

Original breve

Impacto del Real Decreto de la Troncalidad en la formación en medicina preventiva y salud pública y en otras especialidades del tronco común médico



Pello Latasa, Christian Gil-Borrelli, José Antonio Aguilera, Laura Reques, Saúl Barreales, Elena Ojeda, Guadalupe Alemán, Carlos Iniesta y Pedro Gullón*

ARES MPSP - Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2016

Aceptado el 1 de abril de 2016

On-line el 3 de junio de 2016

Palabras clave:

Medicina preventiva

Educación en salud pública profesional

Internado y residencia

R E S U M E N

Objetivo: El Real Decreto de Troncalidad (RDT) plantea modificar la formación sanitaria especializada, estableciendo 24 meses de formación troncal común. El objetivo de este estudio es valorar su potencial impacto en la formación especializada de medicina preventiva y salud pública (MPSP) y en otras especialidades del tronco común médico (TCM).

Métodos: Se analizaron los programas de las 21 especialidades del TCM, recogiendo los periodos de rotación recomendados por cada especialidad y consensuando la información entre tres observadores. El impacto formativo se calculó como el porcentaje de meses que cada especialidad debería modificar para adaptarse al periodo común.

Resultados: MPSP (100%, 24 meses) es la especialidad en la cual el RDT tendrá más impacto. Medicina intensiva (0%, 0 meses) y oncología médica (17%, 4 meses) son las especialidades menos afectadas.

Conclusiones: El RDT va a afectar de manera diferente a las especialidades del TCM. El RDT supondrá un replanteamiento completo de sus actividades y de las competencias de los profesionales de MPSP.

© 2016 SEESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Impact of the Core Training Law on preventive medicine and public health training and other common medical specialties

A B S T R A C T

Objective: The purpose of the Core Training Law (CTL) is to amend specialised medical training to include 24 months of common training. The aim of this study is to assess its potential impact on the Preventive Medicine and Public Health (PM&PH) training programme and other medical specialties.

Method: The programmes of the 21 common medical specialties were analysed and the recommended training periods for each specialty collected, before the information was agreed upon by three observers. The training impact was calculated as the percentage of months that should be amended per specialty to adapt to the common training schedule.

Results: The Preventive Medicine and Public Health training programme is the specialty most affected by the Core Training Law (100%, 24 months). Intensive medicine (0%, 0 months) and medical oncology (17%, 4 months) is the least affected.

Conclusions: The CTL affects the common medical specialties in different ways and requires a complete reorganisation of the activities and competencies of PM&PH professionals.

© 2016 SEESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Preventive medicine

Professional public health education

Internship and residency

Introducción

La formación sanitaria especializada para médicos en España se encuentra regulada a través de programas específicos para cada una de las especialidades¹. El Real Decreto de Troncalidad 639/2014 (RDT) plantea una reordenación de dichos programas de modo que los residentes «adquieran las competencias profesionales determinadas en el programa formativo oficial de la correspondiente

especialidad con un enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar de las especialidades adscritas al mismo tronco»². Así, durante los primeros años se realizará una formación común troncal.

La formación sanitaria especializada en medicina preventiva y salud pública (MPSP) se estructura en cinco ámbitos competenciales: epidemiología, administración sanitaria, medicina preventiva, salud ambiental y laboral, y promoción de la salud³. Las características diferenciadoras y el amplio ámbito de competencias de la especialidad, así como el carácter multiprofesional de la rama de salud pública, están generando un amplio debate en cuanto a la idoneidad de la inclusión de esta especialidad dentro del tronco común médico (TCM), tal como figura en el RDT^{4,5}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pgullon@isciii.es (P. Gullón).

La disposición final sexta del RDT establece un plazo de 2 años desde la constitución de las comisiones delegadas de tronco hasta la publicación de los nuevos programas formativos oficiales. Dado que estas comisiones se constituyeron a finales de 2015, no se espera que dichos programas estén disponibles hasta finales de 2017. Por ello, los autores y las autoras consideran necesaria y pertinente la realización de este trabajo, con el objetivo de valorar el potencial impacto del RDT en la especialidad de MPSP y en otras especialidades del TCM.

Método

Diseño

El diseño del estudio se enmarca en la evaluación de políticas sanitarias, en este caso del impacto del RDT en los programas formativos de las 21 especialidades incluidas en el TCM (véase el Apéndice online de este artículo).

Supuestos de partida

Actualmente no existe un programa troncal oficial, por lo que se estableció un escenario basado en los siguientes supuestos: 1) la formación troncal tiene una duración mínima de 2 años (24 meses), tal como recogen la Ley 44/2003¹ y el RD 639/2014²; 2) se ha considerado como tiempo dedicado a la formación troncal el correspondiente a las rotaciones realizadas por especialidades incluidas en el TCM; 3) se ha considerado como tiempo de formación específica el correspondiente a aquellas rotaciones realizadas por la propia especialidad o especialidades no incluidas en el TCM.

Concepto de impacto

Se ha definido el impacto formativo como el tiempo que una especialidad tendría que modificar de su actual programa para adecuarse al tiempo de formación troncal.

Cálculo del indicador

Para valorar el impacto del RDT se analizó el tiempo dedicado a formación troncal y específica según los actuales programas formativos, recogiendo los meses que cada especialidad rota por el resto de especialidades que componen el TCM, así como por la propia especialidad. Debido a la posible variabilidad en la interpretación de los programas, la información fue recogida por nueve investigadores distribuidos en tres grupos y cada grupo revisó siete programas. Si un programa recomendaba un tiempo de rotación en un grupo de especialidades, se le imputó a cada especialidad una parte proporcional del tiempo recomendado. Por ejemplo, la especialidad de medicina familiar y comunitaria recomienda en su programa un total de 4 meses de rotación en radiodiagnóstico, traumatología, urgencias y cirugía general, por lo que se consideró un mes de rotación en cada una. En caso de discrepancias, el conflicto fue resuelto por consenso entre los componentes del grupo.

El impacto del RDT se calculó mediante la fórmula:

$$\text{IRDT} = [1 - (\text{TCMa}/\text{TCMt})] \times 100$$

siendo TCMa el tiempo (meses) de formación en especialidades incluidas en el TCM, excluyendo la propia especialidad, según el programa actual, y TCMt el tiempo (meses) de formación troncal del RDT (24 meses).

Según el tiempo dedicado a la formación troncal en sus programas actuales, el impacto puede variar desde 0% (24 meses) hasta 100% (0 meses).

Tabla 1
Cálculo del impacto del Real Decreto de la Troncalidad por especialidad

	TTotal	TCMa	TCMt	Impacto RDT
MPSP	48	0	24	100,0
RHB	48	4	24	83,3
NFL	48	7	24	70,8
NRL	48	7	24	70,8
ONR	48	7	24	70,8
ALG	48	9	24	62,5
REA	48	9	24	62,5
MFC	48	9	24	62,5
MTR	48	10	24	58,3
DIG	48	11	24	54,2
HEM	48	11	24	54,2
END	48	12	24	50,0
GRT	48	12	24	50,0
NEF	48	12	24	50,0
NML	48	13	24	45,8
CAR	60	14	24	41,7
FAC	48	15	24	37,5
REU	48	18	24	25,0
MIR	60	19	24	20,8
ONM	48	20	24	16,7
MIV	60	24	24	0,0

ALG: alergología; CAR: cardiología; DIG: aparato digestivo; END: endocrinología y nutrición; FAC: farmacología clínica; GRT: geriatría; HEM: hematología y hemoterapia; MFC: medicina familiar y comunitaria; MIR: medicina interna; MIV: medicina intensiva; MPSP: medicina preventiva y salud pública; MTR: medicina del trabajo; NEF: nefrología; NFL: neurofisiología clínica; NML: neumología; NRL: neurología; ONM: oncología médica; ONR: oncología radioterápica; RDT: Real Decreto de la Troncalidad = $[1 - (\text{TCMa}/\text{TCMt})] \times 100$; REA: anestesiología y reanimación; REU: reumatología; RHB: medicina física y rehabilitación; TCMa: tiempo (meses) de formación en especialidades incluidas en el TCM, excluyendo la propia especialidad; TCMt: tiempo (meses) de formación troncal del Real Decreto de la Troncalidad; Ttotal: duración total (meses) de la formación sanitaria especializada.

Resultados

El tiempo que cada especialidad dedica a formación troncal según los actuales programas es muy variable, oscilando entre 0 y 24 meses. MPSP y rehabilitación, con 0 y 4 meses, respectivamente (tabla 1), son las que menos tiempo de formación troncal realizan, mientras que medicina intensiva y oncología médica son las que más tiempo dedican, con 24 y 20 meses, respectivamente.

Las especialidades que realizan más rotaciones por otras especialidades del TCM son medicina familiar y comunitaria (10), reumatología y geriatría (8). Medicina interna y cardiología son las que reciben rotantes de un mayor número de especialidades (16 y 11, respectivamente) (tabla 2). MPSP es la única especialidad que no rota por ninguna de las otras especialidades que componen el TCM, y tampoco recibe rotantes de ninguna otra especialidad.

Las especialidades con un mayor impacto del RDT son MPSP (100%) y rehabilitación (83%) (tabla 1). Por el contrario, especialidades como medicina intensiva (0%) y oncología médica (17%) presentan los programas con mejor adecuación al TCM. En 14 de las 21 especialidades, el impacto del RDT será igual o superior al 50% (tabla 1).

Discusión

El RDT va a afectar de manera diferente a las especialidades incluidas en el TCM, de las cuales MPSP sería la más afectada. Actualmente, la formación en MPSP se desarrolla en diferentes ámbitos, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, ya que «la salud pública, por su propia naturaleza, tiene carácter intersectorial»³. Las características propias del programa de la especialidad, con un limitado componente clínico, han llevado a plantearse cuál sería su ubicación idónea en la reforma de la formación sanitaria especializada⁴, o a desarrollar opciones como un tronco multidisciplinario de formación en salud pública⁶, tal

Tabla 2
Tiempo (en meses) de rotación de cada especialidad por otras especialidades incluidas en el tronco común médico según los actuales programas formativos (especialidades estudiadas en filas y especialidades de rotación en columnas)

	ALG	REA	DIG	CAR	END	FAC	GRT	HEM	MTR	MFC	RHB	MIV	MIR	MPSP	NEF	NML	NFL	NRL	ONM	ONR	REU	
ALG	25												6			3						
REA		36		3												3	3					
DIG			31		2					3		2	2								2	
CAR				25	4							2	8									
END			1	2	36			1					3		2	1		2				
FAC		6				30							6								3	
GRT			1	3	1		33				1	1				1	1	3				
HEM								33					11									
MTR	1			1					29	3	2		1			1		1				
MFC			1	1	1			1		24			1			1		1				1
RHB											40		2									1
MIV		1		4								36	12		2	3		2				
MIR			2	3				2				4	37		2	2		2		2		2
MPSP														48								
NEF				2	2					1		2	5		32							
NML	1			4									8			30						
NFL												1						36		6		
NRL				3	2								2							39		
ONM			1		1			2					12		1	2		1	40			
ONR								1					5						1	33		
REU			2	2	2							2	4		2	2		2				30

ALG: alergología; CAR: cardiología; DIG: aparato digestivo; END: endocrinología y nutrición; FAC: farmacología clínica; GRT: geriatría; HEM: hematología y hemoterapia; MFC: medicina familiar y comunitaria; MIR: medicina interna; MIV: medicina intensiva; MPSP: medicina preventiva y salud pública; MTR: medicina del trabajo; NEF: nefrología; NFL: neurofisiología clínica; NML: neumología; NRL: neurología; ONM: oncología médica; ONR: oncología radioterápica; REA: anestesiología y reanimación; REU: reumatología; RHB: medicina física y rehabilitación.

como se referencia en la Disposición adicional primera de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, por la que se establece el mandato para modificar la legislación vigente con el fin de ampliar la especialización en salud pública al resto de las profesiones sanitarias. Además, se ha generado un importante debate en los últimos años sobre las dificultades de la formación en MPSP⁷ para adaptarse a las competencias profesionales en el contexto actual^{8,9}. De no afrontar estos y otros retos pendientes, el RDT podría suponer un detrimento en la calidad de la formación de los especialistas de MPSP¹⁰.

Aunque la implantación en España del RDT está considerada como uno de los mayores desafíos del Sistema Nacional de Salud en materia de formación especializada¹¹, existen experiencias de formación troncal en otros países de nuestro entorno. El Reino Unido oferta un programa general de 2 años previo al inicio de la formación especializada (3 años en el caso de medicina general y un mínimo de 6 años en el resto de las especialidades)¹². Salud pública queda al margen de esta estructura troncal y se desarrolla en 5 años, sin ser exclusiva de medicina¹³. En Bélgica¹⁴ se combina un máster avanzado de 120-180 créditos ECTS (siglas en inglés de Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos) con la formación práctica de la residencia (con una duración total de 3-6 años). Otros países de nuestro entorno, como Portugal, Francia e Italia, actualmente no realizan formación troncal¹⁵.

La principal limitación de este estudio es la incertidumbre sobre el programa formativo troncal. No obstante, el escenario planteado es factible considerando los actuales programas de formación. La limitación debida a la ambigüedad de los programas formativos respecto a algunos tiempos de rotación se ha tratado de controlar mediante la revisión y el consenso de dichos programas por múltiples investigadores.

Conclusiones

La implantación del RDT supondrá un reto desigual a las especialidades del TCM, afectando especialmente a MPSP, que precisará una reestructuración en su programa formativo y una reducción del tiempo dedicado a la adquisición de capacidades específicas. Para disminuir los riesgos y las incertidumbres que se plantean, se recomienda realizar procesos participativos y transparentes con-

tando con todos los agentes clave (unidades docentes, sociedades científicas, MIR, etc.) antes de promover cambios de calado en la formación sanitaria especializada.

Editora responsable del artículo

M^a Felicitas Domínguez Berjón.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Financiación

Ninguna.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La reforma de la troncalidad plantea una reorganización de la formación sanitaria especializada que permita añadir un enfoque interdisciplinario a las especialidades del mismo tronco. Esta situación ha generado un debate sobre la formación en medicina preventiva y salud pública debido a su especificidad y amplio ámbito de competencias.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las especialidades del tronco médico sufrirán un impacto muy variable, siendo el programa de medicina preventiva y salud pública el más afectado por la disminución del tiempo dedicado a sus competencias específicas. El Real Decreto de Troncalidad supondrá un replanteamiento completo de la formación especializada en medicina preventiva y salud pública, y requerirá una reestructuración competencial de unidades docentes y profesionales.

Contribuciones de autoría

P. Latasa y C. Gil-Borrelli concibieron la idea. P. Latasa, C. Gil-Borrelli y L. Reques coordinaron la recogida de datos. Todos los autores participaron en el análisis y la interpretación de los resultados. P. Gullón, J.A. Aguilera, E. Ojeda y G. Alemán escribieron el primer borrador del manuscrito. Todos los autores contribuyeron en la redacción del manuscrito final y aprobaron su envío.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2016.04.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.004).

Bibliografía

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE Núm. 280, de 22 de noviembre 2003.
2. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE Núm. 190, de 6 de agosto de 2014.
3. Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. BOE Núm. 152, de 27 de junio de 2005.
4. SEE, SESPAS, SEMPSPH. Ante la reforma de los programas de formación de los médicos internos y residentes. Propuesta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). 2010. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/declaracion%20conjunta%20sespas%20see%20smpph.pdf>
5. Gori F. Salud pública teme que la troncalidad desvirtúe su especialidad. Diario Médico. 3 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2015/09/03/area-profesional/profesion/salud-publica-teme-que-troncalidad-desvirtue-especialidad>
6. Blasco M, Atenza J. Ampliando la profesionalización de la salud pública: la formación especializada multiprofesional. Gac Sanit. 2015;29:81–3.
7. Villalbí JR, Pérez-Albarracín G, Delgado-Rodríguez M. La formación en España de médicos especialistas en medicina preventiva y salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:507–12.
8. McKee M. Seven goals for public health training in the 21st century. Eur J Public Health. 2013;23:186–7.
9. Benavides G, Moya C, Segura A, et al. Las competencias profesionales en salud pública. Gac Sanit. 2006;20:239–43.
10. Fernández J. Formación especializada en España: del internado rotatorio a la troncalidad. Educación Médica. 2015;16:57–67.
11. Freire JM, Infante A, de Aguiar AC, et al. An analysis of the medical specialty training system in Spain. Hum Resour Health. 2015;13:42.
12. The Foundation Programme. 2016. Disponible en: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/>
13. The UK's Faculty of Public Health. Disponible en: <http://www.fph.org.uk/>
14. KU Leuven Faculty of Medicine. Medical education: structure and vision. 2016. Disponible en: <https://med.kuleuven.be/eng/education/meded>
15. Euronet MRPH. Residency Residencies comparison. 2014. Disponible en: <http://euronetmrph.org>