



# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## EDITORIAL semFYC

## Troncalidad y medicina de familia

### Core subjects and family medicine

«La misma intensidad con que se cultiva la medicina científica conlleva el peligro de perder el mejor juicio y la cultura amplia de la antigua generación. Osler, Janeway y Halsted no han sido sustituidos.»  
Flexner (1930)

Desde hace años se viene demostrando que la atención médica deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica<sup>1</sup>. La especialización tiene innegables ventajas, ya que mejora la calidad de la asistencia y favorece el avance en el conocimiento mediante la investigación y la docencia. Este hecho nos lleva a alcanzar en España las 47 especialidades médicas actualmente aprobadas. Sin embargo, esta situación también tiene algunos inconvenientes, pues atomiza la asistencia a un mismo paciente e incluso motiva la desconexión entre los distintos profesionales con distintas áreas de interés. Con el agravante bien conocido de que cuanto más se segmente el mercado, mayores parecerán las necesidades al planificador<sup>2</sup>. Por ello, en este momento asistimos 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 duro de la formación de todos los especialistas<sup>3-6</sup>.

Por otra parte, los mismos avances de la ciencia médica introducen una cierta transversalidad entre las especialidades clásicas, y ello ha hecho prever un nuevo mapa de competencias, lo que exige una versatilidad mayor y cierta flexibilidad para que estos especialistas puedan derivar de una especialidad a otra si sus circunstancias personales, profesionales o del entorno sanitario así lo aconsejan.

Asimismo, en muchos dispositivos asistenciales se están experimentando nuevas formas de organización con la integración de distintos especialistas que ponen en común conocimientos y habilidades para gestionar casos y resolver demandas tanto muy prevalentes como otras encuadradas en «enfermedades raras» a los efectos de disminuir el tiempo de resolución, potenciar de forma coordinada las nuevas tecnologías y conseguir un visión más integrada del paciente. La formación troncal puede favorecer este tipo de organización respecto a una organización más clásica y

basada en los conocimientos y la formación de décadas pasadas. Esto evitará que los pacientes sean visitados simultáneamente, por una misma enfermedad, por varios especialistas en distintos ámbitos sanitarios y en diferentes dispositivos asistenciales. Tener una buena base de conocimientos troncales aumentará la eficacia y la calidad de las prestaciones sanitarias y evitará múltiples derivaciones y consultas innecesarias, lo cual acarreará menos molestias al paciente, favorecerá la eficiencia del sistema sanitario y evitará la polifarmacia injustificada.

Por todas las razones mencionadas, desde hace años se está manejando el concepto de troncalidad, sus fortalezas y sus debilidades. Este debate se remonta incluso al inicio del propio sistema MIR. De hecho, muchos profesionales recuerdan que hubo ya un intento con un año común denominado «rotatorio».

El grupo de troncalidad de especialidades médicas<sup>7</sup>, constituido en el seno del nuevo Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, analiza las respuestas de un cuestionario Delphi realizado a todos los presidentes de las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas, el entorno internacional, nuestro marco legal<sup>8</sup>, los programas formativos y diferentes propuestas previas, y finalmente propone que la troncalidad en formación especializada se defina como «el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado». Y determina la existencia de tres troncos: el médico, el quirúrgico y el médico y de laboratorio clínico. Las especialidades que formen parte de un mismo tronco deben tener competencias comunes, beneficiarse de estancias formativas comunes y compartir áreas en las que el trabajo conjunto mejore la efectividad, la eficiencia y la satisfacción del paciente, al acarrearle menos molestias.

Las competencias genéricas son comunes a todos los troncos<sup>7</sup> y las competencias del tronco médico tienen íntima relación con las de las especialidades más pluripotenciales, como la medicina familiar y comunitaria y la medicina interna, y el cronograma tiene tiempos específicos para la medicina familiar y comunitaria tanto en el primer año

(obligatorio para todos) como en el segundo (opcional). Estas estancias formativas se deberán desarrollar en las Unidades Docentes Troncales que convivirán con las unidades docentes multidisciplinarias y las unidades docentes de cada especialidad. En definitiva, cuando se desarrolle el proyecto, en un centro de salud docente rotarán los especialistas en formación de las especialidades de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria, especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal, y allí se seguirán desarrollando las estancias formativas de otros especialistas en formación, no incluidos en el tronco médico: especialistas en formación de cirugía general y del aparato digestivo, cirugía ortopédica y traumatología, dermatología medicoquirúrgica y venereología, medicina física y rehabilitación, obstetricia y ginecología, oftalmología, pediatría, psiquiatría, urología, otorrinolaringología, regulados por resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>9</sup>.

Todo esto se debe a que la medicina de familia y la atención primaria son una especialidad y un ámbito sanitario de extraordinaria envergadura para la formación troncal, y ésta debe iniciarse indefectiblemente en el grado, ya que, al igual que Grishaw et al<sup>10</sup> demuestran que cuando los «médicos de familia con intereses especiales» ocupan puestos en los hospitales mejoran la coordinación entre niveles—hecho claramente demostrado en nuestro país con la presencia de médicos de familia en las puertas de urgencias—, también estamos convencidos de que la formación de una gran proporción de especialistas en nuestro ámbito mejorará considerablemente no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad, sino también la coordinación entre niveles sanitarios.

### Puntos clave

- Si bien la especialización vía MIR aporta innegables ventajas, no sólo formativas, sino para el propio sistema sanitario, la atomización de la asistencia, la desconexión entre profesionales y la segmentación del mercado han motivado un intenso debate sobre cómo hallar un equilibrio entre la necesidad de integrar la mayoría de los aspectos de la práctica médica prevalente en el núcleo duro de la formación de todos los especialistas y la necesaria superespecialización.
- El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud define tres troncos, y las competencias del tronco médico tienen íntima relación con las competencias de las especialidades más pluripotenciales, como la medicina familiar y comunitaria y la medicina interna.
- En este desarrollo, en un centro de salud docente se formarán especialistas de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria, especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal y otros especialistas en formación, no incluidos en tronco médico.

- «La formación de una gran proporción de especialistas en atención primaria y medicina familiar y comunitaria mejorará de forma considerable no sólo la elección vocacional de nuestra especialidad sino también la coordinación entre niveles sanitarios.»

### Bibliografía

1. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians'. *N Engl J Med.* 1993;329:1271–3.
2. Gonzalez B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006–2030). Disponible en: [http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06\\_30.pdf](http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf).
3. Terés J, Capdevilla JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc).* 2006;127:139–44.
4. World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en educación médica. Pregrado, postgrado y desarrollo profesional continuo. *Educación médica.* 2004;7.
5. Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. En: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editores. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 22–49.
6. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>.
7. Grupo de troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La troncalidad en las especialidades médicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación; 2008. Disponible en: [http://www.semefyc.es/pfw\\_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/Documentoscolaborativos/La%20troncalidad%20en%20las%20especialidades%20medicas.pdf](http://www.semefyc.es/pfw_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/Documentoscolaborativos/La%20troncalidad%20en%20las%20especialidades%20medicas.pdf).
8. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias. BOE n.º 280; 22 de noviembre de 2003.
9. Resolución de 15 de junio de 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y servicios económicos-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
10. Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>.

Verónica Casado Vicente

*Vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria*

Correo electrónico: [Veronica.casado@telefonica.net](mailto:Veronica.casado@telefonica.net)