

ORIGINAL

Evaluación final voluntaria para médicos residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología: balance de resultados y mirada al futuro

A. Urda^a, L. Ezquerro^b, J. Albareda^b, J. Baeza-Noci^c, A. Blanco^d, E. Cáceres^e, M. Martínez-Grande^f, J. Nardi^e, A. Yunta^g y F. Marco^{a,*}

^a Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Virgen del Consuelo, Valencia, España

^d Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos, España

^e Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ciudad Sanitaria Vall D'Hebron, Barcelona, España

^f Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Clínica Ubarmin, Pamplona, Navarra, España

^g Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Fundación Hospital Asilo de Granollers, Granollers, Barcelona, España

Recibido el 18 de diciembre de 2011; aceptado el 19 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 5 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

MIR;
Formación
especializada;
Residencia;
Examen final;
Cirugía Ortopédica
y Traumatología

Resumen

Introducción: La conveniencia de establecer una prueba que acredite la formación de los especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) al término de su período de formación como médicos internos residentes es objeto de controversia. Con la intención de favorecer y estimular el desarrollo de esta prueba, los actuales vocales de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) han realizado una revisión de los datos obtenidos en las pasadas ediciones. **Material y métodos:** Resultados de las pruebas de evaluación voluntaria de final de residencia y de las encuestas de valoración rellenas por los participantes de la prueba entre los años 2006 y 2011.

Resultados: En total han intervenido 231 personas en la evaluación, incrementándose el número de participantes desde 19 en 2005, hasta 71 en 2011. La media de puntuación global a lo largo del período analizado (2006-2011) es de 6,72 puntos. Los no aptos en estos 6 años han sido 9 participantes (4,25%). La media de puntuación en el test es de 7,57 puntos. La puntuación global media de las mesas es de 6,57. Generalidades es la mesa que obtiene peores resultados. La mesa de miembro inferior reconstructivo no ha sido suspendida nunca. La mesa de miembro superior es la que obtiene los mejores resultados medios.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmarco@med.ucm.es (F. Marco).

Discusión: La prueba está arraigada en la estructura de la formación especializada de la COT en nuestro país. Debemos reconocer favorablemente a aquellos candidatos que optan por presentarse. Este reconocimiento será el mejor estímulo para las futuras promociones.
© 2011 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

MIR;
Specialist training;
Residency program;
Final exam;
Orthopaedic Surgery
and Traumatology

Final voluntary assessment for Traumatology and Orthopaedic Surgery medical residents: a report on the results and a look at the future

Abstract

Introduction: The idea of establishing an examination that accredits the training of the specialists in orthopaedic surgery at the end of their educational period as residents is subject to controversy. With the aim of encouraging the development of this examination, the present members of the National Commission of the Specialty of Orthopaedics (CNE) have reviewed the results obtained in previous examination.

Materials and Methods: The results of the voluntary final exam for Orthopaedics residents, and of the surveys of participant opinions for the years 2006 to 2011 are presented.

Results: The total number of participants was 231, growing from 19 in 2005, to 71 in 2011. The overall mean score in the period reviewed (2006-2011) was 6.72 out of 10 points. In these 6 years, 9 participants failed (4.25%). The mean score for the test was 7.57. The overall mean score of the oral exam was 6.57. The worst results were obtained in the general knowledge section of the oral examination. Nobody has ever failed the section on reconstruction of the lower extremity. The upper extremity section in the oral examination achieves the best average results.

Discussion: The examination has established its place in the structure of orthopaedic resident training in our country, even without making it official by the Administration. We must positively acknowledge those candidates who chose to take the examination and be evaluated by their peers in order to prove their qualification and distinction. This recognition will be the best encouragement for future generations.

© 2011 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La conveniencia de establecer una prueba que acredite la formación de los especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) al término de su periodo de formación como médicos internos residentes (MIR), ha sido y es objeto de controversia. Numerosos colegas se han significado como detractores o partidarios de la misma. Entre estos últimos, el recordado Profesor Luis Munuera fue el impulsor de la llamada «Evaluación Final Voluntaria para MIR de Cirugía Ortopédica y Traumatología» que en el año 2011 cumplió su séptima edición.

Si bien en los orígenes del sistema MIR el Real Decreto 127/1984¹ establecía la sustitución del examen final por evaluaciones continuas anuales, la opción de la prueba fue tomando solidez hasta quedar plasmada en la última renovación legal de la formación especializada efectuada en el año 2008. El Real Decreto 183/2008² prevé: «Cuando la evaluación final del periodo de residencia sea positiva, la comisión nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la obtención, según la siguiente gradación ascendente, de alguna de las siguientes calificaciones: a) Destacado con mención de la comisión nacional de la especialidad, y b) Destacado con mención especial de la comisión nacional de la especialidad».

De esta manera, la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) ha sido pionera entre el resto de especialidades en llevar a cabo un «rodaje» que le permitirá enfrentarse a las propuestas oficiales con suficiente experiencia. Bien es verdad, que el apoyo decidido de su Sociedad Científica SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología) poniendo a disposición todos los recursos materiales y humanos necesarios, ha permitido su supervivencia. Sin este generoso esfuerzo, no hubiera sido posible. La difusión de este bagaje se ha ido haciendo anualmente a través del envío parcial de los resultados a las Unidades Docentes de cada centro. Sin embargo, diferentes voces y algunas tan acreditadas como la de Guerado en un editorial de nuestra revista³ han sugerido la necesidad de recoger el análisis de lo ocurrido hasta ahora. Con la intención de favorecer y estimular el desarrollo de una prueba en la que el paso del tiempo nos ha hecho creer, los actuales vocales de la CNE han recopilado y revisado los datos.

Material y métodos

Los datos que presentamos han sido recogidos a lo largo del periodo 2005-2011 por los miembros de la CNE. La calidad de los datos ha ido variando y enriqueciéndose con el paso del tiempo, por lo que alguna información puede corresponder únicamente a los segmentos finales de este periodo. Más allá de los resultados de la prueba, se han

utilizado formularios y encuestas de opinión cumplimentadas por los participantes en el momento de la evaluación. Las encuestas se han efectuado manteniendo el anonimato de los candidatos presentados.

La primera edición de la prueba de evaluación de final de residencia se llevó a cabo en 2005 durante el Congreso Nacional de la SECOT de Sevilla. En esta edición no se recogieron estadísticas sobre los participantes, que lo fueron en número de 19. Por ello, los datos analizados a continuación corresponden a las 6 ediciones posteriores, desde 2006 hasta 2011.

La estructura de la prueba se conforma en dos partes. La primera corresponde a un examen de preguntas de elección múltiple donde solo hay una respuesta válida de las 5 posibles. Son 50 preguntas y los candidatos tienen una hora para completarlas. No existen puntos negativos por respuestas incorrectas. La segunda parte es una prueba oral que se divide en 6 mesas específicas: generalidades, miembro superior, miembro inferior reconstructivo, miembro inferior traumático, raquis y ortopedia infantil. Los candidatos responden a preguntas efectuadas por dos evaluadores por mesa sobre supuestos prácticos. El tiempo asignado para cada mesa es de 20 minutos y la puntuación suma diferentes aspectos evaluados (iniciativa y autonomía, capacidad de análisis, utilización racional de pruebas complementarias, capacidad de comunicación, etc.) además de la valoración de los conocimientos. Los resultados individuales no se hacen públicos y solo el candidato recibe su certificación.

Resultados

En las 7 ediciones celebradas han participado un total de 231 personas, de las cuales la muestra analizada corresponde a los 212 candidatos del periodo 2006-2011. El número de participantes ha ido creciendo sistemáticamente desde los 19 de 2005, siendo la edición de 2011 la más numerosa

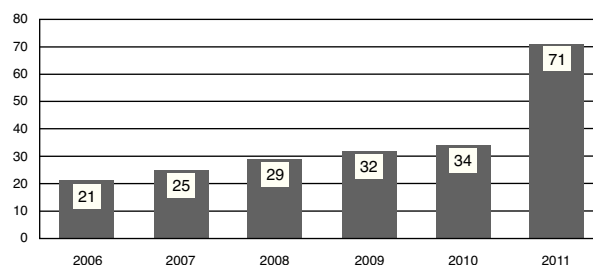


Figura 1 Número de participantes en la prueba final de residencia en las ediciones de 2006 a 2011. En la edición de 2011 se produce un incremento del 209% respecto a los participantes en 2010.

con 71 MIR, lo que supone un incremento del 209% respecto de la edición de 2010, que contó con 34 candidatos (fig. 1).

Los participantes han sido predominantemente varones a lo largo de todas las ediciones, con una media del 72% de los presentados al examen, aunque poco a poco el porcentaje de mujeres ha ido en aumento alcanzando el 42% de ellas en la edición de 2011.

El hospital de procedencia de los residentes se empezó a recoger desde 2007, categorizándose los hospitales de acuerdo con el número de residentes por año que forman. Así, se establecieron dos categorías de hospitales: hospitales que admiten a tres o más residentes cada año; y hospitales que admiten uno o dos residentes por año. En 2007, el origen primordial de los participantes en la prueba era de hospitales donde se formaban tres o más residentes por año, pero esto cambió en 2008, y se ha mantenido así a lo largo de las ediciones, habiéndose formado una media del 69% de los participantes en hospitales con uno o dos residentes por año.

El origen geográfico de los participantes que se comenzó a recoger en 2008, se ha ido ampliando con el paso de las ediciones. En la edición de 2008 había participantes

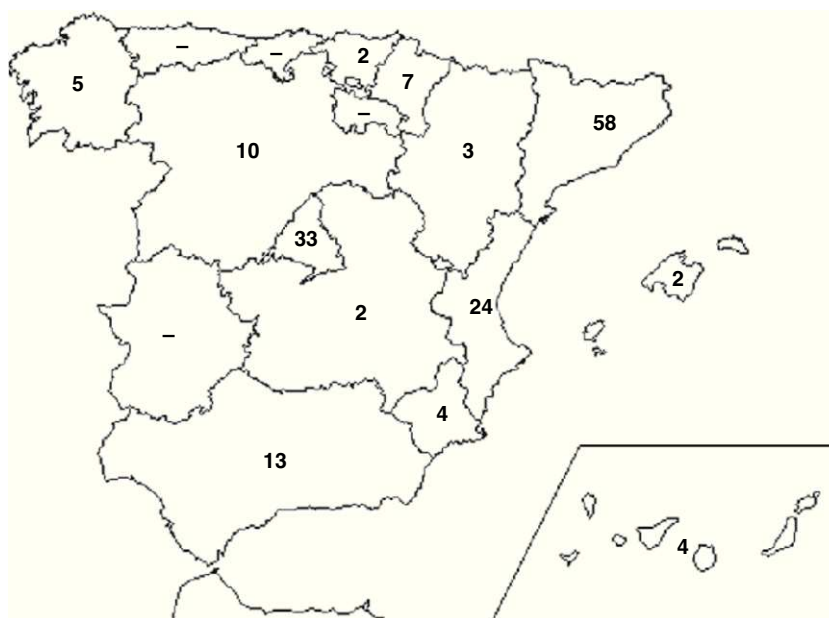


Figura 2 Origen geográfico de los residentes, por Comunidad Autónoma, participantes en las ediciones 2008-2011. No se recogió este dato en las ediciones de 2006 y 2007.

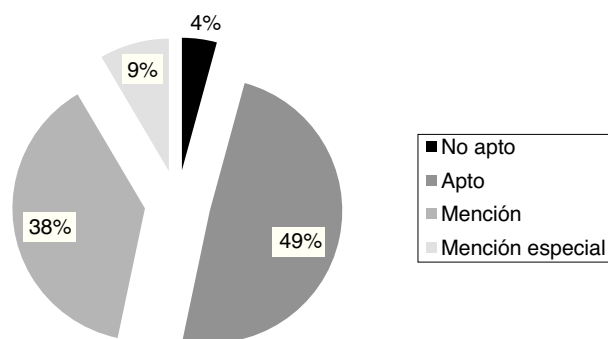


Figura 3 Distribución de los resultados finales según las categorías recogidas en el Real Decreto 183/2008. De los 212 participantes, el 4,25% obtuvo una calificación de no apto, el 49,06% una calificación de apto, el 38,21% obtuvo mención y el 8,49% obtuvo mención especial.

de 8 comunidades autónomas, siendo Cataluña la comunidad que aportaba mayor número de MIR con el 46%. En 2009 y 2010 los médicos provenían de 9 comunidades autónomas, y en 2011 esta cifra aumentó hasta las 13 comunidades. A lo largo de las ediciones, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana han sido las comunidades que por este orden más candidatos han aportado a la prueba (fig. 2).

Los resultados globales de las pruebas a lo largo de las 6 ediciones tienen en cuenta la puntuación del test y la puntuación de las mesas, siendo el resultado final del participante el promedio de las 7 calificaciones. Los resultados finales se clasifican, atendiendo al Real Decreto 183/2008² (Artículos 25.2 y 26.2), en no aptos si la puntuación era menor a 5, aptos entre 5,0 y 6,9, mención entre 7,0 y 7,9 y mención especial a las puntuaciones entre 8,0 y 10 (fig. 3).

La media de puntuación global a lo largo de los años es de 6,72 puntos. El mejor año fue 2006 con una media de 7,10 y el peor 2008 con 6,42 puntos. En 2006 los participantes consiguieron el mayor número de menciones especiales, alcanzando el 33% de los MIR la mención especial. Sin embargo, en 2009 ninguno de los candidatos consiguió alcanzar una media de nota superior a 8 para que se le otorgara esa calificación. La consecución de la mención especial parece estar siendo más rigurosa con el paso de las ediciones, pues desde el 33% de 2006 el porcentaje ha ido disminuyendo, 24% en 2007; 6,9% en 2008; 0% en 2009; 2,94% en 2010; hasta 2011, cuando el 2,82% de los jóvenes especialistas obtuvo la máxima calificación (fig. 4).

Los no aptos en estos 6 años han sido 9 participantes, lo que supone un 4,25% del total de las 212 personas que han realizado la prueba y cuyos datos se han analizado. El año con mayor porcentaje de no aptos fue 2008 con un 6,9% de MIR suspensos. En 2009 no hubo ningún candidato suspenso.

Atendiendo de forma individual a cada uno de los apartados que forman el examen, la media de puntuación en el test a lo largo de las 6 ediciones ha sido de 7,57 puntos (fig. 5). En este apartado los participantes obtienen buenos resultados de forma constante, como se deduce del hecho de que solo dos MIR de los 212 totales han suspendido el test, uno en 2007 y otro en 2009. El año con mejor puntuación en el test fue 2006 con una media de 8,05 y el peor 2009 con 6,97 puntos de media.

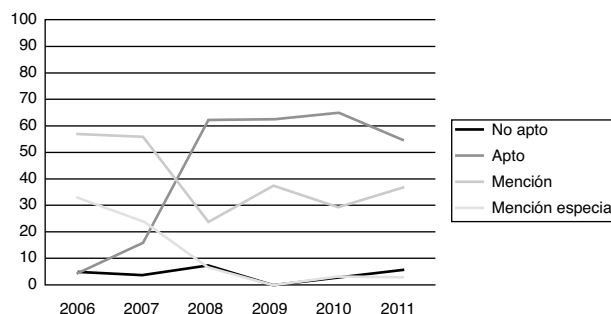


Figura 4 La distribución de los resultados a lo largo de los años queda reflejada en este gráfico. Nótese como en 2009 no hubo ningún participante que fuera considerado no apto, pero tampoco ninguno que consiguiera una mención especial.

La puntuación global media de las mesas es de 6,57, con un rango desde los 6,17 de 2007 hasta los 7,10 obtenidos por los especialistas del año 2009 (fig. 5). La mesa en la que se obtienen mejores resultados medios es la de miembro superior, con una puntuación de 7,14, seguida de traumatismos de miembro inferior con 6,89; reconstrucción de miembro inferior 6,75; raquis 6,67; ortopedia infantil 6,22 y generalidades 5,72.

Analizando cada una de las mesas por separado, «Generalidades» es la mesa que desde 2006 obtiene peores resultados. La puntuación media de las 6 ediciones es de 5,72 puntos, siendo 2006 el año con mejor resultado con un 6,40, mientras que en 2011 la puntuación media se quedó en 5,25 puntos. Es la mesa que más participantes han suspendido a lo largo de las ediciones, con 58 de los 212 candidatos, lo que supone que el 27,36% del total ha suspendido esta mesa. Este porcentaje varía desde 2006 cuando no suspendió nadie la mesa, hasta 2008, cuando el 37,93% de los MIR la suspendieron. Desde 2008 es la mesa con peor puntuación media todos los años. En 2006, como se ha comentado, no suspendió ningún médico y fue la mesa de raquis la que más suspendieron. En 2007 suspendieron el mismo porcentaje de participantes la mesa de generalidades que la de ortopedia infantil (fig. 6).

En contraposición a la mesa de generalidades se encuentra la mesa de «Miembro inferior reconstructivo», que a lo largo de las 6 ediciones ningún participante ha suspendido. Es la tercera mesa en puntuación media con 6,75 puntos. La menor puntuación media se obtuvo en 2007 con 5,50 puntos y la mayor en 2009 con 7,78.

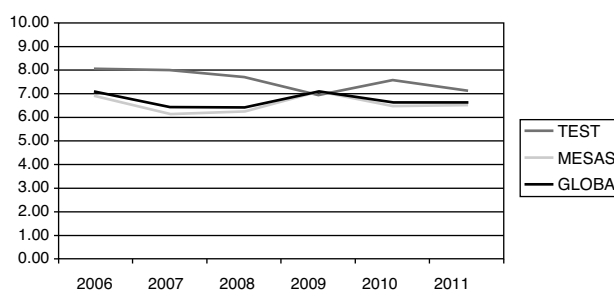


Figura 5 Se muestra la puntuación media de los test, de las mesas y el resultado global a lo largo de las ediciones 2006 a 2011.

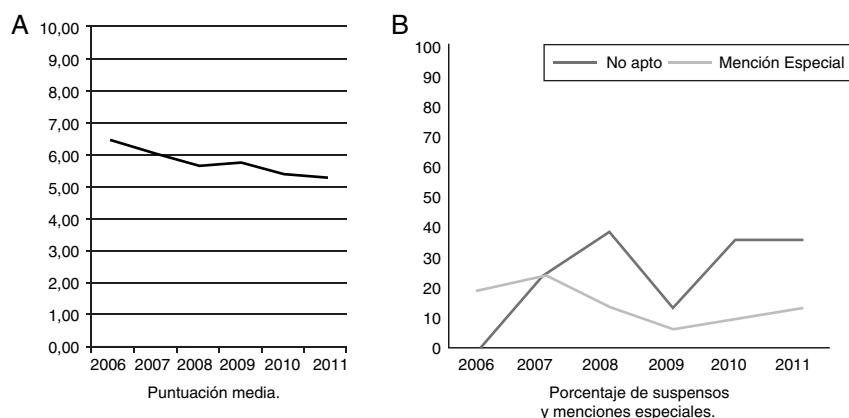


Figura 6 A) Puntuación media en las 6 ediciones de la mesa de generalidades. B) Porcentaje de suspensos y menciones especiales en dicha mesa.

Con una puntuación media similar se encuentra la mesa de «Miembro inferior traumático», en la que se obtiene de media 6,89 puntos, solo por detrás de la mesa de miembro superior. El rendimiento de los MIR es bastante satisfactorio, y de hecho, solo en dos ocasiones han suspendido participantes, en 2007 y 2008 con un 4% y un 20,69% de suspensos respectivamente. El resto de ediciones ningún candidato ha suspendido esta mesa. En el año 2009 se consiguió una nota media de 8,10 puntos, lo que hasta la fecha supone la mejor puntuación media obtenida entre todas las mesas de todos los años.

La mesa de «Miembro superior» es la que obtiene los mejores resultados medios de las 6 ediciones, con una puntuación de 7,14. El mejor año fue en 2006 con 7,74 puntos y el peor 2008 con 6,60 puntos. Es una mesa en la que tampoco se dan muchos suspensos. Solo han suspendido participantes en dos ocasiones, en los años 2008 y 2011, donde el 10,34% y 9,86% de los médicos respectivamente suspendieron esta mesa.

La mesa de «Ortopedia infantil» es la que obtiene la segunda peor puntuación después de la mesa de generalidades, con una media de 6,22 puntos. En el año 2007 se dio

la circunstancia de que en esta mesa se obtuvo una puntuación media suspensa, 4,00 puntos. Es el único caso a lo largo de las 6 ediciones en el que de forma global se suspendió una mesa en una edición. Es la segunda mesa, tras la de generalidades, que más MIR han suspendido a lo largo de los 6 años, con 29 de los 212 candidatos, lo que supone un 13,68%. En esta mesa, junto con la mesa de raquis, todos los años suspende algún médico, siendo 2007 el año con más porcentaje de suspensos con el 24%, y 2006 el año con el menor porcentaje con el 4,76%.

En la mesa de «Raquis» se consiguen unos resultados intermedios, situándose detrás de las mesas de miembro superior y las dos de miembros inferiores, pero por delante de generalidades y ortopedia infantil. La media de puntuación es de 6,67 puntos. La puntuación obtenida es bastante homogénea a lo largo de las ediciones, en torno a los 6,5 puntos, salvo en 2007, donde se obtuvo la segunda mayor puntuación media obtenida en todas las ediciones en una mesa con un 8,00. Como sucede en la mesa de ortopedia infantil, en todas las ediciones algún MIR ha suspendido esta mesa. El peor año fue 2006, con un 28,57%

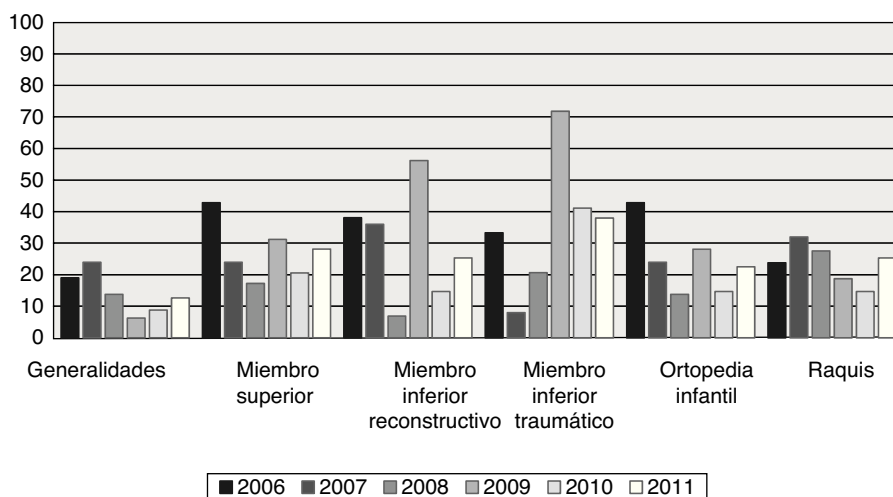


Figura 7 Porcentaje de menciones especiales en las distintas mesas a lo largo de las ediciones 2006 a 2011.

de participantes suspensos, lo que la convirtió en la mesa con mayor número de suspensos ese año, y el mejor 2009, en el que un solo MIR suspendió, lo que supone un 3,13%.

Retomando los datos globales de las mesas, en lo que a menciones especiales se refiere (fig. 7), es en la mesa de traumatismos de miembros inferiores donde más menciones especiales se consiguen, habiéndola alcanzado el 37,26% de los participantes. En orden descendente se encuentra la mesa de reconstrucción de miembros inferiores (28,30%), en miembro superior (26,89%), en raquis (23,58%), en ortopedia infantil (23,11%), siendo en la mesa de generalidades en la que menos menciones especiales se otorgan, solo al 13,21% de los participantes de estos 6 años.

El porcentaje de suspensos sigue el orden contrario (fig. 8), siendo la mesa de generalidades donde más médicos han suspendido (27,36%), seguido de ortopedia infantil (13,68%), raquis (11,32%), miembro superior (4,72%), traumatismos de miembro inferior (3,30%) y por último el mencionado caso de reconstrucción de miembros inferiores, donde ningún participante ha suspendido a lo largo de estas 6 ediciones.

Como información adicional quizás merezca la pena resaltar el material de estudio que los candidatos señalan haber utilizado como referencia para la preparación de la prueba (recogido desde 2009) (tabla 1). También, desde el año 2007, se pide a los MIR que informen voluntariamente sobre su salida laboral tras la obtención del título de especialista. Este dato se completa desde el año 2009 pidiendo que concreten el tipo de contrato laboral con el que están ejerciendo profesionalmente (tablas 2 y 3). La razón principal esgrimida por los especialistas para presentarse fue el interés por autoevaluar sus conocimientos alcanzando esta motivación un porcentaje del 85% en la edición de 2011. Finalmente, la opinión global sobre la prueba valorada en una escala de 1 a 10, da cifras de 8,97 (2009); 8,29 (2010) y 8,7 (2011).

Discusión

Sin pretender hacer un análisis rígido de los datos, son variadas las reflexiones que podemos hacer. La primera es que la prueba está arraigada en la estructura de la formación especializada de la COT en nuestro país sin ni siquiera haber comenzado las convocatorias por parte de la Administración. No solo perdura en el tiempo sino que se incrementa, y en el último año de manera espectacular, el número de candidatos. Si tomamos las plazas convocadas en 2005 y que finalizaron su MIR en 2011 (180 plazas), los 71 participantes de la última edición suponen que hemos evaluado al 40% de la misma. ¿A qué se debe este hecho? Como siempre a factores diversos. En primer lugar refleja el éxito de la colaboración entre dos organismos, CNE y SECOT, que han antepuesto un proyecto en el cual creían a cualquier interés personalista. Dentro de esta empresa común siempre hay que resaltar la obtención de los recursos económicos por parte de SECOT con la participación de la industria. La colaboración de las Unidades Docentes de COT, representadas por sus Jefes de Servicio y Tutores, ha sido fundamental para animar a los nuevos especialistas a presentarse. Finalmente, la experiencia personal de los presentados, con un ambiente cordial de evaluación por pares han hecho del boca a boca

una herramienta de progreso. La encuesta a los participantes sobre su opinión global de la prueba da un promedio de 8,65 sobre un máximo de 10 puntos.

En cuanto al perfil de los participantes, la segmentación por sexos refleja las características sociodemográficas de nuestra especialidad. El Libro Blanco de la SECOT 2011⁴ refiere un 83% de varones en nuestra especialidad y en la prueba el 72% lo fueron. Sin embargo, se marca la fuerte irrupción de las mujeres en la COT con un 42% de ellas candidatas en la última edición. Es muy interesante para la evolución de la prueba la participación de las Unidades Docentes de los centros que forman 1-2 residentes/año. Los grandes hospitales han ido perdiendo protagonismo (27% en 2011 frente al 64% en 2007) apuntando quizás una formación más dinámica en los centros menores. Respecto a la procedencia geográfica de los participantes debemos estar satisfechos con el incremento en el número de Comunidades Autónomas de procedencia alcanzando a 13 de ellas en la última convocatoria. En sentido contrario hay que reseñar la ausencia de candidatos procedentes de Extremadura, Asturias, La Rioja o Cantabria en todas las ediciones con registro de estos datos. Porcentualmente podemos comparar la ratio de especialistas que cada comunidad forma con el peso de su participación en la prueba. Así, en la convocatoria MIR 2011⁵ Cataluña ofertó un 18% de las plazas de COT, pero los candidatos de esta comunidad han representado el 27% del total a lo largo de estos años. Es decir, Cataluña está muy representada frente por ejemplo a Andalucía cuya participación ha sido del 6% de los candidatos, aunque su oferta formativa es del 19% del total de las plazas de COT convocadas. Para terminar esta breve reflexión, Madrid estaría perfectamente ajustada con un 16% de participantes globales y una oferta de plazas MIR del 16% en este 2011.

Los resultados obtenidos por los candidatos siguen una distribución normal en campana de Gauss. Si bien a lo largo de los años el porcentaje de los MIR declarados no aptos se mantiene en unos registros bajos, hay que tener en cuenta que al tratarse de una prueba de acceso voluntario debemos suponerles de entrada una preparación adecuada. Por otra parte, el devenir la ha ido haciendo más selectiva en sus calificaciones de excelencia y el porcentaje de menciones especiales (equivalente al sobresaliente) se ha reducido hasta menos del 3%. Este punto es el adecuado para resaltar la labor de los evaluadores que han intervenido a lo largo de los años en el proceso con un número cercano ya al centenar de participaciones. Todos ellos han asistido a sesiones preparatorias previas a la prueba y de conclusiones al término de la misma que han permitido, de alguna forma, homogeneizar las evaluaciones. Las reflexiones extraídas han permitido a ellos mismos y a sus sucesores ir perfeccionando el examen, manteniendo un ambiente imprescindible de cordialidad con los candidatos y a la vez afinando en su juicio sobre la capacidad de los mismos. Su dedicación cediendo su tiempo y conocimientos de manera desinteresada, merece un reconocimiento que la CNE y SECOT y por extensión todos los colegas debemos hacerles (fig. 9).

Respecto a los resultados concretos de cada sección de la prueba también hay alguna apreciación interesante. El test está elaborado por los miembros de la CNE con el ánimo de valorar un conocimiento teórico básico y de ello da prueba la consistencia en las puntuaciones de los candidatos. Estos superan las preguntas escritas con calificaciones

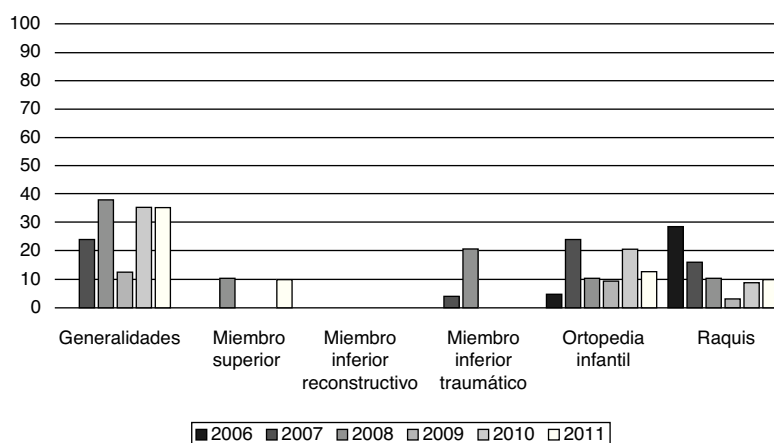


Figura 8 Porcentaje de suspensos en cada mesa en las ediciones 2006 a 2011.

Tabla 1 Textos de referencia que los candidatos señalan haber utilizado para la preparación de la prueba (este dato se recoge desde el año 2009)

	Delgado COT	Rockwood	Manual SECOT	AAOS-OKU	Campbell	Munuera	Ninguno	Otros
2009	6%	6%	29%	15%	11%	6%	3%	24%
2010	15%	9%	29%	11%	4%	7%	2%	23%
2011	11%	6%	33%	20%	6%	2%	-	22%

AAOS: *American Academy of Orthopedic Surgeons*; COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; OKU: *Orthopaedic Knowledge Update*; SECOT: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Tabla 2 Destino laboral en el momento de la realización de la prueba. Desde 2007 ha caído drásticamente el porcentaje de participantes que se quedan como especialistas en su centro de formación. En 2007 y 2008 ningún participante declaró estar en paro, mientras que en 2010 y 2011 el porcentaje de parados se acerca al 10%

	Hospital de formación	Otro hospital	Paro	Otro
2007	68%	32%	-	-
2008	48%	52%	-	-
2009	44%	50%	3%	3%
2010	38%	44%	9%	9%
2011	32%	41%	8%	13%

de «notable» de manera consistente y es excepcional el suspenso. Si pasamos al promedio de mesas vemos que tomadas globalmente ya marcan una tendencia de resultados inferior al examen test. El orden decreciente de capacitación demuestra que nuestros jóvenes especialistas son capaces de resolver mejor los problemas de las extremidades que los del raquis y aún menos los casos de ortopedia infantil terminando por tener un mayor grado de dificultad en los conceptos científicos generales de nuestra disciplina (que incluyen también patología tumoral o infecciosa).

Esta gradación de las mesas debe suponer un indicador para las Unidades Docentes de COT respecto a la formación que ofrecemos. Aunque se trata de candidatos selectos como demuestran sus calificaciones globales, el desequilibrio en las diferentes áreas de nuestra especialidad debe tender a corregirse. Es difícil estar completamente de acuerdo con Epeldegui⁶ que llevado por su amor a la ortopedia infantil combina equivocadamente el desarrollo de la formación troncal del sistema MIR con las posibles áreas de capacitación específica e incluso la definición de rotaciones no específicas

Tabla 3 Tipo de contrato de los participantes con actividad laboral. En 2010, hasta un 24% de los participantes se encontraba con actividad laboral sin contrato en el momento de realizar la prueba

	Fijo	Interino	Eventual	Sin contrato	Otro
2009	19%	31%	38%	3%	9%
2010	15%	15%	43%	24%	3%
2011	12%	16%	51%	6%	15%



Figura 9 Vista parcial de la sala de la prueba oral (2011) con tres de las mesas de evaluación.

con la segmentación de los períodos de formación específica dedicados íntegramente a los diferentes aspectos de nuestra especialidad. Aún negando este autor el derecho a opinar por no estar dedicados concretamente a su actividad, la CNE debe recomendar la adecuada supervisión por parte de los responsables de cada Unidad Docente de la adquisición de conocimientos en estos tres campos (Raquis, Generalidades, Ortopedia infantil) que quedan ligeramente descolgados del resto. Nuestro programa formativo, publicado en 2007⁷ especifica claramente que «los objetivos deberán orientarse en sus contenidos a la formación de un especialista básico». González⁸ en su trabajo sobre la formación en cirugía de columna en España, reconoce la necesaria diferencia entre el período de formación MIR que utiliza rotaciones electivas para completar algún aspecto concreto y el posterior desarrollo del especialista en el área de su elección utilizando para ello las futuras Unidades Docentes acreditadas para la capacitación específica.

Como información complementaria obtenida en las diferentes encuestas efectuadas a los candidatos hay que destacar también la popularidad del «Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología»⁹ que es citada como obra preferente para la preparación de la prueba. Esta vigencia del texto debe recompensar en parte el importante esfuerzo de nuestra Sociedad para llevarlo a cabo. También hay que destacar el uso de la obra de Delgado «Cirugía Ortopédica y Traumatología»¹⁰. En cuanto a la salida laboral de nuestros recién graduados, se observa una mayor dificultad para el acceso al mercado de trabajo en los últimos años. Esto debe alertar a todos los organismos implicados sobre la necesidad de ajustar al máximo la oferta formativa con la demanda real de especialistas en COT.

Finalmente debemos obligadamente entrar a especular con el futuro de la prueba. Probablemente esto requiera dividir nuestra apreciación en tres sentidos. Primero la opción de la Administración sanitaria en España. Como hemos visto, la prueba ha quedado plasmada oficialmente en la normativa legal. Su desarrollo sin embargo, debe concretarse y quedan numerosas tareas pendientes que pueden condicionarlo como el mencionado «Proyecto de Real Decreto por el que se regula la incorporación de criterios de troncalidad en la formación de determinadas

especialidades en Ciencias de la Salud, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica». De seguir adelante este decreto, obligará cuando menos a elaborar nuevos programas de las especialidades lo que probablemente retrase la puesta en marcha de todos los aspectos pendientes contemplados en el RD 183/2008² entre los que se encuentra esta evaluación. En segundo lugar sin embargo, queda el reconocimiento oficial por parte de la CNE y de la SECOT de la prueba final MIR. Ambos órganos han demostrado su apuesta firme por la misma y su éxito a día de hoy debe ser un acicate para continuarla, sostenerla y mejorarla en futuras ediciones. En tercer lugar y probablemente tan importante como los demás debe situarse nuestra integración en las directrices marcadas por la Unión Europea. Tal como señala Cordero¹¹ existe aún una asimetría curricular entre los diferentes estados, comenzando incluso por la duración de la formación especializada. Sin embargo, se da una gran coincidencia en un examen final obligatorio enumerando este autor a 15 países que lo efectúan y señalando a España y Suecia como aquellos en que es voluntario. Por lo tanto, no debemos suponer una extinción de la evaluación sino una consolidación de la misma. Es más, desde esta visión europeísta, el EBOT (*European Board of Orthopaedics and Traumatology*) Exam ha cumplido 10 años en 2010. Su estructura remeda a nuestra evaluación y esto no es por casualidad, sino por una visión de futuro de la CNE y SECOT. Una integración de pruebas para especialistas en COT de los diferentes países de la Unión Europea es un objetivo que nos debería ilusionar a todos. Con todo ello, es nuestra comunidad profesional la que debe hacer valer la prueba. Debemos reconocer favorablemente a aquellos candidatos que optan por presentarse ante sus pares para ser evaluados al final de su formación y demostrar su capacitación y excelencia. Este reconocimiento será el mejor estímulo para las futuras promociones.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia IV.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título

- de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado, número 26, 31/1/1984.
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado, número 45, 21/2/2008.
 3. Gerado Parra E. Convergencia en la formación especializada de cirujanos ortopédicos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2010;54:263-4.
 4. SECOT. Libro Blanco SECOT de La Cirugía Ortopédica y Traumatología en España. 2011.
 5. Orden SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado, número 230, 22/9/2010.
 6. Epeldegui T. Luces y sombras de la Cirugía Ortopédica Infantil en España. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2011;55:323-9.
 7. Orden SCO/226/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Boletín Oficial del Estado, número 33, 7/2/2007.
 8. González Díaz R. Formación en cirugía de columna en España. Estado actual y futuro. 2011. *Rev Esp Cir Ortp Traumatol.* 2011;55:485-8.
 9. Forriol F. Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
 10. Delgado Martínez A. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
 11. Cordero J. Formación de especialistas en Cirugía Ortopédica en Europa. 2011. *Rev Ortp Traumatol.* 2011;55:241-5.