

Formación en cirugía ortopédica y traumatología en España

Luis Ferrández Portal

INTRODUCCIÓN

EL PROCESO DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS: DESDE SUS INICIOS A LA ACTUALIDAD

«Los enormes progresos de la técnica, la gran extensión de los conocimientos en cada profesión, han obligado a que existan, constituyendo una necesidad en los momentos actuales, la especialización y el especialista». «Debe crearse la enseñanza oficial de las especialidades». «La duración del aprendizaje de la especialidad será variable y nunca debe hacerse en menos de tres años». «De este modo no veo inconveniente en multiplicar el número de especialidades».

Estos textos entrecomillados y aquí recogidos no se escribieron en la década de los sesenta o setenta del pasado siglo, sino hace casi 80 años (exactamente en el año 1934), y pueden leerse en un trabajo titulado «La enseñanza de la Medicina en España» de la que figura como autor un eximio profesor universitario de entonces: el Prof. Teófilo Hernando.

Esto demuestra que, ya en aquellos tiempos, mentes privilegiadas y con gran visión de futuro intuían la importancia que las especialidades médicas iban a tener (o deberían haber tenido ya) en el contexto de la profesión médica. Sin embargo, y desde entonces, tuvieron que transcurrir más de 40 años para que se tomase conciencia de la importancia de este tema y se empezase a plasmar en leyes y órdenes ministeriales la regularización de las especialidades médicas.

La formación de los especialistas médicos en España no ha estado convenientemente regulada hasta finales de la década de los setenta del pasado siglo. Hasta entonces, la especialización se venía realizando sobre la base de la Ley de 20 de julio de 1955 que hacía referencia a la enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. La simple inscripción en los Colegios de Médicos existentes en cada provincia en una especialidad determinada, hacía posible hasta entonces la solicitud del título de especialista al cabo de un determinado período de tiempo, independientemente de cómo se hiciera dicha formación. En la citada ley, no obstante, se hizo recaer la responsabilidad de esta enseñanza en las Facultades de Medicina (en el caso concreto de nuestra especialidad en las Cátedras de Patología y Clínica Quirúrgicas), así como en las Escuelas de Especialización reconocidas por el Ministerio de Educación y Ciencia. Esto venía a poner cierto orden en el sistema de especialización, evitando que la formación pudiera hacerse casi de una manera «autodidacta».

A través de las Cátedras y de las Escuelas de Especialización, se formaron un buen número de colegas (nosotros entre ellos) que llegaron a ocupar puestos importantes tanto en la universidad como en los hospitales más importantes de España. La mayor

parte de los catedráticos de la especialidad que ocupaban sus cargos entre los años 1980 y 2000, así como bastantes Jefes de Servicio hospitalarios hicieron su formación conforme a esta normativa, independientemente de que, además, algunos de ellos completaran sus conocimientos desplazándose a centros extranjeros de reconocido prestigio (fundamentalmente europeos y americanos) durante determinados períodos de tiempo.

Hay que reconocer aquí la importante labor que hicieron en el terreno de la docencia de la Traumatología y Cirugía Ortopédica, las Escuelas oficiales reconocidas como tales, destacando entre otras la de la Universidad de Valencia, dirigida por el Prof. Gomar Guarner; la de la Universidad Complutense de Madrid, puesta en marcha y regida en primer lugar por el Prof. Martín Lagos, y a quien sustituyó después el Prof. Durán Sacristán; la del Hospital de la Sta. Creu y St. Pau, bajo la dirección del Prof. Vilardell y la del entonces llamado Hospital Provincial de Madrid de la que fueron directores primero el Dr. Sanchís Olmos y posteriormente el Prof. Vaquero González. También existieron otros centros en donde se daba formación de calidad, como fueron los del Hospital de Valdecilla en Santander y el del Hospital Civil de Basurto en Bilbao. Todas estas Escuelas incluían en su reglamento la necesidad de una selección para la admisión de candidatos, una programación y la realización de un examen final para la valoración de los conocimientos adquiridos. El período de formación ocupaba un total de dos años.

A partir de los años sesenta se empezó a tomar en consideración la necesidad de llevar a cabo una reforma en profundidad de la formación de los especialistas en el Estado español, y se puede decir que esta reforma tiene ya sus orígenes con el desarrollo de los Seminarios de Hospitales de la red sanitaria de la Seguridad Social, así como con la aparición de los programas de postgrado. Posteriormente, en sendas Órdenes Ministeriales fechadas en 1969 y 1971 se establecen las categorías posibles de los médicos en formación: la de médico interno, dirigida a la práctica clínica básica, y la de médico residente, dedicado a la práctica especializada. Se crea una Comisión de Admisión para todos los hospitales pertenecientes al entonces llamado Instituto Nacional de Previsión.

Pero es a partir de 1977 cuando se produce un cambio radical en el sistema de formación de especialistas y en donde podemos situar los verdaderos orígenes hasta desembocar en el programa formativo actual. Por una Orden Ministerial de ese mismo año se procede a la unificación de la formación postgraduada en todas las Instituciones de la Seguridad Social, así como en aquellas otras, tanto públicas como privadas, que quisieran adherirse a la normativa. Se toma, además, una decisión clave: la selección de los médicos que deseen especializarse mediante

una combinación de «currículum» y una prueba tipo «test». Al siguiente año (1978) en el Real Decreto 2015 se reconoce como base de la formación el sistema de residencia (médicos internos y residentes o MIR), aunque se mantenían todavía la docencia de la especialidad en las cátedras y escuelas profesionales según el modelo antiguo. A partir de 1978 se empiezan a realizar las pruebas de selección que desde entonces se conocen como «examen MIR», presentándose en la primera prueba casi 20.000 aspirantes para un total de aproximadamente 2.000 plazas. En esta desproporción existente entonces entre candidatos y plazas creemos que influyó de manera clara el hecho de que a lo largo de la década de los años setenta y primeros de la del ochenta, el deseo de muchos jóvenes de conseguir el título de médico produjo una gran masificación y una desproporción entre el número de licenciados que salían de las Facultades de Medicina y las plazas que se ofrecían en el mercado de trabajo. Además, la dificultad (o más bien la imposibilidad) de poder dominar en su totalidad áreas importantes del saber médico, favoreció el nacimiento de nuevas especialidades, lo que obligó necesariamente a que los jóvenes médicos tuvieran que polarizarse y centrar su profesión en una especialidad concreta. Sin embargo, este desequilibrio entre aspirantes y plazas fue disminuyendo a partir de los ochenta, influyendo en ello la instauración del «numerus clausus» en las Facultades y el aumento del número de plazas ofertadas cada año en nuestra especialidad. Así, a partir de los años noventa se va produciendo un incremento progresivo de dichas ofertas, de tal manera que mientras en el año 1993 se ofertaron 132, en el 2000 llegaron a ser de 156, alcanzando la cifra de 213 para la promoción del año 2009 (202 para instituciones públicas y 11 para instituciones privadas). Estas plazas se distribuyeron entre la diferentes Comunidades Autónomas de la siguiente manera: el 19% para Cataluña, el 16% para Andalucía, el 15% para Madrid, el 10% para Valencia y el 6% para Galicia, no superando el resto el 5%.

A pesar de todos estos problemas, y de las críticas que pudieran surgir sobre el procedimiento puesto en marcha a partir de 1978, todo el mundo ha llegado a reconocer que el sistema de formación de especialistas ha sido de gran eficiencia y no tiene nada que envidiar al del resto de los países más avanzados, habiendo contribuido en gran medida a que el nivel alcanzado con él por los médicos especialistas españoles, y en particular por el de los cirujanos ortopédicos y traumatólogos, sea casi inmejorable, como ha sido reconocido también por muchos colegas extranjeros.

En el Real Decreto 127/1984 por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista, se recoge ya una clasificación de las especialidades tanto hospitalarias como no hospitalarias reconocidas y los programas formativos a desarrollar en cada una de las unidades acreditadas para la docencia, unidades que tendrán que reunir una serie de requisitos mínimos para conseguir dicha acreditación. Un punto a considerar (que consideramos importante) es que se sustituye el examen final de evaluación por unas evaluaciones continuas anuales y al final de cada año, sistema que ha venido manteniéndose hasta la actualidad. Con este Decreto se deroga la Ley de 1955 y el Real Decreto 2015/1978. Un punto principal que aporta este Real Decreto es que en él viene recogida la relación de las especialidades que requieren una formación hospitalaria. Se consideran en esa situación un total de 41 especialidades, entre ellas la de Traumatología y Cirugía Ortopédica (término con el que entonces todavía se denominaba a nuestra especialidad).

En el año 1995 (Orden Ministerial de 22 de junio) se procede a la regulación de las comisiones de docencia y de los sistemas de evaluación de los médicos internos y residentes, y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (44/2003 de 21

de noviembre) queda plasmado cómo deberían constituirse dichas comisiones y las condiciones que deben reunir todos los miembros constituyentes de las mismas. Conviene que aclaremos aquí en qué orden están jerarquizados los Órganos y Entidades que intervienen directa o indirectamente en todo el proceso de la formación de especialistas o cuáles son sus niveles de estructuración. Jerárquicamente la cabeza la forman el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad y Consumo, aquél extendiendo el Título, y el de Sanidad controlando todo el proceso y proponiendo las leyes correspondientes. A continuación está el Consejo Nacional de Especialidades, que actúa como órgano consultor al más alto nivel. En el tercer lugar de la escala se sitúan las Comisiones Nacionales de las distintas especialidades, cuya constitución y principales funciones especificaremos a continuación, y cerrarían la cadena las Comisiones de Docencia de los centros acreditados para la docencia.

La **Comisión Nacional de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología**, según la nueva normativa está formada por 11 miembros, distribuidos así:

- Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia.
- Cuatro vocales que propone la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud elegidos entre especialistas de las diferentes Comunidades Autónomas.
- Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal, que en nuestro caso son dos miembros de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).
- Dos vocales como representantes de los especialistas en formación (MEF).
- Un vocal en representación de la organización médico-colegial (OMC).

Los cambios introducidos con relación a la constitución de las Comisiones anteriores radican en que se disminuye en un vocal (antes eran tres) la representación correspondiente al Ministerio de Educación y se aumenta en uno (antes eran tres) la representación de los médicos especialistas por parte de la Comisión de Recursos Humanos.

Lo curioso de estos cambios viene dado por el hecho de que puede ser representante por parte del Ministerio de Educación cualquier especialista, aunque no sea funcionario del mismo ni desarrolle función docente universitaria alguna. Esto sería muy similar al hecho de que la Comisión de Recursos Humanos pudiera proponer como vocal a un especialista sin puesto asistencial hospitalario. En la normativa anterior, los representantes del Ministerio de Educación tenían que ser profesores de las Facultades de Medicina, condición que se ha eliminado en la actualidad.

Esta Comisión tiene como funciones principales la elaboración del programa formativo de la especialidad, el establecimiento de los criterios para la acreditación de unidades docentes y formativas, así como de los criterios de evaluación de los especialistas en formación. Básicamente, la función de esta Comisión es la de asesoramiento, canalizando sus decisiones y propuestas a través del Consejo Nacional de Especialidades. Por su importancia, tenemos también que destacar que interviene en el proceso de homologación de títulos, analizando las solicitudes que en este sentido hacen colegas de otros países. Hay que resaltar la importancia de la presencia en la Comisión Nacional de dos vocales natos de la SECOT, por lo que más adelante nos referiremos a este hecho de manera más extensa.

ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES

Una labor importante (que empezó a realizarse ya por los miembros de la anterior comisión a partir del año 2003) fue el

nuestra especialidad, apareciendo su publicación en el BOE con fecha de 7 de febrero de 2007.

Considerando lo más destacable del mismo, intentaremos hacer un resumen de su contenido, pero en primer lugar ha de dejarse claro el hecho de que el objetivo principal a alcanzar con este programa es conseguir la idónea formación de un especialista, pero como «cirujano ortopédico y traumatólogo generalista», ya que con esta idea ha sido realizado.

Los aspectos más importantes a considerar en el mismo son: que la especialidad queda denominada definitivamente como **Cirugía Ortopédica y Traumatología**, con el fin de adaptar dicha denominación a la que existe en la actualidad en gran parte de los países de nuestro entorno científico.

En cuanto a la duración seguirá siendo de **5 años**, que es el límite de años permitidos por la ley.

Para poder acceder al programa de especialización se deberá tener la **Licenciatura de Medicina** (en el futuro el Grado), y superar la **prueba selectiva** conocida como «Examen MIR» que anualmente es convocada por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia. Esta prueba, que se hace en el mismo día y a la misma hora en toda España, consiste en un examen tipo test de 250 preguntas de todo el área de la Medicina y que tiene un valor del 75% de la puntuación total de la nota final, ya que el 25% de la puntuación se obtiene de la valoración del expediente académico. En resumen, esta prueba selectiva está basada en los principios de méritos y capacidad mediante un examen de conocimiento que se plantea de **forma objetiva** y con la utilización de un baremo único de méritos académicos. En el último examen se han introducido algunos cambios (introducción de imágenes) que han sido motivo de crítica por parte de algunos aspirantes, cambios que querían dar un sentido más práctico a algunas de las preguntas, pero que posiblemente no tienen que haber influido de manera importante en los resultados finales.

En principio, el programa de formación pretende **guiar el autoaprendizaje** de los candidatos al Título de la especialidad así como **supervisar sus actividades**, hasta llegar a conseguir el mayor número de actuaciones independientes posible por parte de los mismos. En conjunto, el programa muestra la suficiente **dinámica y flexibilidad** para que pueda adaptarse con facilidad a todas las unidades docentes acreditadas independientemente de sus características, dotaciones y posibilidades de enseñanza. Con este programa no se pretende conseguir una experiencia exhaustiva, sino el mayor número de conocimientos básicos que permita al educando **una buena formación general** como ya dijimos antes.

DEFINICIÓN Y CAMPOS DE ACCIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Nuestra especialidad se define en función de los campos de acción que abarca la especialidad de la siguiente manera: «La Cirugía Ortopédica y Traumatología es la especialidad que incluye la prevención, la valoración clínica, el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y el seguimiento hasta el restablecimiento de la función y trastornos funcionales adquiridos del aparato locomotor y de sus estructuras definitivo, por los medios adecuados definidos por la *lex artis* de la comunidad de especialistas, de los procesos congénitos, traumáticos, infecciosos, tumorales, metabólicos, degenerativos y de las deformidades asociadas». Esta definición es algo más extensa que la reflejada en el programa de 1996, pero sus variaciones no son muy sustanciales.

En cuanto a los **objetivos de la formación**, éstos se fijan en **tres áreas diferentes**: en el área de conocimientos (que corresponde a la formación teórica), en el área de las habilidades (que corresponde a la formación práctica), y en el área de las actitudes. Estos objetivos (y no importa volverlo a repetir) van dirigi-

dos a la formación de un especialista básico que esté capacitado para la educación sanitaria, para la valoración y tratamiento de los problemas comunes de la especialidad así como para la valoración y remisión de otros más complejos.

Referente a los **contenidos específicos del programa**, éstos vienen especificados en cinco apartados diferentes, que se corresponden:

- Con los conocimientos a adquirir o formación teórica.
- Con las habilidades a desarrollar o formación práctica.
- Con las actitudes ante los pacientes.
- Con la formación investigadora.
- Con la formación docente.

En cuanto a los **conocimientos**, la docencia se dirigirá hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de los diferentes procesos, así como hacia las bases científicas de la especialidad y sobre los conocimientos relacionados con la práctica clínica. La instrucción en el terreno de las bases científicas la creemos fundamental y nunca debe de pasarse por alto, teniendo en cuenta que muchas veces el especialista en formación arrastra una floja formación en este campo. Deberá prestarse atención a los siguientes aspectos: estructura y funciones del sistema musculoesquelético, biomecánica y biomateriales, patología general del sistema, principios generales terapéuticos, técnicas de diagnóstico funcional y por imagen y estudios de laboratorio.

En el campo de las **habilidades** se especifican los **niveles de formación** que el médico residente debe llegar a adquirir, que ordenados en orden de importancia en cuanto a autonomía de acción y responsabilidades son los siguientes:

- **Nivel A.** Se incluyen en él todas aquellas actuaciones para las cuales el residente debe estar capacitado para poder hacerlas de manera completa y de forma independiente al terminar su formación.
- **Nivel B.** En él se incluyen las habilidades y buenos conocimientos que el residente debe adquirir en relación con diferentes procesos y que implica llegar a tener una cierta experiencia sobre ellos, pero que aunque no sea capaz de manejarse con ellos de manera autónoma si tiene una participación activa.
- **Nivel C.** Aquí se incluyen todos los conocimientos y habilidades que capacitan al residente para tener un conocimiento teórico, sin necesidad de tener una experiencia activa, participando como observador.

Cuando se pongan en marcha las áreas de capacitación específica, éstas se corresponderían con un nivel A o incluso con un nivel superior a establecer dentro del desarrollo de todo el proceso formativo.

En cada uno de estos niveles vienen especificados toda la serie de procesos, habilidades y conocimientos, que por su extensión no ha lugar de referir aquí.

La formación en el terreno de las **actitudes** va dirigida a lograr que el especialista llegue a ser un **buen profesional**, y para ello se le educará en aspectos tales como la orientación al paciente, la identificación con los objetivos del centro y unidad en donde realiza su formación, las capacidades de colaboración y dedicación, saber mostrar flexibilidad en relación con sus intereses y en relación con otras personas, respetar las normas éticas, saber llevar iniciativas para tomar decisiones según el nivel de los conocimientos alcanzados, y saber utilizar los recursos de una manera racional.

La **formación investigadora** va a tener como objetivo el que el especialista adquiera unos conocimientos básicos sobre la metodología de investigación, lo cual debe ser absolutamente necesario en todo médico residente y así se refleja en el último programa formativo. Hay que hacer constar que este tipo de formación ya se considera, y como tal viene incorporada en los

programas de los estudios del pregrado en donde el estudiante debe ser instruido sobre ella.

Inicialmente, debería centrarse esta formación en la investigación clínica, sin despreciar el adquirir también conocimientos elementales sobre la experimental, ya que hay que tener en cuenta que su trabajo futuro será fundamentalmente asistencial y será en este terreno en donde encontrará la materia suficiente para realizar esta labor investigadora. Como consecuencia de todo esto, el residente debe ser motivado para la realización de trabajos, incorporándose en algún grupo de investigación e incluso participando como colaborador en proyectos de investigación subvencionados.

Teniendo en cuenta que, a partir de ahora, un médico residente que ha terminado su primer año de formación, puede pasar a realizar directamente la Tesis Doctoral sin necesidad de realizar cursos de doctorado previos y sin acreditar el Diploma de Estudios Avanzados, sino con el único requisito de haber publicado al menos un trabajo en una revista indexada o haber presentado una comunicación a un congreso internacional o tres a uno nacional, el interés en él por publicar o comunicar debe necesariamente incrementarse y la realización de la Tesis Doctoral va a tener para todos ellos un camino más allanado. Ni que decir tiene que, en el caso que desee seguir el camino de la docencia universitaria, tendrá que ir de la mano de la investigación y la necesidad de publicar para poder promocionarse será imprescindible. La posibilidad de que un MIR quiera polarizarse con más énfasis hacia la investigación, debe ser contemplada, máxime cuando en países de alta tradición investigadora como es el caso de los Estados Unidos, se quiera dar tanta importancia a la formación investigadora como a la clínica.

La **formación docente** de los residentes va siendo cada vez más necesaria como consecuencia de que los conocimientos que ellos van adquiriendo pueden ir transmitiéndolos a las promociones más jóvenes. Además, aquéllos que realizan su formación en hospitales considerados como universitarios, pueden y deben colaborar también en la docencia de los alumnos del pregrado. En algunos de estos últimos centros se han creado las figuras del «colaborador honorífico», del «médico de colaborador de docencia práctica» y del «colaborador docente clínico», que a diferentes niveles, les permite intervenir en la enseñanza práctica de estos alumnos. Por supuesto, para aquéllos que quieran seguir la carrera docente esta formación es imprescindible y es necesario que se instruyan en los principios y técnicas de la docencia.

EL PERÍODO DE ROTACIÓN DEL RESIDENTE POR OTRAS ESPECIALIDADES

En el programa actual, se introdujeron cambios sustanciales en cuanto a estas rotaciones no solamente en relación a las especialidades por donde se debe de rotar, sino también en relación al tiempo que deben durar tales rotaciones. Se consideró, por la Comisión Nacional, que era necesario la reducción de las rotaciones no específicas a favor de la formación concreta en la especialidad y se ha dejado cierta flexibilidad a cada unidad para realizar el programa de las mismas. No obstante, la Comisión Nacional recomienda que el médico residente se incorpore inicialmente a la unidad docente propia de la especialidad elegida, permaneciendo en ella durante seis meses. De esta manera, podrá el residente valorar «lo adecuado de su elección» y establecerá «las conexiones y conocimientos oportunos de carácter personal e institucional». Se aconseja también una reducción de las rotaciones no específicas (rotaciones por otras especialidades), las cuales no deberían sobrepasar los trece meses, y se enfatiza sobre la rotación durante tres meses en las especialidades de cirugía plástica, estética y reparadora, anestesiología y cuidados críticos y angiología y cirugía vascular. El resto se considerarían rotaciones optativas, con una duración de dos meses para cada una de

TABLA 2
PROCESO ACTUAL PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN COT

- Educación Infantil (3 a 6 años - no obligatoria)	3 años
- Educación Primaria (6 a 12 años).....	6 años
- Educación Superior Obligatoria (ESO) (12 a 16 años) ..	4 años
- Bachillerato (16 a 18 años).....	2 años
Examen de Selectividad. Ingreso en la Universidad	
- Licenciatura en Medicina	6 años
- Prueba Selectividad MIR.....	1 año
- Período de Formación Especializada	5 años
Título de Especialista en COT (Ministerio Educación)	
Total años de estudio	27 años

ellas. Se ha introducido en el último programa formativo una rotación por la especialidad de atención primaria, así como un apartado referente a la formación sobre protección radiológica, formación considerada como obligatoria.

De esta manera, el cronograma de la formación quedaría establecido de la siguiente manera:

- **Primer año:** 6 meses (período inicial) en Cirugía Ortopédica y Traumatología; 3 meses en Anestesiología y Reanimación.
- **Segundo año:** 9 meses en Cirugía Ortopédica y Traumatología; 3 meses en otras rotaciones prioritarias
- **Tercero a quinto año:** intercalar en tercero y cuarto un mínimo de dos optativas y un máximo de tres (2 meses en cada una). Se aconseja también programar durante el quinto año una estancia de 3 meses en alguna unidad docente de la especialidad específica nacional o extranjera. Durante este último año deberá finalizar el o los trabajos de investigación en principio propuestos, y si es posible la tesis doctoral (Tabla 2).

EL TUTOR EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Es una pieza fundamental dentro del programa de formación y tiene como misión la planificación y la colaboración activa en el aprendizaje tanto de los conocimientos como de las habilidades y actitudes propias de la formación del especialista. Es, por tanto, el primer responsable del proceso enseñanza-aprendizaje y el pilar sobre el que se sustenta toda la responsabilidad de la formación de cada uno de los especialistas. Las funciones del tutor se especifican en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. En ella se dice que: «las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa, favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente». Sobre él recae también la organización y control de las rotaciones y la responsabilidad de las evaluaciones que anualmente han de realizarse a cada residente.

Pero llevar a buen término tales objetivos de una manera adecuada implica una labor que no es fácil, requiriendo en primer lugar que las personas que deseen realizar tales funciones deban tener un idóneo grado de competencia en los terrenos de la clínica, docencia e investigación. Además, será necesaria una dedicación casi exclusiva para realizar todas las actividades inherentes al cargo, por lo que los tutores tendrán que demostrar no sólo capacidad de

conocimientos sino también la virtud de la vocación docente. Por otra parte, también debe servir de modelo o patrón de conducta para el residente en lo referente al campo de las actitudes. Es lógico, que por todos estos motivos, deba de ser apoyado a tope no sólo por las autoridades del centro sino también por los facultativos de la unidad acreditada encabezados por el Jefe de la misma. En la ley anteriormente citada se dice ya que «las Comunidades Autónomas adoptarán las medidas necesarias para favorecer una adecuada dedicación de los tutores a su actividad docente».

En resumen, el tutor como pieza imprescindible de la formación de especialistas debe tener un perfil profesional y humano.

NUEVAS PERSPECTIVAS: LA TRONCALIDAD. LA EVALUACIÓN FINAL DE LOS CONOCIMIENTOS

El sistema de troncalidad se recoge ya en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre de 2003, ya que en ella aparece el siguiente párrafo: «Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años». Este sistema quiere ponerse en marcha a partir de 2011, en cuyo caso se verán ya implicados en él los MIR que iniciasen su formación en 2012 (Tabla 3).

Venía trabajándose ya desde hace algunos años por parte de los Ministerios y del Consejo Nacional de Especialidades sobre este tema y, al parecer, se ha avanzado tanto que muy pronto el sistema troncal formará parte del sistema de formación de los médicos especialistas.

La troncalidad viene dada por el hecho de la existencia de competencias comunes para determinadas especialidades médicas, lo que permitiría una agrupación de éstas y de sus períodos formativos. El objetivo de la introducción de este sistema es el de mejorar todo el proceso de la formación especializada. Esta mejora radicaría sobre todo en el hecho de que puede favorecer el aprendizaje para la resolución de problemas desde diferentes perspectivas, favoreciendo el trabajo en equipo. Por otra parte, favorecería la posibilidad del cambio de especialidad sin tener que realizar otra vez el examen correspondiente.

Pero hay que matizar sobre los posibles inconvenientes, los cuales, bajo nuestro punto de vista, podrán ser los siguientes:

- El acortamiento del período de formación en la especialidad específica, que en nuestro caso (y debido al notable incremento de los conocimientos y técnicas que se han producido en los últimos años), puede suponer una merma importante en cuanto a la adquisición de conocimientos y habilidades en el área propia de la Cirugía Ortopédica y Traumatología. Este inconveniente habría que compensarlo

con el incremento de un año de la formación específica, la cual tendría que ser necesariamente de cuatro años.

- El hecho de que estos dos años de troncalidad serían como una prolongación de los estudios de grado de la carrera de Medicina y en alguna medida podrían resultar estériles.
- La suma de otra prueba más de selección al terminar estos dos años, que se ha de añadir a la realizada con anterioridad para ingresar en el sistema MIR, y sin considerar la posibilidad de una tercera al finalizar todo el sistema formativo, en cuyo caso ya serían tres en total.

Pensamos, que cuando con los nuevos planes de estudio del Grado de Medicina se ha dado un golpe de timón en cuanto a tratar de incrementar la formación de los futuros médicos en el campo de las actitudes y habilidades, procurando una integración a los servicios hospitalarios durante el período de los estudios de las disciplinas clínicas, con el objetivo de que al finalizar sus estudios tengan una formación práctica más consistente que la que hasta ahora conseguían, no sería en absoluto descabellado el adelantar la elección troncal al menos al último año de los estudios de Grado y debería también revisarse los programas de estos estudios que además están sobrecargados de materias. De esta manera, a lo mejor no sería necesaria la troncalidad postgrado o bastaría con un año.

En realidad, los dos años de troncalidad, al menos en nuestra especialidad, tendrían cierto parecido al sistema de rotaciones que actualmente se realiza, diferenciándose en que los estudios de la troncalidad se realizarían compartidos con otros colegas que derivarán hacia otras especialidades y que posiblemente no tendrán la flexibilidad de aquéllos. No obstante, todavía faltan por concretar aspectos básicos de este período troncal.

PAPEL DE LA SECOT EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

La importancia que las Sociedades Científicas tienen dentro del proceso de formación de los especialistas viene reconocida ya por las propias Administraciones que legislan, cuando se incluyen en las distintas Comisiones Nacionales dos vocales representando a dichas Sociedades. Pero el peso específico de muchas de ellas, y en concreto de la SECOT, queda plasmado también en el hecho de que generalmente la mayoría o incluso el resto de los componentes de dichas comisiones que actúan como representantes de otros organismos pertenecen también a la Sociedad en calidad de socios numerarios o asociados (en este último caso los representantes de los médicos residentes).

El hecho es que la SECOT ha tratado durante los últimos años de colaborar con la Comisión Nacional y a través de ella con los organismos superiores responsables de la formación de los médicos especialistas, preocupándose por dicha formación. Para ello ha establecido un programa de formación especializada en el que colaboran también de manera importante las distintas Sociedades Autonómicas. Este programa, que se inició en febrero de 2008, se considera como un programa suplementario y se imparte a lo largo de tres sesiones anuales durante cuatro años, reuniendo a los residentes en sus diferentes sedes, desarrollándose mediante web conferencia. No dudamos de lo positivo del mismo, pero de ninguna manera ello debe interferir sobre la docencia que obligatoriamente recae sobre los responsables de las diferentes unidades, que no debe de relajarse amparándose en la existencia de este programa, que en todos los casos es solamente complementario.

Por otra parte, la SECOT empezó a poner en marcha a partir de 2005 un sistema de Evaluación Final Voluntaria para los MIR de nuestra especialidad, evaluación que ha sido acogida con éxito tanto por evaluadores como por evaluados. Esta evaluación tiene como objetivo valorar la competencia profesional del médico especialista cuando éste ha finalizado su período de formación. Se realiza al estilo del Board Europeo (organizado por la

TABLA 3 PROCESO FUTURO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN COT «Grado en medicina»	
Examen selectivo para Médicos Internos y Residentes (MIR)	
Formación Especializada	
a) Fase troncal.....	2 años
Examen al terminar la fase troncal	
b) Fase específica	3 años
Examen final al finalizar la parte específica	
Título de Especialista en COT	
¿Áreas de capacitación Específica?.....	1 año
¿Examen Área de Capacitación?	

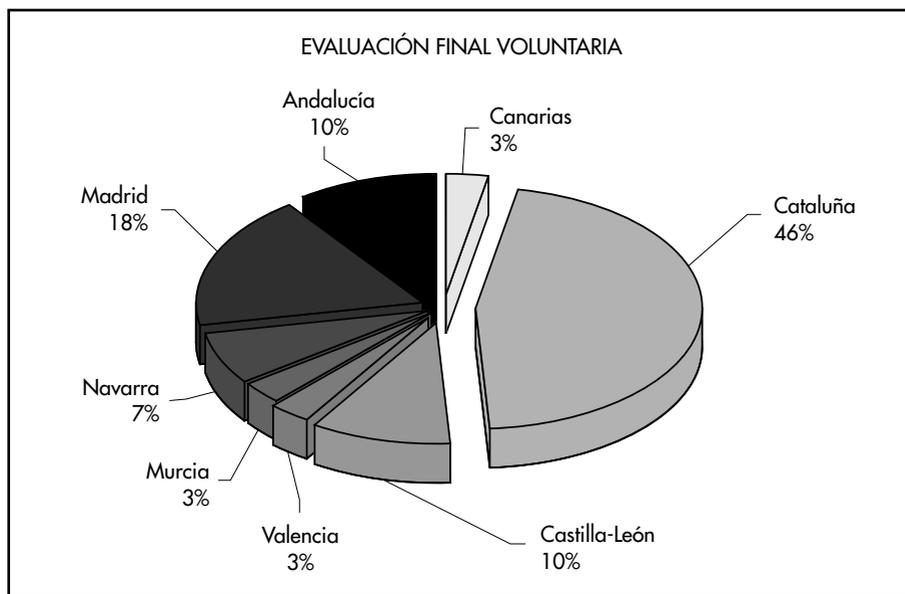


Figura 2. Porcentaje de presentados según Comunidad de procedencia (2009).

Unión Europea de Médicos Especialistas, sección de COT), mediante una prueba que reúne un test con respuestas múltiples y un análisis de supuestos clínicos mediante entrevista a lo largo de seis estaciones específicas para contestar a un total de 30 a 40 preguntas. La prueba de evaluación se hace coincidir con las fechas de los diferentes Congresos Nacionales de la SECOT (justo antes del comienzo de los mismos), este año alcanzará su sexta edición coincidiendo con el Congreso a celebrar en Madrid (Fig. 2).

Este método de evaluación debería ser considerado por el Consejo Nacional y podría ser tomado como ejemplo para la realización de la prueba final de todas las especialidades, prueba siempre considerada, pero siempre debatida e inexplicablemente no puesta oficialmente todavía en práctica.