo, y el análisis se realizó con SPSS *Statistics 25*TM.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional del Este, Paraguay. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y los lineamientos bioéticos fundamentales. No se solicitaron nombres, números de contacto ni correos electrónicos, asegurando el anonimato de los participantes. Los encuestados otorgaron su consentimiento informado antes de responder el cuestionario y tuvieron la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. No existió posibilidad de discriminación ni de explotación de sujetos vulnerables. Los resultados serán publicados sin identificar a los hospitales o instituciones participantes y podrán ser utilizados como referencia para que los programas de posgrado y servicios médicos implementen estrategias destinadas a promover y mejorar el profesionalismo médico. El estudio fue autofinanciado y no existieron conflictos de interés de tipo comercial.

RESULTADOS

La mayoría de los participantes procedían de Paraguay (72,9 %), seguido por Perú (24,3 %) y Cuba (2,8 %), lo que muestra una representación predominantemente paraguaya que podría influir en la perspectiva regional sobre el profesionalismo médico.

En cuanto al sexo, se observó una mayor proporción de mujeres (57,5 %), lo cual podría estar asociado a una mayor representación femenina en la profesión médica o mayor disposición a participar en estudios sobre ética profesional.

Respecto a la especialidad, el 69,8 % pertenecía a áreas clínicas y el 30,2 % a áreas quirúrgicas. Esta diferencia sugiere una posible variación en las actitudes hacia el profesionalismo según el tipo de práctica médica, lo que será relevante al interpretar los resultados del estudio (Tabla 1).

Tabla 1: Características demográficas y áreas de especialidad de la población estudiada

Variable	Categoría	%
Demografía	Perú	24,3 %
	Paraguay	72,9 %
	Cuba	2,8 %
Sexo	Masculino	42,5 %
	Femenino	57,5 %
Áreas de especialidad	Áreas clínicas	69,8 %
	Áreas quirúrgicas	30,2 %

Los resultados revelan patrones preocupantes en la conducta profesional de los médicos encuestados. Aunque la mayoría mantiene estándares éticos aceptables, se identificaron prácticas que comprometen la integridad médica. Por ejemplo, el 28,3 % admite utilizar inteligencia artificial para redactar documentos sin transparencia, y el 22,9 % incluye referencias no leídas, lo que refleja un déficit en rigurosidad académica. En el ámbito asistencial, más de un tercio (36,1%) ha recetado medicamentos a cambio de compensaciones, y el 59,2 % ha ignorado errores de colegas, evidenciando fallas en la cultura de seguridad del paciente. Además, el 42,5 % reporta no priorizar su formación continua, lo cual podría afectar la calidad de atención a largo plazo. Estas cifras sugieren la necesidad de fortalecer la ética profesional desde la formación médica y mediante políticas institucionales (Tabla 2).

Tabla 2: Indicadores de profesionalismo de la población estudiada

Indicador	% que respondió si
Uso de IA para redactar documentos	28,3 %
Evitar contacto visual por pantallas	52,4 %
Uso de redes sociales para divulgar información	2,6 %
Referencias no leídas	22,9 %
Incluir autor sin contribución	28,3 %
Copiar y pegar sin citar	28,1 %
Inventar datos en investigación	11,8 %
Enviar artículo a varias revistas a la vez	3,5 %
Comprar autoría o encargo de investigación	8,7 %
Alterar datos de investigación	5,7 %
Recibir dinero o regalos	12,3 %
Recetar por compensación de farmacéuticas	36,1 %
Recomendar laboratorios por beneficios	7,3 %
Prioridades médicas por dinero	7,3 %
Ocultar errores propios	36,8 %
Ignorar errores de colegas	59,2 %
No examinar hallazgos físicos	34,9 %
Prescribir medicamentos fuera de su competencia	9,9 %
Evitar recetar medicamentos necesarios	4,7 %
Proporcionar información incorrecta a pacientes	9,7 %
Trato abusivo a profesionales de salud	13,4 %
Maltrato verbal o físico a médicos o estudiantes	15,3 %
Discriminación a colegas o pacientes	7,3 %
Críticas a colegas frente a pacientes	30,9 %
Hablar de pacientes por diversión o calumniarlos	22,9 %
Hablar de pacientes en público	37,7 %
Trato descortés con pacientes	6,1 %
Utilizar jeans rotos o blusas escotadas	6,4 %
Apariencia desaliñada en el hospital	21,7 %
Piercings o tatuajes agresivos visibles	9,7 %
Contacto corporal inapropiado	2,1 %
Relación privada con pacientes	12,3 %
Llegar tarde al trabajo	75,5 %
Salir del hospital sin estar de servicio	39,6 %
Salir sin completar tareas pendientes	30,4 %
Desatender formación continua	42,5 %
Ignorar opinión de otros colegas	47,4 %
Recomendar drogas ilegales	1,2 %
Disponer de drogas ilegales para uso personal	2,4 %

Los resultados de las dimensiones de profesionalismo médico en médicos latinoamericanos, basados en 43 indicadores, muestran una tendencia general hacia comportamientos éticos. La dimensión "Deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente" tuvo una media de 1,26 (DS = 0,24), indicando que la mayoría mantiene altos estándares éticos. Las dimensiones "Conflictos de interés" (media 1,17, DS = 0,26) y "Mala conducta en investigación y publicación" (media 1,17, DS = 0,22) reflejan un buen cumplimiento de los principios éticos en la investigación. "Conducta irresponsable e incapacidades del médico" tuvo una media de 1,28 (DS = 0,21). En cuanto al respeto, la "Falta de respeto a los profesionales de la salud" (media 1,27, DS = 0,27) y la "Falta de respeto a los pacientes y violación de la confidencialidad" (media 1,25, DS = 0,30) muestran áreas de mejora en estos aspectos. Finalmente, la dimensión "Conductas en la sociedad moderna" obtuvo la puntuación más baja (media 0,98, DS = 0,18), sugiriendo comportamientos éticos en la vida social de los médicos (Tabla 3).

Tabla 3: Puntaje de dimensiones de profesionalismo medico en médicos latinoamericanos

	Mínimo	Máximo	Media	DS
Deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente	1	3	1,26	0,24
Conflictos de interés	1	3,40	1,17	0,26
Mala conducta en investigación y publicación	1	3,22	1,17	0,22
Conducta irresponsable e incapacidades del médico	1	2,83	1,28	0,21
Falta de respeto a los profesionales de la salud	1	2,75	1,27	0,27
Falta de respeto a los pacientes y violación de la confidencialidad	1	2,25	1,25	0,30
Conductas en la sociedad moderna	0,83	2,17	0,98	0,18

DS: desviación estándar

El análisis CHAID identificó diferencias en el profesionalismo médico según la especialidad. De los 424 médicos evaluados, el 69,80 % pertenecía a áreas clínicas y el 30,20 % a áreas quirúrgicas. La variable más influyente fue "Salgo a escondidas del hospital mientras estaba de servicio o de guardia" ($p < 0,001$). Los médicos que nunca realizaron esta práctica tuvieron una mayor representación en áreas clínicas (77,70 %) frente a quirúrgicas (22,30 %). En una segunda división,

la variable “Desatiendo la formación continua de mis conocimientos y destrezas” ($p=0,002$) mostró que quienes no descuidaban su formación eran mayoritariamente de áreas clínicas (71,90 %), mientras que los que sí lo hacían alcanzaron el 88,80 % en clínicas y solo el 11,20 % en quirúrgicas. Estos resultados destacan patrones diferenciales de profesionalismo entre especialidades clínicas y quirúrgicas, con implicaciones relevantes para estrategias de mejora ética y conductual en el ámbito médico (Figura 1).

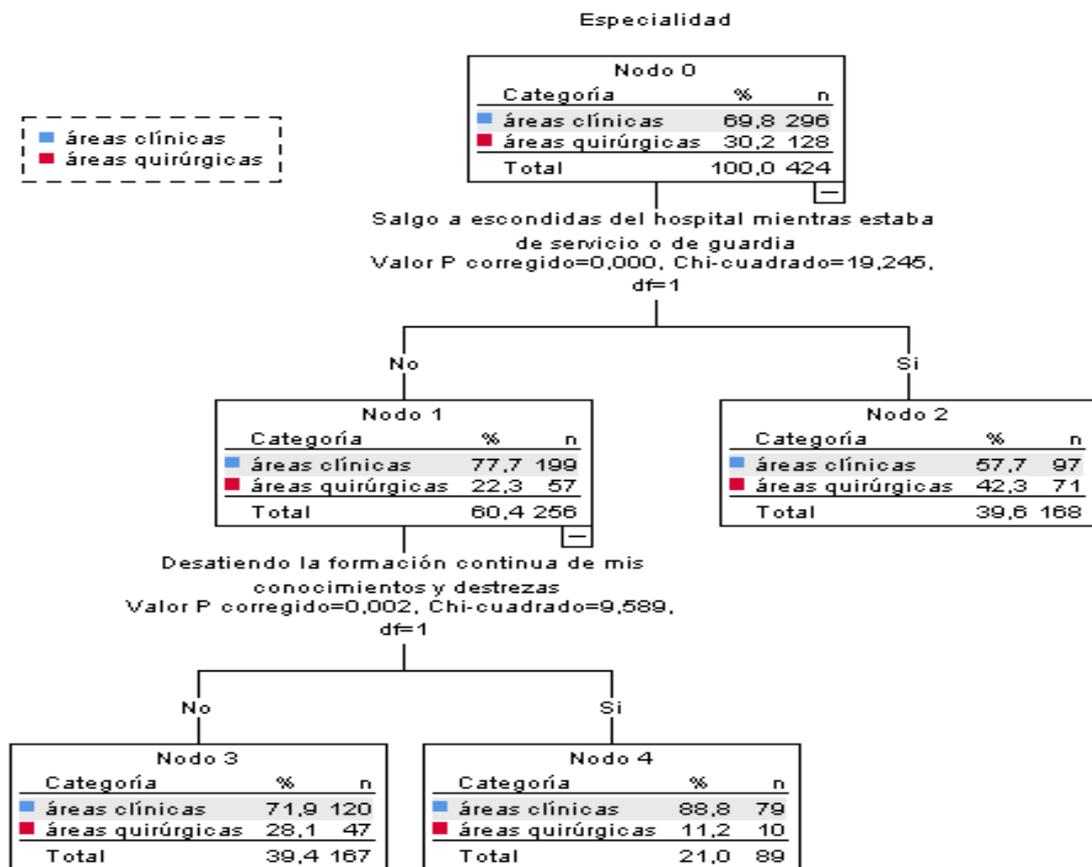


Figura 1: Análisis CHAID para indicadores de profesionalismo médico asociados a tipo de especialidad

El análisis CHAID evidencia que la ausencia de conductas éticas cuestionables, como descuidar la formación continua o ausentarse durante el servicio, se relaciona con un mayor nivel de profesionalismo, reflejado en puntuaciones promedio más bajas. Los médicos que desatienden su formación presentan una media de 1,28, superior a la de quienes la priorizan (1,14), mientras que

quienes se ausentan del hospital durante su turno muestran una media de 1,31, significativamente mayor que los que no lo hacen (1,13). Estos hallazgos sugieren que el compromiso con la actualización profesional y la responsabilidad en el cumplimiento de las tareas son indicadores clave de un comportamiento ético consistente y un mayor profesionalismo en la práctica médica. (Tabla 4).

Tabla 4: Promedio de profesionalismo según naturaleza de la especialidad en indicadores relevantes según el árbol CHAID

		Media	DS
Desatiendo la formación continua de mis conocimientos y destrezas (p<0,001)	Si	1,28	0,19
	No	1,14	0,12
Salgo a escondidas del hospital mientras estaba de servicio o de guardia (p<0,001)	Si	1,31	0,18
	No	1,13	0,11

El análisis de los nodos terminales del modelo CHAID muestra que los médicos con bajos niveles de "Conducta irresponsable e incapacidades" y "Deshonestidad y práctica insegura" predominan en áreas clínicas (75,7 %), lo que indica que los comportamientos alineados con los valores de profesionalismo son más comunes en estas especialidades. En contraste, los médicos con altos niveles de estas conductas se distribuyen más equilibradamente entre áreas clínicas (54,5 %) y quirúrgicas (45,5 %). Este patrón sugiere que las áreas clínicas atraen a médicos con mayores estándares éticos, mientras que las quirúrgicas parecen ser preferidas por aquellos con comportamientos menos éticos (Figura 2).

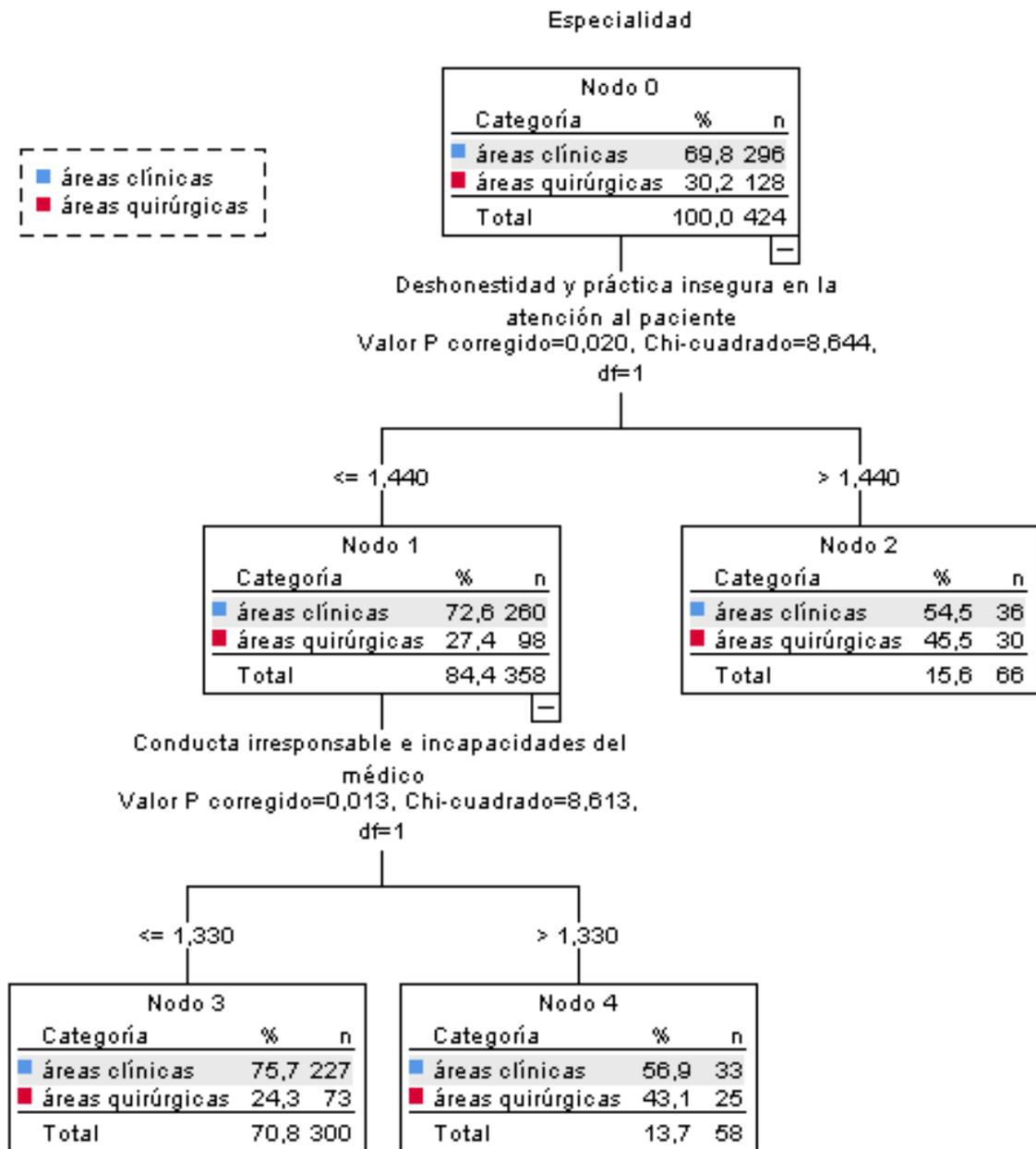


Figura 2: Análisis CHAID para dimensiones de profesionalismo medico asociados a tipo de especialidad

El análisis de las dimensiones de profesionalismo destaca que la ausencia de conductas deshonestas e inseguras en la atención al paciente se asocia significativamente con un mayor nivel de profesionalismo, evidenciado por una media más baja en quienes no incurren en estas conductas (1,13 vs. 1,36; $p < 0,001$). De forma similar, los médicos que no presentan conductas irresponsables

o incapacidades mantienen un profesionalismo más consistente, con una media de 1,10 frente a 1,29 ($p < 0,001$). Estos resultados sugieren que evitar comportamientos negativos es un factor clave para sostener altos estándares éticos y profesionales en la práctica médica, reforzando la importancia de estrategias dirigidas a minimizar estas conductas para mejorar la calidad asistencial y la confianza en el ejercicio clínico. (Tabla 5).

Tabla 5: Promedio de profesionalismo según naturaleza de la especialidad en dimensiones relevantes según el árbol CHAID

	n	Media	DS
Deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente ($p < 0,001$)	121	1,36	0,19
	303	1,13	0,11
Conducta irresponsable e incapacidades del médico ($p < 0,001$)	217	1,29	0,17
	207	1,10	0,09

DS: desviación estándar

DISCUSION

El análisis global de las siete dimensiones del instrumento permitió delinear un perfil general del profesionalismo en la muestra estudiada. Las puntuaciones más bajas (es decir, mayor profesionalismo) se observaron en las dimensiones de "conflictos de interés" y "conductas en la sociedad moderna", mientras que las más altas correspondieron a "conducta irresponsable e incapacidades del médico" y "falta de respeto a los profesionales de la salud" (media = 1,27; DE = 0,27). Esta distribución sugiere que, aunque existen buenas prácticas en aspectos éticos generales, persisten debilidades en el compromiso cotidiano con el ejercicio profesional y en las relaciones interpersonales en el ámbito clínico. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones formativas focalizadas.

Los resultados, obtenidos a través del análisis del árbol CHAID en relación al objetivo inicial del estudio, sugieren diferencias en los niveles de profesionalismo médico según la especialidad, destacando la posible influencia de conductas específicas sobre el desempeño ético y profesional⁽¹⁵⁾. En el análisis de indicadores, dos variables clave emergieron como las más influyentes: "Salgo a escondidas del hospital mientras estaba de servicio o de guardia" y "Desatiendo la formación continua de mis conocimientos y destrezas". Estas conductas mostraron relevancia estadística ($p < 0,001$ y $p = 0,002$, respectivamente) y permitieron segmentar a los profesionales, identificando patrones diferenciados entre especialidades clínicas y quirúrgicas.

En primer lugar, el cumplimiento de responsabilidades laborales fue un factor que distinguió a los médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas. Los resultados indicaron que los profesionales que no abandonan el hospital durante el servicio estuvieron en mayor proporción en áreas clínicas (77,70 %) frente a quirúrgicas (22,30 %). Esta diferencia podría estar relacionada con las características operativas y dinámicas laborales particulares de cada especialidad. Las áreas clínicas pueden requerir una mayor permanencia debido al seguimiento continuo del paciente, mientras que las quirúrgicas podrían implicar rutinas más segmentadas, lo que influiría en los patrones observados.

De forma similar, la variable “Desatiendo la formación continua de mis conocimientos y destrezas” mostró diferencias relevantes. Los médicos que manifestaron descuido en su formación continua alcanzaron un 88,80 % en áreas clínicas y solo un 11,20 % en quirúrgicas, mientras que aquellos que mantuvieron su formación constante tuvieron una representación predominante en áreas clínicas (71,90 %). Esto sugiere que la formación continua puede estar influida por las exigencias diferenciadas de actualización en cada especialidad, con las áreas clínicas enfocadas en el manejo de enfermedades crónicas y seguimiento terapéutico, y las quirúrgicas centradas en habilidades técnicas que podrían requerir otros formatos o tiempos de actualización.

Al analizar las dimensiones del profesionalismo, el estudio resaltó la importancia de evitar prácticas como la “Deshonestidad y práctica insegura en la atención al paciente” y la “Conducta irresponsable e incapacidades del médico”. Los médicos que no presentaron deshonestidad mostraron promedios significativamente más bajos (1,13, DS = 0,11) que quienes sí incurrieron en esta práctica (1,36, DS = 0,19), lo que refleja diferencias cuantificables en la manifestación de conductas éticas. De manera análoga, en la dimensión “Conducta irresponsable e incapacidades del médico”, los profesionales sin estas conductas presentaron promedios más bajos (1,10, DS = 0,09) frente a quienes sí las presentaron (1,29, DS = 0,17), indicando que ciertos comportamientos pueden estar asociados a niveles distintos de profesionalismo reportado, sin que esto implique juicios categóricos sobre la ética de una u otra especialidad ⁽¹⁶⁾.

El análisis de nodos terminales del árbol CHAID aportó mayor detalle a estos hallazgos. El Nodo 3, que agrupó a médicos con niveles bajos de deshonestidad y conducta irresponsable, estuvo compuesto mayoritariamente por profesionales de áreas clínicas (75,70 %). Esta distribución podría estar influida por factores como la estructura organizacional, la dinámica asistencial y las demandas específicas de cada área, y no necesariamente implica una superioridad ética⁽¹⁷⁾. En contraste, el Nodo 2, que incluyó médicos con mayores niveles de deshonestidad y práctica insegura, presentó una distribución más equilibrada entre clínicas (54,50 %) y quirúrgicas (45,50 %), lo que indica que

estas conductas pueden estar presentes en ambas especialidades y que su estudio requiere una mirada integral⁽¹⁸⁾. Finalmente, el Nodo 4, que agrupó a médicos con altos niveles de conducta irresponsable e incapacidades, mostró una ligera prevalencia en áreas clínicas (56,90 %) frente a quirúrgicas (43,10 %), lo que sugiere la necesidad de intervenciones específicas según las características de cada grupo, más que atribuciones de tipo ético a una especialidad sobre otra⁽¹⁹⁾.

Estos resultados reflejan patrones complejos y multifactoriales en el profesionalismo médico, probablemente influenciados por factores individuales, culturales y contextuales asociados a cada especialidad. Las demandas y expectativas institucionales, así como los enfoques de formación continua y supervisión, pueden generar diferencias observables sin implicar valoraciones morales absolutas entre grupos. Estas observaciones resaltan la necesidad de estudios adicionales, cualitativos y cuantitativos, que permitan profundizar en los factores contextuales que modulan el profesionalismo en distintos entornos clínicos y quirúrgicos.

Los hallazgos del estudio tienen importantes implicaciones para el desarrollo de estrategias que promuevan el profesionalismo médico de manera adaptada a las características de cada especialidad. Entre las recomendaciones se encuentran la implementación de programas de formación continua, ya que es fundamental fomentar la actualización constante de conocimientos en todas las especialidades, con énfasis en áreas quirúrgicas, donde se identificó una mayor prevalencia de descuido en este aspecto. También se propone incorporar módulos específicos sobre ética profesional, manejo del tiempo y responsabilidad institucional en los programas dirigidos a cirujanos, mientras que en las especialidades clínicas se sugiere reforzar contenidos sobre prevención del Burnout, comunicación efectiva y fortalecimiento de la relación médico-paciente.

Asimismo, se recomienda desarrollar políticas de responsabilidad laboral, que incluyan establecer mecanismos de monitoreo y sanción para evitar prácticas como salir del hospital durante el servicio, garantizando la permanencia del profesional. La formación en ética y profesionalismo debe reforzarse desde la educación médica inicial, así como mediante programas de desarrollo profesional continuo que sensibilicen sobre la importancia de evitar conductas irresponsables y deshonestas. Reconocer las particularidades de cada especialidad permitirá diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades particulares de cada grupo.

Finalmente, el estudio abre la puerta a nuevas investigaciones para comprender en mayor profundidad las causas subyacentes de las conductas identificadas, considerando variables adicionales como la carga laboral, el ambiente hospitalario, la formación académica y factores culturales. La implementación de intervenciones oportunas y contextualizadas no solo mejorará los niveles de profesionalismo, sino que también contribuirá a fortalecer la confianza del paciente en el sistema de salud y a garantizar una atención médica ética, segura y de calidad.

Las principales limitaciones de este estudio incluyen la falta de representatividad, ya que, aunque participaron médicos de tres países latinoamericanos, la muestra no refleja la diversidad médica global ni nacional, limitando la generalización. Además, al basarse en la autopercepción, existe riesgo de sesgo de deseabilidad social, con posible sobreestimación del profesionalismo. No se controlaron variables externas como entorno laboral, formación previa o presión, que podrían influir en los comportamientos. Los 43 indicadores y 7 dimensiones no capturan todas las facetas de la ética médica. El diseño transversal impide evaluar cambios a lo largo del tiempo o tras intervenciones. Finalmente, las diferencias culturales entre países pueden afectar la percepción y comparabilidad de los resultados. Estas limitaciones deben considerarse al interpretar los hallazgos. En conclusión, el análisis CHAID evidenció diferencias significativas en el profesionalismo médico entre especialidades clínicas y quirúrgicas. Las conductas “salir a escondidas del hospital” y “desatender la formación continua” fueron más frecuentes en áreas quirúrgicas, mientras que los médicos de áreas clínicas mostraron menores niveles de “deshonestidad y práctica insegura” y “conducta irresponsable e incapacidades”. Estos hallazgos sugieren que las especialidades clínicas atraen a profesionales con comportamientos más alineados con los valores éticos del profesionalismo, mientras que en las áreas quirúrgicas se observa una mayor heterogeneidad en las conductas evaluadas. Se reconoce que la representación de Cuba en la muestra fue limitada, por lo que las conclusiones se centran principalmente en el contexto paraguayo-peruano, recomendando ampliar futuras investigaciones para incluir una muestra más equilibrada de los países involucrados. Este estudio no solo aporta información relevante para la práctica médica, sino que también tiene implicaciones para las políticas de educación y capacitación de los profesionales de la salud, ayudando a los responsables de la formación médica a diseñar programas más efectivos para fomentar el profesionalismo desde el inicio de la carrera médica hasta la práctica profesional avanzada.

Fuentes de financiamiento:

Financiado por los autores.

Conflicto de intereses:

Sin conflicto de interés.

Disponibilidad de datos

El manuscrito contiene toda la evidencia que respalda los hallazgos. Para obtener más información, previa solicitud razonable, el autor correspondiente puede proporcionar detalles más completos y un conjunto de datos.

Correo electrónico: albertoguevara1986@gmail.com

Nota del editor jefe

Todas las afirmaciones expresadas, en este manuscrito, son exclusivamente las de los autores y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni las del editor, los editores responsables y los revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo, o afirmación que pueda hacer su fabricante, no está garantizado ni respaldado por el editor.

Declaración de contribución de autores:

Guevara Tirado A y Real Delor RE: han participado en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, redacción del borrador, edición final del artículo, recolección de datos, investigación, redacción del borrador, edición final del artículo. Los autores aprueban la versión final para publicación y poseen la capacidad de responder las preguntas relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Bhardwaj A. Medical professionalism in the provision of clinical care in health care organizations. *J Healthc Leadersh* [Internet]. 2022;14:183–9. doi: 10.2147/jhl.s383069.
2. Kirk LM. Professionalism in medicine: Definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* [Internet]. 2007;20(1):13–6. doi: 10.1080/08998280.2007.11928225.
3. Desai MK, Kapadia JD. Medical professionalism and ethics. *J Pharmacol Pharmacother* [Internet]. 2022;13(2):113–8. doi: 10.1177/0976500x221111448.
4. Rosen MA, Diaz Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, *et al.* Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol* [Internet]. 2018;73(4):433–50. Disponible en: doi: 10.1037/amp0000298.

5. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* [Internet]. 2002;136(3):243–6. Disponible en: doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012
6. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world [Internet]. RCP London. 2005. Disponible en: <https://shop.rcp.ac.uk/products/doctors-in-society-medical-professionalism-in-a-changing-world?variant=6337443013>
7. American Board of Pediatrics. Guide to professionalism in pediatrics. Chapel Hill: ABP; 2012. Disponible en: <https://www.abp.org/sites/abp/files/pdf/professionalism.pdf>
8. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *MedPrincPract* [Internet]. 2021;30(1):17–28. Disponible en: doi: 10.1159/000509119
9. Madzia JL. “To be professional, it isn’t necessarily our full selves”: How medical students with minoritized identities manage tensions between medical professionalism and their own professional identities. *SSM Qual Res Health* [Internet]. 2023;4(100313):100313. doi: 10.1016/j.ssmqr.2023.100313
10. Arantzamendi M, Sapeta P, Belar A, Centeno C. How palliative care professionals develop coping competence through their career: a grounded theory. *Palliat Med* [Internet]. 2024;38(3):284–96. doi: 10.1177/02692163241229961
11. Øyri SF, Wiig S, Tjomsland O. Influence of external assessment on quality and safety in surgery: a qualitative study of surgeons’ perspectives. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2024;13(2):e002672. doi:10.1136/bmjoq-2023-002672
12. Chang H-J, Lee Y-M, Lee Y-H, Kwon H-J. Investigation of unethical and unprofessional behavior in Korean residency training. *Teach Learn Med* [Internet]. 2015;27(4):370–8. doi: 10.1080/10401334.2015.1077128
13. Choi H-Y, Kim E-Y, Kim J. Prognostic factors in diabetes: comparison of Chi-square automatic interaction detector (CHAID) decision tree technology and logistic regression. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022;101(42):e31343. doi: 10.1097/md.00000000000031343
14. Muñoz-Rodríguez JM, Patino Alonso C, Pessoa T, Martín-Lucas J. Identity profile of young people experiencing a sense of risk on the internet: a data mining application of decision tree with CHAID algorithm. *Comput Educ* [Internet]. 2023;197(104743):104743. doi:10.1016/j.compedu.2023.104743

15. Świtalski J, Wnuk K, Tataro T, Miazga W, Wiśniewska E, Banaś T, *et al.* Interventions to increase patient safety in long-term care facilities—umbrella review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(22):15354. doi: 10.3390/ijerph192215354
16. Neyens DM, Bayramzadeh S, Catchpole K, Joseph A, Taaffe K, Jurewicz K, *et al.* Using a systems approach to evaluate a circulating nurse's work patterns and work flow disruptions. *Appl Ergon* [Internet]. 2019;78:293–300. doi: 10.1016/j.apergo.2018.03.017
17. Tokuç B, Varol G. Medical education in the era of advancing technology. *Balkan Med J* [Internet]. 2023;40(6):395–9. doi: 10.4274/balkanmedj.galenos.2023.2023-7-79
18. Odero A, Pongy M, Chauvel L, Voz B, Spitz E, Pétré B, *et al.* Core values that influence the patient—health care professional power dynamic: steering interaction to wards partnership. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(22):8458. doi: 10.3390/ijerph17228458
19. Arora S, Sevdalis N, Nestel D, Woloshynowych M, Darzi A, Kneebone R. The impact of stress on surgical performance: a systematic review of the literature. *Surgery* [Internet]. 2010;147(3):318-330.e6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0039606009006175>