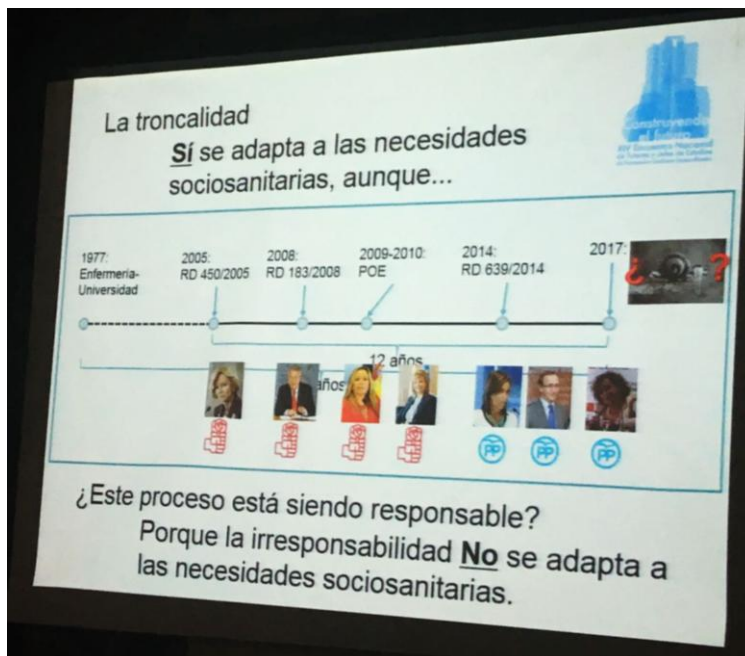


# ¿La especialidad de COT dentro o fuera de la Troncalidad?



**SECOT**

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología



# Argumentos a favor de posicionar la especialidad de COT *fuera* de la troncalidad

Creo no equivocarme mucho si expreso que, tras muchos debates y encuentros con tutores y compañeros de la **Especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología** (COT) y otras especialidades quirúrgicas, el sentir general es de **RECHAZO a la propuesta de la Troncalidad**, que, efectivamente, en los momentos iniciales apoyó el Prof. D. Luis Munuera, entonces Presidente del Consejo de la Especialidad. Algunas de las razones argumentables son las siguientes:

1. Tras **4 décadas de Sistema MIR** en España, es **en la última**, desde el RD 183/2008, en la que ***se ha empezado a desarrollar y a normalizar*** la Formación Sanitaria Especializada (FSE), se ha empezando a hablar un “lenguaje común” y a entender cómo gestionar, desarrollar y evaluar la misma.
2. Paralelamente, **ha costado mucho tiempo encontrar líderes y expertos en docencia** y formación sanitaria que, tras numerosos encuentros y tiempo de trabajo, **han creado “escuela”, metodología, literatura, cursos y recursos especializados** para tutores de residentes y la FSE en general. Ahora sí empezamos a entender y trabajar esta metodología, con herramientas y planteamientos maduros, contrastados en Hospitales pioneros y con herramientas de gestión y evaluación más adecuadas y objetivables.
3. Ya en el propio **Programa Oficial de Formación de la Especialidad Médica de Cirugía Ortopédica y Traumatología** (COT) de 2007 se incide en lo ajustado o difícil que resulta desarrollar adecuadamente un programa de formación tan amplio en sólo 5 años de residencia, sugiriéndose la conveniencia de valorar ampliar este periodo. Ello choca frontalmente con el planteamiento de una formación troncal quirúrgica de 2 años y sólo 3 de formación específica en COT.

4. Si se argumenta, **a favor de la Troncalidad**, que *es necesario un periodo de madurez clínica previo a la elección de la especialidad médica*, habría que considerar dos realidades:
  - a. **¿Estamos realizando un correcto planteamiento docente durante el Grado de Medicina en las Universidades?** ¿Por qué no se aborda mejor la formación práctica o clínica en la Universidad y Hospitales Universitarios? ¿Es que no son suficientes 6 años, si se orientaran bien los últimos cursos con una perspectiva más clínica y pensando menos en el examen teórico MIR?
  - b. Hablando específicamente de la **especialidad de COT**, normalmente muy vocacional, **¿es realmente significativa la proporción de residentes que vieron frustrada su vocación y requirieron el cambio de especialidad por este motivo?** Personalmente, no conozco ningún caso. En el Consejo de la Especialidad lo podrían responder objetivamente con sus registros.
5. En un mundo en el que tanto se mide la **eficacia y la eficiencia** en el terreno de la clínica y la gestión, **en el ámbito de la docencia**, formulé esta pregunta a los expertos en el desarrollo de la Troncalidad a nivel nacional, en el pasado congreso de SEFE-AREDA (Madrid, oct. 2017), sin que pudiera conseguir ningún argumento sólido a favor de la Troncalidad en el ámbito quirúrgico:
  - a. **¿Qué evidencias tenemos de que la Troncalidad es más eficaz docentemente que el sistema actual?** Existen otros planteamientos docentes en otros países del entorno, pero no podemos demostrar que sean mejores que el nuestro. **¿No será más adecuado mejorar solo aquellas partes de los programas de formación actuales**, desarrollando o adaptando mejor las rotaciones generales o la formación común transversal, o mejorando las competencias de trabajo interdisciplinario en el ámbito clínico, etc.?
  - b. **¿Qué evidencias hay de que este sistema sea eficiente, e incluso *factible*?** La respuesta ya la han dado los tribunales, que han suspendido en 2017 el desarrollo de la Ley, al menos por falta presupuestaria. ¿Pero es que, aparte del aspecto económico, alguien a ha valorado realmente, en la “práctica docente habitual”, las necesidades de formación de los nuevos tutores troncales y de especialidad, el desarrollo e implantación de los nuevos planes y los aspectos logísticos que esta ley obliga a replantear?

6. Es cierto que surgen **nuevas necesidades socio-sanitarias** que deberá abordar el futuro especialista de COT, pero **creemos que se éstas se pueden afrontar, desde el punto de vista formativo, corrigiendo y mejorando el modelo actual del sistema MIR.** Es evidente que todo programa de formación debe adaptarse a los nuevos tiempos, por lo que la metodología y los sistemas de evaluación por competencias deben madurar; las rotaciones -como escenario educativo- podrán replantearse de otro modo; deberemos contar más con los nuevos sistemas de tecnología e información y deberemos abordar pacientes cada vez más ancianos y pluripatológicos, que obligarán a un manejo más interdisciplinario del mismo. Pero todo ello puede abordarse reajustando el programa de la especialidad, mejorando los planes docentes y la formación de los tutores y jefes de servicio.
  
7. Hemos tardado 40 años en empezar a entender, desarrollar e implantar sistemáticamente el actual sistema MIR y, ahora que empieza a dar frutos de forma ordenada como se puede comprobar en los recientes congresos de SEFSE-Areda, se pretende cambiar desde el Ministerio, por un nuevo modelo de FSE como el de la Troncalidad: un sistema más complejo, lleno de incoherencias, controversias y dificultades para poderse implantar y del que no se puede demostrar su conveniencia o superioridad. Por tanto, **lejos de entender necesario el desarrollo de la Troncalidad, creemos firmemente que este sistema supone una amenaza real a los sólidos logros que, tras tantos años de desarrollo y experiencia, estamos empezando a cosechar con el actual sistema MIR.**