



LA TUTORITZACIÓ DE RESIDENTS

La força de l'exemple



Membres del grup d'ètica:

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

Consultors:

Ferran Cordon
Eduard Peñascal
Begoña Román

Referents del grup d'ètica:

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

*Es va incorporar al grup en la darrera fase de revisió del document

Tant els referents com els consultors fan aportacions a l'esborrany del document, les quals es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

Les "Reflexions de la pràctica quotidiana" volen oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretenen establir normes d'actuació ni definir estratègies per tal que els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor sinó també per prevenir problemes jurídics.

Maig 2016

ELS 4 PRINCIPIS CLÀSSICS DE LA BIOÈTICA

Autonomia:

És la capacitat de les persones de deliberar sobre les seves finalitats personals i d'actuar sota la direcció de les decisions que pugui prendre. Tots els individus han de ser tractats com a éssers autònoms i les persones que tenen l'autonomia minvada tenen dret a la protecció.

Beneficència:

"Fer el bé", l'obligació moral d'actuar en benefici dels altres. Guarir el dany i promoure el bé o el benestar. És un principi d'àmbit privat i el seu no compliment no està penat legalment.

No-maleficència:

És el "primum non nocere". No produir dany, i prevenir-lo. Inclou no matar, no provocar dolor ni patiment, no produir incapacitats, no fer mal. És un principi d'àmbit públic i el seu incompliment està penat per la llei.

Justícia:

Equitat en la distribució de càrregues i beneficis. El criteri per saber si una actuació és o no ètica, des del punt de vista de la justícia, és valorar si l'actuació és equitativa. Ha de ser possible per tots aquells que la necessitin. Inclou el rebuig a la discriminació per qualsevol motiu. És també un principi de caràcter públic i legislat.

Si es dóna un conflicte de principis ètics, els de No-maleficència i Justícia (de nivell públic i obligatori), estan per sobre dels de Beneficència i Autonomia (considerats de nivell privat).



ÍNDEX

| | | |
|------|--------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCIÓ..... | 5 |
| II. | REAL COM LA VIDA MATEIXA..... | 8 |
| III. | IMPORTÀNCIA | 9 |
| IV. | MARC LEGAL I DEONTOLÒGIC | 10 |
| V. | QÜESTIONS POLÈMIQUES | 12 |
| - | Entre el pacient i la societat | 12 |
| - | Entre tutor i resident | 17 |
| - | Entre l'EAP i el resident..... | 21 |
| - | La qualitat de la formació..... | 22 |
| VI. | IDEES CLAU..... | 26 |
| VII. | CONSELLS PRÀCTICS | 27 |
| | BIBLIOGRAFIA | 28 |

I. INTRODUCCIÓ

El mot «doctor» prové del llatí *docere*, que etimològicament significa «ensenyar». Ja des d'antic (codi hipocràtic, segle V a.C.) el metge ha tingut el deure de transmetre els seus coneixements als alumnes, un deure que es manté en alguns codis deontològics actuals. La docència implica promoure la capacitat reflexiva del metge en formació, així com conduir i facilitar el seu aprenentatge, perquè el puguin aplicar en benefici dels pacients.

En aquest document abordem el deure i les implicacions ètiques del metges que participen en la docència dels nous metges i metgesses de família en període de formació de postgrau (al nostre país, dins el sistema MIR). Per tant, se centra sobretot en la figura del metge tutor. El document no inclou la formació d'alumnat en etapa de grau, per bé que algunes de les reflexions ètiques que es desenvoluparan poden ser vàlides també en aquest context.

L'ensenyament, la formació, l'assessorament i l'avaluació dels nous metges són importants per garantir la cura dels pacients ara i en el futur. No és, per tant, un simple deure vers altres companys, sinó també un deure social.

Tots els metges tenen el deure moral de supervisar-ne l'aprenentatge i compartir amb ells els seus coneixements per a una bona atenció dels pacients. Però per ser una bona metgessa de família no és necessari dedicar-se a la docència, i no tots els professionals tenen habilitats per ensenyar. Tots els metges de família tenen el deure de participar en la formació de residents, però no tots s'han de dedicar a la docència com a tutors.

El tutor es responsabilitza especialment de la gestió de la docència durant el període de formació dels residents. Un tutor ha de ser un metge compromès amb aprendre i ensenyar a aprendre. No només li calen bons coneixements tècnics i científics, sinó que també ha de ser capaç de transmetre els valors professionals¹ i bones actituds envers els pacients i els companys. Ha de ser un bon metge de família en tots els sentits, ja que ha de ser exemple. És imprescindible que exerceixi com a metge de família, a la consulta i al domicili. Ha d'evolucionar com a metge i fer evolucionar els metges residents mitjançant l'exemple, la pedagogia i els plans d'aprenentatge.

Cal que vetlli perquè la formació estigui fortament lligada a les necessitats docents del resident i al programa docent de l'especialitat, i no a les necessitats dels serveis on aquest s'està formant. En aquest sentit, ens semblen especialment interessants les idees dels companys britànics (taula 1).

¹ Valors com els que s'expressen en «El compromís com a metge/essa de família» (<https://ecamfic.wordpress.com/compromis-del-metge-de-familia/>) i es desenvolupen en el document de «Bones pràctiques del metge i de la metgessa de família» (document provisional): <https://ecamfic.wordpress.com/2016/03/13/les-bones-practiques-del-metge-i-de-la-metgessa-de-familia/#more-395>

TAULA 1. QUALITATS DEL BON TUTOR/A

| |
|---|
| <p>Tots els metges que assumeixen tasques de docència han de demostrar el seu compromís amb el codi de bona pràctica mèdica. Això vol dir:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tenir bons coneixements tècnics i científics. • Mantenir un alt estàndard de valors professionals i personals en relació amb els pacients i la seva cura. • Saber transmetre valors i coneixements. • Ensenyar a aprendre, conduint l'aprenentatge del metge en formació. • Ser exemple. • Tenir exercici professional majoritàriament com a clínic, com a metge de família (a la consulta i al domicili). • Estar disponibles i ser accessibles per als pacients. • Tenir bones habilitats comunicatives. • Posseir un bon nivell de comprensió de la realitat en què s'exerceix la medicina (context, multiculturalitat, etc.). |
| <p>Els principals atributs que ha de tenir un metge que té responsabilitats en docència són:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se orgullós de la seva tasca com a metge de família. • Compromís amb ensenyar i aprendre. • Sensibilitat vers les necessitats d'aprendre dels residents. • Capacitat de promoure el desenvolupament de les actituds i valors. • Capacitat pedagògica per poder ensenyar bé: aptituds pràctiques, coneixement de la teoria pedagògica aplicada a l'aprenentatge de la medicina. • Comprensió dels mètodes de recerca. • Compromís amb l'avaluació, honesta i responsable, del resident. • Habilitat per utilitzar l'avaluació en benefici de l'aprenent i del seu futur professional (identificar mancances...). |

Adaptació resumida de continguts del *Good Medical Practice* (del General Medical Council britànic) i del *Good Medical Practice for General Practitioners* (del Royal College of General Practitioners).



El procés de tutorització de residents ofereix indubtables beneficis per a la societat, però també té inconvenients. En el nostre país, la docència de postgrau de Medicina es finança amb fons públics i té lloc majoritàriament en serveis públics de salut. Així doncs, malgrat que, fruit d'això, sigui esperable que els beneficis repercuteixin en tots, els inconvenients recauen només sobre alguns, de manera que es produeix un dilema en el principi de justícia. Cal agrair als pacients la seva disponibilitat per facilitar el procés d'aprenentatge dels residents.

La primera lleialtat del metge és amb el pacient. Donat que molta d'aquesta formació es realitza en servei, es produeix un constant dilema entre el respecte a l'autonomia del pacient i la seva beneficència (assegurar que rebi una bona atenció) i la justa necessitat social de formar correctament els nous metges, en benefici dels futurs pacients.

És un fet demostrat que el pacient està potencialment exposat a danys pel fet de col·laborar en la formació de nous metges. I el tutor ha de vetllar per evitar-los. Però el que s'aborda en aquest document no només és una qüestió de seguretat, sinó també de respecte a l'autonomia, la confidencialitat i el manteniment de la relació de confiança entre el metge i el pacient.

Esperem que el document aportï als tutors i als equips eines per reflexionar sobre com dur a terme la docència de la manera més positiva, respectuosa i prudent per a totes les persones implicades.

II. REAL COM LA VIDA MATEIXA

- En el centre de salut Sempre Docents, l'Adelaida demana hora amb la seva metgessa de família. Quan entra a la consulta, mb sorpresa, es troba que l'atén una noia jove a la que no coneix de res. En sortir, demana explicacions al taulell. Li expliquen que és la nova resident de la Dra. TutoraPlus, a qui, avui, li toca dedicar-se a fer recerca i formar-se, com fa cada dijous. La Dra. TutoraPlus ha actuat correctament deixant la visita en mans de la resident? Cal avisar els pacients?
- La Laia és una noia que s'esforça, però té problemes en l'aprenentatge: es despista, li costa. Han anat apareixent al llarg de la residència. La tutora Primmirada creu que la Laia no està gaire capacitada per a fer de metgessa de família, però arribat el moment de l'avaluació final se li atorga un «aprovat justet» per l'esforç que ha realitzat. És correcte? Què passarà amb els pacients que acabi atenent la Laia?
- En el centre de salut Punter, els tutors han aconseguit tenir més hores per visitar pacients gràcies a la «innovació»: des de fa dos anys tots els domicilis (aguts i de control de crònics) són atesos pels residents de quart any (cada dia se'n cuida un de diferent). S'afectarà l'atenció longitudinal?
- En Joan és un tutor experimentat. Avui tant ell com la seva resident de quart any, ubicada en un despatx contigu al seu, fan la consulta. La resident crida a la Maria, una pacient habitual. La Maria li diu a la resident que voldria ser atesa per en Joan. Té dret el pacient a triar ser atès pel metge tutor?
- En Pau és un tutor dels més antics del centre. És responsable de formació. Cuida molt els residents. Cada any negocia que els laboratoris els paguin un congrés i publicacions. És un bon exemple pels residents? Hi ha alternatives?
- La Mireia, resident de quart any, es troba en situacions en les que ella actuaria de manera diferent a com ho fa la tutora. Avui, per exemple, atén a una dona que porta més de deu anys prenent àcid alendrònic perquè la densitometria complia criteris d'osteopènia. Creu que caldria retirar-li, però...: Fidelitat a la tutora? Lleialtat al pacient?
- En el centre de salut EspavilatComPuguis tenen molt clara la progressió en la responsabilitat dels residents: el primer mes visiten amb el seu tutor (junts), el segon mes visiten autònomament (en un despatx contigu) i a partir del tercer mes (i fins a la fi de la seva residència) visiten, sols, 3 dies per setmana (durant els quals el tutor es dedica a altres tasques). És correcta aquesta progressió? Atén a les necessitats docents del resident o a les del centre on treballa? És vàlid actuar de la mateixa manera amb tots els residents?

III. IMPORTÀNCIA

L'any 2015 es van oferir 6.100 places del programa de formació MIR a Espanya, de les quals 1.671 eren de MFIC.

Assegurar la qualitat de la formació d'aquests residents és assegurar la qualitat dels metges del futur. La peculiaritat de la professió mèdica fa que l'aprenentatge teòric o amb models de simulació sigui insuficient, i que sigui necessari aprendre en la realitat de la consulta, al costat d'altres metges i en l'entorn del pacient. Aquesta necessitat d'aprenentatge en servei dona una gran importància a la formació d'estudiants i residents en el marc de la nostra consulta quotidiana. D'altra banda, en l'aprenentatge d'adults, com és el cas dels residents, és molt important l'experiència i la reflexió.

IV. MARC LEGAL I DEONTOLÒGIC

1. Marc deontològic

El jurament hipocràtic dedica el seu primer precepte a la docència, equiparant el mestre de medicina als «autors dels meus dies», i atorgant a tots els metges el deure d'ensenyar:

Tributaré al meu mestre de Medicina el mateix respecte que als autors dels meus dies, partint amb ells la meua fortuna i socorrent-los en cas necessari; tractaré els seus fills com els meus germans, i si volgueren aprendre la ciència, els l'ensenyaré desinteressadament i sense un altre gènere de recompensa. Instruiré amb preceptes, lliçons parlades i la resta de mètodes d'ensenyança als meus fills, als dels meus mestres i als deixebles que em segueixen davall el conveni i jurament que determinen la llei mèdica i a ningú més. [Atribuït a Hipòcrates, metge grec, <https://blocdebellvitge.wordpress.com/2008/05/28/jurament-hipocratic/>]

Malgrat la importància de l'aprenentatge per la pervivència de la professió mèdica, en el «Codi de Deontologia» del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 2005 no hi ha cap apartat o article dedicat a la docència en l'especialització de medicina. Només s'hi especifica el deure i el dret dels metges a demanar consell i rebre'l pel bé del pacient, així com el deure i el dret de comunicar els seus coneixements i facilitar l'accés al coneixement (articles 96 i 100 dels deures i drets del metge envers els seus companys).

En canvi, en el «Código de deontología médica» del Consejo General de Colegios de Médicos (2011) sí que hi ha un capítol que fa referència a la docència en Medicina de grau i postgrau, a la qual dedica el seu article 63 (capítol XVIII), on es desenvolupen alguns drets i deures del metge en formació i del personal docent, així com la necessitat de vetllar pel pacient en aquest procés.

En les guies de bona pràctica mèdica britàniques (GMP) elaborades pel *General Medical Council* desenvolupen les actituds que ha de tenir el metge que pren el compromís d'ensenyar. També el *Royal College for General Practitioners* ha redactat la seva pròpia guia de bona pràctica, que conté un capítol dedicat a la docència: «En tenir alumnes al teu càrrec, estàs en la posició d'inspirar els altres a través del teu exemple». Aquests documents no només descriuen com ha de ser un bon tutor, sinó que també constitueixen unes directrius ètiques en què basar-se en el desenvolupament de la tasca docent. Avui en dia no tenim constància de cap altre document similar en el nostre àmbit.

2. Marc legal

Existeix una gran quantitat de lleis que regulen la formació de professionals sanitaris i que n'impliquen les institucions necessàries per a garantir-la. Només citarem, però, les més rellevants.

La Llei 44/2003 de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, en el seu capítol III, article 20, regula el sistema de formació d'especialistes. Hi exposa que els residents han de desenvolupar, de forma ordenada i tutelada, les activitats previstes en el programa de formació, de manera que vagin adquirint progressivament responsabilitats. Refereix que les activitats han de figurar en el «llibre del resident», i que aquest ha de ser avaluat. A l'article 21 exposa com s'han d'elaborar els programes de formació i com ha de ser l'acreditació de centres i unitats docents.

El Reial decret 1146/2006, de 6 d'octubre, regula la relació laboral especial de la residència per a la formació d'especialistes en ciències de la salut i especifica les condicions del contracte laboral. L'objectiu d'aquest decret és assegurar que la realització i acompliment dels programes formatius a tot l'Estat espanyol es correspon amb un règim de drets i deures comuns a tots els residents:

- Drets: a conèixer el programa de formació; a l'assignació d'un tutor; a rebre una formació teòrico-pràctica que permeti al resident adquirir els coneixements i responsabilitats de la seva especialitat, progressivament, fins a assolir la pràctica autònoma; a ser informat de les seves obligacions i funcions, i de com serà avaluat; a saber quins professionals té a l'abast per demanar ajuda quan li calgui; a participar en activitats docents, d'investigació, de gestió i assistencials; a registrar les activitats que fa en el llibre del resident; a que es realitzi la seva avaluació amb el màxim d'objectivitat; i a tenir representants en la comissió de docència.
- Deures: a realitzar tot el programa de formació sense compatibilitzar-lo amb altres activitats laborals, a formar-se, conèixer i complir els reglaments i normes de funcionament de les institucions on treballa (conèixer els drets dels pacients), a realitzar les tasques assistencials que estableixi el programa de formació i l'organització del centre; i a usar racionalment els recursos al seu abast, però mai en benefici propi o de terceres persones.

En el Reial decret 183/2008, de 8 de febrer, es determinen i es classifiquen les diferents especialitats en ciències de la salut. Alhora, es desenvolupen al llarg dels seus capítols alguns aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada, com l'explicitació de com han de ser les avaluacions i de quins organismes han de supervisar-les.

V. QÜESTIONS POLÈMIQUES

- Entre el pacient i la societat

1. La responsabilitat del tutor vers els pacients

El tutor s'ha de sentir sempre moralment responsable de l'atenció que rebí un pacient, fins i tot en el moment en què és el resident qui l'atén autònomament. El metge que pren el compromís d'ensenyar ha d'assegurar-se de protegir la cura dels seus pacients atenent als principis ètics de no maleficència, beneficiència, justícia i respecte a l'autonomia del pacient.

El grau de supervisió que necessita el resident en formació dependrà de la seva experiència i aptituds: en general, molta supervisió i poca autonomia a l'inici, i més autonomia i menys supervisió cap al final. No obstant, el tutor haurà d'adaptar aquest criteri general a les característiques de cada resident. El metge en formació no hauria de visitar pacients en solitari fins que no hagi adquirit la competència suficient, i sempre amb assessorament, suport i supervisió.

En realitat, des del punt de vista ètic (i sovint legal) el tutor mai perd la seva responsabilitat en l'atenció al pacient i en la supervisió del que fa el resident.

Cal que el tutor, i l'organització al si de la qual té lloc la docència, informin adequadament als pacients sobre el fet de que són atesos per metges en formació (no estudiants). Cal presentar la docència a la comunitat on es produeix, i demanar-ne i agrair la seva participació.

2. Les prioritats en l'atenció i en la formació. És primer la formació o el dret a l'atenció?

En el nostre entorn, el procés de formació dels residents es produeix majoritàriament en un entorn assistencial real: el tutor i el resident atenen a persones que venen a la consulta per problemes de salut. La primera lleialtat del tutor i del resident ha de ser vers el pacient, assegurant-li una bona atenció i procurant resoldre o pal·liar el seu problema. La funció docent d'aquest procés d'atenció és secundària: mai pot estar per sobre del benefici del pacient. Justament, prioritzar aquesta lleialtat al pacient és, en si mateix, un bon aprenentatge pel resident.

Els canvis de metge no són bons per a la longitudinalitat de l'atenció. Un tutor que deixi sols habitualment els seus residents provocarà una manca de longitudinalitat en l'atenció als seus pacients (amb la conseqüent pèrdua de confiança). El pacient ha de tenir la seguretat de que el seu metge de família habitual (el tutor) és sempre al «darrere», «està al cas», fins i tot quan no és ell directament qui l'atén.

El tutor ha de garantir que el resident sigui curós amb els pacients i conscient de que «està de pas». Serà bo ensenyar-li a ser respectuós, a presentar-se, a demanar permís per actuar.

3. La repetició d'actuacions (anamnesi, exploracions...) sobre el pacient sols per a l'aprenentatge del resident

En cas de que les actuacions que es realitzen a la consulta no siguin en benefici del pacient sinó per a l'aprenentatge del resident, cal informar el pacient perquè pugui triar si sotmetre-s'hi o no. Cal tenir en compte que les repeticions no sempre són maleficients. En cas de que siguin maleficients, cal evitar-les en benefici del pacient: la docència no les justifica.

S'ha de considerar que per a l'aprenentatge no sempre és necessari l'entorn real. És molt important aprofitar també les altres eines didàctiques existents, com ara tècniques amb models inanimats, tècniques de comunicació i entrevistes amb actors o altre personal sanitari, videogravacions, etc.

4. El dret del pacient a triar qui vol que l'atengui i el dret del resident a aprendre

En el seu procés de formació, el metge resident atén els pacients, acompanyat del tutor o bé en solitari. Quan a la consulta hi ha un metge en formació com a observador, o participant de l'atenció, cal fer-ho saber als pacients i donar-los l'oportunitat de consentir la presència del resident o de negar el consentiment abans i durant la consulta.

Quan el resident passa consulta en solitari, el pacient té dret a decidir si vol ser atès pel resident o pel tutor. En aquesta situació, el pacient està emparat per la llei. Quan un pacient sigui atès per un resident, sempre caldrà la supervisió del tutor, donat que hi ha evidència de que l'actuació de metges en formació sense supervisió pot afectar la seguretat dels pacients.

En cas de que el pacient no vulgui ser atès per un resident, aquest dret ha de ser respectat. Són poques les vegades en què els pacients es neguen a ser atesos per professionals en formació. Tot i que aquest dret del pacient podria anar en detriment del dret d'aprendre del resident, aquesta situació hipotètica es dóna amb poca freqüència a les nostres consultes.

De vegades els pacients no s'atreveixen a demanar l'atenció per un professional en concret o sense la presència d'un altre professional a la consulta, per la qual cosa cal estar atents i facilitar que ho explicitin si no ho fan².

5. Canvis en la relació de confiança metge-pacient. La preservació de la intimitat

La presència d'una tercera persona a la consulta pot alterar la dinàmica assistencial i provocar que alguns pacients no se sentin còmodes comentant temes de caràcter més privat. Cal saber detectar aquesta situació i oferir un espai més íntim³. Encara que el pacient accedeixi a que el resident participi en la consulta, és bo que el tutor valori si, per mantenir el màxim respecte a la intimitat del pacient, ha d'obviar al resident algunes dades o informacions de la salut del pacient.

La supervisió també és necessària per evitar que el pacient utilitzi el resident com un mitjà per vulnerar els pactes als quals hagi arribat amb el seu metge habitual (sobre medicació, proves complementàries,...), o per aconseguir actuacions que saben que no pertocuen o que el seu metge no faria.

No tot és negatiu en la presència d'una tercera persona a la consulta. El procés d'avaluació i supervisió de la història del pacient que la docència comporta, així com la presència d'una altra mirada, també poden ajudar per reorientar, reexplorar i donar una visió nova als problemes del pacient.

No hem d'utilitzar els residents per evitar situacions conflictives entre el tutor i el pacient, però la presència del resident, i l'anàlisi serena de la situació amb ell, ens pot ajudar a abordar-les millor.

² Per aprofundir sobre el dret de les persones a decidir amb autonomia sobre els seus afers de salut, podeu consultar el document del Grup d'Ètica «Autonomia: el respecte a les decisions dels pacients» (2001): http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf.

³ Per aprofundir sobre el respecte a la confidencialitat podeu consultar el document del grup d'ètica «Confidencialitat, el dret a la intimitat» (2003): http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_285_EBLOG_1862.pdf.

6. La responsabilitat d'avaluar i certificar la competència de nous especialistes

Quan els tutors valoren la formació del resident (i, per tant, decideixen si té les competències necessàries per exercir com a metge de família) tenen un compromís i una responsabilitat social molt gran. No estan decidint tan sols respecte al resident (i el seu futur com a professional) sinó també, sobretot, respecte a la qualitat de l'atenció que la societat rebrà dels futurs metges.

Els tutors han de ser honestos i objectius en avaluar aquells metges que han supervisat o format. En cas contrari, podrien estar posant en risc els seus futurs pacients.

A més, hem de tenir en compte que qui obté el títol d'especialista en MFiC posseirà també el primer requisit per ensenyar a d'altres futurs residents: si ell no és un bon metge de família, transmetrà les seves mancances als futurs metges de família.

Cal desenvolupar estratègies i tenir eines objectives i subjectives per a realitzar una bona avaluació.

En aquest aspecte, és molt important el suport que el tutor pugui rebre des de la unitat docent. Les responsabilitats del cap d'estudis de les unitats docents estan definides en les lleis que regulen la formació MIR. El seu objectiu ha de ser aconseguir una bona formació dels residents, sense malmetre l'atenció als ciutadans.

7. Responsabilitat social del sistema de formació de residents

A l'Estat espanyol, la residència en el marc del sistema MIR és finançada amb recursos públics obtinguts a través dels impostos. Això implica que el tutor no només té la responsabilitat d'assegurar una bona formació al resident, sinó que, a més, pel principi de justícia, assumeix una gran responsabilitat social que l'obliga a fer-ho bé com a compensació per l'esforç que tots els ciutadans fem per a facilitar aquesta formació.

8. La justícia/equitat entre els pacients d'un metge tutor i els d'un metge que no ho és

El fet de que un metge de família exerceixi com a tutor comporta alguns desavantatges pels pacients, per la qual cosa cal que el metge s'esforci per limitar l'impacte negatiu de la docència en els pacients. Cal que en sigui conscient i que informi en tot moment el pacient perquè aquest pugui decidir autònomament de quina manera vol ser atès en aquest marc.

En un sentit més general, podem afirmar que el cost social de la docència recau sobre els pacients que utilitzen els serveis públics de salut, que és on majoritàriament té lloc la formació de nous professionals.

Els professionals han de saber que els pacients no tenen l'obligació de sotmetre's a actes relacionats amb el procés formatiu dels residents pel fet de que siguin atesos en un centre docent. Cal que la seva participació en aquest procés sigui voluntària, i fer tot el possible per minimitzar-ne els danys.

- Entre tutor i resident

1. Responsabilitat com a formador del tutor: la responsabilitat d'ensenyar

Ensenyar és un dels deures deontològics més antics entre els metges. Ensenyar és també un deure de justícia social: jo he rebut, jo he de transmetre per a que altres en treguin profit.

En cas que el tutor detecti un problema de relació o de confiança amb el resident, cal que ho comuniqui als responsables de l'organització de la unitat docent i que procuri trobar una solució. En cas que no es consideri capacitat per a tutoritzar un resident també caldrà, per honestedat, que ho posi en coneixement dels responsables i en faciliti la solució; el mateix haurà de fer si és coneixedor de que alguns llocs pels que rota el resident no són adequats des del punt de vista docent. La justícia social ha de guiar totes aquestes situacions: d'una bona tutorització dependrà en bona part la qualitat dels professionals del futur.

Els caps d'estudi de les unitats docents tenen responsabilitat en la docència tant en els EAP com en els hospitals. Les seves funcions són supervisar les condicions en què es dona la docència, vetllar-ne per la qualitat i perquè el seu resultat sigui l'esperat. A més, han de vigilar també l'acreditació dels tutors segons capacitats docents i han de poder oferir els millors tutors/centres per a un determinat resident: la qualitat de la formació hauria de ser el criteri rector en l'elecció de centres i tutors. L'elecció de tutor hauria de centrar-se en el que sigui millor per la formació del resident.

2. La funció de «model»

El tutor ha de ser conscient del valor docent del seu exemple. Ser un bon tutor implica, abans de res, esforçar-se en ser un bon metge de família, especialment pel que fa a les actituds i els valors. El resident incorporarà moltes de les conductes habituals del seu tutor i del centre on s'ha format. Si, per exemple, en el centre és «normal» que els tutors no compleixin l'horari, comentin els pacients als passadissos, no participin a les sessions o rebin regals de la indústria, el resident també ho pot incorporar com a «normal».

Al llarg de la consulta, hi ha discerniment clínic i també ètic. Per tal que l'aprenentatge sigui complet, cal dedicar una estona a comentar allò que ha esdevingut entre metge i pacient, per ajudar a copsar no solament els aspectes clínics de l'entrevista sinó també els aspectes relacionals i ètics que hi ha al darrere. Cal que tutor i resident disposin del temps per a fer-ho.

A causa de la jerarquització en algunes institucions mèdiques, els metges en formació a vegades poden ser requerits a fer actuacions que no els pertoqueu i sense valor docent (per exemple, anar a buscar el cafè, cobrir tot el torn de la guàrdia o fer la consulta sense tutorització adequada mentre el tutor descansa...). És funció del tutor vetllar per a que això no passi, i per a que aquestes actuacions no es perpetuïn a través de les generacions de nous metges.

3. L'ètica de la negativa

El tutor ha d'ajudar el resident a respectar l'autonomia del pacient, a entendre que el benefici solament el pot decidir el propi pacient. Però també és molt important que l'ajudi a aprendre a dir «no» quan cal. En el nostre entorn sovint cal reconduir demandes que són forassenyades o injustes, així com expectatives que no pot resoldre l'atenció sanitària. Els residents poden sentir la temptació de complaure el desig dels pacients, i cal que aprenguin a dir que no per respecte al principi de no maleficència o al de justícia.

4. L'ètica de la ignorància i la incertesa. L'aprenentatge mutu

El tutor també ha d'ajudar el resident a moure's en la incertesa pròpia de l'Atenció Primària. Cal que aprengui, per evitar maleficència, que sovint no és bo intentar concretar el problema de salut, que l'actitud prudent d'espera és una qualitat que pot beneficiar a molts pacients.

El valor de l'honestedat ha d'estar present en el procés formatiu. Amb modèstia, el tutor ha d'ajudar el resident a aprendre que cada professional té les seves limitacions i que, a més, el coneixement científic és limitat: som ignorants respecte al que és millor per a molts problemes de salut. El reconeixement d'aquesta ignorància ens porta a no voler intervenir sempre, a comunicar-ho al pacient amb lleialtat.

El tutor ha de ser humil i reconèixer que no ho sap tot, que mai no ho sabrà tot i que aprendrà del propi resident. Aquesta actitud, a més d'honesta, és facilitadora del procés d'aprenentatge del resident: l'ajuda a perdre la por, a admetre que ell té molt a aprendre. L'aprenentatge viscut com a procés que es promou mútuament, bidireccional, resulta beneficiós per a tots dos i per la pròpia població atesa. És un dels beneficis de la docència.

5. La supervisió del resident i l'escalada progressiva en la presa de responsabilitats. L'especial situació de les urgències

El procés d'aprenentatge implica una progressió en l'autonomia del resident. No seria bo per a ell ni deixar-lo sol al principi de la seva residència ni tampoc no deixar-lo actuar autònomament al final de la mateixa. La missió del tutor és procurar el creixement del resident com a metge de família. Per a que això sigui possible, el resident no pot ser mai considerat com un professional més en el càlcul de les necessitats per a una bona atenció: fer-ho suposa malmetre el procés educatiu, i això seria socialment injust.

Aquesta reflexió és especialment rellevant, en el nostre entorn, en els serveis d'urgències o d'atenció continuada on fa guàrdies el resident. Sovint es veu obligat a assumir massa autònomament l'atenció. Això provoca que aprengui «a cops», una adequada tutorització. Aquest fet és èticament reprovable des del punt de vista de la formació del resident, però també des del punt de vista de la qualitat de l'atenció que mereix rebre el ciutadà.

Al llarg del procés de residència, quan el tutor és absent, els metges de l'equip han de supervisar l'acció del resident, durant o després de la seva acció. Aquests metges també tenen responsabilitat docent: sobre la qualitat de l'atenció al pacient i també sobre la qualitat de l'aprenentatge. La responsabilitat és del centre, que és docent, i de tots els membres que en formen part.

Cal assegurar que en tots els serveis on treballa el resident hi hagi un metge capacitat que en faci la supervisió i el control.

6. El tutor (i també el resident) es «despulla» en la seva activitat professional

La relació que s'estableix entre tutor i resident ha de ser una relació entre professionals, però tots dos (i especialment el tutor, pel seu rol de facilitador) han de ser conscients de que la seva relació serà intensa i comportarà compartir certa intimitat mútua. El resident se sent observat pel tutor, però aquest també es troba observat pel resident. La confiança mútua pot ajudar en l'aprenentatge, però cap dels dos pot pretendre sobrepassar els límits que l'altre posi: com a tutor puc interessar-me i oferir ajut al resident davant d'un problema personal, però no tinc cap dret a immiscir-m'hi si ell no ho desitja. La intimitat del resident, com la de qualsevol professional, mereix el mateix respecte que la de les persones que atenem⁴.

⁴Per aprofundir sobre aquest tema podeu consultar el document del Grup d'Ètica «Confidencialitat, el dret a la intimitat» (2003): http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_285_EBLOG_1862.pdf.

7. Autonomia del resident per atendre pacients. Les diferències de criteri

En general no s'hauria d'arribar a diferències de criteri importants: el tutor hauria de transmetre criteris basats en les evidències disponibles i aquests haurien d'impregnar la pràctica del resident. El diàleg i la deliberació, compartint coneixements de forma honesta, haurien d'evitar possibles diferències. En darrer terme, però, el resident, davant d'actuacions que podrien ser maleficients pel pacient, pot objectar, es pot negar a fer-les; el resident també té la responsabilitat d'actuar en benefici del pacient, tant com pugui. El tutor pot delegar part de les seves funcions en el resident (que pot i ha de fer consulta de forma autònoma), però mai li pot delegar la seva responsabilitat vers els pacients i, per tant, no el pot obligar a fer actuacions que el resident consideri maleficients, ni tampoc pot abandonar mai la seva tasca de supervisió.

8. Ensenyant recerca

Durant la residència es promou l'aprenentatge en recerca. Cal aprofitar-ho per interioritzar els valors ètics d'una bona recerca⁵. Per exemple, el respecte a la justícia evitant fer estudis irrelevants, el respecte a la confidencialitat demanant permís al pacient per a participar-hi i per consultar les seves dades clíniques, l'honestedat en la publicació dels resultats, i el respecte entre els tutors en la tria dels temes.

9. Els conflictes de lleialtat amb l'empresa

El tutor i el resident treballen en el marc d'una empresa i han d'afrontar conflictes de lleialtats, entre el compromís amb el pacient i el compromís amb l'empresa.

Cal ajudar el resident a tenir sentit crític i constructiu, i valentia davant les institucions, especialment en situacions que no són beneficioses pel pacient. D'això en serien bons exemples alguns registres innecessaris, l'acompliment d'objectius quan no és en benefici del pacient, el seguiment d'instruccions que malmeten recursos en accions fútils i l'aplicació irreflexiva de les guies clíniques sense atendre a l'adequació a cada cas o situació.

⁵ Per ampliar informació sobre aquest tema podeu veure el document del Grup d'Ètica «Ètica de la recerca» (2008): http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_205_EBLOG_1843.pdf.

- Entre l'EAP i el resident

1. Adaptació del resident al centre (organització, pautes clíniques...)

El resident entra en una organització que està en funcionament i s'ha d'adaptar a les seves normes, sense que això impliqui submissió o falta d'autonomia del resident en formació. Quan el centre és docent, tot el personal que hi treballa ha d'implicar-se en la docència. El resident ha de viure un clima de respecte dins de l'equip, on cadascú té tasques diferents però ningú és menystingut; aquest clima ha de conduir a que el resident rebi aquest mateix respecte, i a que, alhora, ell el practiqui vers la resta de professionals.

2. L'EAP com a entorn d'aprenentatge

No són els tutors els únics que han de procurar ser molt curosos en mantenir actituds i valors professionals adequats per tal de que els residents els puguin visualitzar i interioritzar. També ha de fer-ho tot el conjunt de l'EAP que forma residents. El compromís dels professionals amb la seva tasca, el gust per la millora contínua i el respecte vers les persones (a la consulta i a les sessions) són línees mestres de comportament exemplar que cal cuidar.

El compromís ètic respecte a una docència de qualitat i respectuosa amb els pacients ha d'impregnar no sols els tutors sinó tot el personal dels centres docents.

3. El centre de salut que «fa servir» el resident

Els criteris que han de guiar les actuacions d'un resident dins l'equip són el benefici del pacient i la pròpia formació del resident. Ni la comoditat del resident, ni la millor organització de l'equip o de l'entitat per a la que treballa poden ser criteris superiors a aquests. La seguretat dels pacients i la qualitat de la formació del resident són bens superiors a les necessitats organitzatives del centre. Tenint en compte aquests criteris, el resident pot i ha d'assumir tasques dins de l'equip, sempre sota supervisió.

Si el tutor té coneixement de que en algun dels centres sanitaris on el resident s'està formant no s'està donant resposta a les necessitats docents del resident, cal que actuï en conseqüència i ho comuniqui a la comissió de docència, per tal de que no es perpetuïn situacions que comprometen l'aprenentatge.

- La qualitat de la formació

1. Els «costums» del tutor: el que acostuma a fer i com ho transmet

Pel fet d'ensenyar i compartir la consulta amb algú és possible que el tutor es qüestioni la seva manera d'actuar i que, alhora, necessiti estar més actualitzat. Per honradesa, i en benefici de l'aprenentatge, quan està compartint la consulta, hauria de treballar amb conductes acurades amb l'evidència científica i la prudència, així com amb els estàndards ètics de bona pràctica mèdica. El tutor ha de saber distingir entre aquells valors que són essencials per a la pràctica de la medicina de família, que són els que ha de transmetre, i aquells altres que són personals.

2. Ús d'eines docents

Per prudència, per intentar no afectar la seguretat del pacient, les eines docents orientades a la simulació haurien de tenir un paper important en la formació dels residents, ja que afavoreixen l'aprenentatge sense implicar el pacient. Exemples d'aquestes eines són la videogravació amb *role playing* entre companys, entrevistes amb conflictes de caire ètic, etc. En l'ús d'aquestes eines caldrà seguir essent molt curosos en respectar la confidencialitat dels pacients i dels propis residents.

També és necessari, quan es comparteix la consulta, disposar d'un temps després de les visites perquè el tutor i el resident pugin comentar aquelles situacions conflictives que s'hagin presentat, i les possibles maneres de resoldre-les.

3. L'actitud ètica

És convenient que els tutors tinguin una mínima formació i sensibilitat per l'ètica, però encara és molt més important que el seu comportament sigui adequat als principis i valors que han de guiar una bona metgessa de família. Aquest comportament serà la millor garantia d'una bona formació del resident en els aspectes ètics de la professió. Tanmateix, la formació en ètica dels residents no només correspon als tutors, sinó a tot l'equip.

4. La cultura de l'error

El millor tutor també s'equivoca. Reconèixer aquest fet, honestament, ha de servir també per ensenyar al resident, per transmetre-li la cultura de la millora i el valor de la humilitat. Lluny de culpabilitzar algú o buscar «qui ha sigut», centrant l'error en un individu, cal aprendre a identificar l'error com quelcom que ha ocorregut en un sistema, notificar-lo i compartir-lo, per valorar-ne les causes i estudiar de quines maneres es podria evitar la repetició de l'error. Aquesta manera de fer és una important font de millora de la pràctica clínica, un exemple d'honradesa envers el metge en formació, l'equip i el pacient. Ensenyar a aprendre dels errors forma part de l'ètica de la ignorància (el reconeixement honrat i prudent de que no ho sabem tot) que, com ja hem dit, el tutor hauria de procurar transmetre al resident.

5. La docència i la indústria farmacèutica

Els tutors i els equips han de ser conscients del biaix d'informació de la formació (o suport) que ofereixen les companyies farmacèutiques, de manera que cal evitar que aquestes constitueixin una font d'aprenentatge, especialment en els centres docents (pel costum que crea en el resident). El tutor ha de procurar tenir les seves fonts d'actualització independents, perquè no s'influènci la seva pràctica habitual; han de ser fiables i basades en criteris científics, i cal que comparteixi aquestes fonts amb els residents i que els transmetri la necessitat d'aquesta independència. L'equip, l'empresa i el mateix professional han de vetllar per una bona formació continuada de tots els professionals.

Cal ser conscients del conflicte d'interès existent entre les societats científiques i la indústria farmacèutica, així com també amb les revistes científiques. El fet de rebre diners per part d'algú condiona, crea un conflicte d'interessos. El tutor ha d'educar el resident en el sentit crític per a que conegui els diferents graus d'evidència i el conflicte d'interessos que existeix amb els investigadors o la societat que ha promogut la investigació. Això s'ha de tenir en compte tant a l'hora d'adoptar una determinada guia clínica, com en interpretar resultats d'investigacions o sentir ponències en congressos⁶.

⁶ Per a una reflexió més acurada sobre les implicacions ètiques (i, en aquest cas, sobre la seva influència en la formació dels residents) de les relacions amb la indústria farmacèutica (rebre visitadors, rebre regals, fer formació patrocinada o finançada, etc.) recomanem revisar el document del Grup d'Ètica que en tracta específicament: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_208_EBLOG_1848.pdf.

6. L'avaluació del resident i del tutor

El tutor, amb el suport de la comissió de docència, ha d'aplicar un sistema d'avaluació rigorós i objectiu. L'avaluació del resident és fonamental per garantir la qualitat dels metges del futur.

Les capacitats del resident s'han d'avaluar des de l'inici de la seva formació, de manera que es pugui detectar els residents que no tenen (i que potser no podran adquirir) les capacitats per a ser metges de família. Cal fer un seguiment estret d'aquests casos des del moment de la detecció, posant els mitjans per intentar que el metge adquireixi totes les competències necessàries. Si es tractés d'un problema irreversible i inhabilitant per la professió, caldria reorientar aquests residents cap a altres camps professionals. L'avaluació inicial i el seguiment haurien de permetre personalitzar la tutorització de cada resident en benefici de la seva millor formació.

L'avaluació del resident s'hauria de basar en criteris explícits que ens haurien de dir si les mancances que pugui tenir són recuperables o no. En cas de que no ho fossin, si el resident no està capacitat per a exercir com a metge de família, caldrà, per justícia social, considerar-lo no apte.

En el mateix procés d'avaluació, el tutor hauria de ser capaç d'autoavaluar (amb el suport de la resta de l'equip i de la comissió de docència) la seva capacitat per a tutoritzar adequadament cada resident en concret. És important també l'avaluació que els residents facin dels propis tutors per cercar solucions si es detecten deficiències o mancances.

7. L'acreditació de tutors

El tutor ha de ser capaç de proveir un ensenyament de qualitat amb un seguiment del resident estret a la consulta. Per tant, ha de ser una persona que es dediqui a l'assistència. El sistema d'acreditació ha de garantir que els tutors estiguin ben formats i que la qualitat que s'ofereix sigui homogènia. No seria prudent ni bo que un metge optés per ser tutor únicament per obtenir-ne la compensació econòmica.

També caldria una avaluació explícita dels tutors (i el seu seguiment) per assegurar que tenen capacitats per a ser bons docents. No tots els bons metges de família han de ser bons tutors: cal triar aquells que ho poden fer bé, més enllà d'altres criteris de repartiment de quotes territorials o econòmics.

A més, la manca de criteri en l'acreditació dels tutors, crea sentiments perversos en el resident: «Si a ella que no ho fa bé no li diuen res, serà que jo tampoc no ho faig bé però no s'atreveixen a dir-m'ho...?».



8. Facilitant la tasca docent

Tant els responsables docents com els directius de l'entitat que té responsabilitats docents tenen una gran responsabilitat en facilitar les condicions organitzatives adequades que facilitin una bona actuació docent dels tutors.

Els organismes acreditadors de centres i tutors tenen la gran responsabilitat de vetllar per la qualitat de la docència, essent honestos i imparcials a l'hora d'acreditar, i fent-ho amb criteris que prioritzin la qualitat de la docència dins un marc de bona atenció a la ciutadania.

VI. IDEES CLAU

1. Formar bons metges de família és una responsabilitat social.
2. Els tutors, equips docents i caps d'estudis tenen una gran responsabilitat social en capacitar (i certificar) un professional per exercir com a MF.
3. Tots els metges tenen el deure de col·laborar en la formació dels MF.
4. Per a ser un bon MF no cal ser tutor.
5. Per a ser un bon tutor que cal ser un bon MF.
6. Un bon tutor es compromet a ensenyar i aprendre. Destina el temps necessari a la formació del resident i a la seva pròpia formació.
7. Un bon tutor té coneixements tècnics i valors i actituds professionals positius. I els sap transmetre. Un bon tutor ensenya, sobretot, amb el seu exemple.
8. Un bon tutor ha d'exercir com a MF a la consulta i al domicili dels pacients.
9. En la formació de residents cal assegurar tant el respecte a l'autonomia del pacient com la justa formació en benefici de la comunitat.
10. La primera lleialtat del tutor i el resident ha de ser vers la bona atenció al pacient.
11. Cal respectar la decisió del pacient sobre si vol o no ser atès pel resident.
12. Durant tota la residència, el tutor ha de supervisar, en benefici de l'atenció al pacient (qualitat, seguretat, longitudinalitat) i de la formació del resident.
13. El tutor ha d'ensenyar el resident a ser prudent i curós en la seva relació amb els pacients, i respectuós amb la resta de professionals de l'equip.
14. El tutor, i la resta de l'equip, ha de ser respectuós amb el resident.
15. El tutor ha de transmetre al resident que té l'obligació ètica d'aprendre, que ha de ser conscient de l'esforç que fa la societat per a facilitar el seu aprenentatge.
16. El tutor no pot obligar el resident a pràctiques que aquest consideri maleficients.
17. En el nostre país el cost social de la docència recau en els pacients que usen els serveis sanitaris públics, amb els perjudicis i beneficis que això comporta. Cal agrair-ho.
18. El resident mai pot ser comptabilitzat com a recurs assistencial autònom. Cal que sempre treballi amb algú capacitat que el supervisi.
19. La seguretat dels pacients i la qualitat de la formació dels residents són béns superiors a les necessitats organitzatives dels centres sanitaris.

VII. CONSELLS PRÀCTICS

1. Anuncia als teus pacients que en el centre hi ha professionals en formació. Promou que el centre també ho faci.
2. Promou que el pacient sàpigui, si és el cas, que l'atendrà el resident.
3. Si cal repetir una maniobra exploratòria (que no sigui maleficient pel pacient) en benefici de l'aprenentatge del resident, demana permís al pacient.
4. Sempre que sigui possible, usa eines d'aprenentatge que no impliquin una incomoditat pel pacient.
5. Vetlla pel respecte a la intimitat del pacient també quan sou dos metges a la consulta.
6. Aprofita els beneficis de participar en la docència de residents: una altra mirada, estímul per a formar-se, estímul per avaluar els problemes amb més cura, l'autocrítica i la crítica.
7. Fes un seguiment molt proper i acurat de les capacitats del resident a l'inici de la seva formació. Si detectes problemes o limitacions, valora amb els companys i cap d'estudis si són corregibles o no i actua en conseqüència.
8. Reorienta el resident que no està capacitat per a fer de metge de família, personalitza la formació de cada resident, proposa que no rebí la titulació si no està capacitat.
9. Supervisa sempre l'actuació del resident. Fes una tutorització contínua i continuada.
10. Dedica temps a comentar amb el resident el que passa a la consulta i la seva actuació i progrés.
11. Procura que el resident, de forma personalitzada, vagi adquirint capacitat per atendre autònomament els pacients.
12. Valora i treballa per tal que el resident adquireixi les competències i valors d'un bon metge de família.
13. Sigues humil com a tutor: reconeix les teves limitacions i errors, reconeix que també aprens del resident.
14. Promou que els residents t'avaluin, interessa't per la seva valoració i proposa't com a millora els dèficits que et comentin.
15. Procura establir una relació de confiança mútua amb el resident: serà necessària per a promoure el seu aprenentatge.
16. Preocupa't de mantenir –i millorar– les teves competències i valors.
17. Procura que les teves fonts de formació i les del resident siguin independents.

BIBLIOGRAFIA

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

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.

REFERÈNCIES LEGALS I DEONTOLÒGIQUES

Hipòcrates? Jurament hipocràtic. Grècia, 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. Codi de deontologia. 2005. Disponible a:

https://www.comb.cat/cat/colegi/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