

# #SOYMIR

## La Huelga de los médicos Residentes de Granada: más allá de las urgencias dignas.

### Análisis de su relevancia para los residentes de familia y la Atención Primaria en general.



Apoyos a la huelga de residentes de Granada

El pasado día 11 de mayo nuestras compañeras residentes (MIR) de Granada decidieron convocar una huelga indefinida en los servicios de Urgencias de los tres Hospitales docentes de esta ciudad para denunciar las condiciones laborales a las que se ven sometidas durante sus turnos de guardia. En su manifiesto se recogen las motivaciones y los objetivos de esta Huelga. Tras 7 días de reivindicación, con un amplio

seguimiento y un apoyo mayoritario desde el resto del Estado, han conseguido gran parte de sus demandas.

Desde La Cabecera entendemos que esta reivindicación va más allá de las circunstancias particulares existentes en Granada, apuntando a una serie de problemas estructurales que afectan de manera conjunta a la actual situación de los/

as médicos en formación (MIR) en nuestro Sistema Nacional de Salud. Por este motivo, creemos oportuno realizar un análisis más profundo de esta situación que nos permita argumentar mejor las razones que nos hacen apoyar su reivindicación y valorar sus logros. Además, como colectivo de residentes y jóvenes especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, también creemos que resulta importante reflexionar de un modo público y debatido sobre las cuestiones que esta Huelga pone de manifiesto en relación con la situación en la que se encuentra la Atención Primaria, no sólo en el caso concreto de Andalucía, sino en el conjunto del Estado español.



## **MARCO NORMATIVO DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA:**

La normativa que regula la Formación Sanitaria Especializada (Real Decreto (RD) 183/2008) así como el régimen laboral (RD 1146/2006) al que estamos sometidos los/as MIR es claro al respecto de varias cuestiones:

- ✦ Somos personal sanitario en formación, con unos deberes laborales, pero también con unos derechos docentes. Tanto unos como otros deben ser respetados.
- ✦ Nuestro descanso está estipulado legalmente en sus mínimos exigibles (“después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de

tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de emergencia asistencial”), así como el número de horas de trabajo extraordinario máximas (“no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo”).

- ✦ Nuestra responsabilidad en las tareas clínicas y asistenciales debe ser progresiva de acuerdo a una adecuada tutorización que garantice tanto la adquisición de nuestras competencias específicas, como la seguridad de nuestras intervenciones. Los/as MIR en su primer año formativo no tienen la capacidad de tomar decisiones clínicas definitivas sin una supervisión presencial de personal que los tutorice.

- ✦ Nuestras Unidades Docentes y Comisiones de Docencia en ocasiones forman parte organizativa de los centros asistenciales en los que tienen lugar nuestra formación y actividad asistencial en Servicios de Urgencias hospitalarias (SUH), pero mantienen al mismo tiempo una autonomía presupuestaria. De este modo, ni se puede considerar a los/as MIR como personal estructural de los servicios de urgencias (a pesar de, frecuentemente, ser la mayoría de personal facultativo de guardia), ni tampoco nuestra retribución salarial corresponde a los mismos presupuestos que la de este personal.

La Comisión Nacional de Especialidades (CNE) es un órgano de competencia consultiva dependiente del Ministerio de Sanidad para cada una de las especialidades



funcionamiento permanente de las Instituciones Sanitarias y se considera un elemento clave en el proceso de aprendizaje del residente y en la asunción progresiva de responsabilidades. Dichos servicios que se prestarán en los dispositivos que integren la Unidad Docente, tendrán carácter obligatorio debiendo ser supervisadas por los colaboradores y tutores de las unidades asistenciales en las que se realicen, junto con el coordinador de la unidad docente”.

- ♦ “Es recomendable que el número de guardias no sea menor de tres, ni mayor de cinco al mes, incluso en los supuestos de acumulación de guardias derivadas de periodos vacacionales. En todo caso, el Coordinador y los tutores de la Unidad Docente planificarán las guardias y demás actividades de los residentes, teniendo en cuenta su doble condición de personal en formación y de trabajador de las unidades y centros sanitarios en los que en cada momento se este formando, por lo que a estos efectos, deberá existir la adecuada coordinación entre los tutores y los órganos de dirección de dichos centros y unidades”.
- ♦ Con respecto a las guardias: “En el R-1 se harían 3 meses guardias en CS/AP y los otros 9 en urgencias hospitalarias, o bien si se reparten a lo largo de todo el año se haría 1/mes en CS/AP y 3/mes en urgencias hospitalarias. En el R-2 y R-3 se harían 9 meses de guardias de urgencias hospitalarias, 6 meses de guardias de CS/AP, 3 meses de traumatología, 3 meses de pediatría, 1 mes en ginecología y 2 meses en médico- quirúrgicas. En el R-4 serían 1 guardia al mes o en urgencias hospitalarias

o en S. Emergencias y las otras 3 en CS/AP”.

- ♦ “En todos los casos se garantizará la tutorización durante las guardias”.



#### **ANÁLISIS:**

Es evidente que existe una notable diferencia entre la normativa vigente sobre Formación Sanitaria Especializada y la realidad en la mayor parte de los centros donde esta tiene lugar. Frente a la figura del MIR como personal sanitario en formación progresiva y con obligaciones y responsabilidades crecientes dentro de servicios médicos adaptados y acreditados para ello, nos encontramos frecuentemente y de forma extendida con la realidad de que gran parte de la carga de trabajo de muchos de los servicios hospitalarios recae sobre los/as MIR.

En el caso de los SUH, esta situación es especialmente aplicable a las/os MIR de las especialidades más generalistas (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Geriátrica), que asumen a lo largo de todo su período formativo, la asistencia de las guardias de estos servicios.

Entre las razones de esta situación, es importante destacar la persistencia del discurso de “esto siempre ha sido así”, propio de estructuras organizativas jerarquizadas y con privilegios adquiridos en base a la edad y la categoría profesional; esto las convierte en estructuras rígidas y muy poco tolerantes a cualquier tipo de cambio.



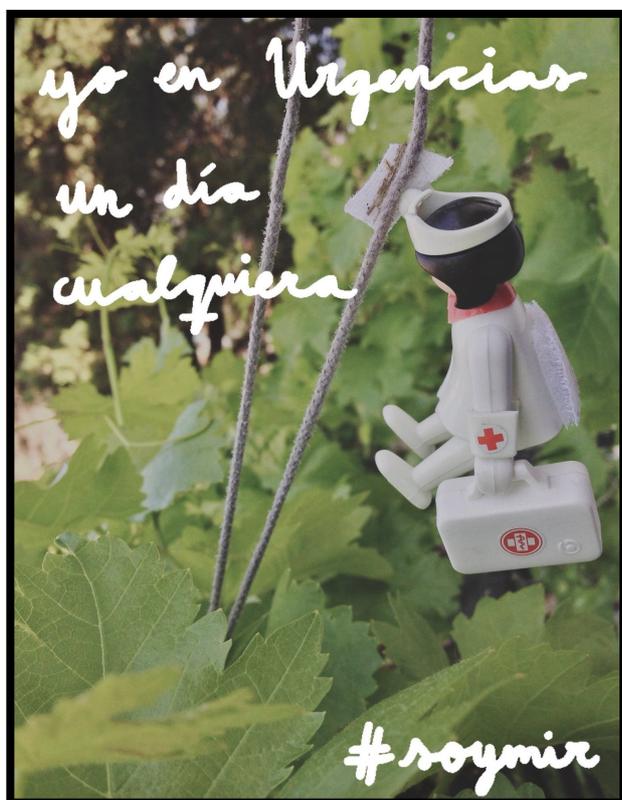
Nuestra cultura profesional es poco flexible e innovadora. Esto hace que las tendencias a perpetuar los privilegios adquiridos sean muy poderosas, y las iniciativas transformadoras sean marginales y generalmente neutralizadas con bastante rapidez. El funcionamiento de nuestro colectivo profesional privilegia la antigüedad, la estabilidad y la autoridad jerárquica por encima de otros valores como la cohesión, la eficacia organizativa, la docencia o la justicia.

Ahora bien, además de estas razones, no podemos dejar de señalar que también existen razones económicas. El trabajo del personal en formación MIR no sólo es más barato, sino que además su retribución procede de partidas presupuestarias distintas a las del resto de facultativos, lo que supone un importante ahorro para las Gerencias de los hospitales y áreas. Como se ha señalado, los recortes presupuestarios que el Sistema Sanitario lleva soportando desde 2009, se han acompañado de un aumento de plazas de formación sanitaria que vienen a sustituir

puestos antes ocupados por facultativos especialistas (2).

En el ámbito de la formación específica en Atención Primaria, la situación es algo distinta. Así pues, por lo general, no existe una sobrecarga laboral de los residentes frente a los facultativos especialistas tutores, sino que los y las MIR suelen acompañar a sus tutores y tutoras participando de su trabajo, con una responsabilidad efectivamente creciente, sin que éste deje de ser desempeñado también por ellos. Las razones de esta diferencia entre Atención Primaria y Hospital, probablemente respondan a las particularidades intrínsecas a la propia estructura organizativa de ambos modelos, donde los turnos fijos y la asignación de cupos facilita la definición inequívoca de las responsabilidades laborales de los facultativos, con independencia de sus tareas docentes como tutores a lo largo de sus años profesionales. Con esta diferencia, no queremos sin embargo obviar que la formación MIR también tiene serios problemas en el ámbito

de la Atención Primaria, debidos en parte a la falta de personal, la excesiva presión asistencial y la ausencia de espacio, tiempo y recursos para la docencia, la investigación y la atención domiciliaria o la comunitaria. Así mismo, el escaso recambio generacional y la amortización de las plazas de la mayoría de los cupos, condiciona una importante precariedad laboral e interrumpe cualquier posibilidad de continuidad asistencial y de acceso a cupos similares a los de los tutores y tutoras.



**@urgenciasdignas**

Como hemos señalado anteriormente, la Formación Sanitaria en Medicina Familiar y Comunitaria surgió paralelamente y en relación con la Reforma de la Atención Primaria en nuestro país. Desde su inicio hasta la actualidad, los objetivos de esta Reforma se han visto muy limitados en algunos aspectos de su desarrollo (3). La falta de apoyo político, administrativo y presupuestario a la Atención Primaria en

favor de la Atención Especializada (más acentuada desde el inicio de las políticas de austeridad a raíz de la crisis económica de 2008), ha sido señalada y denunciada en numerosas ocasiones con gran precisión (4), a pesar de las declaraciones de intenciones de muchas Consejerías y del propio Ministerio. Como se señalaba con mucho acierto hace unos días, esta deriva política y presupuestaria no es sino el correlato de una transformación social y cultural con raíces mucho más profundas en nuestra sociedad. La precariedad laboral, la priorización de la atención hospitalaria, la privatización de los servicios públicos y el deterioro de modelos sanitarios públicos, universales, gratuitos y con una Atención Primaria fuerte no son ajenos a derivas socioculturales, políticas y económicas mucho más estructurales (5, 6).

Como residentes y jóvenes profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria nos vemos absolutamente afectados por todo lo planteado, en múltiples sentidos:

- ✦ Si la Atención Primaria continúa en su deriva de deterioro gerencial, político y presupuestario, nuestra especialidad dejará progresivamente de tener un correlato profesional real. Ello ahondará en la ya presente indefinición de muchas de nuestras competencias específicas durante nuestra formación como residentes.
- ✦ Muchas de las jóvenes especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria no encuentran en la actualidad salidas profesionales estables en Atención Primaria una vez terminada la residencia, siendo los SUH una salida profesional alternativa, más factible e incluso más atractiva que la



Atención Primaria. Dado que además no existe una formación específica como médico/a de Urgencias en nuestro país, se acrecienta todavía más la confusión de perfiles profesionales.

- ✦ La existencia de contratos de área en Atención Primaria, la duración efímera de los mismos, la falta absoluta de interés por garantizar una mínima continuidad en los cupos atendidos, la habitual desconexión de lo/as jóvenes residentes con respecto a sus cupos de formación una vez terminado su período formativo, etc., son problemas de carácter gerencial y organizativo, pero que atañen directamente a la posibilidad misma de dotar de un contenido específico a la Atención Primaria. Una Atención Primaria fuerte es más que un eslogan político-gerencial. Debería ser una estrategia a largo plazo dentro de un Sistema Sanitario con una estructura organizativa e institucional consciente del valor específico de sus profesionales para garantizar unos atributos específicos: longitudinalidad, integralidad, accesibilidad

y coordinación (7). Una especialidad altamente fragmentada, con dificultades serias para ofrecer a sus residentes ejemplos de organización asistencial en este sentido, es una especialidad condenada a la reclamación permanente y a la demanda militante, pero también al desánimo interno y a la reproducción de una cultura de resistencia y hartazgo que se transmite rápidamente de una generación a otra, con un alto riesgo de recaer en el cinismo o en el desánimo generalizado.

- ✦ Los SUH son servicios que han experimentado un crecimiento muy notable en las últimas cuatro décadas dentro de nuestro Sistema Sanitario (8). Se trata de servicios caracterizados por su amplia accesibilidad temporal (asistencia ininterrumpida), notable centralización territorial de recursos tecnológicos y humanos, costes asistenciales intensivos e importante impacto en el modo de consumo de los servicios sanitarios por parte de la ciudadanía (9). Todo ello ha conducido a una sólida aceptación social de este tipo de asistencia como puerta de entrada al sistema, basada en muchos casos en una lógica de la inmediatez o el atajo que no siempre se correlaciona con la urgencia o la emergencia sanitaria para la que están pensadas. Consecuentemente, a día de hoy y desde hace tiempo, un problema generalizado en los SUH es el mal uso de los mismos y su saturación con motivos de consulta no urgentes.

- ✦ Este hecho genera una seria dificultad para el propio Sistema Sanitario a la hora de comprender y explicar la función de la propia Atención Primaria como un primer

nivel de atención o como puerta de entrada al sistema, quedando desplazada de sus funciones específicas como la accesibilidad o incluso la coordinación en favor de los SUH, al tiempo que ignora otras como la longitudinalidad o la integralidad. Además, esta contraposición de la AP y los SUH acaba siendo interpretada con mucha frecuencia como un problema de coordinación entre niveles, escondiendo la verdadera razón del problema, que no es sino la duplicación de los mismos, ya que tanto en AP como en los SUH suelen trabajar profesionales sanitarios con formaciones equivalentes, pero de acuerdo a lógicas en muchos aspectos antagónicas o incluso excluyentes.

- ✦ La evidencia demuestra que el problema de la sobreutilización y el mal uso de los SUH no tiene una relación directa con el buen desempeño de la Atención Primaria, a pesar de que éste sea parte de la solución(6). Mejorar y promover la asistencia de motivos de consulta no urgentes desde AP, no basta para resolver la sobreutilización de los SUH. Se trata en última instancia de una cuestión de accesibilidad con complejas razones que favorecen la mala utilización de estos recursos, sobre todo en entornos urbanos. Los problemas de accesibilidad y de utilización de la AP y de los SUH tienen pues razones diferentes y probablemente sus estrategias de abordaje no coincidan en todos los puntos.
- ✦ El actual escenario de demanda de atención urgente en los SUH hace que el problema se extienda al plano formativo, lo cual nos preocupa especialmente como Médicos Residentes. Así pues, parece que son los



perfiles profesionales más generalistas, (como es el caso de la MFyC) los que resultan más eficientes para el trabajo en los actuales SUH (8), lo cual coincide con la realidad laboral de la mayor parte de estos servicios.

- ✦ A pesar de las demandas de algunas sociedades científicas no existe una formación sanitaria específica para los servicios de urgencias hospitalarias ni emergencias. La vía de acceso normal a este tipo de trabajo es la especialización a través de posgrados con o sin la realización previa de una especialidad vía MIR, entre las que MFyC es una de las más frecuentes (10).
- ✦ No cabe duda de que las competencias de Urgencias y Emergencias deben estar presentes en la formación de los/as profesionales de Atención Primaria. Ahora bien, estas competencias no tienen por qué ser ni centrales a esta formación, ni



tampoco ser suficientes para su adecuada capacitación para el trabajo en un ámbito hospitalario específico como son los SUH (10).

✦ La formación de Urgencias y Emergencias en la mayoría de los itinerarios formativos de las Unidades Docentes de MFyC viene dada a través de breves rotaciones programadas y guardias presenciales. A diferencia del resto de las rotaciones comprendidas en nuestro programa formativo, en este caso existe una falta de tutores acreditados en los SUH. Cualquier profesional puede y debe ser tutor, independientemente de su experiencia y/o motivación. En cuanto al residente, generalmente asume una responsabilidad laboral y asistencial que no está presente en el resto de las rotaciones, y su actividad en urgencias supone un importante (incluso imprescindible) complemento salarial en concepto de guardias, lo que en muchos casos actúa como incentivo diferencial

entre unos y otros residentes. Todo ello hace que la asistencia y la “formación” en Urgencias de los/as MIR de MFyC sea una actividad transversal a su residencia a diferencia del resto de las competencias, adquiriendo con ello una centralidad en tiempo y trabajo frente a todas las demás.

✦ La situación habitual de sobrecarga asistencial en los SUH dificulta que sean servicios en los que se pueda garantizar una adecuada tutorización de los/as residentes, a pesar de ser un servicio tan central a lo largo de sus años de formación. Como consecuencia de ello, se acaban constituyendo como entornos de excepcionalidad con respecto a todo lo demás, que tienden a centrar la mayor parte de tiempo, de energía y en muchos casos de estudio, en detrimento del resto de áreas formativas.

✦ Esta situación conlleva, tal y como denuncian nuestras compañeras de

Granada, una importante merma en la seguridad del paciente, así como un notable malestar en los/as MIR, lo que se traduce en tasas de burnout muy elevadas, con un importante impacto en el autoestima, la valoración del propio trabajo y el sentido de su formación (11, 12).

✦ Los MIR no son personal estructural de los servicios de Urgencias, tal y como refleja la jurisprudencia y en la normativa laboral que se les aplica (ya mencionado anteriormente). El hecho de que la convocatoria de una Huelga haya tenido un

impacto tan grande en la organización de estos servicios, no hace sino evidenciar que esto no se cumple y que por tanto, los SUH son dependientes de los residentes y no están suficientemente dotados del personal adjunto que necesitan para cumplir la legislación y prestar una buena labor asistencial y docente.

Además de ello, y en relación al cuestionamiento ético y profesional que toda Huelga Médica genera en la opinión pública y entre los propios profesionales sanitarios, nos resulta interesante resaltar que, de acuerdo a

## Primum non nocere 2018 El Gerente De Mediado



**#SoyMIR Urgencias Dignas**

NO PEDIMOS DINERO SINO MEJORES CONDICIONES LABORALES

**#soyMIR**  
Urgencias Dignas Granada  
¡NO PODEMOS MÁS!

**Jueves, 10 de mayo de 2018**

### Razones para una Huelga

Se adjunta a continuación el comunicado del Comité de Huelga MIR de Granada ¿Seguirás tranquilo en tu sillón?

**miércoles, 25 de abril de 2018**

La huelga de residentes de Granada: solos ante el peligro



**#SoyMIR**  
@UrgenciasDignas

**NOTICIAS**  
Amplio seguimiento a la huelga de residentes en las urgencias de Granada.  
13 mayo, 2018 — 0 Comentarios

**NOTICIAS**  
La huelga MIR por unas Urgencias Dignas de Granada mueve las redes sociales!  
10 mayo, 2018 — 0 Comentarios

**PUBLICACIONES**  
Comunicado 3/2018: Queremos unas guardias dignas y seguras para pacientes y personal



**Huelga de MIR en los hospitales granadinos: una huelga buena para todos**



**Salud, dinero y atención primaria**

Juan Simó, Médico de familia. Centro de salud Rochapea. Pamplona. Navarra. España.  
ju.simom@gmail.com

**JUEVES, 10 DE MAYO DE 2018**

**Los MIR de Granada en huelga: ¡no estáis solos!**

**#SoyMIR**  
@UrgenciasDignas

Mañana viernes 11 de marzo, 1xs médicos residentes de Granada estamos convocados a unimos a una huelga indefinida de jornada complementaria en los Servicios de Urgencias hospitalarias de la ciudad. Esta huelga es el resultado final de meses de negociación en los que las Gerencias de los tres hospitales en los que trabajamos se han negado a satisfacer nuestras demandas básicas.

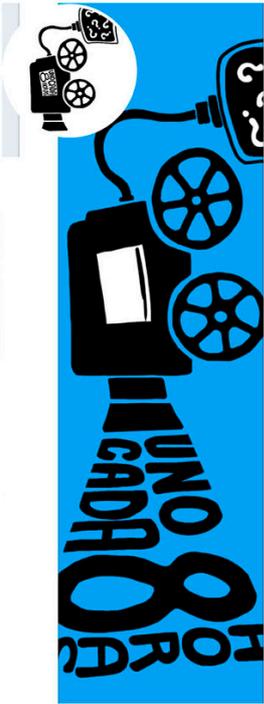


**#SoyMIR**  
@UrgenciasDignas

**Gracias!**

queremos unas guardias dignas y seguras para pacientes y profesionales sanitarios







la evidencia revisada, las huelgas de residentes en formación en SUH, no sólo no tienen un impacto inmediato negativo en la salud de las poblaciones, sino que mejoran los indicadores de utilización de los mismos, sin empeorar la mortalidad de ningún modo (10, 13). La huelga pone de manifiesto que la actual situación laboral de los SUH no sólo es mejorable en relación a la situación de su personal en formación, sino que además debe acometer una adecuada reforma para dar solución a causas estructurales que condicionan sus colapsos cíclicos y frecuentes, su mala utilización, su sobredimensionamiento o crecimiento incontrolado en base a una demanda insaciable, su función de contención de los malestares e injusticias que genera el deterioro del sistema sanitario público (y en concreto, de la Atención Primaria) y una gestión cortoplacista.



## RESUMEN DEL IMPACTO EN REDES Y MEDIOS DE LA ACTUAL HUELGA MÉDICA:

Durante los 7 días de Huelga de nuestras compañeros/as MIR de Granada, hemos asistido con mucha satisfacción a una importante campaña de apoyo en las redes (#soyMIR). Consideramos que esto refleja que sus demandas son algo generalizable al conjunto del Estado, y celebramos que a lo largo de los días hayan conseguido también el apoyo explícito de las principales sociedades científicas implicadas e instituciones oficiales de representación profesional. Somos conscientes de que la victoria de esta Huelga con la aceptación de las principales demandas debe mucho a este apoyo generalizado.

Con todo, no nos gustaría caer en la complacencia y existen aspectos de esta reivindicación que nos gustaría remarcar:

✦Echamos en falta una mejor cobertura de la prensa, así como una mejor información de la opinión pública, ya que consideramos que las reivindicaciones de esta Huelga eran también suyas. Nos gustaría recordar que el apoyo ciudadano ha sido clave para el triunfo de reivindicaciones médicas parecidas, como fue el caso de la Huelga de Jóvenes Médicos en el NHS en 2016.

✦Consideramos muy preocupante

**IDEAL**

**Granada** | Provincia | Costa | Baza | Loja | Guadix | Armilla | Maracena | Huétor Vega

### Los MIR secundan la huelga al 100% en Traumatología y en el hospital del PTS



ALFREDO AGUILAR

**El 73% de residentes del Virgen de las Nieves no fue ayer a la guardia, pero los gerentes aseguran que se atiende a los pacientes con total normalidad**

el silencio que ha habido por parte de las Unidades Docentes y Comisiones de Docencia de todo el Estado, directamente afectadas por la problemática señalada en esta Huelga y con una parte de responsabilidad fundamental en este sentido.

- ✦ Lamentamos que una parte importante de los Facultativos especialistas de los SUH afectados por esta Huelga no hayan comprendido que no se trata de una huelga contra ellos, sino a favor de un servicio más digno para todas las partes implicadas.
- ✦ No podemos compartir ni comprender el distanciamiento de una parte de nuestros propios tutores y tutoras, en base a sus silencios o negativas a apoyar una reivindicación que tuviera entre sus demandas la exigencia de más recursos humanos para las guardias de los SUH, por considerar que ahonda en el deterioro de la Atención Primaria.



## PROPUESTAS ABIERTAS A DEBATE SOBRE UN POSICIONAMIENTO DE LA CABECERA:

Creemos que las demandas de nuestros/as compañeros/as de Granada son absolutamente razonables, justas y muy necesarias. Además, consideramos que no son exclusivas de su situación particular, sino que afectan a una importante parte de las/os MIR de MFyC. Es necesario que las plantillas de los SUH sean independientes estructuralmente del trabajo de sus residentes, por más que esta no sea la

solución a un problema mucho más complejo.

Las Unidades Docentes de MFyC deberían hacer una reflexión al respecto de los programas formativos de nuestra especialidad y el peso que en ellos tienen las guardias presenciales en los SUH y deberían garantizarse mínimos asistenciales y docentes en los centros acreditados para ello. En este sentido, creemos necesario elevar la demanda de nuestras compañeras de Granada a nuestros representantes en la CNE del Ministerio, para que pase a considerarse una prioridad en la agenda de este organismo.



Recorte del periódico Ideal sobre la huelga de residentes de Granada

Consideramos que las Urgencias y Emergencias son una competencia imprescindible en la formación de lo/as especialistas de la Atención Primaria, pero ello no debería significar que por este motivo los SUH dependan estructuralmente de nuestro trabajo, como de hecho no dependen de él muchos otros servicios cuyas competencias consideramos igualmente imprescindibles dentro de nuestra formación como especialistas.

Manifestamos nuestra duda sobre si el actual modelo formativo permite efectivamente

adquirir unas competencias adecuadas como Médicos de Urgencias, además de como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. En ese sentido, consideramos muy necesario retomar el debate abierto sobre la necesidad de la reforma en nuestro programa formativo de la especialidad, así como la contemplación de la creación de áreas de capacitación específica como es la Medicina de Urgencias, según lo planteado en borradores de la Troncalidad. Probablemente, una reforma en este sentido permitiría definir mejor las competencias de Urgencias, al tiempo que favorecería un mayor espacio dentro del programa formativo para contenidos específicos de Atención Primaria (Salud Comunitaria, Prevención, Rehabilitación, Investigación), hoy en día muy desplazadas en favor de una formación centrada en el ámbito hospitalario.

Solicitamos a las Sociedades Científicas implicadas (Urgencias y Atención Primaria) un posicionamiento claro al respecto de los derechos y deberes de los residentes, sobre

todo en relación con su formación en el ámbito de las Urgencias Hospitalarias, así como en lo referente a la mencionada reforma de los programas formativos de nuestra especialidad.

Por último, nos dirigimos a nuestros/as tutores/as con el mayor de los respetos hacia lo que nos enseñan y nos han sabido transmitir en relación a la defensa y construcción de la Atención Primaria, pero también con el ánimo de preguntarles acerca del espacio que queda para quienes venimos detrás y de demandar su compromiso y responsabilidad en la creación de mecanismos y estructuras que favorezcan un adecuado relevo generacional.



## REFERENCIAS:

- (1) Casado, V. La historia de la Medicina de Familia en España (1978-2018). AMF. 2018.
- (2) Médico Crítico. Sistema Nacional de Salud: con la "L" en el cristal. 2016. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com/2016/06/sistema-nacional-de-salud-con-la-l-en.html>
- (3) Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997;41:121-37.
- (4) Salud, dinero y Atención Primaria. Las serpientes autonómicas. 2017. Disponible en: [http://saludinerop.blogspot.com/2017/07/las-serpientes-autonomicas\\_3.html](http://saludinerop.blogspot.com/2017/07/las-serpientes-autonomicas_3.html)
- (5) del Llano Señarís JE. ¿Son necesarios el



- gerencialismo y empresarialización de la asistencia sanitaria?
- (6) Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad*. 2004;7:73-9.
- (7) Starfield B, Aspachs JP. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson Barcelona; 2001.
- (8) Cavanillas AB, López JS. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2005;17:138-44.
- (9) Pasarín MI, de Sanmamed MJF, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006;20:91-99.
- (10) Pérez FJM, Gázquez JMC de la B, Rodríguez RC, Murillo LJ, Benitez AT, Rodríguez JJR. Impacto de una huelga de médicos internos residentes sobre la eficiencia de un servicio de urgencias de un hospital universitario. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2014;26:443-9.
- (11) Martínez OF, Cabrera CH, Tapia SM, Suárez SM, García BG del R. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg*. 2007;19:116-21.
- (12) Julián-Jiménez A, Lizcano-Lizcano A, Carrasco-Vidoz CA, Estébanez-Seco S. Residentes, guardias en el servicio de Urgencias y síndrome de Burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38:453-5.
- (13) Cunningham SA, Mitchell K, Venkat Narayan KM, Yusuf S. Doctors' strikes and mortality: A review. *Soc Sci Med*. 1 de diciembre de 2008;67(11):1784-8.