

## POSICIONAMIENTO DE LAS TRES SOCIEDADES DE LA MEDICINA DE FAMILIA SOBRE LA TRONCALIDAD Y EL PAPEL DE LA MFyC EN LA MISMA

La Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) ha sido probablemente una de las especialidades que más se ha identificado con el proceso de la troncalidad y en nuestro ánimo sería seguir prestándole todo el apoyo al desarrollo de su marco formativo, pero ello, como ya se manifestó en distintas ocasiones anteriores a la derogación del RD en noviembre de 2016, es imposible con el proyecto desarrollado en aquel momento por suponer una ruptura de los principios básicos y de los compromisos adquiridos que tienen su base en:

1.- El Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad:

Cuyo principio básico es: “una visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria, posibilitando así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes”.

Y cuyo principal objetivo es “que los profesionales sanitarios aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral con el enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar que el estado actual de la ciencia requiere”.

2.- La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del MSSSI que establece:

El Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) continúa centrado fundamentalmente en la atención individual a los procesos agudos de la enfermedad, prestada de forma reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico. Es imprescindible transformarlo hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas si se pretende que el S.N.S. sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria.”

Dado que los pacientes crónicos suponen el 80% de la atención sanitaria actual, la Atención Primaria (A. P.) es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

3.- Resolución de La Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad de 15 de Junio de 2016, que acordó incorporar la rotación por AP en los programas de formación sanitaria especializada (FSE).

Para las tres sociedades de MF el Programa Formativo de Tronco Médico (PTM) **en su última redacción antes de ser derogado**, parece haberse inclinado hacia un documento poco explícito, que no disguste a nadie y que de cabida a toda la heterogeneidad de opiniones, y justo por esto tiene un formato y un contenido que tampoco permite alcanzar los objetivos establecidos en el Decreto 639/2014, en la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad del MSSSI y también incumpla la resolución de la Dirección General de RRHH la 15 de Junio de 2016 de incorporar la rotación por AP.

A continuación se repasan algunas de las principales modificaciones que, basadas en los fundamentos que ya posee la MFyC y que debería respetar un modelo de troncalidad que aportara valor a la FSE de las distintas especialidades del tronco médico, su incorporación se considera imprescindible:

1. Identificar los **entornos formativos** (lugar dónde se adquieren las competencias, tiempo estimado para adquirirlas, criterios para evaluarlas,...). Es imprescindible que todos los entornos generalistas (tanto **hospitalarios** como **extrahospitalarios**) estén incorporados como contextos principales definidos para la adquisición de las competencias, como ya estuvieron en borradores previos, definiendo mediante intervalos los límites temporales para los mismos, además de explicitar si es una competencia a adquirir en el primer o segundo año de formación troncal.
2. **Priorizar las competencias** eliminando términos confusos y ambiguos que puedan implicar, de una forma subjetiva, un nivel de prioridad inferior, recogiendo al mismo tiempo el **nivel de responsabilidad** del residente troncal para cada una de ellas.
3. Definir los **itinerarios formativos** a modo de conjunto ordenado de competencias, habilidades y actitudes cuya superación permite su acreditación. Debe existir una coherencia interna tanto en los contenidos como en el desarrollo del proceso formativo. Debe estar definido “el qué, el cómo, el dónde y el cuánto”.
4. Definir las modalidades y la **metodología educativa**, incluida la **evaluación** de las competencias de forma adecuada a los objetivos docentes y desarrollando de forma concreta los instrumentos para su aplicación.
5. Usar una **terminología internacional** en lugar de términos ambiguos y hasta ahora no aceptados de forma convencional como “identificar patologías”, ...
6. Establecer las **características de las distintas Unidades**: Unidades Docentes Troncales, Unidades Docentes de la Especialidad, Unidades Docentes Multiprofesionales, todas ellas con sus peculiaridades y responsabilidades pero coordinadas y demarcando bien sus ámbitos de actuación y su modo de **acreditación** de forma ágil y eficiente.
7. Basarse en la **orientación hacia la resolución de problemas de salud** desde el síntoma a la enfermedad a través del diagnóstico diferencial, otorgándole un enfoque de **generalismo e integralidad** que era la base filosófica del modelo.
8. Potenciar el **aspecto psico-social** de forma complementaria al ya tradicional e insuficiente enfoque biológico.
9. Considerar la importancia de **temas no incluidos** como son la cronicidad, la salud mental, trastornos adictivos, atención a la mujer y al adolescente, al inmovilizado, al discapacitado, al cuidador, a la violencia de género, a las vacunaciones, a las deficiencias sensoriales, a los trastornos funcionales digestivos, a la HBP, así como el seguimiento de las patologías contempladas, el seguimiento compartido por distintas especialidades y criterios de interconsulta, la seguridad del paciente, el profesionalismo, la comunicación, el trabajo en equipo, la gestión de recursos limitados.
10. Preservar la **homogeneidad de la FSE**, sin dejar que de los diferentes desarrollos normativos y características de las CCAA decidan todos los aspectos cruciales citados anteriormente, desde los entornos formativos al resto de los aspectos citados.

**En definitiva, aplicar el modelo de troncalidad elaborado anteriormente a la derogación de su RD, sin subsanar los errores previos es perder en formación para la MFyC y no seguir la filosofía de la troncalidad, es una clara pérdida de oportunidad de mejora de un buen sistema de FSE con el claro riesgo de empeorar en todas las especialidades, por lo que a pesar de representar los residentes de MFyC el 50% de dicho tronco, de mantenerse esta propuesta, SEMERGEN, semFYC y SEMG, solicitarán se excluya del Tronco Medico a la MFyC.**