



LA TUTORIZACIÓN DE RESIDENTES

La fuerza del ejemplo

Miembros del grupo de ética:

Irene Alcalá San Martín
 Noemí Amorós Parramon
 Carme Batalla Martínez
 M. José Fernández de Sanmamed Santos
 Roser Marquet Palomer
 Teresa Mateu Gelabert*
 Ramón Morera Castell
 Eva Peguero Rodríguez
 Rosario Pérez García*
 Albert Planes Magrinyà
 Miquel Reguant Fosas
 Laia Riera Armengol
 Marisa Rubio Montañés
 Gemma Torrell Vallespin

Consultores:

Ferran Cordon
 Eduard Peñascal
 Begoña Román

Referentes del grupo de ética:

Carmen Adalid
 Carme de Castro
 Lluís Balagué
 Isabel Buezo
 Eva Comín
 Carles Llor
 Josep-Ll. Llor
 Carme Prieto
 Jesús Pujol
 Aurora Rovira
 Montserrat Soler
 Pedro J. Subías
 Anna Vall-Ilosera
 Rosa Vila
 Francesca Zapater

* Incorporación al grupo en la última fase de revisión del documento.

Tanto los referentes como los consultores realizan aportaciones al borrador del documento, que se tienen en consideración, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es el autor del mismo.

Las "Reflexiones de la práctica cotidiana" pretenden ofrecer elementos de reflexión a los lectores (básicamente médicos de familia), que les ayuden a mejorar los aspectos éticos de la atención que prestan a los ciudadanos. En ningún caso pretenden establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica éticamente correcta es, teniendo en cuenta la incertidumbre de nuestra profesión, una buena herramienta, no sólo para hacerlo mejor, sino también para prevenir problemas jurídicos.

Mayo 2016



LOS CUATRO PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA BIOÉTICA

Autonomía:

Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar. Todos los individuos han de ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía reducida tienen derecho a la protección.

Beneficiencia: Hacer el bien, la obligación moral de actuar en beneficio de los otros. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no cumplimiento no está penado legalmente.

No maleficiencia: Es el *primum non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades, no hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es evaluar si la actuación es equitativa. Ha de ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

Si se produce un conflicto de principios éticos, los de no maleficiencia y justicia (de nivel público y obligatorio) están por encima de los de Beneficiencia y Autonomía (considerados de nivel privado).



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	REAL COMO LA VIDA MISMA	8
III.	IMPORTANCIA.....	9
IV.	MARCO LEGAL Y DEONTOLÓGICO.....	10
V.	CUESTIONES POLÉMICAS	12
-	Entre el paciente y la sociedad	12
-	Entre el tutor y el residente.....	17
-	Entre el EAP y el residente.....	21
-	La calidad de la formación	22
VI.	IDEAS CLAVE	26
VII.	CONSEJOS PRÁCTICOS.....	27
	BIBLIOGRAFÍA	28



I. INTRODUCCIÓN

La palabra «doctor» proviene del latín *docere*, que etimológicamente significa «enseñar». Ya desde antiguo (código hipocrático, siglo V a.C.) el médico ha tenido el deber de transmitir sus conocimientos a los alumnos, un deber que se mantiene en algunos códigos deontológicos actuales. La docencia implica promover la capacidad reflexiva del médico en formación, así como conducir y facilitar su aprendizaje, para que lo puedan aplicar en beneficio de los pacientes.

En este documento abordamos el deber y las implicaciones éticas de los médicos que participan en la docencia de los nuevos médicos y médicas de familia en período de formación de posgrado (en nuestro país, dentro del sistema MIR). Por lo tanto, se centra sobre todo en la figura del médico tutor. El documento no incluye la formación del alumnado en etapa de grado, aunque algunas de las reflexiones éticas que se desarrollarán pueden ser válidas también en este contexto.

La enseñanza, la formación, el asesoramiento y la evaluación de los nuevos médicos son importantes para garantizar el cuidado de los pacientes ahora y en el futuro. No es, por tanto, un simple deber hacia otros compañeros, sino también un deber social.

Todos los médicos tienen el deber moral de supervisar su aprendizaje y compartir con ellos sus conocimientos para una buena atención de los pacientes. Pero para ser un buen médico de familia no es necesario dedicarse a la docencia, y no todos los profesionales tienen habilidades para enseñar. Todos los médicos de familia tienen el deber de participar en la formación de residentes, pero no todos deben dedicarse a la docencia como tutores.

El tutor se responsabiliza especialmente de la gestión de la docencia durante el período de formación de los residentes. Un tutor debe ser un médico comprometido con aprender y enseñar a aprender. No sólo le hacen falta buenos conocimientos técnicos y científicos, sino que también debe ser capaz de transmitir los valores profesionales¹ y buenas actitudes hacia los pacientes y los compañeros. Debe ser un buen médico de familia en todos los sentidos, ya que debe dar ejemplo. Es imprescindible que ejerza como médico de familia, en la consulta y en el domicilio. Debe evolucionar como médico y hacer evolucionar a los médicos residentes mediante el ejemplo, la pedagogía y los planes de aprendizaje.

Es necesario que vele para que la formación esté fuertemente unida a las necesidades docentes del residente y el programa docente de la especialidad, y no a las necesidades de los servicios donde éste se está formando. En este sentido, nos parecen especialmente interesantes las ideas de los compañeros británicos (tabla 1).

¹ Valores como los que se expresan en «El compromiso como médico/a de familia» (<http://www.camfic.cat/CompromisMetgeFamilia.aspx>) y se desarrollan en el documento de «Bones pràctiques del metge i de la metgessa de família»: <http://elbonmf.camfic.cat/>

TABLA 1. CUALIDADES DEL BUEN TUTOR/A

<p>Todos los médicos que asumen tareas de docencia deben demostrar su compromiso con el código de buena práctica médica. Esto significa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener buenos conocimientos técnicos y científicos. • Mantener un alto estándar de valores profesionales y personales en relación con los pacientes y su cuidado. • Saber transmitir valores y conocimientos. • Enseñar a aprender, guiando el aprendizaje del médico en formación. • Ser ejemplo. • Tener ejercicio profesional mayoritariamente como clínico, como médico de familia (en la consulta y en el domicilio). • Estar disponibles y ser accesibles para los pacientes. • Tener buenas habilidades comunicativas. • Poseer un buen nivel de comprensión de la realidad en que se ejerce la medicina (contexto, multiculturalidad, etc.).
<p>Los principales atributos que debe tener un médico que tiene responsabilidades en docencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse orgulloso de su labor como médico de familia. • Compromiso con enseñar y aprender. • Sensibilidad hacia las necesidades de aprender de los residentes. • Capacidad de promover el desarrollo de las actitudes y valores. • Capacidad pedagógica para poder enseñar bien: aptitudes prácticas, conocimiento de la teoría pedagógica aplicada al aprendizaje de la medicina. • Comprensión de los métodos de investigación. • Compromiso con la evaluación, honesta y responsable, del residente. • Habilidad para utilizar la evaluación en beneficio del aprendiz y de su futuro profesional (identificar carencias ...).

Adaptación resumida de contenidos del *Good Medical Practice* (del General Medical Council británico) y del *Good Medical Practice for General Practitioners* (del Royal College of General Practitioners).



El proceso de tutorización de residentes ofrece indudables beneficios para la sociedad, pero también tiene inconvenientes. En nuestro país, la docencia de postgrado de Medicina se financia con fondos públicos y tiene lugar mayoritariamente en servicios públicos de salud. Así pues, a pesar de que, fruto de ello, sea esperable que los beneficios repercutan en todos, los inconvenientes recaen sólo sobre algunos, de modo que se produce un dilema en el principio de justicia. Hay que agradecer a los pacientes su disponibilidad para facilitar el proceso de aprendizaje de los residentes.

La primera lealtad del médico es con el paciente. Dado que mucha de esta formación se realiza en servicio, se produce un constante dilema entre el respeto a la autonomía del paciente y su beneficencia (asegurar que reciba una buena atención) y la justa necesidad social de formar correctamente a los nuevos médicos, en beneficio de los futuros pacientes.

Es un hecho demostrado que el paciente está potencialmente expuesto a daños por el hecho de colaborar en la formación de nuevos médicos. Y el tutor velará por evitarlos. Pero lo que se aborda en este documento no sólo es una cuestión de seguridad, sino también de respeto a la autonomía, la confidencialidad y el mantenimiento de la relación de confianza entre el médico y el paciente.

Esperamos que el documento ofrezca a los tutores y a los equipos herramientas para reflexionar sobre cómo llevar a cabo la docencia de la manera más positiva, respetuosa y prudente para todas las personas implicadas.

II. REAL COMO LA VIDA MISMA

- En el centro de salud Siempre Docentes, Adelaida pide hora con su médica de familia. Cuando entra en la consulta, con sorpresa, se encuentra que la atiende una chica joven que no conoce de nada. Al salir, pide explicaciones en el mostrador. Le explican que es la nueva residente de la Dra. TutoraPlus, a quien hoy le toca dedicarse a realizar investigación y formarse, como cada jueves. La Dra. TutoraPlus ¿ha actuado correctamente dejando la visita en manos de la residente? ¿Hay que avisar a los pacientes?
- Laia es una chica que se esfuerza pero tiene problemas en el aprendizaje: se despista, le cuesta. Han ido apareciendo a lo largo de la residencia. La tutora Puntillosa cree que Laia no está muy capacitada para hacer de médico de familia, pero llegado el momento de la evaluación final se le otorga un "aprobado justito» por el esfuerzo que ha realizado. ¿Es correcto? ¿Qué pasará con los pacientes que termine atendiendo Laia?
- En el centro de salud Puntero, los tutores han conseguido tener más horas para visitar a pacientes gracias a la «innovación»: desde hace dos años todos los domicilios (agudos y de control de crónicos) son atendidos por los residentes de cuarto año (cada día se encarga uno diferente). ¿Se afectará la atención longitudinal?
- Juan es un tutor experimentado. Hoy, tanto él como su residente de cuarto año, ubicada en un despacho contiguo al suyo, realizan la consulta. La residente llama a María, una paciente habitual. María le dice a la residente que querría ser atendida por Juan. ¿Tiene derecho el paciente a elegir ser atendido por el médico tutor?
- Pau es un tutor de los más antiguos del centro. Es responsable de formación. Cuida mucho a los residentes. Cada año negocia con los laboratorios para que les paguen un congreso y publicaciones. ¿Es un buen ejemplo para los residentes? ¿Hay alternativas?
- Mireia, residente de cuarto año, se encuentra en situaciones en las que ella actuaría de manera diferente a como lo hace la tutora. Hoy, por ejemplo, atiende a una mujer que lleva más de diez años tomando ácido alendrónico porque la densitometría cumplía criterios de osteopenia. Cree que habría que retirárselo, pero ...: ¿Fidelidad a la tutora? ¿Lealtad al paciente?
- En el centro de salud EspabílateComoPuedas tienen muy clara la progresión en la responsabilidad de los residentes: el primer mes visitan con su tutor (juntos), el segundo mes visitan autónomamente (en un despacho contiguo) y a partir del tercer mes (y hasta el fin de su residencia) visitan solos 3 días por semana (durante los cuales el tutor se dedica a otras tareas). ¿Es correcta esta progresión? ¿Atiende a las necesidades docentes del residente o a las del centro donde trabaja? ¿Es válido actuar de la misma manera con todos los residentes?



III. IMPORTANCIA

En 2015 se ofrecieron 6.100 plazas del programa de formación MIR en España, de las que 1.671 eran de MFyC.

Asegurar la calidad de la formación de estos residentes es asegurar la calidad de los médicos del futuro. La peculiaridad de la profesión médica hace que el aprendizaje teórico o con modelos de simulación sea insuficiente, y que sea necesario aprender en la realidad de la consulta, junto a otros médicos y en el entorno del paciente. Esta necesidad de aprendizaje en servicio da una gran importancia a la formación de estudiantes y residentes en el marco de nuestra consulta cotidiana. Por otra parte, en el aprendizaje de adultos, como es el caso de los residentes, es muy importante la experiencia y la reflexión.

IV. MARCO LEGAL Y DEONTOLÓGICO

Marco deontológico

El juramento hipocrático dedica su primer precepto a la docencia, equiparando el maestro de medicina a los «autores de mis días», y otorgando a todos los médicos el deber de enseñar:

Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriendo en caso necesario; trataré a sus hijos como mis hermanos, y si quisieran aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin otro género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones habladas y el resto de métodos de enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros y los discípulos que me sigan bajo el convenio y juramento que determinan la ley médica y en nadie más.

[Atribuido a Hipócrates, médico griego,

<https://blocdebellvitge.wordpress.com/2008/05/28/jurament-hipocratic/>]

A pesar de la importancia del aprendizaje para la pervivencia de la profesión médica, en el "Código de Deontología» del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña de 2005 no hay ningún apartado o artículo dedicado a la docencia en la especialización de medicina. Sólo se especifica el deber y el derecho de los médicos a pedir consejo y recibirlo por el bien del paciente, así como el deber y el derecho de comunicar sus conocimientos y facilitar el acceso al conocimiento (artículos 96 y 100 de los deberes y derechos del médico hacia sus compañeros).

En cambio, en el «Código de deontología médica» del Consejo General de Colegios de Médicos (2011) sí hay un capítulo que hace referencia a la docencia en Medicina de grado y postgrado, a la que dedica su artículo 63 (capítulo XVIII), donde se desarrollan algunos derechos y deberes del médico en formación y del personal docente, así como la necesidad de velar por el paciente en este proceso.

En las guías de buena práctica médica británicas (GMP) elaboradas por el *General Medical Council* desarrollan las actitudes que debe tener el médico que adquiere el compromiso de enseñar. También el *Royal College for General Practitioners* ha redactado su propia guía de buena práctica, que contiene un capítulo dedicado a la docencia: «Al tener alumnos a tu cargo, estás en la posición de inspirar a los demás a través de tu ejemplo». Estos documentos no sólo describen cómo debe ser un buen tutor, sino que también constituyen unas directrices éticas en las que basarse en el desarrollo de la tarea docente. Hoy en día no tenemos constancia de ningún otro documento similar en nuestro ámbito.

Marco legal

Existe una gran cantidad de leyes que regulan la formación de profesionales sanitarios y que implican las instituciones necesarias para garantizarla. No obstante, sólo citaremos las más relevantes.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su capítulo III, artículo 20, regula el sistema de formación de especialistas. Expone que los residentes deben desarrollar, de forma ordenada y tutelada, las actividades previstas en el programa de formación, de modo que vayan adquiriendo progresivamente responsabilidades. Refiere que las actividades deben figurar en el «libro del residente», y que éste debe ser evaluado. En el artículo 21 expone cómo se han de elaborar los programas de formación y cómo debe ser la acreditación de centros y unidades docentes.

El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud y especifica las condiciones del contrato laboral. El objetivo de este decreto es asegurar que la realización y cumplimiento de los programas formativos en toda España se corresponde con un régimen de derechos y deberes comunes a todos los residentes:

- Derechos: a conocer el programa de formación; la asignación de un tutor; a recibir una formación teórico-práctica que permita al residente adquirir los conocimientos y responsabilidades de su especialidad, progresivamente, hasta alcanzar la práctica autónoma; a ser informado de sus obligaciones y funciones, y de cómo será evaluado; a saber qué profesionales tiene a su disposición para pedir ayuda cuando lo necesite; participar en actividades docentes, de investigación, de gestión y asistenciales; registrar las actividades que realiza en el libro del residente; en que se realice su evaluación con el máximo de objetividad; y a tener representantes en la comisión de docencia.
- Deberes: realizar todo el programa de formación sin compatibilizarlo con otras actividades laborales, a formarse, conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento de las instituciones donde trabaja (conocer los derechos de los pacientes), a realizar las tareas asistenciales que establezca el programa de formación y la organización del centro; y usar racionalmente los recursos a su alcance, pero nunca en beneficio propio o de terceras personas.

En el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se determinan y clasifican las diferentes especialidades en ciencias de la salud. Asimismo, se desarrollan a lo largo de sus capítulos algunos aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, como la explicitación de cómo deben ser las evaluaciones y qué organismos deben supervisarlas.

V. CUESTIONES POLÉMICAS

- Entre el paciente y la sociedad

1. La responsabilidad del tutor hacia los pacientes

El tutor debe sentirse siempre moralmente responsable de la atención que reciba un paciente, incluso en el momento en que el residente es quien lo atiende autónomamente. El médico que toma el compromiso de enseñar debe asegurarse de proteger el cuidado de sus pacientes atendiendo a los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, justicia y respeto a la autonomía del paciente.

El grado de supervisión que necesita el residente en formación dependerá de su experiencia y aptitudes: en general, mucha supervisión y poca autonomía al inicio, y más autonomía y menos supervisión hacia el final. No obstante, el tutor deberá adaptar este criterio general a las características de cada residente. El médico en formación no debería visitar a pacientes en solitario hasta que no haya adquirido la competencia suficiente, y siempre con asesoramiento, apoyo y supervisión.

En realidad, desde el punto de vista ético (y a menudo legal) el tutor nunca pierde su responsabilidad en la atención al paciente y en la supervisión de lo que hace el residente.

Es necesario que el tutor, y la organización en la cual tiene lugar la docencia, informen adecuadamente a los pacientes sobre el hecho de que son atendidos por médicos en formación (no estudiantes). Hay que presentar la docencia en la comunidad donde se produce, y pedir y agradecer su participación.

2. Las prioridades en la atención y en la formación. ¿Es primero la formación o el derecho a la atención?

En nuestro entorno, el proceso de formación de los residentes se produce mayoritariamente en un entorno asistencial real: el tutor y el residente atienden a personas que vienen a la consulta por problemas de salud. La primera lealtad del tutor y del residente debe ser hacia el paciente, asegurándole una buena atención y procurando resolver o paliar su problema. La función docente de este proceso de atención es secundaria: nunca puede estar por encima del beneficio del paciente. Justamente, priorizar esta lealtad al paciente es, en sí mismo, un buen aprendizaje para el residente.

Los cambios de médico no son buenos para la longitudinalidad de la atención. Un tutor que deje solos habitualmente a sus residentes provocará una falta de longitudinalidad en la atención a sus pacientes (con la consecuente pérdida de confianza). El paciente debe tener la seguridad de que su médico de familia habitual (el tutor) está siempre «detrás», «está al tanto», incluso cuando no es él directamente quien lo atiende.

El tutor debe garantizar que el residente sea cuidadoso con los pacientes y consciente de que «está de paso». Será bueno enseñarle a ser respetuoso, a presentarse, a pedir permiso para actuar.

3. La repetición de actuaciones (anamnesis, exploraciones...) sobre el paciente sólo para el aprendizaje del residente

En caso de que las actuaciones que se realizan en la consulta no sean en beneficio del paciente sino para el aprendizaje del residente, hay que informar al paciente para que pueda elegir si someterse a ella o no. Hay que tener en cuenta que las repeticiones no siempre son maleficientes. En caso de que sean maleficientes, hay que evitarlas en beneficio del paciente: la docencia no las justifica.

Se debe considerar que para el aprendizaje no siempre es necesario el entorno real. Es muy importante aprovechar también las otras herramientas didácticas existentes, tales como técnicas con modelos inanimados, técnicas de comunicación y entrevistas con actores u otro personal sanitario, videograbaciones, etc.

4. El derecho del paciente a elegir quien quiere que le atienda y el derecho del residente a aprender

En su proceso de formación, el médico residente atiende a los pacientes, acompañado del tutor o bien en solitario. Cuando en la consulta hay un médico en formación como observador o participando de la atención, hay que comunicarlo a los pacientes y darles la oportunidad de consentir la presencia del residente o de negar el consentimiento antes y durante la consulta.

Cuando el residente pasa consulta en solitario, el paciente tiene derecho a decidir si quiere ser atendido por el residente o por el tutor. En esta situación, el paciente está amparado por la ley. Cuando un paciente sea atendido por un residente, siempre será necesaria la supervisión del tutor, dado que hay evidencia de que la actuación de médicos en formación sin supervisión puede afectar a la seguridad de los pacientes.

En caso de que el paciente no quiera ser atendido por un residente, este derecho debe ser respetado. Pocas veces los pacientes se niegan a ser atendidos por profesionales en formación. Aunque este derecho del paciente podría ir en detrimento del derecho de aprender del residente, esta situación hipotética se da con poca frecuencia en nuestras consultas.

A veces los pacientes no se atreven a pedir la atención por un profesional en concreto o sin la presencia de otro profesional en la consulta, por lo que hay que estar atentos y facilitar que lo expliciten si no lo hacen².

5. Cambios en la relación de confianza médico-paciente. La preservación de la intimidad

La presencia de una tercera persona en la consulta puede alterar la dinámica asistencial y provocar que algunos pacientes no se sientan cómodos comentando temas de carácter más privado. Hay que saber detectar esta situación y ofrecer un espacio más íntimo³. Aunque el paciente acceda a que el residente participe en la consulta, es recomendable que el tutor valore si, para mantener el máximo respeto a la intimidad del paciente, debe obviar al residente algunos datos o informaciones de la salud del paciente.

La supervisión también es necesaria para evitar que el paciente utilice al residente como un medio para vulnerar los pactos a los que haya llegado con su médico habitual (sobre medicación, pruebas complementarias,...), o para conseguir actuaciones que saben que no corresponden o que su médico no haría.

No todo es negativo en la presencia de una tercera persona en la consulta. El proceso de evaluación y supervisión de la historia del paciente que la docencia comporta, así como la presencia de otra mirada, también pueden ayudar para reorientar, reexplorar y dar una visión nueva a los problemas del paciente.

No debemos utilizar a los residentes para evitar situaciones conflictivas entre el tutor y el paciente, pero la presencia del residente, y el análisis sereno de la situación con él, nos puede ayudar a abordarlas mejor.

² Para profundizar sobre el derecho de las personas a decidir con autonomía sobre sus asuntos de salud, podéis consultar el documento del Grupo de Ética «Autonomía: el respeto a las decisiones de los pacientes» (2001): http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_542_EBLOG_1849.pdf

³ Para profundizar sobre el respeto a la confidencialidad podéis consultar el documento del Grupo de Ética «Confidencialidad, el derecho a la intimidad» (2003): http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_545_EBLOG_1862.pdf

6. La responsabilidad de evaluar y certificar la competencia de nuevos especialistas

Cuando los tutores valoren la formación del residente (y, por tanto, deciden si tiene las competencias necesarias para ejercer como médico de familia) tienen un compromiso y una gran responsabilidad. No están decidiendo sólo respecto al residente (y su futuro como profesional) sino también, sobre todo, respecto a la calidad de la atención que la sociedad recibirá de los futuros médicos.

Los tutores han de ser honestos y objetivos en evaluar a aquellos médicos que han supervisado o formado. En caso contrario, podrían estar poniendo en riesgo a los futuros pacientes.

Además, debemos tener en cuenta que quien obtiene el título de especialista en MFiC poseerá también el primer requisito para enseñar a otros futuros residentes: si él no es un buen médico de familia, transmitirá sus carencias a los futuros médicos de familia.

Hay que desarrollar estrategias y tener herramientas objetivas y subjetivas para realizar una buena evaluación.

En este aspecto, es muy importante el soporte que el tutor pueda recibir desde la unidad docente. Las responsabilidades del jefe de estudios de las unidades docentes están definidas en las leyes que regulan la formación MIR. Su objetivo debe ser conseguir una buena formación de los residentes, sin perjudicar la atención a los ciudadanos.

7. Responsabilidad social del sistema de formación de residentes

En el Estado Español, la residencia en el marco del sistema MIR está financiada con recursos públicos obtenidos a través de los impuestos. Eso implica que el tutor no sólo tiene la responsabilidad de asegurar una buena formación al residente, sino que, además, por el principio de justicia, asume una gran responsabilidad social que le obliga a hacerlo bien como compensación por el esfuerzo que todos los ciudadanos hacemos para realizar esta formación.



8. La justicia/equidad entre los pacientes de un médico tutor y los de un médico que no lo es

El hecho de que un médico de familia ejerza como tutor comporta algunos inconvenientes para los pacientes, por lo que es necesario que el médico se esfuerce para limitar el impacto negativo de la docencia en los pacientes. Es necesario que sea consciente de ello y que informe en todo momento al paciente para que éste pueda decidir autónomamente de qué manera quiere ser atendido en este marco.

En un sentido más general, podemos afirmar que el coste social de la docencia recae sobre los pacientes que utilizan los servicios públicos de salud, que es donde mayoritariamente tiene lugar la formación de nuevos profesionales.

Los profesionales deben saber que los pacientes no tienen la obligación de someterse a actos relacionados con el proceso formativo de los residentes por el hecho de ser atendidos en un centro docente. Es necesario que su participación en este proceso sea voluntaria, y hacer lo posible para minimizar los daños.

- Entre el tutor y el residente

1. Responsabilidad como formador del tutor: la responsabilidad de enseñar

Enseñar es uno de los deberes deontológicos más antiguos entre los médicos. Enseñar es también un deber de justicia social: yo he recibido, yo debo transmitir para que otros saquen provecho.

En caso de que el tutor detecte un problema de relación o de confianza con el residente, es necesario que lo comunique a los responsables de la organización de la unidad docente y que procure encontrar una solución. En caso de que no se considere capacitado para tutorizar a un residente también habrá que, por honestidad, ponerlo en conocimiento de los responsables y facilite la solución al respecto; lo mismo tendrá que hacer si es conocedor de que algunos lugares por los que rota el residente no son adecuados desde el punto de vista docente. La justicia social debe guiar todas estas situaciones: de una buena tutorización dependerá en parte la calidad de los profesionales del futuro.

Los jefes de estudio de las unidades docentes tienen responsabilidad en la docencia tanto en los EAP como en los hospitales. Sus funciones son supervisar las condiciones en que se da la docencia, velar por la calidad y para que su resultado sea el esperado. Además, deben vigilar también la acreditación de los tutores según capacidades docentes y deben poder ofrecer los mejores tutores/centros para un determinado residente: la calidad de la formación debería de ser el criterio rector en la elección de centros y tutores. La elección de tutor debería centrarse en lo que sea mejor para la formación del residente.

2. La función de «modelo»

El tutor debe ser consciente del valor docente de su ejemplo. Ser un buen tutor implica, antes que nada, esforzarse en ser un buen médico de familia, especialmente en cuanto a las actitudes y los valores. El residente incorporará muchas de las conductas habituales de su tutor y del centro donde se ha formado. Si, por ejemplo, en el centro es «normal» que los tutores no cumplan el horario, comenten a los pacientes en los pasillos, no participen en las sesiones o reciban regalos de la industria, el residente también lo puede incorporar como «normal».

Durante la consulta, hay discernimiento clínico y también ético. Para que el aprendizaje sea completo, hay que dedicar un tiempo a comentar lo que ha surgido entre médico y paciente, para ayudar a captar no sólo los aspectos clínicos de la entrevista sino también los aspectos relacionales y éticos que hay detrás. Es necesario que tutor y residente dispongan del tiempo para hacerlo.



Debido a la jerarquización en algunas instituciones médicas, los médicos en formación a veces pueden ser requeridos a realizar actuaciones que no les corresponden y sin valor docente (por ejemplo, ir a buscar el café, cubrir el turno la guardia o hacer la consulta sin tutorización adecuada mientras el tutor descansa...). Es función del tutor velar para que esto no suceda, y para que estas actuaciones no se perpetúen a través de las generaciones de nuevos médicos.

3. La ética de la negativa

El tutor debe ayudar al residente a respetar la autonomía del paciente, a entender que el beneficio sólo lo puede decidir el propio paciente. Pero también es muy importante que le ayude a aprender a decir «no» cuando sea necesario. En nuestro entorno a menudo hay que reconducir demandas que son insensatas o injustas, así como expectativas que no puede resolver la atención sanitaria. Los residentes pueden sentir la tentación de complacer el deseo de los pacientes, y es necesario que aprendan a decir que no por respeto al principio de no maleficencia o al de justicia.

4. La ética de la ignorancia y la incertidumbre. El aprendizaje mutuo

El tutor también debe ayudar al residente a moverse en la incertidumbre propia de la Atención Primaria. Es necesario que aprenda, para evitar maleficencia, que a menudo no es bueno intentar concretar el problema de salud, que la actitud prudente de espera es una cualidad que puede beneficiar a muchos pacientes.

El valor de la honestidad debe estar presente en el proceso formativo. Con modestia, el tutor debe ayudar al residente a aprender que cada profesional tiene sus limitaciones y que, además, el conocimiento científico es limitado: somos ignorantes respecto a lo que es mejor para muchos problemas de salud. El reconocimiento de esta ignorancia nos lleva a no querer intervenir siempre, a comunicarlo al paciente con lealtad.

El tutor debe ser humilde y reconocer que no lo sabe todo, que nunca lo sabrá todo y que aprenderá del propio residente. Esta actitud, además de honesta, es facilitadora del proceso de aprendizaje del residente: le ayuda a perder el miedo, a admitir que él tiene mucho que aprender. El aprendizaje vivido como proceso que se promueve mutuamente, bidireccional, resulta beneficioso para todos y para la propia población atendida. Es uno de los beneficios de la docencia.

5. La supervisión del residente y la escalada progresiva en la toma de responsabilidades. La especial situación de las urgencias

El proceso de aprendizaje implica una progresión en la autonomía del residente. No sería bueno para él dejarlo solo al principio de su residencia ni tampoco no dejarlo actuar autónomamente al final de la misma. La misión del tutor es procurar el crecimiento del residente como médico de familia. Para que esto sea posible, el residente no puede ser considerado nunca como un profesional más en el cálculo de las necesidades para una buena atención: hacerlo supone estropear el proceso educativo, y eso sería socialmente injusto.

En nuestro entorno, esta reflexión es especialmente relevante, en los servicios de urgencias o de atención continuada donde el residente realiza guardias. A menudo se ve obligado a asumir demasiado autónomamente la atención. Eso provoca que aprenda «a golpes» una adecuada tutorización. Esto es éticamente reprobable desde el punto de vista de la formación del residente, pero también desde el punto de vista de la calidad de la atención que merece recibir el ciudadano.

A lo largo del proceso de residencia, cuando el tutor está ausente, los médicos del equipo deben supervisar la acción del residente, durante o después de su acción. Estos médicos también tienen responsabilidad docente: sobre la calidad de la atención al paciente y también sobre la calidad del aprendizaje. La responsabilidad es del centro, que es docente, y de todos los miembros que forman parte de él.

Se debe asegurar que en todos los servicios donde trabaja el residente haya un médico capacitado que realice la supervisión y el control.

6. El tutor (y también el residente) se «desnuda» en su actividad profesional

La relación que se establece entre tutor y residente debe ser una relación entre profesionales, pero ambos (y especialmente el tutor, por su rol de facilitador) han de ser conscientes de que su relación será intensa y comportará compartir cierta intimidad mutua. El residente se siente observado por el tutor, pero éste también se siente observado por el residente. La confianza mutua puede ayudar en el aprendizaje, pero ninguno de los dos puede pretender sobrepasar los límites que el otro establezca: como tutor puedo interesarme y ofrecer ayuda al residente ante un problema personal, pero no tengo ningún derecho a inmiscuirme si él no quiere. La intimidad del residente, como la de cualquier profesional, merece el mismo respeto que la de las personas que atendemos⁴.

⁴ Para profundizar sobre este tema podéis consultar el documento del Grupo de Ética «Confidencialidad, el derecho a la intimidad (2003)»: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_545_EBLOG_1862.pdf



7. Autonomía del residente para atender a pacientes. Las diferencias de criterio

En general no se debería llegar a diferencias de criterio importantes: el tutor debería transmitir criterios basados en las evidencias disponibles y estos deberían de impregnar la práctica del residente. El dialogo y la deliberación, compartiendo conocimientos de forma honesta, deberían evitar posibles diferencias. En última instancia, el residente, ante actuaciones que podrían ser maleficientes para el paciente, puede objetar, se puede negar a hacerlas; el residente también tiene la responsabilidad de actuar en beneficio del paciente, en la medida de lo posible. El tutor puede delegar parte de sus funciones en el residente (que puede y debe hacer consulta de forma autónoma), pero nunca le puede delegar su responsabilidad hacia los pacientes y, por tanto, no le puede obligar a realizar actuaciones que el residente considere maleficientes, ni tampoco puede abandonar nunca su tarea de supervisión.

8. Enseñando investigación

Durante la residencia se promueve el aprendizaje en investigación. Hay que aprovecharlo para interiorizar los valores éticos de una buena investigación⁵. Por ejemplo, el respeto, la justicia evitando realizar estudios irrelevantes, el respeto a la confidencialidad pidiendo permiso al paciente para participar y para consultar sus datos clínicos, la honestidad en la publicación de los resultados, y el respeto entre los tutores en la elección de los temas.

9. Los conflictos de lealtad con la empresa

El tutor y el residente trabajan en el marco de una empresa y deben afrontar conflictos de lealtades, entre el compromiso con el paciente y el compromiso con la empresa.

Hay que ayudar al residente a tener sentido crítico y constructivo, y valentía ante las instituciones, especialmente en situaciones que no son beneficiosas para el paciente. Ejemplos de todo esto son algunos registros innecesarios, el cumplimiento de objetivos cuando no es en beneficio del paciente, el seguimiento de instrucciones que malogran recursos en acciones fútiles y la aplicación irreflexiva de las guías clínicas sin atender a la adecuación a cada caso o situación.

⁵ Para ampliar información sobre este tema podéis ver el documento del Grupo de Ética «Ética de la investigación» (2008): http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_535_EBLOG_1843.pdf

- Entre el EAP y el residente

1. Adaptación del residente al centro (organización, pautas clínicas...)

El residente entra en una organización que está en funcionamiento y debe adaptarse a sus normas, sin que eso implique sumisión o falta de autonomía del residente en formación. Cuando el centro es docente, todo el personal que trabaja en él tiene que implicarse en la docencia. El residente tiene que vivir un clima de respeto dentro del equipo, donde cada uno tiene tareas distintas pero nadie es menospreciado; este clima ha de conducir a que el residente reciba este mismo respeto, y que a la vez, él lo practique hacia el resto de los profesionales.

2. El EAP como entorno de aprendizaje

No son los tutores los únicos que deben procurar ser muy cuidadosos en mantener actitudes y valores profesionales adecuados con el objetivo de que los residentes los puedan visualizar e interiorizar. También debe hacerlo el conjunto del EAP que forma a residentes. El compromiso de los profesionales con su labor, el gusto por la mejora continua y el respeto hacia las personas (en la consulta y en las sesiones) son líneas maestras de comportamiento ejemplar que hay que cuidar.

El compromiso ético respecto a una docencia de calidad y respetuosa con los pacientes ha de impregnar no sólo a los tutores sino a todo el personal de los centros docentes.

3. El centro de salud que «utiliza» al residente

Los criterios que deben guiar las actuaciones de un residente dentro del equipo son el beneficio del paciente y la propia formación del residente. Ni la comodidad del residente, ni la mejor organización del equipo o de la entidad para la que trabaja pueden ser criterios superiores a estos. La seguridad de los pacientes y la calidad de la formación del residente son bienes superiores a las necesidades organizativas del centro. Teniendo en cuenta estos criterios, el residente puede y debe asumir tareas dentro del equipo, siempre bajo supervisión.

Si el tutor tiene conocimiento de que en alguno de los centros sanitarios donde el residente se está formando no se está dando respuesta a las necesidades docentes del residente, es necesario que actúe en consecuencia y lo comunique a la comisión de docencia, con el objetivo de que no se perpetúen situaciones que comprometen al aprendizaje.

- La calidad de la formación

1. Las «costumbres» del tutor: lo que suele hacer y cómo lo transmite

Por el hecho de enseñar y compartir la consulta con alguien es posible que el tutor se cuestione su manera de actuar y que, al mismo tiempo, necesite estar más actualizado. Por honradez, y en beneficio del aprendizaje, cuando está compartiendo la consulta, debería trabajar con conductas cuidadosas con la evidencia científica y la prudencia, así como con los estándares éticos de buena práctica médica. El tutor debe saber distinguir entre aquellos valores que son esenciales para la práctica de la medicina de familia, que son los que debe transmitir y aquellos que son personales.

2. Uso de herramientas docentes

Por prudencia, para intentar no afectar la seguridad del paciente, las herramientas docentes orientadas a la simulación deberían tener un papel importante en la formación de los residentes, ya que favorecen el aprendizaje sin implicar al paciente. Ejemplos de estas herramientas son la videograbación con *role playing* entre compañeros, entrevistas con conflictos de carácter ético, etc. En la utilización de estas herramientas habrá que seguir siendo muy cuidadosos en respetar la confidencialidad de los pacientes y de los propios residentes.

También es necesario, cuando se comparte la consulta, disponer de un tiempo después de las visitas para que el tutor y el residente puedan comentar aquellas situaciones conflictivas que se hayan presentado, y las posibles maneras de resolverlas.

3. La actitud ética

Es conveniente que los tutores tengan una mínima formación y sensibilidad por la ética, pero aún es más importante que su comportamiento sea adecuado a los principios y valores que han de guiar una buena medicina de familia. Este comportamiento será la mejor garantía de una buena formación del residente en los aspectos éticos de la profesión. Asimismo, la formación en ética de los residentes no sólo corresponde a los tutores, sino a todo el equipo.

4. La cultura del error

El mejor tutor también se equivoca. Reconocer este hecho, honestamente, debe servir también para enseñar al residente, para transmitirle la cultura de la mejora y el valor de la humildad. Lejos de culpabilizar a alguien o buscar «quien ha sido», centrando el error en un individuo, hay que aprender a identificar el error como algo que ha ocurrido en un sistema, notificarlo y compartirlo, para valorar las causas y estudiar de qué maneras se podría evitar la repetición del error. Esta manera de hacer es una importante fuente de mejora de la práctica clínica, un ejemplo de honradez hacia el médico en formación, el equipo y el paciente. Enseñar a aprender de los errores forma parte de la ética de la ignorancia (el reconocimiento honrado y prudente de que no lo sabemos todo) que, como ya hemos dicho, el tutor debería procurar transmitir al residente.

5. La docencia y la industria farmacéutica

Los tutores y los equipos deben ser conscientes del sesgo de información de la formación (o soporte) que ofrecen las compañías farmacéuticas, de manera que hay que evitar que éstas constituyan una fuente de aprendizaje, especialmente en los centros docentes (por la costumbre que crea en el residente). El tutor debe procurar tener sus fuentes de actualización independientes, para que no se inflencie su práctica habitual; deben ser fiables y basadas en criterios científicos, y debe compartir estas fuentes con los residentes y que les transmita la necesidad de esta independencia. El equipo, la empresa y el mismo profesional deben velar por una buena formación continuada de todos los profesionales.

Debemos ser conscientes del conflicto de interés existente entre las sociedades científicas y la industria farmacéutica, así como con las revistas científicas. El hecho de recibir dinero por parte de alguien condiciona, crea un conflicto de intereses. El tutor ha de educar al residente en el sentido crítico para que conozca los diferentes grados de evidencia y el conflicto de intereses que existe con los investigadores o la sociedad que ha promovido la investigación. Eso hay que tenerlo en cuenta en el momento de adoptar una determinada guía clínica, como en interpretar resultados de investigaciones u oír ponencias en congresos⁶.

⁶ Para una reflexión más cuidadosa sobre las implicaciones éticas (y, en este caso, sobre su influencia en la formación de los residentes) de las relaciones con la industria farmacéutica (recibir visitantes, recibir regalos, hacer formación patrocinada o financiada, etc.) recomendamos revisar el documento del Grupo de Ética que trata de ello específicamente: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf

6. La evaluación del residente y del tutor

El tutor, con el soporte de la comisión de docencia, debe de aplicar un sistema de evaluación riguroso y objetivo. La evaluación del residente es fundamental para garantizar la calidad de los médicos del futuro.

Las capacidades del residente se tienen que evaluar desde el inicio de su formación, de manera que se puedan detectar a los residentes que no tienen (y que a lo mejor no podrán adquirir) las capacidades para ser médicos de familia. Hay que realizar un seguimiento estrecho de estos casos desde el momento de la detección, introduciendo los medios para intentar que el médico adquiriera todas las competencias necesarias. Si se tratara de un problema irreversible e inhabilitante para la profesión, habría que reorientar a estos residentes hacia otros campos profesionales. La evaluación inicial y el seguimiento deberían permitir personalizar la tutorización de cada residente en beneficio de su mejor formación.

La evaluación del residente debería basarse en criterios explícitos que nos tendrían que informar si las carencias que pueda tener son recuperables o no. En caso de que no lo fueran, si el residente no está capacitado para ejercer como médico de familia, habrá que, por justicia social, considerarlo no apto.

En el mismo proceso de evaluación, el tutor debería ser capaz de autoevaluar (con el soporte del resto del equipo y de la comisión de docencia) su capacitación para tutorizar adecuadamente a cada residente en concreto. Es importante también la evaluación que los residentes realicen de los propios tutores para buscar soluciones si se detectan deficiencias o carencias.

7. La acreditación de tutores

El tutor debe ser capaz de proveer una enseñanza de calidad con un seguimiento del residente estrecho en la consulta. Por tanto, debe ser una persona que se dedique a la asistencia. El sistema de acreditación debe garantizar que los tutores estén bien formados y que la calidad que se ofrezca sea homogénea. No sería prudente ni bueno que un médico optara por ser tutor únicamente para obtener la compensación económica.

También sería necesaria una evaluación explícita de los tutores (y su seguimiento) para asegurar que tienen capacidades para ser buenos docentes. No todos los buenos médicos de familia tienen que ser buenos tutores: hay que elegir a aquellos que lo pueden hacer bien, más allá de otros criterios de repartimiento de cuotas territorial o económicos.

Además, la falta de criterio en la acreditación de los tutores, crea sentimientos perversos en el residente: «Si a ella que no lo hace bien no le dicen nada, será que yo tampoco lo hago bien pero no se atreven a decírmelo...?»



8. Facilitando la tarea docente

Tanto los responsables docentes como los directivos de la entidad con responsabilidades docentes, tienen el deber de facilitar las condiciones organizativas adecuadas que faciliten una buena actuación docente de los tutores.

Los organismos acreditadores de centros y tutores tienen la gran responsabilidad de velar por la calidad de la docencia, siendo honestos e imparciales a la hora de acreditar, y haciéndolo con criterios que prioricen la calidad de la docencia dentro de un marco de buena atención a la ciudadanía.

VI. IDEAS CLAVE

1. Formar a buenos médicos de familia es una responsabilidad social.
2. Los tutores, equipos docentes y jefes de estudios tienen una gran responsabilidad social en capacitar (y certificar) a un profesional para ejercer como MF.
3. Todos los médicos tienen el deber de colaborar en la formación de los MF.
4. Para ser un buen MF no hay que ser tutor.
5. Para ser un buen tutor hay que ser un buen MF.
6. Un buen tutor se compromete a enseñar y aprender. Destina el tiempo necesario a la formación del residente y a su propia formación.
7. Un buen tutor tiene conocimientos técnicos y valores y actitudes profesionales positivas. Y los sabe transmitir. Un buen tutor enseña, sobre todo, con su ejemplo.
8. Un buen tutor debe ejercer como MF en la consulta y en el domicilio de los pacientes.
9. En la formación de residentes se debe asegurar tanto el respeto a la autonomía del paciente como la justa formación en beneficio de la comunidad.
10. La primera lealtad del tutor y el residente debe ser hacia la buena atención al paciente.
11. Ha que respetar la decisión del paciente sobre si quiere o no ser atendido por el residente.
12. Durante toda la residencia, el tutor debe supervisar, en beneficio de la atención al paciente (calidad, seguridad longitudinalidad) y de la formación del residente.
13. El tutor tiene que enseñar al residente a ser prudente y cuidadoso en su relación con los pacientes, y respetuoso con el resto de profesionales del equipo.
14. El tutor, i el resto del equipo, debe ser respetuoso con el residente.
15. El tutor debe transmitir al residente que tiene la obligación ética de aprender, que ha de ser consciente del esfuerzo que hace la sociedad para facilitar su aprendizaje.
16. El tutor no puede obligar al residente a realizar prácticas que éste considere maleficientes.
17. En nuestro país el coste social de la docencia recae en los pacientes que usan los servicios sanitarios públicos, con los perjuicios y beneficios que eso comporta. Hay que agradecerlo.
18. El residente nunca puede ser contabilizado como recurso asistencial autónomo. Es necesario que trabaje siempre con alguien capacitado que le supervise.
19. La seguridad de los pacientes y la calidad de la formación de los residentes son bienes superiores a las necesidades organizativas de los centros sanitarios.

VII. CONSEJOS PRÁCTICOS

1. Anuncia a tus pacientes que en el centro hay profesionales en formación. Promueve que el centro también lo haga.
2. Promueve que el paciente sepa, en caso de que así sea, que le atenderá el residente.
3. Si hay que repetir una maniobra exploratoria (que no sea maleficente para el paciente) en beneficio del aprendizaje del residente, pide permiso al paciente.
4. Siempre que sea posible, utiliza herramientas que no impliquen una incomodidad para el paciente.
5. Vela por el respeto a la intimidad del paciente también cuando sois dos médicos en la consulta.
6. Aprovecha los beneficios de participar en la docencia de residentes: otra mirada, estímulo para formar-se, estímulo para evaluar los problemas con más cuidado, la autocrítica y la crítica.
7. Realiza un seguimiento más cercano y cuidadoso de las capacidades del residente al inicio de su formación. Si detectas problemas o limitaciones, valora con los compañeros y jefe de estudios si son corregibles o no y actúa en consecuencia.
8. Reorienta al residente que no está capacitado para trabajar como médico de familia, personaliza la formación de cada residente, propón que no reciba la titulación si no está capacitado.
9. Supervisa siempre la actuación del residente. Realiza una tutorización continua y continuada.
10. Dedicar tiempo a comentar con el residente lo que pasa en la consulta y su actuación y progreso.
11. Procura que el residente, de forma personalizada, vaya adquiriendo capacidad para atender autónomamente a los pacientes.
12. Valora y trabaja para que el residente adquiera las competencias y valores de un buen médico de familia.
13. Sé humilde como tutor: reconoce tus limitaciones y errores, reconoce que también aprendes del residente.
14. Promueve que los residentes te evalúen, interésate por su valoración y proponte como mejorar los déficits que te comenten.
15. Procura establecer una relación de confianza mutua con el residente: será necesaria para promover el aprendizaje.
16. Preocúpate de mantener –y mejorar– tus competencias y valores.
17. Procura que tus fuentes de formación y las del residente sean independientes.

BIBLIOGRAFÍA

Afessa B, Gajic O, Morales IJ, Keegan MT, Peters SG, Hubmayr RD. Association between ICU admission during morning rounds and mortality. *Chest*. 2009; 136: 1489-1495.

Carrese JA, McDonald EL, Moon M, Taylor HA, Khaira K, Hughes MT. Everyday ethics in internal medicine resident clinic: an opportunity to teach. *Med Educ*. 2011; 45(7): 712-721.

Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations-teaching tomorrow's doctors. *BMJ*. 2003; 326:97-111.

Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 2005.

Courvoisier D, Merglen A, Agoritsas T. Experiencing regrets in clinical practice. *The Lancet*. 2013; 382: 1553-1554.

General Medical Council. Good Medical Practice, 2006. Articles 15-19. Disponible a: http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/Good_Medical_Practice.pdf

General Medical Council (1999) The doctor as teacher. London: GMC

General Medical Council. The trainee doctor, 2011 Disponible a: http://www.gmc-uk.org/Trainee_Doctor.pdf_39274940.pdf

Grup d'Ètica CAMFiC. Bones pràctiques dels metge i la metgessa de família. <https://ecamfic.wordpress.com/2016/03/13/les-bones-practiques-del-metge-i-de-la-metgessa-de-familia/#more-395>

Grup d'Ètica CAMFiC. Compromís del metge/essa de família. <https://ecamfic.wordpress.com/compromis-del-metge-de-familia/>

Howe A, Anderson J. Involving patients in medical education. *BMJ*. 2003; 327.

Jagsi R, Lehmann LS. The ethics of medical education. *BMJ*. 2004; 329: 332-4.



- Kon A. Resident-generated versus instructor-generated cases in ethics and professionalism training. *Philos Ethics Humanist Med.* 2006; 1-10.
- Krell RW, Birkmeyer NJ, Reames BN, Carlin AM, Birkmeyer JD, Finks JF. Effects of resident involvement on complication rates after laparoscopic gastric bypass. *J. Am Coll Surg.* 2014; 218: 253-260.
- León Correa FJ. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética.* 2008; 14(1)11-8.
- Marquet R. La responsabilidad moral del tutor. *FMC.* 2011;18:630-2 - Vol. 18 Núm.10.
- Melguizo M, Moreno A, Espinosa JM. Aspectos éticos de la docencia. *AMF.* 2011; 7: 316-324.
- Nafler A et al. The professionalism disconnect: do entering residents identify yet participate in unprofessional behaviours? *BMC Medical Education.* 2014; 14: 60.
- Pauls MA. Teaching and evaluation of ethics and professionalism. *Canadian Family Physician.* 2012; 58: 751-756.
- Royal College of General Practitioners. Good Medical Practices for General Practitioners, 2008. Disponible a:
[http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/Good Medical Practice for GPs July 2008.ashx](http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/Good_Medical_Practice_for_GPs_July_2008.ashx)
- Vertrees SM, Shuman A, Fins JJ. Learning by doing: effectively incorporating ethics education into residency training. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(4): 578-582.
- Westberg K, Lynoe N, Lalos A, Lofgren M, Sandlund M. Getting informed consent from patients to take part in the clinical training of students: randomised trial of two strategies. *BMJ.* 2001; 323: 488.
- Zig A, Wolpe P, Small S, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine.* 2003; 78: 783-787.

REFERENCIAS LEGALES Y DEONTOLÓGICAS

¿Hipócrates? Juramente hipocrático. Grecia, aprox. 400 aC.

<https://blocdebellvitge.wordpress.com/2008/05/28/jurament-hipocratic/>

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible a:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RD183-2008_ASPECTOS_FORMATIVOS.pdf

Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Disponible a:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RD1146_2006ESTATUTO_DEL_RESIDENTE.pdf

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en el seu capítol III, secció 2.^a, «De la estructura y la formación en las especialidades en Ciencias de la Salud». Disponible a:

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Código de deontología. 2005. Disponible a:

https://www.comb.cat/cat/collegi/docs/codi_deontologic.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Código de Ética y Deontología Médica, 2011. Disponible a:

http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf