



## EDITORIAL

## ¿Tiene futuro la troncalidad?



## Does the core subjects have a future?

La especialización vertical por órganos, aparatos y sistemas que se produjo tras la reforma Flexner tuvo innegables ventajas para el avance científico técnico, pero también innegables efectos secundarios: pérdida de prestigio y aislamiento de los médicos generales, atención fragmentada, despersonalización, desconexión entre profesionales, y aparición de bolsas de ineficiencia y techos de atención<sup>1</sup>. Los altísimos costes de esta atención y su relativa efectividad hacen reflexionar a profesionales, planificadores y organizaciones de pacientes en todo el mundo. Y así aparece la medicina familiar y comunitaria (MFyC). Pero esto no es suficiente ya que la mayoría de especialidades transitan de la formación de grado a una formación muy específica de su especialidad. Por ello, durante más de 15 años hemos asistido a un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesaria superespecialización y la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo básico de la formación de todos los especialistas.

Por ello, desde hace años se está manejando el concepto de troncalidad, sus fortalezas y debilidades<sup>1</sup>. Este debate se remonta incluso al inicio del propio sistema MIR, pero no es hasta el año 2003, con la LOPS<sup>2</sup>, cuando se fijan sus bases, y 11 años después su marco legal de desarrollo<sup>3</sup>.

El Real Decreto (RD) 639/2014, de 25 de julio<sup>3</sup>, que regula la troncalidad, establece que su principio básico es lograr, alcanzar y ofrecer: «una visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria, posibilitando así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes». Y cuyo principal objetivo es «que los profesionales sanitarios aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere».

Esta legislación sigue una lógica formativa que no siempre se ha dado. La lógica de empezar desde lo más polivalente y generalista para ir avanzando hacia los contenidos más superespecializados. Así esta formación debe iniciarse en el grado, para seguir con la formación especializada troncal, la

formación especializada específica y la alta especialización en áreas más concretas (áreas de capacitación específica [ACE]).

Pero la troncalidad no está exenta de debilidades y amenazas, de defensores y de detractores, internos y externos. Esto llevó a la estructura docente de MFyC a fijar su posición frente al tema<sup>4</sup>.

Contar con un marco legislativo no era el final, marcaba un principio lleno de retos poderosos e ineludibles. Estos retos eran: definir bien la formación troncal en los programas de tronco, definir los entornos docentes, los itinerarios formativos, el perfil de los tutores de la troncalidad, dimensionar la estructura docente y definir la formación sanitaria especializada (FSE) a ofertar en nuestros centros docentes<sup>5</sup>.

Pero desde la publicación del RD hasta la actualidad, la respuesta a estos retos no ha sido la adecuada y se ha ido desvirtuando la filosofía y la esencia de la troncalidad. La MFyC ha sido probablemente una de las especialidades que más se ha identificado con el proceso de la troncalidad y ha sentido, con el actual desarrollo, que se ha producido una ruptura de los principios básicos.

No se identifican los entornos formativos (lugar dónde se adquieren las competencias, tiempo estimado para adquirirlas, criterios para evaluarlas...), no se priorizan las competencias, no se basa en la orientación centrada en las personas y hacia sus problemas de salud, sino en las enfermedades, lo cual no proporciona «generalismo» al enfoque, ni integralidad. No considera la importancia de la salud mental, trastornos adictivos, atención a la mujer, al adolescente, al inmovilizado, al discapacitado, al cuidador, a la violencia de género, a las vacunaciones, a los trastornos funcionales...

Deja en manos de las CC.AA. e incluso en manos de las comisiones de docencia los entornos y tiempos de formación, con lo que la polivalencia del entorno y de profesionales que otorga la MFyC puede no ser tan nuclear como debiera. Esto, lejos de mejorar la homogeneidad y la solidez de la formación sanitaria especializada troncal, propiciara un mapa muy dispar.

Además, puede generar una drástica disminución del tiempo del residente de MFyC en el centro de salud, si no se incluyen los 6 meses iniciales y si las estancias formativas de nuestra especialidad en los 2 primeros años pasan al bloque específico. Ninguna de las aportaciones realizada por la Comisión Nacional de la Especialidad y por la presidenta de la Comisión Nacional de Tronco fueron consideradas.

Todo esto supone una clara pérdida de oportunidad de mejorar un buen sistema de FSE con el claro riesgo de empeorar la formación en MFyC. Esto dificulta seguir participando en este proyecto, a pesar de haberlo defendido de manera intensa. Y, probablemente, si sigue adelante, la MFyC deba ser un tronco independiente tal como propone el Foro de Médicos de la Atención Primaria<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Casado Vicente V. Troncalidad y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2009;41:179-80.
2. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado n.º 280 de 22 de noviembre de 2003. p. 41442-41458. [consultado 16 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
3. Real Decreto 639/2014 de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la re-especialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialistas. Boletín Oficial del Estado n.º 190 de 6 de agosto de 2014. p. 63130-63167. [consultado 16 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf>
4. Documento de conclusiones de las Jornadas de Jefes de Estudio de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria organizadas por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria 22/03/2011: "Decálogo de buena planificación de la troncalidad". Requisitos fundamentales para el tronco médico. [consultado 16 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2011/06/ACTA-2011-04-13-ANEXO-1-DEC%C3%81LOGO-DE-BUENA-PLANIFICACI%C3%93N-DE-LA-TRONCALIDAD.pdf>
5. Casado Vicente V, La troncalidad: ¡Por fin!. *AMF*. 2014;10:422-3.
6. Foro de Médicos de Atención Primaria. Troncalidad así no. [consultado 16 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/foro-de-medicos-de-atencion-primaria-troncalidad-asi-no>

Verónica Casado Vicente<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Docente y Universitario Parquesol, SACYL, Valladolid, España

<sup>b</sup> Unidad Docente Universitaria de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Valladolid, España  
Correo electrónico: [veronica.casado@telefonica.net](mailto:veronica.casado@telefonica.net)