

\* Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex Jefe de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Vega Media del Segura, Vega Alta del Segura y Altiplano de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Murcia (España). Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB). Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, España. Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, Spain. \*\*Profesora Titular de la Especialidad de Medicina Familiar Clínica de Medicina Familiar No. 1 "Dr. Arturo González Guzmán" Guadalajara, Jalisco. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Presidenta del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar AC. (2021-2023). \*\*\*Académico Titular, Academia Nacional de Medicina.

## Competencias prioritarias del médico de familia para la práctica clínica: segunda parte

### *Competências prioritárias do médico de família para a prática clínica: segunda parte*

#### *Priority Competencies of the Family Physician for Clinical Practice: Second Part*

José Saura Llamas,\* Minerva Paulina Hernández Martínez, \*\* Arnulfo E. Irigoyen Coria.\*\*\*

#### Resumen

Se abordan algunos de los conflictos éticos más frecuentes en la práctica del médico de familia, relacionados no sólo con su práctica clínica asistencial, sino con cualquier otra dimensión de su quehacer diario: *trabajo en equipo, relaciones con otros profesionales, relación con la industria farmacéutica, actividades preventivas, utilización de recursos financieros, etc.* El médico familiar debería enfrentar esta situación con una actitud constructiva: intentar disfrutar de su trabajo, tener periodos de descanso adecuados, mantener elevada la motivación personal, mejorar la satisfacción laboral e incluso prevenir el llamado "desgaste profesional". Este planteamiento daría lugar a la necesidad de entrenar a los residentes y a los especialistas en medicina de familia para adquirir estas y otras posibles habilidades que se consideran esenciales en nuestro ejercicio profesional.

#### Resumo

São abordados alguns dos conflitos éticos mais frequentes na prática dos médicos de família, relacionados não só com a sua prática de cuidados clínicos, mas com qualquer outra dimensão do seu trabalho quotidiano: trabalho em equipa, relacionamento com outros profissionais, relacionamento com a indústria farmacêutica, preventivo. atividades, utilização de recursos financeiros, etc. Os médicos de família devem encarar esta situação com uma atitude construtiva: procurar desfrutar do seu trabalho, ter períodos de descanso adequados, manter elevada a motivação pessoal, melhorar a satisfação profissional e até prevenir o chamado "esgotamento profissional". Esta abordagem daria origem à necessidade de formar residentes e especialistas em medicina familiar para adquirirem estas e outras possíveis competências consideradas essenciais na nossa prática profissional.

#### Abstract

Some of the most frequent ethical conflicts in the practice of family doctors are addressed, related not only to their clinical care practice, but to any other dimension of their daily work: teamwork, relationships with other professionals, relationships with the pharmaceutical industry, preventive activities, use of financial resources, among others. Family doctors should face this situation with a constructive attitude: try to enjoy their work, have adequate rest periods, keep personal motivation high, improve job satisfaction and even prevent so-called "professional burnout." This approach would give rise to the need to train residents and specialists in family medicine to acquire these and other possible skills that are considered essential in our professional practice.

**Competencias del médico familiar (MF) para trabajar en equipo.** El trabajo en equipo. El líder en el equipo. Dinámica de reuniones. Gestión de conflictos: la negociación.

*El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:* 1. Trabajar en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo. 2. Liderar y dinamizar la actividad de los equipos. 3. Conducir adecuadamente las reuniones. 4. Adquirir los elementos prácticos de la negociación como instrumento para gestionar los conflictos. Se debe *trabajar en Equipo*: Esta es una necesidad básica de todo médico de AP (como mínimo en el llamado "equipo intrínseco"), además de ser un requisito formal y funcional de los Equipos de Atención Primaria (EAP), pero para llegar a trabajar verdaderamente en equipo se necesitan adquirir una serie de habilidades y actitudes, que normalmente los profesionales no hemos adquirido previamente. Trabajar verdaderamente en equipo y no solamente ser un miembro nominal de un equipo, al menos en

un equipo mínimo formado por médico- enfermera. Desde “la práctica clínica” y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta. (Tabla IV)

**Tabla IV. Competencias prioritarias para trabajar en equipo.**

COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA TRABAJAR EN EQUIPO	
3.8	Trabajar en equipo
3.9	Trabajar como un equipo de atención primaria
3.10	Trabajar en un equipo intrínseco
3.11	Mejorar la organización y funcionamiento del EAP

**1. Competencias para la gestión de la consulta.** La gestión de la actividad. La gestión y organización de la actividad asistencial y no asistencial en el Equipo de Atención Primaria. Frecuentación y presión asistencial. Gestión de la consulta: los circuitos y la agenda.

*El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:* 1. Conocer las bases fundamentales de la organización de los EAP. 2. Conocer y valorar los diferentes modelos organizativos de la actividad en consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre personal médico y personal de enfermería, tanto en medio rural como urbano. 3. Conocer y saber aplicar la metodología de gestión de la consulta. Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta. (Tabla V)

**Tabla V. Competencias prioritarias para la gestión de la consulta.**

COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA LA GESTIÓN DE LA CONSULTA	
3.12	Controlar la demanda
3.13	Trabajar bajo presión
3.14	Gestionar el tiempo de consulta
3.15	Ahorrar energía
3.16	Mantener el orden en el desarrollo del trabajo
3.17	Manejar la rutina
3.18	Alejarse de los problemas

**2. Competencias en los sistemas de información.** Los sistemas de información: recogida de datos poblacionales, historia clínica, registros de morbilidad, codificación, registro de mortalidad, otros sistemas de registro, la informática en consulta, sistemas y programas.

*El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:* 1. Conocer las características generales del Sistema de Información Sanitario. 2. Manejar los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conocer su utilidad práctica. 3. Manejar los indicadores de uso más habitual en Atención Primaria. 4. Adquirir la capacidad para interpretar el significado de los distintos indicadores y los factores determinantes en su interpretación. 5. Adquirir la capacidad para poder definir el sistema de información factible en diferentes entornos. 6. Conocer y manejar las aplicaciones informáticas para la informatización de la Atención Primaria. 7. Aprender las bases teóricas y la metodología para la informatización completa de un EAP. Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta. (Tabla VI)

**Tabla VI. Competencias prioritarias en sistemas de información.**

COMPETENCIAS PRIORITARIAS EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
3.19	Gestionar el sistema de información. Y la historia clínica
3.20	Manejar la burocracia
3.21	Gestionar la agenda y las citaciones

**3. Competencias en gestión de la calidad.** Mejora continua de la calidad. El ciclo de la calidad. Instrumentos para la mejora. Implantación de la mejora de la calidad en el EAP. La perspectiva del cliente.

*El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:* 1. Conocer el concepto de calidad y de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran. 2. Conocer y aplicar los pasos del ciclo general de la calidad: detección de situaciones mejorables, análisis de causas, análisis de soluciones, implantación de la mejora y evaluación de los resultados obtenidos. 3. Conocer y

emplear los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo. 4. Conocer los aspectos de la atención sanitaria que valora el cliente, distintos de la calidad científico-técnica. 5. Comprender la utilidad de las situaciones mejorables, de los errores, como instrumentos de mejora de la atención (la cultura de la evaluación para la mejora).

Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias más concretas y prioritarias en la consulta. (Tabla VII)

**Tabla VII. Competencias prioritarias para la gestión de la calidad asistencial.**

COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
3.22	Mejorar la calidad asistencial
3.23	Mejorar la consulta del MF
3.24	Prevenir Errores Clínicos
3.25	Gestionar Incidentes Críticos
3.26	Aumentar la seguridad de los pacientes

**4. Competencias del médico de familia en bioética.** Según el programa docente de la especialidad.<sup>1</sup> “Para ejercer una medicina de familia de calidad no basta con “hacer”, hay que “hacer bien”, tanto desde un punto de vista científico-técnico (garantía de calidad, medicina basada en la evidencia) como desde un punto de vista ético. Esto favorecerá una práctica prudente de la Medicina de Familia. Por otro lado, *cada vez es más frecuente la aparición de conflictos éticos en la práctica diaria del Médico de Familia*, relacionados no sólo con su práctica clínica asistencial, sino con cualquier otra dimensión de su quehacer diario: *trabajo en equipo*, relaciones con otros profesionales, *relación con la industria farmacéutica*, actividades preventivas, *utilización de recursos financieros*, etc.

El Médico de Familia deberá ser capaz de abordar dichos conflictos y tras un proceso de deliberación, ya sea individual o tras la consulta con los recursos destinados a tal fin que estén a su alcance (compañeros, comités de ética asistenciales, comités de los Colegios de Médicos, etc.), valorar las posibles vías de solución e intentar seleccionar las consideradas como óptimas para cada caso”.<sup>1</sup>

*El médico residente al finalizar su periodo de formación como Médico Interno Residente (MIR) demostrará/será capaz de integrar la deliberación ética en el quehacer del Médico de Familia para conseguir que su práctica clínica habitual esté guiada por los principios éticos y la prudencia.* (Tabla VIII)

**Tabla VIII. Competencias prioritarias para el ejercicio de la bioética.**<sup>2</sup>

COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA EJERCICIO BIOÉTICO
Análisis formal basado en casos
Aplicación de los “cuatro principios”
Casuística modificada: “cuatro cajas”
Ética narrativa
Ética de la virtud

Para Tunzi y Ventres,<sup>1,2</sup> la ética de la medicina familiar puede ser conceptualizada como el estudio de discernir: *lo que se debe hacer y la manera correcta de actuar, de la mejor manera posible, en todas las situaciones clínicas y profesionales que enfrentamos*. Es la aplicación de nuestro mejor pensamiento sobre el bien y el mal y lo mejor y lo peor para tomar decisiones de la vida real que dirigen nuestras acciones y guían nuestro comportamiento en nuestra práctica médica cotidiana. Puede decirse que los médicos de familia más experimentados -a menudo- utilizan una: *“intuición holística clínica y moralmente informada”* que guía su toma de decisiones tanto médicas como éticas. La práctica de la ética médica moderna es en gran medida:

- aguda
- episódica
- fragmentada
- centrada en el problema
- centrada en la institución.

La medicina familiar, por el contrario, se basa en un modelo de atención basado en las relaciones que es:

- accesible
- integral
- continuo
- contextual
- centrado en la comunidad
- centrado en el paciente.

Por lo tanto, “hacer ética” en la práctica diaria de la medicina familiar es diferente de hacer ética en muchos otros campos de la medicina, haciendo hincapié en diferentes fortalezas y ejemplificando diversos valores. Enfáticamente, Tunzi y Ventres afirman que, para los médicos de familia, la ética médica es algo más que la resolución de problemas. Requiere conciliar los conceptos éticos con la medicina moderna y formular *la principal pregunta de ética médica*: ¿qué, considerando todo, debería suceder en esta situación?, en cada encuentro clínico en el transcurso de la relación médico-paciente.<sup>2</sup>

**La ética en la medicina familiar** es una parte integral de la práctica diaria de los médicos de familia. Enmarcamos este enfoque con un proceso de cuatro pasos modificado de otros modelos éticos de toma de decisiones: 1. Identificar problemas situacionales; 2. Identificar a las partes interesadas involucradas; 3. Reunir datos objetivos y subjetivos; y 4. Analizar problemas y datos para dirigir la acción y guiar el comportamiento.<sup>2</sup>

Durante las últimas décadas, casi todos los médicos de los Estados Unidos han sido educados sobre ética médica. Por lo general, esto incluye una revisión de los “cuatro principios”, una introducción a las reglas de confidencialidad y consentimiento informado, y una discusión de temas clave como la reanimación cardiopulmonar y la planificación anticipada de la atención. Un error en el que no deberíamos caer, consiste en tener una visión “simplista” y considerar a la “ética médica” únicamente a través del marco de: *la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia*.<sup>2-6</sup> Recientemente, algunos autores han reintroducido *la ética de la virtud* como una forma de promover comportamientos positivos relacionados con: *la notificación de errores médicos, la respuesta a la mala conducta profesional, y la documentación en registros de salud electrónicos entre otros*.<sup>7-9</sup>

En medicina familiar, la ética consiste habitualmente en recordar que las personas acuden a nosotros por nuestro conocimiento, habilidades y juicio para hacer las cosas correctas, y para hacer esas cosas bien, para problemas clínicos grandes y pequeños, en el momento presente y con la vista puesta en el futuro, dados los recursos disponibles. El objetivo de la ética de la medicina familiar es generar los mejores planes de acción que conduzcan a los mejores resultados

posibles en el mundo real, vistos desde una preponderancia de perspectivas y vinculados a valores compartidos con nuestros pacientes. Su alcance es amplio, examina tanto los problemas médicos a resolver como los problemas de salud a explorar, y sus resultados emergen con el tiempo. Confiamos en que tanto los pacientes como los médicos se beneficiarán de una práctica sabia y cuidadosa. Todos podemos estar de acuerdo en que debería significar algo cuando asumimos la responsabilidad de ser el médico de familia de alguien, y que los principios básicos deberían guiar el proceso mediante el cual tratamos de ayudar a los pacientes a tomar las decisiones “correctas” para su atención médica. *Solo tenemos algo de trabajo que hacer en el proceso de definir exactamente qué significa “lo correcto” en el mundo de hoy*.<sup>2,10</sup>

**5. Competencias para el desarrollo personal y profesional.** Esta breve revisión no se puede terminar sin hacer mención a cómo el médico de familia se puede enfrentar a esta situación con una actitud constructiva, que probablemente podría consistir en intentar disfrutar con nuestro trabajo, tener los periodos de descanso adecuados, tratar de mantener elevada o aumentar la motivación personal, mejorar la satisfacción laboral e incluso prevenir el llamado “desgaste profesional”. Este planteamiento daría lugar a la necesidad de tratar de entrenar a los residentes y a los especialistas en MF para adquirir estas y otras posibles habilidades que se consideren esenciales en nuestro ejercicio profesional. Desde el punto de la práctica clínica y según esta reflexión, estas competencias que son esenciales, dan lugar a las siguientes competencias prioritarias y más concretas en la consulta. (Tabla IX)

**Tabla IX. Competencias prioritarias para el desarrollo profesional del MF.**

5. COMPETENCIAS PRIORITARIAS PARA EL DESARROLLO PERSONAL Y PROFESIONAL	
5.1	Disfrutar con nuestro trabajo
5.2	Cuidarse. Descansar. Conseguir espacios. Conseguir silencios
5.3	Aumentar la motivación
5.4	Mejorar la autoestima y la autoconfianza
5.5	Mejorar la satisfacción laboral
5.6	Prevenir el desgaste profesional

Por su importancia a continuación en los siguientes párrafos se comenta la aparición y la prevención del desgaste profesional, “síndrome de Tomás” o “burnout”.

### El desgaste profesional del médico de familia

En relación a la aparición del desgaste profesional o síndrome de burnout vamos a seguir el siguiente esquema: La Atención Primaria y Comunitaria (APC) como ámbito laboral tiene unas características conocidas, y cada vez más estudiadas. Este ambiente de trabajo, con estas características va a dar lugar a unas actividades y a unas consecuencias predecibles sobre el profesional que constituyen el núcleo esencial del trabajo habitual y diario de los médicos de familia. De estas consecuencias unas son neutras y otras dan lugar a una serie de efectos indeseables disminuyendo la satisfacción laboral y facilitando el desgaste profesional.

Características de la APC → Efectos predecibles → Resultados indeseables → Desgaste profesional

Conocer bien las características básicas del ejercicio profesional del médico de familia, asumirlas como parte de nuestras tareas diarias inevitables (este es mi trabajo), reflexionar sobre ellas, identificando problemas y proponiendo posibles soluciones, siempre desde la APC y con base en la experiencia, pueden facilitar la consecución de los objetivos profesionales y de desarrollo personal. En realidad, esto sería hacer investigación en la acción. **La Atención Primaria y Comunitaria tiene características propias.** Como ya hemos visto estas características pueden describir una carga de trabajo difícil para el profesional de la salud, porque habitualmente se trabaja bajo una alta presión asistencial, se tienen que tomar muchas decisiones en poco tiempo, con un alto nivel de incertidumbre, *hay que saber decir que No a los pacientes en muchas ocasiones ante demandas injustificadas, hay que atender al llamado paciente difícil, etc.* **Esas características dan lugar a una serie de efectos predecibles.** Entre las que destacamos, un elevado gasto de energía por parte de los profesionales, hay que mantener un cierto orden en el trabajo para dar una atención adecuada a los pacientes, la aparición de un cierto nivel de ansiedad entre los profesionales, hay que atender la rutina diaria, una serie de tareas repetitivas y monótonas que sin embargo son

necesarias, etc. Y todo esto -actuando a lo largo del tiempo- favorece una notable disminución tanto de la motivación personal como de la satisfacción laboral.

**Que pueden llegar a producir consecuencias no deseadas.** Por ejemplo: malestar y disconfor entre los profesionales, un nivel alto de ansiedad, desilusión, desmoralización, actitudes pesimistas, etc. Llegando finalmente al desgaste profesional, a la aparición del fenómeno del “quemado” o “burnout” (cuando el desgaste profesional es muy elevado). Y sus consecuencias: “pasotismo”, deshumanización, negacionismo, despersonalización, impuntualidad, absentismo laboral, depresión, bajas laborales, etc. Algunos de estos efectos prevenibles y parcialmente controlables, al menos se debería intentar controlar.

### Como se puede abordar el desgaste profesional desde el equipo de atención primaria.

Crear un ambiente laboral favorable, constructivo y de debate, donde los profesionales piden y encuentran ayuda, y apoyo de sus “pares”; que como es lógico tendrán unos problemas parecidos en el CS y el EAP. Es fundamental el apoyo de la institución, de los miembros del equipo, y el apoyo personal cercano al profesional que empiece a presentar los síntomas del burnout. Se podría abordar en el CS a través de sesiones abiertas y periódicas del equipo. Sin un límite estricto de duración, flexible y que se adapte a las demandas o necesidades de los asistentes. Se puede prorrogar o ampliar a sesiones sucesivas.

- **Una propuesta inicial de temas o aspectos de debate elaborada por el responsable de esta actividad que el equipo debatirá, para modificarla (añadir aspectos importantes no incluidos), y llegar a una propuesta definitiva.**
- Posteriormente y en cada sesión que se realice, el ponente hará una pequeña exposición oral con apoyo visual sobre aspectos básicos del tema a debatir, y en base a la bibliografía existente. Sobre estas ideas (u otras que se añadan) el EAP hará sus aportaciones.
- **En ningún caso se trataría de llegar a soluciones universales (“recetas”) sino a propuestas viables para aplicar a nuestra consulta, tratando de mejorar nuestro trabajo.**
- A las sesiones no se debe ir con la actitud de “vengo a oír que soluciones me dan a mis

problemas en la consulta”; sino con la de “a ver si entre todos podemos mejorar nuestro trabajo”.

- **En el peor de los casos ser conscientes de los problemas y hablar sobre ellos nos puede aliviar la carga de tener que soportarlos.**

El médico de familia, con suficiente experiencia como clínico ya se habrá enfrentado al conocido síndrome del desgaste profesional, y si al pasar los años sigue ejerciendo como médico probablemente será porque no lo sufre, incluso se ha valorado ser tutor de residentes como un posible factor de protección frente al burnout. Esto hace que pueda ser un referente para ayudar a prevenirlo a otros profesionales incluidos los residentes, pues ya se ha descrito este problema entre los especialistas en formación.

Competencias de desarrollo personal y profesional, no incluidas en ninguna área del programa docente. Para adquirir estas competencias se pueden utilizar técnicas de Desarrollo Personal, de Apoyo Psicológico, de Relajación, Técnicas Grupales, etc. Como se puede comprobar en esta propuesta se han dejado fuera las grandes áreas docentes de la responsabilidad civil y

médico – legal, la atención individual, la atención familiar y la atención comunitaria por ser mucho más específicas, que merecen un desarrollo más detallado por los expertos y por los grupos de trabajo existentes en nuestros países, más cualificados desde el punto de vista científico y académico. Una vez que tenemos acotada esta revisión de algunas de las necesidades de formación en la adquisición de competencias, la propuesta docente sería realizar una actividad formativa con los residentes de Medicina Familiar en el CS, con la participación de los tutores, desarrollando una serie de sesiones docentes de exposición, debate y puesta en común, que deben acabar con un resumen escrito que recojan propuestas para desarrollar cada una de las competencias mencionadas. Esta es a la tarea docente a la que invitamos a todos los docentes que estén interesados, y cuyas iniciativas pueden tener su ámbito de difusión en esta revista Archivos en Medicina Familiar. An International Journal.

#### **Agradecimientos**

A todos los tutores de MF de los que tanto hemos aprendido.

## Bibliografía

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. semFYC ediciones. Barcelona. 2005.
2. Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Calidad Asistencial en Atención Primaria. En: DuPont Pharma. Biblioteca básica DuPont Pharma para el Médico de Atención Primaria. Doyma. Madrid. 1996.
3. Otero A, Saura Llamas J. El contexto actual de la Atención Primaria de Salud. En: Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Parra Hidalgo P. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. DuPont Pharma SA. Madrid. 1997.
4. Saura Llamas J. La práctica de la medicina de familia: ¿Cuáles son sus elementos clave? *Jano* 1995; (49) 1134:22.
5. Saura Llamas J. El médico de familia y el hospital. *Jano* 2008; 1696:12.
6. Saura Llamas J. El hospital y el médico de familia según el MF. *Jano* 2008; 1713:13.
7. Medalie JH (ed.). Medicina familiar. Principios y práctica. México DF. Limusa, 1987.
8. Fry J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. En Medalie JH (ed.). Medicina familiar. Principios y práctica. México DF. Limusa, 1987.
9. Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
10. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, 7ª Edición. Barcelona: Elsevier. España 2014.
11. Saura Llamas J. ¿En qué somos especialistas los médicos de familia? *Jano* 1996; (50) 1153:275.
12. Saura-Llamas J. Docencia de Postgrado en Medicina de Familia: la formación centrada en la adquisición de algunas habilidades básicas. *Tribuna Docente* 2001; 2 (2):13-19.
13. Saura Llamas J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. Causas y propuesta de una estrategia de abordaje. *Dimens Hum* 2002; 6(1):14-20.
14. Saura Llamas J. ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? *Jano* 2000; 59 (1354):621.
15. De Pablo González ¿Se puede prevenir el síndrome de burnout en la atención primaria? *Dimens Hum* 2002 6(1):21-33.

## Referencias

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. semFYC ediciones. Barcelona. 2005.
2. Tunzi M, Ventres W. Ética de la medicina familiar: un enfoque integrador. *Fam Med*. 2018;50(8):583-588. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.821666>.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
4. DuBois JM, Burkemper J. Ethics education in U.S. medical schools: a study of syllabi. *Acad Med*. 2002;77(5):432-437.
5. Lehmann LS, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A survey of medical ethics education at US and Canadian medical schools. *Acad Med*. 2004;79(7):682-689.
6. Roberts LW, Geppert CM, Warner TD, Green Hammond KA, Lambertson LP. Bioethics principles, informed consent, and ethical care for special populations: curricular needs expressed by men and women physicians-in-training. *Psychosomatics*. 2005;46(5):440-450.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Brody H, Doukas D. Professionalism: a framework to guide medical education. *Med Educ*. 2014;48(10):980-987.
9. Karches KE, Sulmasy DP. Justice, courage, and truthfulness: virtues that medical trainees can and must learn. *Fam Med*. 2016;48(7):511-516.
10. Saultz J. Ética y Medicina Familiar. *Fam Med*. 2018;50(8):577-578. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.999578>.