

Incorporar la troncalidad en la formación médica en España: ¿un ejemplo más del adagio lampedusiano?

DoctutorResumen: Doctutor quiere contribuir al debate de las iniciativas legisladoras en educación médica. La troncalidad y su al parecer inminente introducción es un aspecto de gran trascendencia y que podría mejorar enormemente nuestra ya oxidada estructura formativa médica. Sin embargo a raíz de una convocatoria de reunión a los responsables docentes de las Unidades de medicina de familia en el Ministerio el pasado mes de Marzo, constatamos los riesgos que tendría una incorporación de la troncalidad desvirtuada o perversa y el lastre que esto supondría para conseguir un avance sustancial en la formación de nuestros profesionales. El riesgo de aprobarse un decreto sobre la troncalidad con una serie de supuestos que allí se presentaron ¿casi cerrados? podría convertirlo en un paripé para mantener las viejas estructuras de poder tal y como están y para, una vez más, sacrificar las especialidades generales y básicas como la medicina de familia y con ello para minar aun más nuestro sistema sanitario público. Por ello la Comisión Nacional de Medicina de Familia decidió por unanimidad retirar su apoyo al actual proyecto de troncalidad (ver ¿Declaración completa?) y en esta línea las conclusiones de la citada reunión de docentes publicó un ¿Decálogo de la Buena Planificación de la Troncalidad? que Doctutor hace suyo y aquí difunde. Este artículo quiere hacer énfasis solo en tres de los aspectos claves que señala el documento del decálogo.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se ha propuesto finalizar a toda costa el desarrollo de la troncalidad. Quieren publicar un nuevo borrador antes de que finalice el mes de julio para tener el Real Decreto publicado antes de que finalice la legislatura (marzo de 2012). En palabras de Alfonso Moreno, Juan Antonio López Blanco, subdirector de Ordenación Profesional, se mostró muy determinante al respecto: ¿la troncalidad sale adelante sí o sí?. Lo que nos asusta es que este ¿sí o sí? no sea un ¿sale como sea? es decir ¿sale por salir? ¿porque tenemos que sacarla para hacer ver que estamos haciendo algo? o tal vez mejor ¿porque Europa nos obliga a ello?, dados los peligros de que salga en su actual redacción y propuestas. Efectivamente apoyamos la postura de algunas CNE (entre ellas Medicina de Familia), en el rechazo absoluto a las propuestas predominantes en este momento a la troncalidad por lo que creemos estas representan y que nosotros queremos resaltar como una forma para que la actual estructura docente de grado y formación especializada continúe como está y así se pierda la oportunidad que representa para mejorar realmente en este caso nuestro sistema educativo médico y acercarnos un poco más a países serios, o sencillamente mantener la calidad docente y por ende la asistencial.

No perdemos la esperanza de que Sanidad ahora, vuelva al tema de una manera responsable y con amplitud de miras. Parece que esta quiere volver a acercarse a los expertos del Consejo y, para ello, les ha asegurado que incorporará al borrador del mes de julio todas las sugerencias emitidas por las comunidades autónomas. El problema es que un buen número de nuestros representantes de las comunidades autónomas (y gran parte de los ¿expertos? del Consejo) parecen no saber o no querer que la troncalidad represente un auténtico revulsivo para mejorar nuestra formación de postgrado.

El lector debe de saber que en el desarrollo de la troncalidad las desavenencias entre profesionales y Ministerio han marcado los últimos pasos de este proyecto, del que, como decíamos, ya se han desmarcado algunas comisiones nacionales: Microbiología, hace casi un año; y Medicina Familiar y Comunitaria, hace poco más de un mes. ¿Por qué?

Como consecuencia de la reunión del pasado 22 de Marzo de los responsables de las Unidades Docentes de Medicina de Familia del estado en el Ministerio, con el tema monográfico de discutir aspectos relativos a la ¿troncalidad?, los temores sobre el tipo de ¿troncalidad? que podría aprobarse se incrementaron y por unanimidad la Comisión Nacional de Medicina de Familia plasmó en un ¿Decálogo? sobre los aspectos que considera deberían estar presentes en una adecuada Planificación de la Troncalidad? y que el lector tiene disponible aquí. Queremos ahora resaltar solo tres de ellos por lo que tienen de trascendentales y que como decimos esperamos sean considerados:

1. La troncalidad debe afectar al grado. Porque uno de los objetivos fundamentales de la troncalidad es precisamente su concepción como estructura formativa dentro del continuum de la formación médica ocupando el peldaño que está entre el grado y la formación especializada específica. Lo lógico es pensar que si introducíamos los troncos formativos prácticos, el grado (uno de los más largos que existen en nuestro entorno: 6 años, frente a 5 o 4 de los países anglosajones o nórdicos) contribuiría ¿sacrificando? el 6º curso clínico que no es otra cosa que un rotatorio práctico general y así entrando este a formar parte del proyecto de troncalidad: ahorraríamos recursos, obtendríamos sinergias y acortaríamos el 6=0 del que tanto se quejaron con razón los estudiantes en su día y así avanzaríamos en la integración coherente de la formación médica.

2. La troncalidad debe afectar al número de especialidades (para reducirlas). Porque otro de los objetivos fundamentales de la troncalidad es precisamente el de conseguir ofrecer una formación común básica a los nuevos especialistas que permita al sistema (y

a los profesionales) tener médicos más pluripotenciales y por tanto más adaptables a las necesidades del sistema de salud, para que en un momento dado les sea a estos relativamente fácil dar el cambio de una especialidad a otra, pero sobre todo tener capacidad para afrontar los problemas de salud de los ciudadanos de una manera más integral e integrada a la vez que les ofrecería una mayor libertad de actuación ampliándoles el mercado de trabajo. Así, de paso, podríamos reducir el número de especialidades médicas existentes en nuestro país: ¡¡el más elevado de todos los países de la Unión!! Sin embargo no parece plantearse esta posibilidad, incluso más, la ministra, Leire Pajín, ha anunciado su intención de crear cuatro nuevas especialidades médicas sin contar con los miembros del CNE (último encontronazo con la Comisión). ¿Por qué? ¿Qué sentido tiene esto?

3. La troncalidad debe afectar a los contenidos de las especialidades ya existentes y además de definirlos con precisión, debe agarrar? bien sus métodos docentes y evaluativos. Y todo esto antes y no después de llevarla a la práctica. Y añadimos: Esto debe de servir definitivamente como reconocimiento de los médicos docentes dedicados a esta importante tarea. En relación con el anterior punto una troncalidad en condiciones debería en la medida en la que ofrece una formación común básica a los nuevos especialistas en cada uno de los troncos permitir la reducción de los contenidos genéricos de las especialidades que por lo tanto verían reducidos sus periodos de formación (la gran mayoría) a la mitad. Esto supondría no solo un ahorro de recursos importante y de tiempo si no sobre todo permitiría una mayor concreción en el desarrollo de la formación en competencias específicas dentro de cada especialidad (que en el fondo todos los que estamos en esta guerra sabemos que son un ABC bastante limitado, ya que lo que realmente se transmite en el periodo de la residencia al novicio son actitudes y aprender a ser especialista de?es decir asumir determinados roles (si alguien tiene dudas al respecto le invito a leer el documento del General Medical Council http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomorrows_doctors.asp). Para avanzar en esto, entre otros aspectos es de especial relevancia el que:

3.1 Los aspirantes elijan al comienzo solo el tronco y ya después la especialidad: Esto es de extraordinaria importancia para dar ?sentido? y ?contenido? real a la troncalidad. Imaginemos que el nuevo residente ya de entrada sea residente de Cardiología. Nefrología, cirugía torácica? y no residente del tronco médico o quirúrgico, de esta manera empezará a pensar (y a actuar) como tal (es decir como especialista en cardiología o cirugía torácica)? y en este empeño le ayudará su jefe de servicio que a efectos prácticos será su ?referente?, es decir al que acepte su autoridad (ya saben este podría decir cosas como: ?por necesidades de mi servicio mis residentes deben de ir a ??, o esto otro ?¿Cómo que mi residentes tienen que rotar por atención primaria? Eso no sirve para nada, allí no aprenden nada?; aunque los más listos dirán: ?sí, sí claro por atención primaria yo los mando a las consultas externas de cardio que eso sí que es atención primaria?. Esto por si mismo convertiría en papel mojado toda esta parafernalia de la troncalidad.

3.2 Que las Unidades Docentes Troncales tengan un carácter suprahospitalario abarcando varios centros hospitalarios y de Atención Primaria: De lo contrario (plantear las UDD troncales como hospitalarias), supone regalarlas a una parte y excluir a otra (debe recordarse que la troncalidad es una formación común o básica en las competencias comunes a cada tronco...en la que TODOS los implicados en el tronco deben tener responsabilidad acorde con su peso). La representación debe ser paritaria, entendida esta como con un número y una fuerza de decisión relacionada con el número de residentes por ejemplo y entre las que lógicamente las especialidades generales (medicina interna, medicina de familia, pediatría) deben de destacar. Sin embargo esto de entrada parece difícil porque por una parte la Atención Primaria (como paradigma de especialidad general) no tiene una estructura suficientemente independiente (se entiende que del poder político de turno), no está estructurada como servicios, y sobre todo no tiene ?respaldo académico?, es decir está fuera de la universidad (?y esto último con seguridad será alegado por los de siempre:??oigan es muy importante la universidad en la formación de los médicos?). Además por si fuera poco algunas comunidades autónomas como la Andalucía se están apresurando en desmantelar la Unidades Docentes Provinciales de Medicina de Familia que hasta ahora han sido relativamente potentes, con personal dedicado full time a la docencia y no directamente dependientes del gestor asistencial, lo que les daba cierta maniobrabilidad para defender los criterios docentes. Y lo que están haciendo es convertirlas en Unidades Docentes Multiprofesionales de AP, pero en vez de provinciales pues locales (¡algunas con menos residentes que los componentes de su organigrama directivo! ¡Vamos lo que normalmente se dice de más jefes que indios!)

Conclusiones

En fin, que vista esta situación podemos decir que con esto de la troncalidad nos jugamos mucho y podríamos estar en realidad y una vez más ante ?más de lo mismo?: hacer las cosas no por lo que el sistema pueda ganar, no para realmente aprovechar la oportunidad para incidir de manera valiente y realista en los problemas que nuestro sistema formativo médico acumula ya desde hace mucho tiempo (recuérdese la frase famosa de Lampedusa con la que titulamos esta reflexión), sino porque no tenemos más remedio o porque no se pueda molestar a los que ya están (¿porque ?nos obligan? desde Europa? ¿por qué es una cuestión en la que muchos se juegan su ?poder? en las estructuras e instituciones? ¿una moneda de cambio?).

Lo trágico de una situación como esta, el problema real, es que en el fondo si no afrontamos esta importante tarea con seriedad y

responsabilidad podemos estar condenando al sistema sanitario para las próximas décadas a más hospitalocentrismo, a más inmovilismo y a la vez se amenaza su viabilidad. Efectivamente, si no se asumen los principios de una troncalidad coherente como parte clave de un sistema de educación médica racional, el carácter abierto, equitativo y sostenible del sistema sanitario, tarde o temprano se hundirá (no pretendemos decir que se hundirá solo por esto desde luego, pero los que creemos en el poder de la educación pensamos que realmente este es el factor más importante de largo). Recuérdese que la troncalidad pretende formar en generalidad que es siempre más barata, en racionalidad que es siempre más inteligente, en tolerancia que, en la medida en la que de una oportunidad real a la comprensión entre especialistas a la colaboración entre ellos es más integradora y cohesionadora.