

¿Qué opinan los expertos en educación médica sobre la sentencia de la troncalidad? *What do the experts in medical education think about the ruling on the core curriculum?*

Arcadi Gual, Jordi Palés-Argullós, Felipe Rodríguez de Castro

Desde hace años –nuestra memoria se remonta a los años ochenta y noventa– ha sido una constante justificar la necesidad de modificar el sistema de formación especializada para hacerlo más plástico y más adaptable a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Poco a poco, esta reforma, universalmente deseada, fue tomando cuerpo al proponerse la necesidad de definir espacios comunes entre las diferentes especialidades con la idea no sólo de mejorar la formación, sino también de optimizar los recursos del SNS. No es fácil recordar cuándo o quién utilizó por primera vez el término ‘troncalidad’ para referirse a todo este proceso, pero fue en sus primeras etapas cuando esos deseados espacios comunes entre las especialidades se transformaron en lo que hoy conocemos como ‘troncos’. El bautismo oficial del término ‘troncalidad’ lo dio la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en su artículo 19, apartado 2: ‘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 de dos años.’

¡Troncos de dos años! ¡Qué sagacidad la del legislador que fue capaz de precisar la duración exacta de los espacios comunes de las especialidades (actualmente 59) sin haber definido previamente ni sus competencias ni sus programas formativos! Primer error.

Pero sigamos el hilo sociológico del proceso de la troncalidad. Transcurrida la primera fase, en la que esos teóricos espacios comunes eran visualizados por casi todos con no poco entusiasmo, nos adentramos en una segunda etapa en la que, una vez publicada la LOPS, estos espacios comunes tendrían que dejar de ser composiciones teóricas para convertirse en estructuras reales. La actitud general, explicitada sólo en algunos ámbitos pero interiorizada en una gran mayoría, se transformó de for-

For some years now – our memory goes back to the 80s and 90s – there have been an endless number of calls justifying the need to modify the system of specialised training to make it more flexible and better adapted to the requirements of the Spanish National Health System (SNS). Little by little this universally desired reform has gradually taken shape with proposals for the need to define common spaces among the different specialties with the idea of not only improving training but also optimising the SNS's resources. It is not easy to remember when or by whom the term ‘core curriculum’ was first used to refer to all this process, but it was then, in its early stages, when those desired common spaces among specialties became what are now known as ‘core blocks’ (troncos). The term ‘core curriculum’ was officially christened as such in Article 19, section 2 of the Health Professions Regulation Act (LOPS), which states: ‘The specialties in health sciences shall be grouped, whenever appropriate, taking into account a mandatory core curriculum. The specialties within the same core block shall have a common training period with a duration of two years.’

Core blocks lasting two years! How perceptive the lawmaker was to know exactly how long the common spaces among specialties have to be (there are currently 59 of them) without having previously defined their competencies or their training programmes! First mistake.

But let us continue with the sociological thread of the process of the core curriculum. After the first phase, in which those theoretical common spaces were viewed by nearly everyone with a fair amount of enthusiasm, we move on into a second phase in which, following the publication of the LOPS, these common spaces would have to stop being theoretical compositions and become real structures. The general attitude, only made explicit in certain spheres but internalised in the vast majority of them, was clearly transformed and the idea of a core curriculum be-

Secretario de SEDEM (A. Gual).
Director de FEM (J. Palés-Argullós).
Presidente de SEDEM (F. Rodríguez de Castro).

E-mail:
jpales@ub.edu

© 2017 FEM

ma manifiesta y la troncalidad comenzó a contemplarse como un problema cuando no como un peligro. Nos atreveríamos a decir que, en la primera década de este siglo, la opinión general que se tenía en el país sobre la troncalidad se podría resumir con esta frase: 'la troncalidad está muy bien para la mayoría de las especialidades, pero para mi especialidad no es lo mejor'. Ese runrún, más o menos evidente, no pasó de rumor durante el largo período transcurrido entre la publicación de la LOPS (año 2003) y el Real Decreto de troncalidad (año 2014). Aun aceptando la complejidad del proceso, once años para poner en marcha la troncalidad –¡más de una década!– parece un período demasiado largo en el que es fácil avivar rumores e incitar la defensa espuria de intereses. Segundo error.

Pero llega el RD 639/2014 y hay que ponerse en marcha. Hacer dos cosas a la vez no es tarea sencilla, pero simultanear tres o más debe ser aún más difícil. Esa es precisamente la ingente tarea a la que nos hemos enfrentado en los últimos dos años: definir las competencias transversales, las troncales y las específicas; precisar metodologías de evaluación y hacer que el nivel competencial de las especialidades sea homologable con el de nuestros socios europeos; estructurar nuevas unidades docentes –ha de subrayarse lo de 'nuevas'– donde adquirir no sólo las competencias establecidas, sino donde se agrupen profesionales que proceden de diferentes grados (licenciaturas) y que desarrollarán distintas especialidades; formar tutores para los troncos y para las especialidades, y otras muchas tareas y modificaciones a las que la troncalidad obliga y cuya memorización no es el objetivo de este editorial.

Desde la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) y desde la Fundación Educación Médica (FEM) ya hemos manifestado en diversos ámbitos, entre ellos en la Escuela de Salud Pública de Menorca en su edición del año 2015, que la troncalidad transformaría el SNS. Entonces fuimos calificados no sólo de exagerados, sino de alarmistas, pero hoy tenemos mucho más claro si cabe que un cambio en la formación de profesionales sanitarios que contemple el uso de nuevos espacios, donde se busque la intersección entre especialidades y entre profesiones, y donde el paciente emerja como eje del sistema, sin duda conllevará una transformación en el SNS. Y aquí viene el tercer y mayor error: ¿cómo un cambio tan sustancial, que afecta directamente a profesionales, a los 17 sistemas autonómicos de salud, a las sociedades científicas, a los colegios profesionales, a los estudiantes y a otros muchos agentes sociales, no fue trabajado, informado y consensuado convenientemente? La tentación

gan to be viewed as a problem and even as a danger. We would dare to say that, in the first decade of this century, the general opinion about the core curriculum in this country could be summed up by the following sentence: 'a core curriculum is fine for most specialities, but it is not the best thing for my speciality'. That more or less apparent murmur did not go beyond being a rumour during the long period that elapsed between the publication of the LOPS (in 2003) and the Core Curriculum Royal Decree (in 2014). Even if we admit the complexity of the process, eleven years – over a decade! – to launch the core curriculum seems to be an excessive amount of time, in which it is easy to revive rumours and kindle the spurious defence of interests. Second mistake.

But along comes a new decree, RD 639/2014, and it's time to get down to work. Doing two things at the same time is no easy matter, but juggling with three or more has to be even more difficult. This is exactly the overwhelming task we have been faced with in the last two years: defining the cross-curricular, core and specific competencies; specifying assessment methodologies and making the level of competencies in the specialties comparable to those of our European partners; structuring new teaching units (stress on the word 'new') in which not only is it possible to acquire the established competencies but where professionals from different degrees are grouped and will pursue different specialties; training tutors for the core blocks and for the specialties; and many other tasks and modifications that are required by the core curriculum and whose details lie beyond the scope of this editorial.

From the Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) and from the Fundación Educación Médica (FEM) we have already said on a number of different occasions, including the Escuela de Salud Pública in Menorca in the year 2015, that the mandatory core curriculum would transform the SNS. At that time, not only were we told that we were exaggerating, we were even called scaremongers. Today, however, we are more convinced than ever that a change in the training of healthcare professionals that includes the use of new spaces, where the aim is to establish meeting points among specialties and among professions, and in which the patient is seen as the axis of the system, will undoubtedly entail a transformation of the SNS. And now we come to the third and greatest mistake: how is possible that such a substantial change, with direct effects on professionals, the 17 autonomic health systems, scientific societies, professional associations, students and many other social stakeholders, failed to be worked, detailed and agreed in a suitable fashion? The easi-

de señalar a la Administración como única responsable es lo más fácil, pero hacerlo sería injusto. Todos los agentes son responsables en mayor o menor medida y, en consecuencia, son todos ellos los que han de garantizar el éxito o responder del fracaso del proyecto.

Resulta chocante, incluso simpático, que la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencia 2569/2016) haya declarado la nulidad del RD 639/2014 por ser ‘palmariamente insuficiente’ la memoria del análisis de impacto normativo en cuanto al impacto económico y presupuestario de la reforma que aquella disposición entraña; fíjense que la sentencia no cuestiona en ningún momento el contenido técnico del RD. Desde nuestro punto de vista es irrelevante que el RD no adjuntara una adecuada memoria económica –que en cualquier caso suponemos necesaria–. Lo que sí nos preocupa palmariamente es la inconsistencia de unos y otros, que sólo claman a santa Bárbara cuando la tormenta ya está encima. No acusaremos a la Administración central, que bastante tiene con afrontar la compleja situación en la que la sentencia ha dejado todo el proceso. Y no lo haremos porque sería lo más fácil y lo menos oportuno. Sin embargo, sí denunciaremos que buena parte de los agentes implicados hayan esperado a verlas venir confiando irresponsablemente en la ‘suerte’. Y, efectivamente, ‘suerte’ ha sido para algunos la sentencia del Tribunal Supremo, ‘alivio’ por un problema que se avecinaba para otros, y la oportunidad de seguir haciendo lo de siempre para muchos, porque ¿para qué vamos a modificar lo que funciona?

Sociedades científicas y colegios profesionales, administraciones sanitarias –central y autonómicas–, instituciones sanitarias públicas y privadas, asociaciones de pacientes, facultades de medicina y de ciencias de la salud, estudiantes, ¿no es posible ponernos de acuerdo en cómo formar mejores profesionales?, ¿no era clamorosa la necesidad de encontrar espacios comunes para la formación?, ¿qué prefiere la sociedad civil, ayudar a la Administración a resolver problemas o poner palos a las ruedas?

No nos arrogaremos la voz de la verdad –faltaría más–, pero por responsabilidad asumiremos la voz de los expertos en educación médica. Tanto la SEDEM como la FEM han aportado, como técnicos, todo aquello que saben, han estado al servicio de unos y de otros cuando han sido requeridos, y han trabajado codo con codo, con unos y con otros, en aspectos específicos como la definición de competencias. Pero la revisión de la formación de los profesionales de las ciencias de la salud, y por ende del propio SNS, es de una complejidad tal que re-

est thing would be to point to the Administration as being solely responsible, but it would also be unfair. All the stakeholders are, to a greater or lesser extent, responsible and, consequently, they must all guarantee the success of the project or be held accountable for its failure.

It is surprising, even amusing, that the Administrative Chamber of the Supreme Court (Ruling 2569/2016) has declared the RD 639/2014 null due to ‘clear insufficiency’ of the impact analysis report as regards the economic and budgetary impact that that regulation entailed; note, however, that the ruling in no way questions the technical content of the RD. From our point of view the fact that the RD did not include an adequate economic report is irrelevant – although in any case we assume it is necessary. What is clearly cause for concern is the inconsistency of the two parties, who only seem to remember things when it’s already too late. We will not accuse the Central Government, which has enough on its plate with having to deal with the complex situation in which the ruling has left the whole process. And the reason we will not do so is because it would be the easiest and least appropriate thing to do. Nevertheless, we will denounce the fact that an important number of the stakeholders involved have waited to see what happens, irresponsibly placing their trust in ‘luck’. And indeed, for some, the Supreme Court ruling has been ‘luck’, for others ‘relief’ from a problem that was lurking over the horizon, and for many it has meant the opportunity to go on doing the same as usual, because, after all, why should we change something that works?

Scientific societies and professional associations, healthcare authorities (both central and autonomous), public and private healthcare institutions, patients’ associations, faculties of medicine and of health sciences, students... can we not all agree on how to train better professionals? Wasn’t the need to find common spaces for training there staring us in the face? What does our civil society prefer: to help the Administration to solve problems or to put spokes in the wheels?

We will not, of course, claim to be in possession of the truth but a sense of responsibility urges us to assume the voice of experts in medical education. Both the SEDEM and the FEM, in their role as qualified experts, have contributed with all their know-how, they have been at the service of the different parties when required to do so, and they have worked alongside them on specific aspects like defining competencies. But reviewing the training of the professionals working in the health sciences, and consequently the SNS itself, is such a complex task that it requires

quiere cimientos sólidos que solamente puede proporcionar un equipo multiprofesional de expertos y con responsabilidades en distintos ámbitos del sector sanitario.

No todo se ha hecho mal, pero el problema no está en los programas formativos por competencias, ni en el momento en que se elige especialidad, ni en la duración de ésta, ni en el número de troncos que debe haber, ni si el último año del grado es el enlace adecuado para conseguir el continuo educativo, ni si hay o no especialidades no troncales. El problema reside en los cimientos del edificio. Es necesario un trabajo de expertos (profesionales en activo, gerencias sanitarias, tutores de formación especializada, estudiantes, administraciones sanitarias, gestores universitarios y técnicos en educación médica) que sean independientes, sin ningún conflicto de intereses, capaces de diseñar un proyecto consistente, firme y equilibrado que permita a las administraciones sanitarias seguir el mejor rumbo y cimentar el mejor edificio. Es momento de construir y resulta ineludible recuperar el tiempo perdido en este proceso reformador. No verlo así y procurar una salida fácil a la situación creada por la sentencia es para nosotros, los técnicos en educación médica, un motivo de preocupación.

solid foundations that can only be provided by a multidisciplinary team of experts with responsibilities in different areas of the healthcare sector.

Not everything has been done badly, but the issue does not lie in the training programmes based on competencies, or in the moment when the specialty is chosen, or in how long it lasts, or in the number of core blocks there must be, or in whether the last year of the degree course is the appropriate link with which to accomplish the educational continuum, or whether there are non-core curriculum specialties or not. The problem lies in the foundations of the building. The work needs to be carried out by experts (actively practising professionals, healthcare managers, specialised training tutors, students, healthcare authorities, people from university management and experts in medical education) who are independent, free of any conflicting interests, capable of designing a consistent, solid and balanced project that allows the healthcare authorities to follow a better direction and lay better foundations for the building. It is time to construct and make up for the time lost in this process of reform. Failing to see it in this way and seeking an easy way out of the situation created by the ruling is, as we, specialists in medical education, see it, cause for concern