

El 'Real Decreto de Troncalidad' de la formación especializada *The specialised training 'Core Curriculum Decree'*

Arcadi Gual, Amando Martín-Zurro, Felipe Rodríguez de Castro

Tras un largo proceso, el Ministerio de Presidencia, a instancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha publicado el Real Decreto (RD) 639/2014, de 25 de julio de 2014 (BOE del 6 de agosto de 2014), que regula diferentes aspectos de la formación especializada de las profesiones sanitarias (Tabla 1) y es conocido coloquialmente como 'Decreto de la Troncalidad'.

Aunque todos los aspectos que reglamenta dicho RD son de interés en la formación de especialistas, este editorial se referirá sólo a uno de dichos aspectos, la troncalidad. Todo comenzó hace más de una década con la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que contemplaba la creación de un modelo de formación sanitaria especializada basada en criterios de troncalidad. Seis ministros de sanidad después, por fin ve la luz el polémico RD. Ha sido más de una década de debates, discusiones, críticas, denuestos, esperanzas, decepciones, anhelos y reclamaciones en distintos foros y reuniones, que hemos tenido que sufrir antes de su publicación. Una gestación a todas luces demasiado prolongada. Nos encontramos, pues, ante un marco normativo complejo que seguramente supone el cambio de mayor trascendencia en la formación especializada desde el comienzo del sistema de médicos internos residentes (MIR) a finales de los años setenta. Estamos convencidos de que, a pesar de las discrepancias, si sabemos cooperar, si entre todos los implicados somos capaces de establecer las sinergias adecuadas, es posible desarrollar todo el potencial que contiene el RD y conseguir mejorar tanto la formación especializada de los profesionales sanitarios como la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Enrocarse en posturas maximalistas o prolongar debates estériles nos alejará de lo uno y de lo otro.

Una vez la troncalidad ha dejado de ser un proyecto para convertirse en un RD tangible en el papel del BOE, la Fundación Educación Médica (FEM)

After a lengthy process, the Ministry of the Presidency, at the request of the Ministry of Healthcare, Social Services and Equality, has finally enacted Royal Decree (RD) 639/2014, dated 25 July 2014 (BOE of 6th August 2014), which regulates different aspects of the specialised training of health care professionals (Table 1) and is colloquially known as the 'Core Curriculum Decree'.

Although all the aspects regulated by this RD are of interest in the training of specialists, this editorial will be referring to just one of them – the mandatory core curriculum (troncalidad). Everything started over a decade ago with the publication of the Spanish Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Health Professions Regulation Act), which provided for the creation of a model of health care training based on a mandatory core curriculum. Six ministers of health later, the controversial RD has finally seen the light of day. Over a decade of debates, discussions, criticism, insults, hopes, disappointments, yearnings, claims in different forums and meetings had to be endured before it was eventually enacted. No matter which way you look at it, such a gestation is far too long. We therefore find ourselves before a complex regulatory framework that is sure to be the most significant change in specialised training since the system of medical resident interns (MIR) began in the late seventies. We are sure that, despite the discrepancies, if we know how to cooperate and we are capable of establishing suitable synergies amongst all those involved, it will be possible to develop the full potential contained within the RD and succeed in improving both the specialised training of health care professionals and the health care delivered to all citizens. Refusing to budge from maximalist standpoints or prolonging sterile debates will distance us from reaching both those goals.

Once the core curriculum has stopped being a project to become a tangible RD printed in black and white in the BOE (Spanish Official Gazette), the

Fundación Educación Médica, FEM (A. Gual, A. Martín-Zurro, F. Rodríguez de Castro). Sociedad Española de Educación Médica, SEDEM (A. Gual, F. Rodríguez de Castro).

Coordinación/Correspondencia: Fundación Educación Médica. Departamento de Ciencias Fisiológicas I. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Casanova, 143. E-08036 Barcelona.

E-mail: agual@fundacioneducacionmedica.cat

© 2014 FEM

Tabla I. Aspectos que regula el Real Decreto 639/2014.

Troncalidad
Reespecialización troncal
Áreas de capacitación específica
Pruebas de acceso a la formación especializada
Otros aspectos de la formación especializada
Modificación de determinados títulos de especialista

Table I. Aspects regulated by Royal Decree 639/2014.

Core curriculum
Re-specialisation in core subjects
Areas of specific training
Tests for entrance to specialised training
Other aspects of specialised training
Modifications of certain specialist qualifications

considera oportuno y pertinente reflexionar sobre qué es la troncalidad, para qué es necesaria aquí y ahora, y cómo debería ser el proceso de su desarrollo. Otras preguntas, como por qué ha tardado tanto en llegar la troncalidad o por qué tantos colectivos (asociaciones, sociedades e instituciones) han sido beligerantes, a favor y en contra, del RD de troncalidad, quizá no sean tan pertinentes, pero sin duda merecen también una reflexión constructiva.

Comencemos por establecer dos premisas:

- La reforma que supone la troncalidad, como cualquier reforma, debe contemplarse como una oportunidad; lo fue sin duda la implementación del ‘sistema MIR’ en el año 1978 y debe serlo ahora la troncalidad, que representa la primera oportunidad en 35 años de introducir reformas de gran calado en el modelo de formación de especialistas de ciencias de la salud que, como es natural, también afectarán al propio sistema sanitario.
- El RD no es un dibujo terminado, sino un marco en el que deben desarrollarse diferentes aspectos. Por ello, todos los actores con algún papel en este proceso (residentes, tutores, *staff* sanitario, gestores, colegios profesionales, sociedades científicas, universidad, administraciones sanitarias y políticos) son responsables, individual y colectivamente, de que ese desarrollo sea armónico y se oriente por buen camino. No son aceptables los juicios de intenciones, especialmente los catastrofistas, que, sin argumentos sólidos, pronostican el desastre.

¿Qué es y para qué es necesaria la troncalidad? La troncalidad es una manera de organizar la formación especializada de modo que las especialidades –no importa si son muchas o pocas– que presentan competencias comunes se agrupan en conjuntos que se denominan ‘troncos’. Así, en la formación es-

Fundación Educación Médica (FEM) considers it timely and fitting to reflect upon what is meant by mandatory core curriculum, who needs it in this day and age, and how it should be implemented in practice. Other questions, such as why a core curriculum has been so long coming or why so many groups (associations, societies and institutions) have had such strong feelings both in favour and against the core curriculum decree are perhaps not so relevant but nevertheless undoubtedly deserve some constructive thought.

Let us begin by establishing two premises:

- *The mandatory core curriculum, just like any other reform, must be seen as an opportunity. The implementation of the ‘MIR system’ back in 1978 was undeniably such an opportunity and the mandatory curriculum must now also be another one, since it represents the first opportunity in 35 years to introduce across-the-board reforms into the model of training of specialists in the health sciences, which will in turn of course also affect the actual health care system itself.*
- *The RD is no finished article, but instead a framework in which a number of different aspects must be carried out. Hence, all the stakeholders involved in some way in this process (residents, tutors, health care staff, directors, professional associations, scientific societies, universities, health care administrations and politicians) are responsible, both individually and collectively, for ensuring that this development is well-balanced and heading in the right direction. Any prior assumptions, especially catastrophic ones, that, although devoid of any sound arguments, only forecast disaster are unacceptable.*

What then is the mandatory core curriculum and why is it necessary? The mandatory core curriculum is a way of organising specialised training so that

Tabla II. Competencias que debe alcanzar el futuro especialista sanitario.

	Descripción	Periodo de adquisición
Transversales	Comunes a toda una profesión sanitaria	A lo largo de los dos periodos de especialización: troncal + específico (4 a 6 años)
Troncales	Comunes a un grupo de especialidades sanitarias	A lo largo del periodo troncal (2 años ± 6 meses)
Específicas	Propias de una especialidad sanitaria	A lo largo del periodo específico (2-4 años)

Table II. Competencies that must be attained by the future health care specialist.

	Description	Period of acquisition
Transversal	Common to the whole health care profession	Throughout two periods of specialisation: core + specific (4 to 6 years)
Core	Common to a group of health care specialties	Throughout the core period (2 years ± 6 months)
Specific	Belonging to a health care specialty	Throughout the specific period (2-4 years)

pecializada se diferencian dos periodos: uno primero en el que se desarrollan esas competencias comunes a varias especialidades, las que conforman el tronco, seguido de otro en el que se adquieren las competencias propias de la especialidad. En este sistema organizativo troncal quedan claramente diferenciadas tres tipos de competencias que debe alcanzar el futuro especialista sanitario (Tabla II): las transversales (comunes a una profesión sanitaria), las troncales (comunes a un conjunto de especialidades, a un tronco) y las específicas (propias de una especialidad sanitaria).

Está fuera de toda duda que las competencias que debe adquirir un especialista deben estar bien establecidas por los responsables nacionales e internacionales de la especialidad (Comisión Nacional y Sociedades Científicas). Tampoco es cuestionable que las competencias a alcanzar por un especialista deben ser las mismas, independientemente de si se consiguen mediante un proceso de formación lineal o troncal. Si contemplamos la formación de una sola especialidad de manera aislada, por ejemplo la cardiología, no deben existir diferencias entre cardiólogos formados mediante el actual proceso lineal o los formados mediante el nuevo proceso troncal. Ambos cardiólogos deben mostrar el mismo abanico y nivel de competencias y las deben haber adquirido durante un periodo similar; sin embargo, si contemplamos los procesos de formación de todos los especialistas de manera global, la formación mediante la agrupación de especialidades en diferentes troncos muestra una mayor plasticidad, permite abordar mejor el aprendizaje de las competencias comunes en un determinado grupo de residentes, hace posible optimizar recursos y estrategias docentes, y simplifica los procesos de reespecialización para aquellos profesionales que lo deseen.

Durante años hemos insistido en que la principal desventaja del sistema actual de residencia es su

specialties that share common competencies – regardless of their number – are grouped in blocks of core subjects. Thus, two periods can be distinguished in specialised training: one in which students develop those competencies that are common across several specialties, that is to say, those that make up the core block (or tronco), and one in which the competencies of the specialty itself are acquired. In this organisational system of core subjects there are three clearly defined types of competencies that the future health care specialist must accomplish (Table II): transversal (common to a health care profession), core (common to a set of specialties, to a core block) and specific (belonging specifically to one health care specialty).

Without a doubt the competencies a specialist has to acquire must be well established by those responsible for the specialty both nationally and internationally (National Commission and Scientific Societies). Likewise, the competencies to be attained by a specialist must of course be the same, regardless of whether they are accomplished by means of linear or core training. If we take a look at the training in a single isolated specialty, cardiology, for example, there should be no difference between cardiologists trained with the present linear process and those whose training is based on the new core curriculum. Both cardiologists must display the same array and level of competencies, and they must have acquired them over a similar period of time. Yet, if we examine the training processes of all the specialists in a global manner, training based on grouping specialties into different core blocks exhibits greater plasticity, allows the learning of common competencies within a certain group of medical residents to be addressed better, makes it possible to optimise resources and teaching strategies, and also simplifies the processes involved in retraining in another specialty for professionals who wish to do so.

rigidez, que dificulta los trasvases de especialidad y penaliza la optimización de recursos y estrategias. El sistema troncal afronta estas críticas y las resuelve en buena parte. ¿Qué tiene de malo el proceso de formación de especialistas mediante el sistema troncal? Su aspecto más débil es, seguramente, su complejidad. Su implementación es a todas luces más complicada que el proceso lineal, especialmente cuando este último tiene más de tres décadas de rodaje que han hecho olvidar las dificultades iniciales. Pero, ¿la complejidad organizativa es razón suficiente para paralizar la reforma de la formación especializada? Es natural que un cambio de gran alcance genere preocupación, pero desde luego no constituye un argumento suficiente para bloquear el proceso.

En resumen, la troncalidad no es más que un modelo organizativo de la formación especializada que, respecto al proceso actual, debe permitir por un lado una mayor clarificación y concreción en los diferentes tipos de competencias a adquirir por los profesionales, y por otro, debe hacer posible una mayor plasticidad organizativa tanto de los procesos educativos como de los de aprendizaje.

La segunda pregunta que nos hemos formulado ha sido cómo debe llevarse a cabo la implantación o el cambio del modelo lineal al modelo troncal. La respuesta no puede ser más sencilla: de forma gradual, coparticipado por todos los actores y retroalimentado por la propia evolución del proceso. No pretendemos realizar aquí un análisis detallado de los aspectos que deberá contemplar el desarrollo del RD. La FEM y la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) han iniciado un análisis, desde un punto de vista académico, para definir su toma de posición frente al RD e incluso esbozar estrategias para su desarrollo. En este editorial sólo podemos insinuar las líneas generales que, a nuestro juicio, deberían dirigir los diferentes procesos.

Las administraciones implicadas, central y autonómicas, son las que asumen la responsabilidad mayor y última en relación al éxito del proceso de implantación progresiva de la troncalidad, de acuerdo con los plazos previstos en el propio RD que la regula. Sin embargo, la experiencia propia y de otros países aconseja una participación protagonista en su desarrollo de las principales instituciones y organismos de índole académica y profesional con intereses y experiencia constatada en este campo.

Una de las claves del éxito del proceso de implantación del modelo troncal en la formación de especialistas debe radicar en la flexibilidad de los instrumentos legales y técnicos de que se dote para irse adaptando, en plazos cortos, a los nuevos contextos

For years we have insisted on the fact that the main drawback of the current system of medical resident interns is its rigidity, which makes it more difficult to switch over from one specialty to another, and penalises the optimisation of resources and strategies. The core curriculum system addresses this criticism and, to a large extent, resolves it. What is wrong with the process of training specialists by means of the core curriculum system? Its weakest point is surely its complexity. Its implementation is clearly more complicated than that of the linear process, especially when the latter has been under way for over three decades, which has allowed its initial difficulties to be forgotten. But is organisational complexity a good reason to paralyse the reform of specialised training? It is only natural for a change of such dimensions to generate concern, but naturally it is not reason enough to hold up progress.

In short, the mandatory core curriculum is no more than an organisational model of specialised training that, with respect to the current process, should allow for greater clarification and concretion in the different types of competencies to be acquired by professionals, on the one hand, and make it possible to achieve greater organisational plasticity of both educational and learning processes, on the other.

The second question we have posed concerns how the implementation or change from a linear model to a core model should be carried out. The answer cannot be simpler: gradually, with the active participation of all the stakeholders and by drawing on feedback gleaned from the actual evolution of the process itself. It is not our aim here to perform a detailed analysis of the aspects that will have to be taken into account in implementing the RD. The FEM and the Spanish Society for Medical Education (SEDEM) have begun an analysis, from an academic point of view, in order to define their standpoint vis-à-vis the RD and even sketch out strategies for its implementation. In this editorial we can only hint at the general guidelines that, in our opinion, should direct the different processes.

The (central and autonomic) administrations involved are the ones that take on the greatest and ultimate responsibility for the success of the process of progressively implementing the mandatory core curriculum, in accordance with the deadlines set out in the actual RD that regulates it. Nevertheless, our own experience and that of other countries shows that it is advisable to ensure that the main participants in carrying out this process are the leading academic and professional institutions and organisations with an interest and proven experience in this field.

generados. Las decisiones que deben tomarse a lo largo del proceso han de estar fundamentadas en datos fiables, obtenidos a través de metodologías científicamente sólidas y diseñadas con criterios homogéneos para el conjunto del estado con el fin de garantizar su imprescindible desarrollo armónico.

La evaluación de la marcha del proceso se ha de basar en la aplicación de metodologías cuantitativas y cualitativas para permitir aproximaciones fidedignas a las múltiples facetas del mismo. Las primeras deben generar datos, por ejemplo, en relación al cumplimiento de los calendarios previstos para la constitución de las comisiones y grupos, sobre el diseño y desarrollo de los programas de formación troncales y específicos, sobre los requisitos de acreditación de las nuevas unidades docentes, y sobre su composición, normas de funcionamiento y equivalencias de los procesos de evaluación troncales y de especialidad y áreas de capacitación específicas. Las de tipo cualitativo se han de diseñar para disponer de instrumentos que permitan un seguimiento continuado y periódico de los problemas generales y locales con los que se encuentre el proceso de implantación, así como de las opiniones y propuestas de los diferentes actores a partir, por ejemplo, de encuestas o entrevistas.

Hay que ser conscientes de la necesidad de anticiparnos a los diferentes problemas que generará el proceso de implantación del modelo troncal. En buena parte, el éxito del cambio de modelo dependerá de la previsión, tanto de los problemas estructurales como de los organizativos. Además, habría que definir previamente los recursos que requiere el cambio de modelo y prever los que en el modelo actual no se necesitaban. En la tabla III se describen algunos aspectos que se han de considerar antes de poner en marcha el nuevo sistema troncal. No está de más insistir en que, para el éxito del proceso de desarrollo e implantación del modelo troncal, serán claves la cooperación entre las partes y la confianza entre ellas.

No queremos soslayar una reflexión final sobre las razones de la tardanza en la promulgación de este RD cuando, en un principio, había unanimidad en señalar la rigidez del sistema de formación especializaba y se abogaba, también por unanimidad, por una solución que pasaba por un cambio de estructura en la que se agruparan las especialidades según sus afinidades. Efectivamente, el largo periodo de gestación al que las diferentes administraciones sanitarias han sometido el recién nacido RD 639/2014 se relaciona directamente con la beligerancia –a favor, pero sobre todo en contra– que el cambio de modelo ha generado en diversos colec-

One of the keys to the success of the process of implementing the core curriculum model in the training of specialists must lie in the flexibility of the legal and technical instruments it is endowed with in order to be able to keep adapting itself, on a regular basis, as new contexts come into being. The decisions that must be taken throughout the process have to be based on reliable data obtained using methods that are scientifically sound and designed with criteria that are homogenous across the state as a whole in order to ensure the balanced development that is required.

Evaluating the rate at which the process is taking place has to be based on the application of both quantitative and qualitative methodologies to allow reliable estimations of its different facets to be obtained. The first of these two methodologies must generate data, for example, about compliance with the schedules foreseen for setting up commissions and groups, about the design and development of the programmes of core and specific training, about the requirements for accrediting new teaching units, and about their composition, norms of operation and the equivalences of the processes of assessing core and specialty materials and areas of specific instruction. On the other hand, those of a qualitative nature must be designed in such a way as to offer instruments that allow continuous periodic monitoring of the general and local problems encountered by the process of implementation, and also the opinions and proposals of the different stakeholders collected through surveys or interviews, for example.

We must be aware of the need to anticipate the different problems that will be generated by the process of implementing the core curriculum model. The success of the change of model will largely depend on the extent to which both structural and organisational problems are anticipated. Moreover, before starting the process, it would also be necessary to define the resources required by the change of model and to foresee the unnecessary ones present in the current model. Table III shows some of the aspects that must be taken into account before putting the new core curriculum system into practice. At this point it is worth stressing that cooperation and trust among the different parties will play a key role in the success of the process of developing and implementing the core model.

We do not want to finish without one last reflection on the reasons why this RD has taken so long to enact when apparently there was unanimous agreement regarding the rigidity of the system of specialised training and calls were being made, also unanimously, for a solution involving a change of structure

Tabla III. Aspectos a tomar en consideración en el desarrollo del modelo troncal.

Información general
Información a los actores: gestores, docentes y discentes
Formación de gestores y docentes
Priorización temporal de las propuestas relacionadas
Acreditación de centros y unidades
Certificación de personas
Evaluación: inicial, troncal, específica y final
Recursos necesarios
Desarrollo normativo del Real Decreto

Table III. Aspects to be taken into account in the development of the core curriculum model.

General information
Information to stakeholders: directors, teachers and learners
Training of directors and teachers
Prioritising related proposals in time
Accreditation of centres and units
Certification of people
Assessment: initial, core, specific and final
Resources needed
Regulatory development of the Royal Decree

tivos, asociaciones, sociedades e instituciones. A nuestro entender, esta combatividad ha sido desmesurada, primero porque ha carecido de perspectiva global, y segundo, porque se ha basado en primar los intereses de grupos concretos por encima de los generales. La falta de razonamientos sólidos y los argumentos plagados de juicios de intenciones han sido frecuentes en las tesis aducidas. Es más, se han invocado argumentos contrarios a la reforma que, en realidad, sugerían la necesidad de una nueva estructura.

En resumen, entendemos que la reforma de la formación especializada, si bien es compleja y no carente de dificultades organizativas, era conveniente y representa una oportunidad de mejora. Para que ello sea así, para que la formación especializada alcance la excelencia, los diferentes colectivos deberán trabajar conjunta y confiadamente y establecer sinergias y mecanismos de supervisión y retroalimentación para resintonizar los procesos que muestren dificultades de encaje. El futuro no está en el BOE, sino en la voluntad de los actores. Si no estamos interesados en el éxito es suficiente con no hacer nada, pero si queremos lo mejor para la formación especializada, debemos ponernos manos a la obra. ¿Quién se niega?

in which specialties were grouped according to the similarities among them. Indeed, the long period of gestation the different health care administrations forced the newborn RD 639/2014 to undergo is directly related to the belligerence (in favour, but above all against) that the change of model has caused within different collectives, associations, societies and institutions. As we understand it, this hostility has been disproportionate, firstly because it has lacked an overall perspective and secondly because it was based on giving priority to the interests of certain specific groups rather than those of more general ones. The absence of any solid reasoning and the presence of arguments fraught with presuppositions have been frequent in the above-mentioned theses. Furthermore, arguments against the reform have also been invoked, although in fact they were suggesting the need for a new structure.

In short, we believe that the reformation of specialised training, although complex and not devoid of its organisational difficulties, was advisable and represents an opportunity to improve. For this to occur, and for specialised training to reach excellence, the different collectives will have to work jointly and trustingly, and establish synergies and mechanisms of supervision and feedback in order to retune the processes that are proving to be difficult to fit in. The future does not lie in the BOE, but instead in the stakeholders' will. If we are not interested in succeeding, doing nothing will suffice, but if what we want is the best specialised training, then we must get on with it. Anyone going to refuse?