

## POSICIONAMIENTO sobre TRONCALIDAD

*LXXIX JEEM Universidad de Navarra*

*Secretaría General*



## ÍNDICE

<i>Introducción</i>	<b>3</b>
<i>Programas formativos</i>	<b>3</b>
<i>Rotaciones</i>	<b>5</b>
<i>Sobre las rotaciones durante el periodo específico.</i>	<b>6</b>
<i>Sistemas de evaluación.</i>	<b>6</b>
<i>Sobre la docencia.</i>	<b>7</b>
<i>Sobre las Unidades Docentes.</i>	<b>7</b>
<i>Elección de plazas.</i>	<b>8</b>
<i>ACEs.</i>	<b>9</b>
<i>Reespecialización.</i>	<b>9</b>
<i>Económico</i>	<b>10</b>
<i>Conclusión</i>	<b>11</b>
<i>Referencias</i>	<b>11</b>

## **POSICIONAMIENTO SOBRE TRONCALIDAD**

La Asamblea General del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, máximo órgano de representación de todos los estudiantes de Medicina de España, en la sesión celebrada el 22 de octubre en las LXXIX Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina, celebradas en la Universidad de Navarra adoptó el acuerdo de aprobar el siguiente posicionamiento:

### **Introducción**

La aprobación del Real Decreto de Troncalidad supone un cambio inminente y radical, tanto en la forma como en el concepto de la Formación Sanitaria Especializada (FSE) tal cual la conocemos.

Tras múltiples borradores, así como informes del Consejo de Estado, los cuales generan ciertas dudas respecto a la implantación de éste nuevo sistema, nos encontramos ante una situación de incertidumbre que podría ir en detrimento de la calidad asistencial del Médico Interno Residente, y de su aprendizaje.

Creemos que la implantación de este nuevo modelo no responde a una necesidad real ni está suficientemente justificada, ya que sin perjuicio de las posibles mejoras del mismo, los especialistas formados en el Estado poseen un reconocido prestigio tal y como se expresa en el Dictamen del Consejo de Estado.

La falta de definición del proyecto ha dificultado enormemente que los estudiantes de medicina podamos hacer una valoración objetiva y minuciosa de éste. Lo que ha facilitado que durante el periodo de redacción de este RD, se hayan generado múltiples incógnitas que junto con otros aspectos han propiciado una opinión mayoritaria en el estudiantado de medicina en contra de la aplicación de la Troncalidad.

Por lo tanto, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, sin abandonar en ningún momento el rechazo global a este proyecto, ha decidido hacer llegar sus reivindicaciones al MSSSI.

### **Programas formativos**

Desde el momento en que se puso en marcha esta reforma con la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) 44/2003, la enseñanza de la medicina ha cambiado a raíz de la implantación del Proceso Bolonia.

Es por esto que desde el Consejo se pide la elaboración de un análisis objetivo y en profundidad sobre la nueva implantación del Grado en las facultades de Medicina, las competencias en él adquiridas y el posible solapamiento de las mismas con las que ofrece el sistema troncal. El periodo troncal no puede considerarse como una extensión del grado. Creemos que es un error intentar subsanar supuestas carencias del Grado en Medicina con la instauración de la Troncalidad.

Para ello pedimos mayor comunicación y coordinación entre el MSSSI, en especial la Dirección General de Ordenación Profesional, y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, destacando la Dirección General de Política Universitaria y la ANECA.

Se considera insuficiente la información aportada por el Ministerio de Sanidad acerca de los periodos de formación específica, así como del programa docente y objetivos, que determinan la adquisición de las competencias del residente en las diferentes especialidades.

Por ello, desde el CEEM se manifiesta la necesidad de desarrollar los itinerarios formativos en función de las siguientes apreciaciones:

La creación de los programas troncales debería contar también con la representación estudiantil, siendo estos incluidos en las comisiones nacionales de tronco. Entendiendo la dificultad de entrar a corto plazo en estas comisiones, pedimos que contemos con voz hasta integrarnos en ellos.

Consideramos muy arriesgado establecer la temporalidad de los programas formativos sin que se hayan establecido las competencias a adquirir, pues se ignora si irá en pro de la optimización de nuestra formación médica.

Por ello pedimos que ésta se revise atendiendo a las competencias necesarias para cada tronco, asegurando que se ajusten a las necesidades de cada uno, y modificando las leyes pertinentes si fuera necesario.

Por lo tanto, pedimos que se estudie de manera individualizada el tiempo óptimo del periodo específico.

Queremos recalcar que la modificación del período ha de responder única y exclusivamente al fin de mejorar la calidad de la formación del futuro especialista.

Asumiendo que la formación troncal se basa en la adquisición de conocimientos y competencias del médico interno residente, durante el periodo de formación específico, se debe profundizar en los aspectos de la especialidad no tratados durante el período troncal.

Siendo uno de los objetivos de la Troncalidad la adaptación al Espacio Europeo, solicitamos que sea una prioridad el reconocimiento Europeo del periodo troncal y de la especialidad.

Así mismo, solicitamos que se especifique cuál es la razón por la que ocho especialidades no se adhieren al sistema troncal y su organización se realizará mediante el sistema MIR vigente. Y en segundo lugar aclarar por qué criterios el resto de especialidades se han englobado en troncos tan descompensados, siendo ambos factores desfavorables a una correcta implantación de un sistema troncal.

En relación con las especialidades atroncales, pedimos que se garantice su adecuación a los criterios del periodo troncal sin detrimento de una frente a la otra. Por otro lado, demandamos que se defina y se asegure la viabilidad e implantación de la transversalidad de las competencias entre troncos y especialidades atroncales.

### **Rotaciones**

En el sistema MIR anterior se daba opción a complementar la formación del residente mediante rotaciones externas a la unidad docente. Con el nuevo sistema de Troncalidad se limita esta posibilidad.

Sobre las rotaciones durante el periodo troncal

Esta anulación durante el periodo troncal no responde a ninguna necesidad, ya que si las competencias son comunes e igualitarias para todos los residentes del mismo tronco, realizarlas durante este periodo no sólo no perjudica al médico residente, sino que le beneficia, al poder integrar información sobre diferentes Unidades Docentes.

### **Sobre las rotaciones durante el periodo específico.**

De acuerdo con el RD 183/2008, las rotaciones externas tenían un periodo máximo de 12 meses en las especialidades de cuatro o cinco años, de 7 meses en las de tres años, 4 meses en las de dos años y dos meses en las de un año. Tras la aprobación del RD de Troncalidad, las rotaciones externas quedan limitadas a un periodo máximo de 4 meses para todas las especialidades, aún sin tener definido el periodo de formación de dichas especialidades.

Desde el CEEM no entendemos a qué necesidad responde la modificación de tiempo estipulado y su determinación, por lo que pedimos que se valore nuevamente esta disposición y se establezca la temporalidad en función de la duración de la formación específica.

Considerando que para la formación integral es muy recomendable que el residente tenga la oportunidad de conocer otros sistemas formativos, defendemos que no debería limitarse la posibilidad de rotar por servicios de hospitales extranjeros durante la formación específica. Debería garantizarse que los residentes puedan rotar al menos el 25% del tiempo del período específico, asegurando así un tiempo suficiente para la adaptación del residente a la rotación y el aprendizaje óptimo en dicho período. Además, la rotación en otras Unidades Docentes de nuestro país no debería ser excluyente de la posibilidad de rotar en el extranjero a priori o a posteriori, repartiéndose el tiempo total de la rotación externa entre ambos tipos de rotación.

### **Sistemas de evaluación.**

En el Real Decreto de Troncalidad de 2014 se definen tres mecanismos de evaluación del periodo troncal: la evaluación del libro del residente, entrevistas periódicas con el tutor e instrumentos objetivos de valoración.

Consideramos que la evaluación del residente ha de concebirse como algo global y continuo, cuya finalidad sea controlar y fomentar su progresión durante el proceso formativo. Además, creemos que la evaluación debe basarse en criterios homogéneos para todas las Unidades Docentes, estableciendo unos estándares de calidad.

La evaluación debería darse de manera homogénea y continuada en todas las Unidades Docentes, pudiendo depender el método de cada especialidad, ya que entendemos que tienen diferencias importantes entre sí.

Conociendo la relevancia de un momento vital y educativo como es la residencia, la evaluación debe ser totalmente práctica, y de ninguna forma como un examen. La evaluación debe llevarse a cabo día a día por el tutor del residente, viendo cómo se desenvuelve el residente y como crece como persona y profesional. Para dicha evaluación se deberían emplear métodos objetivos, pero que estos estén bien definidos; y enfocados a un seguimiento de su aprendizaje como residente. Un examen teórico carecería de utilidad ya que esa etapa de la formación es eminentemente práctica y no se estarían evaluando conocimientos relacionados con su día a día.

Nos oponemos a sistemas de evaluación puntual y selectiva que puedan suponer la expulsión del Sistema de Residencia y establecer un filtro competitivo en el acceso a la formación específica, ya que el objetivo de la formación especializada no es seleccionar a profesionales dejando otros en el camino, sino crear profesionales de excelencia en su conjunto.

### **Sobre la docencia.**

Es imprescindible que se destinen los recursos humanos, económicos y temporales necesarios para garantizar e incentivar una formación adecuada de los futuros tutores troncales, asegurando que puedan adaptar su actividad docente al nuevo sistema troncal, facilitando la adquisición de estas competencias transversales independientemente de la especialidad a la que pertenezcan.

En lo referente a la formación de los residentes consideramos que se debe reconocer y garantizar su papel docente dentro de su carrera profesional.

### **Sobre las Unidades Docentes.**

Solicitamos la creación de Unidades Docentes cuya distancia entre los diferentes centros sanitarios que la conforman sea razonable y las infraestructuras a nivel de movilidad permitan un desplazamiento viable entre ellos.

Además, solicitamos la fundación de un organismo independiente y evaluador de unidades docentes, que asegure un seguimiento de dichos organismos para que se cumplan las competencias y programas formativos estipulados.

En caso de no cumplirse las competencias requeridas, las Unidades Docentes tendrían un tiempo determinado para rectificar. En caso de no darse tal rectificación, demandamos que se establezcan penalizaciones acordes al grado de la infracción cometida.

Asimismo, apostamos por que esta organización se encargue de llevar a cabo una reevaluación de las mismas de manera periódica para que este plan no se quede obsoleto.

Solicitamos también, que este organismo se encargue de la evaluación del trabajo realizado por los tutores.

### **Elección de plazas.**

Consideramos como objetivo irrenunciable el que se haga una única elección al inicio del período formativo como consta en el borrador aceptado por el gobierno e instamos a que se apruebe definitivamente, Este incluye tanto la elección de la formación troncal como la de la formación especializada.

La elección en dos fases que viene especificada en el Real Decreto actualmente vigente genera una gran incertidumbre en los futuros residentes. Creemos que la elección única de plaza es necesaria para permitir al residente poder optar a la especialidad deseada, siendo este uno de los principales motivos de preocupación por parte del estudiantado.

Con el objetivo de asegurar el continuum formativo entre el periodo de formación troncal y el especialista, se debe garantizar que el número de plazas totales ofertadas de formación específica sea igual o superior al número de plazas troncales.

En este contexto, reiteramos la necesidad de escoger en una sola fase; dado que es posible que el residente troncal rechace plazas de especialidad a las que podría acceder, pero que no son de su interés. Esto supondría la existencia de plazas vacantes en las especialidades.

Así mismo, podrían renunciar a su fase de formación específica aquellos que no consigan acceder a la especialidad que deseen y tengan como segunda opción una de distinto tronco o atroncal. Estos habrían invertido dos años en un periodo formativo que además de no estar reconocido, supone una pérdida temporal y económica tanto para el profesional como para el Estado.



Se ha demostrado en países donde se ha implantado el programa formativo troncal que las especialidades que se hallan fuera de un tronco son las más demandadas, y esto supone un detrimento vocacional que se puede ver reflejado en un empeoramiento de la calidad profesional de residentes que, como en otros países, huyen de la formación troncal, aquí más si cabe al ser de nueva implantación.

### **ACEs.**

Las Áreas de Capacitación Específica han de responder a las necesidades de la formación del médico, permitiéndole ejercer esta súper especialización en otros países comunitarios atendiendo a los criterios de homologación de títulos de especialistas de la Unión Europea.

Además, queremos que las solicitudes de creación de una ACE puedan realizarse desde las mismas Unidades Docentes, quienes saben qué necesidades y qué capacidad de poder llevarla a cabo tienen, y no sólo por la Consejería de Sanidad, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o por Comisiones Nacionales de Especialidad.

Consideramos que deberían especificarse los criterios empleados para seleccionar las especialidades desde las cuales se accede a las ACEs.

Pedimos que se defina una Unidad Docente que se encargue de la docencia en las ACEs, así como los criterios de acreditación para las mismas.

### **Reespecialización.**

Respecto a la reespecialización, pedimos que se garantice que las plazas se oferten en una convocatoria a nivel Estatal.

El nuevo Real Decreto establece que aquellas personas extracomunitarias que han realizado la residencia en el Estado, no pueden volver a reespecializarse.

Consideramos, que cualquier persona formada bajo nuestro sistema de formación tiene las competencias necesarias para volverse a reespecializarse más allá de su nacionalidad.

En cuanto a los criterios para reespecializarse, en el RD se habla de un mínimo de 5 años de ejercicio profesional, no especificándose en qué consiste el mismo.

De igual forma consideramos importante que se defina en qué consistirán las pruebas y los requerimientos necesarios para acceder a la misma.

Además, debería definirse si el cambio de consideración del especialista en activo a especialista en régimen de reespecialización implicará una variación en la remuneración económica del mismo.

Por otro lado, consideramos que el porcentaje reservado para plazas de reespecialización podría ser excesivo, pudiendo entrar en conflicto con el porcentaje de plazas de primera especialización. Por eso pedimos que se priorice el acceso a la primera especialización.

### **Económico**

El Real Decreto 1146/2006 define el régimen salarial del residente hasta el quinto año de residencia. Pedimos que en los casos en los que la Formación Sanitaria Especializada exceda esos cinco años, se continúe con el mismo incremento porcentual y no se tenga un régimen distinto para los residentes troncales.

Consideramos que este cambio en el sistema que puede acarrear un aumento en el número de años, no ha de ir en detrimento de la contratación de personal hospitalario. El aumento del periodo de formación especializada no puede responder a los designios del mercado laboral.

Al igual que en cualquier cambio de sistema, se requiere una inversión económica considerable para la formación del personal docente así como la estructuración del mismo (acreditación de unidades docentes, creación de programas formativos, tutores, etc...) que no se encuentra en la memoria económica del proyecto. Se establece que será asumida por las autonomías las cuales se encuentran haciendo también recortes económicos en materia sanitaria.

Pedimos que se realice un presupuesto real del coste que tendría la troncalidad para poder garantizar las competencias en todas las UDT acreditadas por igual.

Existen muchos gastos adicionales que no están determinados en el presupuesto.

Se debería hacer público el impacto económico que la implantación de la troncalidad tendrá en las CCAA para valorar la viabilidad del mismo.

Carece de sentido el hecho de recortar en sanidad y, a continuación, implementar un sistema de FSE con un elevado coste como la Troncalidad.

### **Conclusión**

Reiteramos que, ya que este nuevo sistema no ha encontrado el consenso de la profesión médica, mostramos nuestra oposición al Sistema Troncal.

Consideramos que el camino a seguir pasa por la mejora del sistema anterior mostrándonos completamente dispuestos a colaborar en su mejora con quien corresponda.

Si se persiste en la implantación del Sistema Troncal nos mostramos también dispuestos a colaborar como miembros activos en su elaboración para asegurar la presencia de los estudiantes en el proceso.

### **Referencias**

1. Ley 44/2003 del 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
3. Proyecto de Real Decreto de troncalidad del 15 de julio de 2011.
4. Proyecto de Real Decreto de especialidades del 15 de julio de 2011.
5. Proyecto de Real Decreto de troncalidad del 19 de diciembre del 2012.
6. Real Decreto 184/2008.
7. Real Decreto 1146/2006.
8. Real Decreto 1146/2006.

9. Real Decreto 639/2014.
10. Informe del grupo de trabajo de la comisión de recursos humanos del SNS sobre la Troncalidad de las especialidades en Ciencias de la Salud.
11. Dictamen de Consejo de Estado, número de dictamen 699/2014.
12. Dictamen de Consejo de Estado, número de dictamen 1110/2003.

CEEM  
Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina