

Sistema MIR y profesionalismo en el siglo XXI

José Luis Aguayo Albasini

ISBN #: 978-1-326-70996-9

Acto de Bienvenida a los Residentes de la Región de Murcia

Dr. José Luis Aguayo Albasini

Sistema MIR y profesionalismo en el siglo XXI

Murcia, 30 de Mayo de 2016

Señora Consejera de Sanidad, Señor Gerente del Servicio Murciano de Salud, Señores Directores Generales, Autoridades Sanitarias de los distintos centros de la Región,

Representantes de la Universidad de Murcia y de los Colegios Profesionales de Medicina, Enfermería, Farmacia y Psicología, queridos Jefes de Estudios, Tutores de Residentes, colegas y amigos.

Estimados 254 Residentes médicos, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, químicos y radiofísica. Señoras y señores:

Buenos días.

Antes que nada quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos que han depositado en mí la confianza y responsabilidad de este discurso o conferencia de bienvenida, y en especial a nuestra Consejera Encarna Guillén. Espero no desperdiciar esta oportunidad que se me ofrece.

Aunque hace ya muchos años, yo también fui residente y pude experimentar esa mezcla de exultación, impaciencia y temor que os inunda y agita. Comenzáis en estos días, queridos residentes, un periodo de tiempo que transformará vuestras vidas.

Después del largo trayecto de la licenciatura o del grado, después de la intensa preparación de la prueba selectiva, después de la incertidumbre sobre la elección de especialidad, ciudad y Hospital -o Área de Salud-, ahora podréis desarrollar la residencia que os convertirá en especialistas. Luego ya habrá ocasión de afrontar el acomodo laboral.

SISTEMA MIR

Durante la residencia, en realidad formación sanitaria especializada, cada uno de vosotros tendrá que llevar a cabo el programa formativo correspondiente, vigilado de cerca por su tutor y el resto de miembros de su unidad docente. Creceréis en capacidades, autonomía y responsabilidad y al final, si no os perdéis, el diamante en bruto, que ahora sois cada uno y cada una, será un diamante finamente tallado.

Quiero manifestar aquí mi admiración por el sistema español de formación sanitaria especializada. Se trata de un proceso educativo bien regulado, selectivo, eficaz, seguro y remunerado. Sin duda, junto con la Organización Nacional de Transplantes, es la joya de la corona del Sistema Nacional de Salud y la envidia de otros países del llamado mundo desarrollado. Este sistema educativo, no lo olvidéis, funciona gracias a la solidaridad fiscal de todos los españoles y supone una parte importante de la sanidad pública, a su vez pilar fundamental del estado del bienestar.

El sistema de formación de especialistas por el modo de residencia reglada comenzó hace unos 50 años, con las experiencias llevadas a cabo en hospitales como el Marqués de Valdecilla, Hospital General de Asturias, Clínica Puerta de Hierro de Madrid y Hospital de San Pablo de Barcelona. El sistema MIR tiene una deuda con todos aquellos líderes pioneros, entre los que me gustaría destacar al profesor José María Segovia de Arana, recientemente fallecido y al que desde aquí rindo homenaje.

En Murcia, los primeros residentes se formaron o iniciaron su formación en la Antigua Arrixaca (hoy Morales Meseguer), a caballo entre los años sesenta y setenta. De allí pasaron ya especialistas al hospital que vino a llamarse Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, en El Palmar, inaugurado en 1975. Aquellos primeros residentes como Agustín Navarrete, Joaquín Molina, Juan Martínez Lage, Rafael García-Wandosell,

Joaquín Sola, Francisco Picó, Javier Tébar, Rafael Núñez, Ginés Ortega, Luis Amorós, y otros muchos, hoy recientemente jubilados, forjaron las raíces del sistema.

En cuanto a los médicos, hasta 1978 cada aspirante a especialista podía inscribirse en el Colegio Médico correspondiente como médico con ejercicio en la especialidad elegida bajo la tutela de un facultativo ya especialista, practicando de forma privada o en algún hospital, sin mayor control ni acreditación. También podía matricularse en las Escuelas Profesionales de Especialidades, amparadas en Cátedras de las Facultades de Medicina o en Institutos de Especialización reconocidos por el Ministerio de Educación. Al cabo de 2 años el aspirante tenía el derecho a solicitar el correspondiente Título de Especialista. Poco control y escasa garantía existía sobre los títulos obtenidos de esta forma.

Entre los años 1967 y 1977, en torno a un grupo de trabajo ubicado en unos pocos centros y que se denominó “**Seminario de Hospitales con programa de posgraduados**”, al que se fue sumando un importante número de hospitales de prestigio, se crearon las bases del sistema MIR: un modo de aprendizaje a través del ejercicio supervisado y remunerado, con responsabilidad y autonomía crecientes. Además, se establecieron los programas y requisitos mínimos de los centros, lo que podríamos definir como la primitiva acreditación.

En aquellos tiempos, una Comisión de Admisión en cada Hospital seleccionaba a los candidatos según análisis de sus méritos, una entrevista y las pruebas que considerara oportunas. Por aquel entonces la palabra MIR (que aun persiste) tenía un claro significado. Así, eran **internos** porque durante 2 años, en los cuales apenas salían del hospital, llevaban a cabo el aprendizaje general rotando por las grandes especialidades, y eran **residentes** porque durante los 2-3 años siguientes, viviendo en el hospital, concluían una determinada especialidad.

En 1977 se pone en marcha el primer examen MIR tal como lo conocemos ahora, una prueba selectiva tipo test, nacional, única y simultánea. La elección de la plaza se realizaría centralizadamente en el Ministerio de Sanidad según el orden de la puntuación obtenida de la suma de los resultados del examen más el curriculum.

A partir de 1978 el sistema MIR se implanta en España de forma masiva en los hospitales acreditados para la docencia, se crean las Comisiones Nacionales para cada especialidad, se establecen los programas formativos, los años de duración, los criterios de habilitación docente, el número de plazas y una prueba de evaluación final de los residentes, que nunca se llevó a efecto. Posteriormente hubo de afrontar el problema de los MESTOS, o médicos especialistas sin título oficial.

En 1984, tras numerosos avatares y algunas excepciones, el sistema acaba convirtiéndose en la única vía que permite adquirir una especialización en las profesiones sanitarias. Lo que en principio fue sólo para médicos, hoy lo es, además, para farmacéuticos, enfermeros, biólogos, psicólogos, químicos y radiofísicos.

El funcionamiento y la normativa de la formación de especialistas ha ido mejorando con los años. Así ha ocurrido con los sistemas de acreditación de centros y unidades, los procedimientos de evaluación, el día a día de las comisiones de docencia y el de cada Comisión Nacional. Persisten viejos problemas y aparecen otros nuevos, y no todos tienen relación con las heridas que la crisis económica ha causado en el sistema de salud.

Entre los aspectos mejorables o que requieren atención y que son de carácter **crónico** señalaremos la escasa relación que existe entre la formación pregraduada y la formación especializada, la inadecuación entre el número de médicos que acaban en las facultades de Medicina y el número de plazas que se ofertan -problema acrecentado por la proliferación de nuevas facultades, casi todas privadas-, la dureza y el tipo del examen selectivo, las desigualdades en los niveles de acreditación de las unidades, la insuficiente atención a la investigación, la falta de itinerarios docentes para aquellos que sientan vocación universitaria, la precariedad de las comisiones de docencia y sí, queridos residentes, la ausencia de una prueba final comparativa de la especialidad.

Entre los problemas de aparición más **reciente** queremos comentar la troncalidad, el insuficiente perfil de la figura del tutor y la escasa evaluación del sistema en sí mismo. De la troncalidad, qué vamos a decir, suscita dudas y recelos, pero ya trataremos con ella cuando haya que hacerlo. Sin embargo, la figura del tutor no ha terminado de perfilarse, se habla de profundizar en sus competencias, de darles mayor

reconocimiento, incentivos y tiempo, pero esto no se ha hecho todavía, y ya es hora. Por último, la calidad del propio sistema debe medirse permanentemente, como único modo de mejora continua, pero esta medida –a través de auditorías- ha decaído en los últimos años.

Pero confiemos en el sistema y en su capacidad de autocuidado y pasemos a cosas menos técnicas. Como sabéis, **Esculapio o Asclepios**, era considerado el dios de las ciencias médicas. Sus numerosas hijas e hijos como Higía, Panacea, Telesforo, Macaón y Podalirio se encargaron del desarrollo de la Prevención, la Terapéutica, la Convalecencia, la Cirugía y la Medicina, prácticamente todas las Artes y Ciencias de la Salud. Pues bien, en los consejos de Esculapio éste enumera una larga letanía con las razones para no hacerse médico, pero acaba con un último párrafo que dice: “ *Si indiferente a la fortuna y a los placeres de la juventud; si sabiendo que te verás sólo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica como para satisfacerse con el deber cumplido sin más ilusiones; si te juzgas bien pagado con la sonrisa de una madre, con una cara que te sonríe porque ya no padece, o con la paz de un moribundo a quien mitigas la llegada de la muerte; si ansías conocer al hombre, penetrar en lo trágico de su destino, ¡hazte médico, hijo mío!*”

“*Satisfacerse con el deber cumplido..., ansiar penetrar en lo trágico del destino del hombre...*” Dos características necesarias para querer hacerse médico o, por extensión, sanitario en cualquiera de sus profesiones. ¿Cómo casan estas motivaciones con el sistema MIR?

El sistema MIR se basa en la adquisición programada, en una determinada especialidad, de una serie conocimientos, habilidades y actitudes. Pues bien, de todo lo anterior poco os valdrá lo aprendido si no os empapáis de las actitudes profesionales, manifestadas a través de valores, sentimientos y conductas. ¿Qué es un buen profesional? ¿Cómo podéis contentar a Esculapio en el Siglo XXI?

PROFESIONALISMO EN EL SIGLO XXI.

Profesión, profesional y profesionalismo son términos que tienen varios significados. Nos vamos a centrar en el profesionalismo médico y por extensión en el profesionalismo asociado al mundo sanitario.

Profesionalismo sería aquella actividad que requiere un conocimiento profundo o erudito, goza de autonomía en la toma de decisiones, se acompaña de un compromiso de servicio a la sociedad y al individuo en un contexto ético y moral, y es capaz de autorregularse a sí misma.

El compromiso social tácito entre sociedad y profesionales sanitarios, como los médicos, ha sufrido modificaciones recientes dependientes de la aplicación corporativa o socializada de la medicina, de tal forma que a veces se olvida la joya más preciada de la profesión sanitaria: la relación médico-paciente.

La doble lealtad existente hoy, por un lado hacia el enfermo sustentada en el principio hipocrático, y por otro lado hacia la entidad responsable de proporcionar los servicios, hace más que nunca necesario recordar los principios del profesionalismo médico.

En 2002 numerosas revistas biomédicas publicaron el *Medical Professionalism Project* con la idea de reasentar las bases del profesionalismo para el siglo XXI. En la hoja de ruta del *Medical Professionalism Project* se contemplan 3 principios y 10 compromisos de responsabilidad.

El primero de estos principios es el de la primacía del Bienestar del paciente, por encima de cualquier otra consideración. El segundo es el de Autonomía del paciente, principio que tanto ha costado aceptar dado el arraigo del antiguo paternalismo. El tercero es el de Justicia Social, que nos exige atender a una adecuada distribución de los recursos, así como eliminar cualquier tipo de discriminación en razón de género, raza, religión o estatus socioeconómico.

A partir de estos principios se adquieren 10 compromisos de responsabilidad profesional, como son: El de competencia y aprendizaje continuo a lo largo de toda la vida; el de honestidad con el paciente, que incluye el consentimiento informando y el relato de cualquier evento adverso que pueda haber ocurrido; el de confidencialidad excepto si ésta pone en peligro un bien general; el de mantener relaciones adecuadas con los pacientes; el de mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud; el de propiciar la distribución justa de los recursos; el compromiso con el conocimiento científico, defendiendo la ciencia frente a la palabrería y promoviendo la investigación; el de mantenimiento de la confianza evitando los conflictos de interés; y finalmente, el compromiso con la propia profesión, mediante el trabajo en equipo, el respeto mutuo y la participación en la autorregulación.

Todo lo expuesto parece demasiado serio e impersonal, por eso voy relataros, una vez mediada esta conferencia, algunos ejemplos de problemas, actitudes, pensamientos o situaciones que se pueden presentar ante vosotros durante la residencia, por activa o por pasiva. De todos ellos deberéis estar precavidos para poder reaccionar, promoverlos o evitarlos, según los casos.

En relación con el compromiso 1º: La actitud *“Yo ya no cojo más un libro”*. Aunque parezca mentira, alguno puede creer que se lo sabe todo y que no necesita ampliar ni actualizar sus conocimientos. Pero *“no sabes nada, Jon Nieve”*, le dijo Ygritte al bastardo de los Stark. Y apuntó Aristóteles: *“El ignorante afirma, el sabio duda y reflexiona”*. Y reafirmó Baltasar Gracián: *“El primer paso de la ignorancia es presumir de saber”*. De modo que seamos humildes y reconozcamos la necesidad de seguir estudiando. Creedme cuando os digo que en 10 años poco de lo que sabéis ahora os va a servir para mucho, y que en 20 años el cuerpo de conocimiento de la Medicina y del resto de las Ciencias de Salud no se parecerá ni remotamente a lo que existe en la actualidad.

El efecto médico 2.0 también tiene su miga. Tendréis que aprender a ampliar conocimientos de forma eficaz a través de Internet, y a hacer un uso juicioso de las redes sociales. Tanto es así que este año ya ha habido una pregunta en el examen de médicos, la 181, que venía a exponer: *“una paciente de 15 años quiere agregarte a Facebook, ¿qué haces?”*, y la Organización Médica Colegial ha publicado un Manual

de estilo sobre buen uso de las citadas redes, que deberíais consultar. Internet, recordad, es un arma de doble filo.

Sobre el 2º compromiso: La relación médico-paciente, o la de cualquier profesional sanitario con un enfermo, debe ser el eje de vuestras actuaciones. Los pacientes sufren, están preocupados y son muy influenciados por nuestro comportamiento. El trato ha de ser correcto, mejor cariñoso, compasivo si es necesario, pero siempre respetando su autonomía en la toma de decisiones. Profundizar en estos aspectos, así como conocer todas las finas implicaciones del consentimiento informado, que no es solamente “*firme usted aquí abajo*” es de vital importancia con nuestro compromiso.

La actitud “*los pacientes no me entienden*” debe corregirse. Para ello son necesarias habilidades de comunicación, que hay que adquirir, sobre todo en la transmisión de malas noticias. Huid de la jerga médica, de las noticias en escopetazo, de la mirada ausente. Pero ese conocimiento no sirve de nada sin la empatía, sin la compasión. Tengo mis dudas sobre si alguien que carece de empatía es capaz de comunicarse de forma eficaz con un enfermo. Propiciemos el valor de la empatía como cimiento para cualquier tipo de relación médico-paciente.

La creencia “*todo lo hago bien, yo no cometo errores*”. Aprendamos a admitir y a comunicar los eventos adversos. Los efectos adversos ocurren y son, en gran parte, inevitables. Un artículo del *British Medical Journal* de este mismo año los considera la 3ª causa de muerte en EEUU. La admisión del incidente de seguridad, del evento adverso o del efecto colateral no implica aceptación de culpabilidad, sino la información veraz a nuestro paciente de que el evento se ha producido. La transparencia a este respecto es útil para la prevención, para mantener la confianza del enfermo y de la sociedad y para disminuir la judicialización de la medicina. Recordemos, como dijo Cicerón que “*Todos podemos caer en el error, pero sólo los necios perseveran en él*” .

En cuanto a la confidencialidad, el 3º compromiso, os diré que -aparte de una obligación legal- es otro componente crucial de la confianza. Lo que cuenta un paciente en una consulta o lo que se transcribe a una historia clínica no debe ser conocido por nadie ajeno al proceso clínico. A este respecto os advierto que hoy es muy fácil el

acceso a todo tipo de información clínica gracias a los medios electrónicos, por lo que existe el peligro de curioseo espurio por el sistema informático, el famoso SELENE, donde todo está.

El 4º compromiso complementa nuestro deber de confianza con el paciente. Una conducta intachable nos debe alejar de la actitud *“este es fontanero, este tiene un restaurante”* o, más adelante si es el caso, *“a este me lo llevo a mi privada”*. Los pacientes son vulnerables, dependientes, y nuestra conducta nunca puede ser inadecuada, en busca de ventajas o favores.

Los compromisos 5º a 7º hacen referencia a la calidad y acceso de los servicios y a la distribución justa de los recursos. Muchos de estos aspectos son de tipo social y económico. Aquí siempre podemos recurrir al consabido *“la administración tiene la culpa”*. Creedme si os digo que la administración tiene la culpa de algunas cosas, entre otras de no haber cedido la confianza de la gestión clínica a los profesionales, pero este no es asunto a tratar aquí. El médico, la enfermera, el biólogo, el farmacéutico, el químico, el psicólogo, el radiofísico residente pueden hacer mucho, deben implicarse en la mejora de la calidad, en la mejora y equidad del acceso, en el uso juicioso y costo-efectivo de unos recursos que son finitos. Además, el uso de medios diagnósticos o terapéuticos innecesarios pueden resultar en daño para un paciente o en pérdida de oportunidad para otro. Existe en la Región una excelente escuela de evaluación y mejora de la calidad asistencial, la denominada EMCA, respecto a la cual desde aquí os digo que sigáis sus cursos y seminarios: aprenderéis, os divertiréis y tomaréis conciencia de que estos aspectos no son cosa sólo de gestores o directores, sino de todos los implicados en una profesión sanitaria. Y no esperéis recompensa, pues como señaló Séneca *“la recompensa de una buena acción es haberla hecho”*.

Respecto a vuestro compromiso con el conocimiento científico (el 8º), éste ha de ser estricto. Tenéis que huir del conocimiento superficial, la charlatanería, la palabrería, las pseudociencias que usan jergas aparentemente científicas, como la homeopatía, el reiki, el biomagnetismo, etc. Habéis de beber en las bases de la medicina basada en la evidencia, seguir las guías clínicas serias, adecuarse a los protocolos, convertirse en auténticos baluartes de los estándares científicos.

En este mismo campo, es obligada vuestra participación en la creación de conocimiento, mediante la investigación. La actitud “*aquí no se investiga ni se publica*” no es tolerable. Cada uno, con mayor o menor trascendencia, con variable impacto, ha de ser capaz de hallar preguntas o motivos de investigación, y publicar los resultados. Este no es un proceso fácil, es trabajoso, ocupa tiempo, no se paga, pero produce gran satisfacción. Uno de vuestros objetivos, ha de ser la realización de la Tesis Doctoral, para la cual podéis utilizar las ventajas que ofrece la Escuela Internacional del Doctorado de la Universidad de Murcia –Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Cuando pase el tiempo, años, recordareis con mucho agrado ese trabajo, os sentiréis orgullosos de esas publicaciones, las consideraréis como vuestros hijos más queridos. A la hora de rematar un artículo, hacedlo con rigor y seriedad pero recordando a Voltaire que decía “*Lo mejor es enemigo de lo bueno*”, y que yo me atrevería a cambiar por “*Lo perfecto es enemigo de lo excelente*”, pues el perfecto nunca acaba, mientras que el excelente sabe que -dado lo inalcanzable de la perfección- lo mejor es contentarse con un camino progresivo hacia la excelencia.

“*Si quieres aprender enseña*” dijo Cicerón. Pero también oiréis “*Los estudiantes no son nuestra responsabilidad*”. Normas legales y éticas dicen lo contrario. Toda la estructura y recursos del sistema sanitario público está al servicio de la formación pre-, post- y continuada, por lo tanto, los estudiantes son responsabilidad de todos. A diferencia de la cuestión de la docencia postgraduada –y la muestra sois vosotros- es cierto que no se ha sabido dar una solución definitiva, aceptable, integral, al problema de la docencia pregraduada y que las normativas tanto de la Universidad como del Sistema Sanitario tienen que evolucionar y mejorar para atender a ese desafío. Algo que se echa de menos es un itinerario formativo complementario y compatible que permita al residente profundizar en las labores docentes, y que fuera el embrión de una carrera universitaria clínica. En cualquier caso, os animo a colaborar en la formación de los estudiantes, a aprender enseñando, y a mostrar una conducta profesional intachable, pues seréis el espejo en el que se miren los estudiantes.

El manejo de los conflictos de interés es el 9º compromiso. ¡Cuidado! Sentenció Cervantes que “*la senda de la virtud es estrecha y el camino del vicio, ancho y espacioso*”. El contrato social tácito que adquirimos tanto con la sociedad como con los pacientes nos impide conseguir ventajas o ganancias económicas en relación con las

firmas farmacéuticas o con la industria de productos sanitarios. Cualquier potencial conflicto de interés debe ser declarado en aras a la transparencia profesional que debemos mantener. Por ello no os dejéis encandilar, engatusar, ni enredar en otros intereses que no sean los legítimos profesionales.

En cuanto al compromiso 10º y último, con la propia profesión, éste se va a traducir en propiciar el trabajo en equipo, el respeto mutuo y la participación en la autorregulación. La mayoría de los profesionales tienen un comportamiento extraordinario. Sin embargo, vais a encontrar durante la residencia y luego en el desarrollo profesional algunas personas con comportamientos inadecuados. Es lo que llamo actitudes tóxicas: hablar mal, impuntualidad, altanería, egocentrismo, pereza, cinismo, descuido y un largo etc.; el paradigma suele ser aquel que predica “*me engañarán en el sueldo, pero no en el trabajo*”. Los servicios clínicos son carros donde la mayoría tira armónica y solidariamente del mismo, pero algunos van colgados sin esfuerzo, cuando no claramente entorpecen la marcha. Es importante que pronto identifiquéis estos comportamientos, no les prestéis mayor atención, ni le sigáis el juego. Por otra parte, siempre podemos ver la paja en el ojo ajeno y no la viga en el nuestro. Conviene efectuar autocrítica periódica y tener presente que todos somos capaces, en un determinado momento, de transformarnos de *Dr. Jeckyll* en *Mr. Hyde*.

Alguno puede encontrarse un jefe inadecuado: algo déspota, o por el contrario blando o pasota, pero creedme si os digo que el común de los jefes tiene ganado el cielo. Colaborad con ellos, implicaos en el trabajo, no es cuestión de obediencias temerosas, ni lealtades inquebrantables, ni adulaciones interesadas, simplemente es la aceptación disciplinada de la jefatura, que no excluye la crítica constructiva, ni las quejas razonables. Los jefes y tutores, por otra parte, además de eficaces y justos, y predicar con el ejemplo, deben evitar el efecto Pígalión sobre los residentes, de tal manera que primeras impresiones o prejuicios modifiquen o alteren la carrera de los residentes

Otro asunto, el síndrome de *Burn-Out*, es cosa seria que se debe prevenir con medidas adecuadas. Pero os vengo advertir del falso profesional quemado, que más bien es un profesional quemante. Éste utiliza un lanzallamas virtual contra personas y cosas, culpabiliza a todo y a todos de su situación y pretende atribuir a sociedad, colegas y usuarios las causas de su falta de profesionalismo. Respetadlo, como a todas las

personas, pero no le riáis la gracia. A estas conductas habría que aplicarle la célebre frase de John F. Kennedy “*No preguntes qué puede hacer tu país por ti, pregúntate qué puedes hacer tú por tu país*”.

A este respecto os debo advertir que el primer año de residencia suele ser malo y puede provocar una cierta decepción, cuando no depresión. Es normal, hay que pasarla. Por una parte siempre hay alguna disparidad entre lo que te esperabas y lo que encuentras, en una fase en la cual todavía no tienes la compensación de la soltura o la autonomía que en su día alcanzarás, y por otra, durante el primer año, está demostrada una mengua de la actividad social del residente que repercute en su calidad de vida. Así, si te invitan un sábado por la tarde a algún acontecimiento y tienes guardia dirás: ¡No puedo, tengo guardia! ¿Y el viernes?: ¡es que tengo al día siguiente! ¿Y el domingo?: ¡estaré hecho polvo! Es decir, de entrada tienes la mitad de los días inhábiles para la vida social. Los amigos y familiares dejan de contar contigo. Tranquilos, este fenómeno es pasajero y uno encuentra, más adelante, la forma de compaginar trabajo, familia, amistad y ocio.

Volviendo a los consejos de Esculapio “*Satisfacerse con el deber cumplido..., ansiar penetrar en lo trágico del destino del hombre...*” ¿Lo entendéis ahora, verdad que podréis?

Ya estoy acabando, y en esta bienvenida creo obligado a hacer una referencia a la tierra. Gracias por haber elegido la Región de Murcia para hacer la residencia. Unos serán de aquí, pero otros no, y a ambos os digo que hay que conocer mejor la región y sus gentes. Así, Pérez Casas o Saavedra Fajardo no son sólo calles ruidosas, por distintos motivos, sino dos murcianos el primero excelente músico y el segundo importante estadista.

Os invito a visitar el Teatro Romano de Cartagena, descubierto por casualidad hace no muchos años, o a entrar en el Alcázar Seguir de Murcia, que nada tiene que envidiar a algunos de los patios de la Alhambra y que se encuentra, desconocido por muchos, en pleno tontódromo, en el recinto de Las Claras. Y no os quedéis sin patear el Campo de San Juan, en Moratalla, ni la playa de Calblanque en Cartagena, ni la Vía Verde hacia Caravaca de la Cruz.

Reitero la enhorabuena y bienvenida a todos y a todas.

Como sé que pasaréis algún mal momento, voy a terminar recordando unos fragmentos del poema de José Agustín Goytisolo dedicado a su hija Julia, que decía:

*“Te sentirás acorralada
Te sentirás perdida o sola
Tal vez querrás no haber nacido.*

*Entonces siempre acuérdate
De lo que un día yo escribí
Pensando en ti como ahora pienso”*

Muchas gracias por vuestra atención y 254 abrazos.



Salón de Actos del Archivo General de la Región de Murcia, 30 de Mayo de 2016

BIBLIOGRAFIA

- Aguayo-Albasini JL, Pellicer Franco E. Sobre la productividad científica de los médicos residentes de cirugía general y digestiva. *Cir Esp.* 2014; 92: 297-98.
- Aguayo-Albasini JL, García-Estañ-López J. Servicios clínicos hospitalarios y formación de grado de medicina: ¿dónde estamos? *FEM.* 2016 (En prensa, aceptado 16-03-16).
- Aspa Marco FJ, Rodríguez de Castro F. Evaluación final: ¿sirve el examen MIR? *Educ Med.* 2010; 13(Supl 1):S73-S77.
- Borracci RA, Guthman G, Rubio M, Arribalzaga EB. Estilos de aprendizaje en estudiantes de medicina y médicos residentes. *Educ Med.* 2008; 11: 229-38.
- Fernández Pardo J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. *Educ Med.* 2015; 16: 57-67.
- Fernández-Valencia. La irrupción de la Medicina 2.0 en la educación médica. *FEM.* 2016; 19: 63-65.
- Gargantilla-Madera P, Arroyo-Pardo N, Madrigal JF. ¿Existe el efecto Pigmalión entre los residentes? *FEM.* 2016; 19: 5.
- Garrido Sanjuán JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *An Med Intern (Madrid).* 2006; 23: 493-502.
- Garrido JA. Indiscreción y derecho a la intimidad en el sistema sanitario. *Med Clin (Barc).* 2000; 114: 358-9.
- Hernández González A, Rodríguez Núñez A, Cambra Lasosa FJ, Quintero Otero S, Ramil Fraga C, García Palacios MV, et al. Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría. *An Pediatr (Barc).* 2014; 80: 106-13.
- Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE de 22 de noviembre de 2003.
- Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016; 353: i2139.
- Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millenium: a physicians' s charter. *Lancet.* 2002; 359(9305): 520-2.
- Mejide Míguez H, Rabuñal Rey R, de la Iglesia Martínez F. La formación de Médicos Internos Residentes de Medicina Interna en Galicia: encuesta de opinión. *Galicia Clin.* 2010; 71: 153-59.

- Melguizo Jiménez M, Moreno Corredor A, Espinosa Almendros JM. Aspectos éticos de la docencia. AMF. 2011; 7: 316-24.
- Organización Médica Colegial de España. Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de las redes sociales. Madrid; OMC, 2014.
- Patiño Restrepo JF. El profesionalismo médico. Rev Colom Cir. 2004; 19: 146-52.
- Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. Inv Ed Med. 2012; 1: 218-24.
- Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. Educ Med. 2009; 12: 169-77.
- Ricarte Díaz JI, Martínez Carretero JM. Formación del residente desde su abordaje como adulto. Educ Med. 2008; 11: 131-38.
- Rigual Bonastre R. Garantizar facultades de medicina socialmente responsables y sostenibles requiere mantener la calidad y el profesorado necesario. FEM. 2015; 18: 87-90.
- Segovia de Arana JM. La formación de especialistas médicos en España. Ars Medica. Rev Human Med. 2002; 1: 77-83.
- Tutosaus JD. Historia del MIR. Sevilla: Reprografía de los HH UU V Rocío, 2008.
- Vaquero Puerta C. Por qué publicar. Rev Esp Invest Quir. 2014; 17:1.