Troncalidad

Luís Munuera Martínez

Catedrático, Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid

El término troncalidad se venía mencionando en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas desde hace muchos años como un objetivo deseable que alguna vez habría de plantearse y desarrollarse en serio. La reciente Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 44/2003) ha hecho descender del limbo de las buenas intenciones la errante idea, al determinar en el párrafo 2 de su artículo 19: “Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años”. También establece que “El Gobierno... determinará... el tronco en el que, en su caso (las especialidades) se integran”. Es evidente que estas disposiciones, como algunas otras contenidas en la LOPS, señalan una tarea que, por planteada tan largamente, debería ser bienvenida en el Consejo. Y, en efecto, ya se ha iniciado un proceso de reflexión en el Comité de Estudios, al que he asistido como invitado. Algunas de las ideas que siguen corresponden a las deliberaciones del mismo, otras son de mi propia cosecha. Pretenden plantear tres preguntas en torno a la troncalidad: ¿por qué? ¿cómo? ¿cuándo? y considerar algunas posibles respuestas.

En las todavía llamadas Licenciaturas, las materias troncales son aquellas que deben cursar obligatoriamente todos los alumnos de todas las Facultades de España. Se supone que, especialmente en Medicina, obtienen así la formación general básica necesaria para la introducción a la formación especializada. En cierto modo, la agrupación de las especialidades en troncos supone un paso intermedio en el progresivo proceso formativo, previo a la especialización definitiva, destinado a educar a los Médicos en Formación Especializada (MeFEs) en los principios, conocimientos, habilidades y actitudes generales comunes a todas las especialidades incluidas en el tronco que constituyen el núcleo de la actividad específica de cada una de ellas. Esta es la principal respuesta a la primera pregunta por ser la de mayor importancia docente, pero no la única. La troncalidad podría contribuir a una más sosegada y fundamentada decisión del MeFE con respecto a la elección definitiva de la especialidad, que tendría lugar al final de esta fase, tras haber recorrido las especialidades que formen parte del tronco. En este sentido vocacional, los estudios de pregrado no ofrecen una perspectiva suficiente y, por otra parte, la puntuación obtenida en la prueba de acceso impone un destino no siempre desea-

do. El nuevo sistema podría contribuir a limitar el número de facultativos que desean cambiar de especialidad cuando es demasiado tarde. En efecto, el artículo 23 de la ley prevé la posibilidad de obtener un nuevo título tras cinco años de ejercicio profesional y sólo en una especialidad del mismo tronco que la que posean.

Tras la pregunta ¿cómo? Se esconden varias cuestiones de cierta complejidad. La primera es la agrupación de especialidades por troncos. Esta se ha resuelto combinando empíricamente un criterio clásico y otro de pragmatismo simple: médicas, quirúrgicas, básicas y las otras. Cabría señalar que algunas de las segundas se definen explícitamente y se describen en las recientes propuestas de modificación de los programas como médico-quirúrgica. Una segunda cuestión es ¿qué especialidad podrían constituir ese núcleo básico común que es el tronco? Me pareció que se podría obtener una aproximación a la cuestión considerando las rotaciones “externas” incluidas por las Comisiones respectivas en la propuesta de los nuevos programas. En rigor, en el término “genéricas” que acompaña a éstas en los programas todavía vigentes podrían haber visto algunas Comisiones una misión formativa similar a la actualmente aceptada para las que pudieran componer un tronco común. Si eso fuera así, se podría esbozar la composición de un núcleo troncal como denominador común más aceptable para las especialidades incluidas. Encargado por el Comité de Estudios junto con Paco Acín, de la revisión de los nuevos programas de las trece especialidades quirúrgicas, decidí aplicar en ellas esta idea para averiguar la frecuencia con la que fueron propuestas, el momento del programa en que fueron incluidas y el tiempo de permanencia en cada una de ellas. En cuanto a la frecuencia, anestesiología y reanimación y cirugía general y de aparato digestivo ocuparon los primeros puestos (10-9 veces), seguidas de angiología y cirugía vascular, cirugía plástica, cirugía torácica, cirugía ortopédica y traumatología (6-5 veces). Entre las demás aparecen: una, 4 veces; seis, 3 veces y dos, 2 veces. Entre las rotaciones externas no quirúrgicas destacan: diagnóstico por imagen (6 veces) y anatomía patológica (4 veces). Algunas de las citadas eran propuestas como simples optativas. En cuanto a la duración, la misma consecuencia, resultó imposible valorar adecuadamente el “peso” real otorgado por las distintas Comisiones a las rotaciones externas. Algunas especialidades no mencionan rotaciones fuera de ellas mismas (2) o de las especialidades médicas o básicas afines (1). En cuanto al año en que

se propone realizarlas, existe una notable dispersión hasta el punto de que en un programa que había considerado la extensión a seis años, figura una rotación externa precisamente en el último. En general, predomina la agrupación en segundo y tercero. La mayor parte de las comisiones dedican el primer año a familiarizar a los recién llegados con la especialidad elegida y con el servicio.

De este somero estudio se deducen algunas conclusiones provisionales: a) las comisiones parecen considerar hasta ahora las rotaciones como medio de adquisición de conocimientos y habilidades de recurso ocasional en el ejercicio de la especialidad concreta y no atendiendo al criterio de formación común a todas las ramas de la cirugía; b) algunas especialidades serían difícilmente incluidas en un tronco común de reafirmarse en la situación de autarquía que denotan sus programas, ausente o muy escasos en rotaciones externas; c) el proceso de reflexión recientemente iniciado en el Consejo debe continuarse con un período abierto de información y reflexión con participación de las comisiones agrupadas por troncos para definir claramente los contenidos fundamentales de cada troncalidad, qué especialidades se incluyen en ellas.

Es posible utilizar la experiencia de otras latitudes como guía para alguno de los puntos planteados. Las reformas introducidas en el Reino Unido en 1993 para la formación médica de postgrado, han implantado una fase de "Basic Surgical Training" de principios similares a los que parecen subyacer en la idea de troncalidad. Se accede a ella tras finalizar un año de "preinscripción" (6 meses en medicina y sus especialidades, 6 en cirugía y las suyas) y abarca un mínimo de cuatro semestres (www.reseng.ac.uk/surgical/career-pathway). Los objetivos han sido definidos por el Royal College of Surgeons y, para alcanzarlos, se ha recomendado el siguiente programa: a) para los dos primeros semestres, seis meses en cualquiera de las especialidades (definidas como categoría 1) de cirugía general, cirugía ortopédica y traumatología o en un servicio de accidentes o en cualquier otra especialidad que contenga un componente de atención a pacientes críticos. Los 12 meses siguientes pueden emplearse por períodos de seis, cuatro o tres meses en cirugía cardiotorácica, neurocirugía, cirugía oral y maxilofacial, otorrinolaringología, cirugía plástica, urología y cuidados intensivos (si no se ha incluido ésta en el primer año), oftalmología y ginecología (definidas como categoría 2). Una vez concluido este período, los candidatos pasan una prueba para ingresar como "Member" en el Real Colegio de Cirujanos y son admitidos a la especialización ("Higher Surgical Training"). Como se puede ver, la duración

mínima de las rotaciones es de tres meses y solo para las materias consideradas de categoría 2.

Siguiendo con el ¿cómo?, se deberán establecer los procedimientos de acceso, proceso formativo y paso a la formación en la especialidad elegida. El candidato accederá a la unidad docente y a la troncalidad elegida a través de una convocatoria anual de carácter nacional mediante una prueba objetiva como se establece en el artículo 22 de la LOPS. La troncalidad exige una ampliación del concepto de unidad docente, dada la mayor complejidad del proceso formativo que aquélla implica. Estarían constituidas por uno o varios centros sanitarios que reúnan, por sí solos o conjuntamente, las condiciones adecuadas para ser acreditadas a tal fin. Al finalizar su formación quirúrgica básica, el MeFE debería estar en condiciones de decidir su vocación definitiva y podría ser evaluado a partir de las calificaciones de los tutores de las comunicativas y méritos académicos y profesionales. La elección de especialidad y centro vendría condicionada por la puntuación obtenida. Por tanto, sería deseable que, a pesar de su complejidad, la evaluación fuera de carácter nacional para favorecer la equidad y la igualdad de oportunidades.

Y para concluir, ¿cuándo?. La introducción de la largamente esperada troncalidad requiere un período razonable de información, análisis y consenso para decidir con arreglo a las condiciones y circunstancias de nuestro bien acreditado sistema formativo cuestiones como: a) qué especialidades pueden formar parte de los troncos y cuáles convendría que se agruparan con criterios de afinidad médico-quirúrgica o deberían continuar en solitario; b) cuáles con las competencias a alcanzar, los objetivos y contenidos de la formación en cada tronco; c) cual es el sistema de clasificación en esta fase; d) cómo va a influir la introducción de las troncalidades en la duración de la formación especializada cuando algunas comisiones vienen considerando la prolongación de un año en sus propuestas para los programas actualizados; e) cómo se habrán de modificar los programas específicos de cada especialidad en relación con las rotaciones troncales.

Son tareas a realizar serenamente, con racionalidad y generosidad, pero cuanto antes. La observación retrospectiva demuestra que, por diversas razones (no siendo la de menor importancia la mutabilidad de los cargos de las administraciones de educación y sanidad) el ritmo del Consejo es más "maestoso" que "andante molto vivace". Prueba de la sabiduría del mismo es su reciente decisión de ultimar la prolongadísima reforma de unos programas que están destinados a cambiar con la introducción efectiva de las troncalidades. Más vale pájaro en mano...