



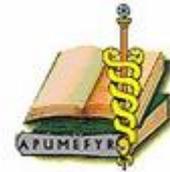
LA TRONCALIDAD EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

De forma similar a la adaptación de los títulos universitarios al Espacio Europeo de Educación Superior, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Comisión Nacional de Especialidades, está comenzando a reflexionar y a proceder con el proceso de convergencia europea de la sanidad española (**La Troncalidad en las Especialidades Médicas, Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 30/06/2008 –se recomienda leer previamente a este informe-).**

La Troncalidad en formación especializada podría definirse como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su periodo formativo durante un tiempo determinado. Se desarrollará con programas de formación de dos años de duración integrados en un Sistema MIR renovado.

En este contexto, la reforma del Sistema MIR sobre la base de la Troncalidad es un proceso establecido en otros países europeos y en EEUU con resultados positivos que modularán una cultura nueva en los Centros de Salud, Hospitales y Universidad españoles y replantarán una renovación en la selección de candidatos a formación médica especializada y los programas/especialidad del Sistema MIR. Así mismo, la Troncalidad favorecerá y potenciará fundamentalmente la formación integral del especialista médico desde una perspectiva competencial teórico-práctica ajustada a la realidad socio-laboral, mejorando la elección de especialidad, desarrollando una nueva planificación para aprender y concretando perfiles profesionales con un estilo nuevo e interdisciplinar que romperá los moldes corporativos de las especialidades y flexibilizará el mercado laboral.

De forma similar a los estudios universitarios de Grado en Medicina adaptados al EEES, conviene que al finalizar el periodo formativo de un Sistema MIR renovado, antes de la concesión del título de especialista, se realice una evaluación del aprendizaje por competencias que garanticen la calidad y seguridad de las actuaciones del profesional. El desarrollo de este nuevo sistema MIR obligará a establecer las competencias genéricas o transversales comunes que ha de adquirir el especialista médico y las competencias específicas propias de cada especialidad. El desarrollo de las competencias específicas determinará el ámbito exacto de la formación del médico especialista y, por consiguiente, del ejercicio profesional; asunto a priori y actualmente regulado en nuestra especialidad por la ORDEN SCO/846/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. Y, todo ello, procurando que en la educación y en la formación de los médicos de la UE existan estándares de calidad y de exigencia comparables.



Además, convendría valorar, de forma similar a los modelos establecidos en Italia o Francia, que todo especialista médico debería concluir su formación con la realización de una Tesis Doctoral como condición *sine qua non* previa al ejercicio asistencial, docente, investigador y gestor de su especialidad. Se debe superar los compartimentos estancos que existen entre la formación universitaria (Grado de Medicina), la formación especializada, la realización del Doctorado y el desarrollo profesional continuo.

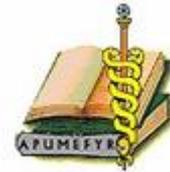
La UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas) ha establecido secciones y comités para las distintas especialidades médicas, que han elaborado los requisitos que deben tener los programas de formación de las diferentes especialidades médicas, el currículum, las competencias técnicas y los procedimientos mínimos diagnósticos y terapéuticos que debe acreditar el residente para obtener el certificado de la especialidad. El primer Libro Blanco de la UEMS ha sido el Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación (versión en inglés). Publicado por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), sección de Medicina Física y Rehabilitación (EUROPA MEDICOPHYSICA. *Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, Vol. 42 Nº 4 Dec 2006).

En este contexto, la Comisión Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, especialidad existente en 21 de 25 países europeos, ha planteado no participar de la Troncalidad en el nuevo Sistema MIR. Sin embargo, desde SERMEF y APUMEFYR se abre un debate sobre la procedencia o no de formar parte del grupo de especialidades médicas integradas en los diversos tipos de Troncalidad, a saber Médico, Quirúrgico y Médico-Procedimental. Se convierte en prioritario conocer cuál es el programa de formación y, por ende, el rol del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en los países europeos más significativos y en USA/Canadá/Australia. A efectos de que la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación pueda desarrollar tanto las competencias transversales consensuadas como las específicas adaptadas a los modelos europeos que superen con visión de futuro los conflictos interdisciplinares de equipo que se están generando por la implementación universitaria y profesional del Espacio Europeo, sea de Educación Superior sea Sanitario.

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN COMO TRONCAL

A.- ARGUMENTOS A FAVOR

1.- En el marco de competitividad interprofesional en el equipo interdisciplinar, ayudará a potenciar el perfil y el rol médico del especialista en Medicina Física y Rehabilitación. La promoción de la transversalidad en la formación es fundamental en el futuro contexto interprofesional de salud a efectos de garantizar una identidad propia a la especialidad y potenciar el rol médico del especialista en Medicina Física y Rehabilitación como elemento



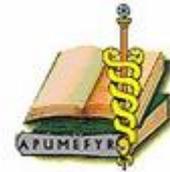
diferenciador de otras profesiones afines. Este argumento, a priori, sería suficiente para integrar la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación en el Tronco Médico, con algún condicionante particular que se menciona en este documento. Por otro lado, ayudará a redefinir desde esta base los modelos de actuación y las competencias específicas propias de la especialidad. Todo esto, a nuestro juicio, aportará:

- Mejora de la perspectiva del desarrollo profesional, algo sobre lo que es necesario reflexionar, desde el aprendizaje durante esos dos años de competencias transversales del tronco médico.
- Diversificación en la formación para favorecer el aprendizaje de la resolución de problemas con una perspectiva intrínsecamente médica, sin obviar otras.
- Favorecer la adaptación del especialista a diferentes entornos asistenciales y sociales.
- Contribución a la mejora de la coordinación externa e interna de los ámbitos de salud y de los equipos interdisciplinares.
- Desarrollo vocacional por medio de la elección informada de la especialidad.
- Facilitación del trabajo médico en equipo para la resolución adecuada de los “aspectos compartidos”, favoreciendo la coalición y minimizando la competición.
- Facilitación de la adaptación del especialista a los distintos niveles asistenciales.
- Formación orientada a la atención continuada paciente y no a la enfermedad, esto es potenciación del paradigma social de salud en Medicina frente al paradigma clásico.
- Adecuación del sistema formativo al mercado laboral, a la realidad socio-sanitaria y a la sociedad y las tecnologías de la información y de la medicina basada en la evidencia (conocimiento científico-técnico actual).
- Adecuación del sistema formativo a las tendencias actuales en la organización de prestación de servicios médicos (organización asistencial).
- Favorece la movilidad del especialista de base “integral” y formación específica en Europa.

2.- Orientación medicalizada de la Troncalidad, aún siendo generatriz de susceptibilidad en otras profesiones sanitarias.

B.- ARGUMENTOS EN CONTRA

1.- No existe un Tronco adecuado para la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. No es una especialidad puramente médica (Tronco médico), no es una especialidad puramente quirúrgica (Tronco quirúrgico), no es una especialidad procedimental (Tronco médico-procedimental). Ante la inexistencia de un cúmulo “homogéneo” de especialidades médico-quirúrgicas quizás no parecería procedente establecer un Tronco Mixto médico-quirúrgico, aunque sería lo más adecuado. En este contexto y como alternativa, el programa del Tronco



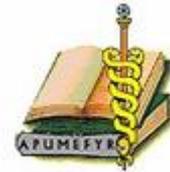
Médico sería idóneo para la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación, si bien es cierto que adolecería de una formación adecuada de Cirugía Ortopédica y Traumatología (que se podría desarrollar perfectamente y como condicionante particular en el tercer año de rotación de la especialidad –primero específico-).

Otra opción propuesta en la Comisión Nacional expone la existencia de un Subtronco médico comunitario integrado por Medicina de Familia, Medicina de Trabajo, Psiquiatría y Medicina Preventiva, en el que quizás podría valorarse integrar la Medicina Física y Rehabilitación, aunque se dejaría al margen la medicina hospitalaria que haría inviable este modelo. En otra propuesta se plantean tres subtroncos de Medicina, que plantean problemática similar a la previamente expuesta. Estas propuestas de división de cada tronco en subtroncos son rechazadas.

La última alternativa es que no haya Troncalidad, aunque con un primer año de rotatorio por servicios médicos y quirúrgicos, lo que supone mantener el modelo estático actual de especialidad al margen de los cambios fruto de los procesos de convergencia europea.

2.- Posible riesgo de prolongación de tiempos de formación no justificados: Incremento excesivo del periodo de formación en seis años - similar al solicitado por la especialidad de Cirugía Cardio-Vascular-, esto es: dos años de troncalidad y cuatro específicos de especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. Actualmente existe un año de rotaciones por servicios médicos y quirúrgicos y tres de especialidad, con interés en un quinto año. En cualquier caso, seis años sería una duración excesiva y poco oportuna sociolaboralmente para los futuros especialistas en formación, por lo que se recomendaría una duración de cinco años con el siguiente planteamiento: dos de troncalidad y tres específicos de especialidad. Este contexto se podría ver “prorrogado” a favor de las competencias específicas, si el primer año de troncalidad estuviera integrado directamente en el sexto curso de Grado en Medicina, tal y como han mencionado algunas comisiones de otras especialidades en la Comisión Nacional de Ciencias de la Salud (sería: primer año de troncalidad en sexto de medicina, segundo año de troncalidad después de finalizar la carrera y, a continuación, cuatro años específicos). En este sentido, se recomienda que nuestra comisión apoye la iniciativa de convertir 6º de Grado Medicina en el primer año de troncalidad empleando las Prácticas Tuteladas y el Trabajo de Fin de Grado, instaurados, con estas perspectivas y tal y como han sugerido otras comisiones. Si bien es cierto, que la aprobación de Grados en Medicina de varias universidades españolas por el Consejo de Universidades y la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA), complicaría esta fórmula.

3.- Resistencia de los especialistas de Medicina Física y Rehabilitación a los cambios y temor a que haya una ruptura con el sistema formativo actual –adecuado, insuficiente y no adaptado a Europa-.



4.- Mapa competencial heterogéneo, más cuando es necesario redefinir los modelos de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación en marcos europeos (UEMS) y/o USA, a debatir.

5.- Mayor complejidad en la formación.

6.- Mayor complejidad en los procesos de acreditación.

Es responsabilidad de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación:

a.- Elaborar el programa del tronco correspondiente en el que esté incluido, así como el programa específico. O si no es troncal, elaborar el programa.

b.- Adaptar el programa formativo de su especialidad a la troncalidad.

c.- Establecer los criterios comunes de acreditación de las Unidades Troncales.

d.- Participar en la elaboración de contenidos, criterios y métodos de evaluación de todo el proceso formativo.

En este contexto, algunas propuestas posibles a debatir para la especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, entre otras, serían:

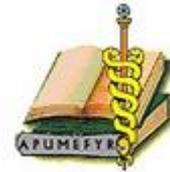
A.- Propuesta vigente

Cuatro años, el primero rotatorio. Solicitud de un quinto año específico.

B.- Propuesta Tronco de Medicina de cinco años de duración con el primer año del Tronco de Medicina se integraría como Sexto de Grado en Medicina (en realidad es una propuesta a seis años). Sería:

1.- Primer año Tronco Médico en Sexto de Grado en Medicina- Prácticas y Trabajo de Fin de Grado- (habría otro sexto tronco quirúrgico y otro sexto tronco-procedimental).

2.- Segundo año Tronco Médico (primer año después de la carrera). Sería interesante proponer que sea convalidado por un Máster Universitario Oficial.



- 3.- Primer año especialidad (Segundo año después de carrera)
- 4.- Segundo año especialidad (Tercer año después de carrera)
- 5.- Tercer año especialidad (Cuarto año después de carrera).
- 6.- Cuarto año de especialidad (Quinto año después de carrera).

La evaluación sería continuada y debería finalizar en Tesis Doctoral, tal y como actualmente se exige en países del área mediterránea como Italia y Francia.

En realidad, esta propuesta es de seis años incluyendo el sexto curso de Medicina, aunque la existencia de varios Grados en Medicina ya aprobados sin incluir estas consideraciones dificultarían a priori esta propuesta.

C.- Propuesta cinco años post-Graduación en Medicina.

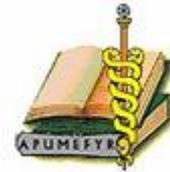
- 1.- Primer año Tronco Médico. Se sugiere solicitar sea convalidado por un Máster Universitario Oficial.
- 2.- Segundo año Tronco Médico.
- 3.- Primer año específico + Rotación por COT (no podría ubicarse antes ya que en el Tronco Médico no se diferenciarán especialidades entre los MIR).
- 4.- Segundo año específico.
- 5.- Tercer año específico, finalizando en una Tesis Doctoral.

D.- Propuesta de seis años post-Graduación en Medicina (2 años de Tronco Médico y cuatro específicos).

E.- Propuesta de creación de un Tronco Mixto (un año Tronco Médico y otro Quirúrgico), más un número determinado de años para la formación específica. Parece ser que no habría suficientes especialidades con estas características para concretar un Tronco Mixto.

F.- Otras, a pensar.

Aunque no suele ser grato para muchos MIR y otros médicos especialistas plantear estudios universitarios paralelos a la formación MIR, se debería considerar que el nivel de Doctorados en profesiones afines se está incrementando notable y, en el marco del EEES, loablemente. En este contexto y en mi opinión, debería ser condición indispensable para ejercer la profesión de médico especialista, tal y como sucede en otros países europeos de nuestro entorno, que la formación MIR finalice con una Tesis Doctoral.



En opinión de varios, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación no se puede anclar en modelos estáticos del pasado y debe rediseñarse en parámetros modernos y europeos. El desarrollo *in crescendo* de otras profesiones afines de salud en los procesos de convergencia obliga a que todos los especialistas de Medicina Física y Rehabilitación, de forma comprometida y colectiva, así como sus representantes, reflexionen y actúen planteando programas de formación básica transversal que potencien el rol médico del especialista de Medicina Física y Rehabilitación junto con programas específicos que traduzcan modelos de actuación redefinidos, completos y cerrados de la especialidad, basándose en los ejemplos aportados desde países europeos y de otros como USA/Canadá/Australia. En este marco, es adecuado que desde SERMEF se establezcan grupos de debate y trabajo, más allá de los representantes, que aborden de forma transparente a la par que discreta aspectos como Troncalidad si ó no, Modelos de actuación, Marco competencial europeo o norteamericano para la especialidad y otros. En España, la Medicina Física y Rehabilitación será lo que todos y cada uno de sus profesionales, con compromiso, trabajo y dedicación colectivas, quieran que sea. Se abre el debate.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- La Troncalidad en las Especialidades Médicas, Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 30/06/2008
- 2.- Orden ECI/332/2008, de 13 de Febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los Títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico.
- 3.- Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, 2003 (LOPS).
- 4.- ORDEN SCO/846/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.
- 5.- Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación (versión en inglés). Publicado por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), sección de Medicina Física y Rehabilitación (EUROPA MEDICOPHYSICA. *Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, Vol. 42 N° 4 Dec 2006).

Madrid a 2 de febrero de 2009

Dra. Inmaculada García Montes
Presidenta SERMEF

Prof. Dr. Sergio Santos del Riego
Presidente APUMEFYR