

LIBRO BLANCO DE LA SECOT

Estudio Cuantitativo y Cualitativo

2022



ÍNDICE

• Presentación	4	• 3. Resultados de los jefes de servicio	41
• Prólogo	5	Descripción de la muestra	41
ESTUDIO CUANTITATIVO. BLOQUES	6	Datos del servicio	44
• 1. Objetivos y metodología	9	Datos del servicio COT	46
• 2. Resultados Generales	9	Personal médico del servicio COT	52
Descripción de la muestra	10	MIR	53
Formación I	11	Datos asistenciales	54
Formación II	12	Sesiones clínicas	57
Formación III	13	Personal de enfermería	58
Formación IV	14	Organización	59
Situación profesional general	15	Docencia	61
Actividad profesional práctica	16	Investigación	64
Nº de camas hospital vs servicio COT	18	Medios del servicio/hospital	66
Patologías preferidas por los COT	19	Relación con otros servicios y centros	69
Participación en misiones humanitarias	20	Necesidades más importantes del servicio	71
Participación en sesiones clínicas	21	Personal médico del servicio COT	72
Investigación	22	Satisfacción profesión/especialidad	74
Principales barreras a la investigación	23	• 4. Resultados de los residentes	75
Publicaciones	24	Descripción de la muestra	75
Publicaciones antes de la pandemia	25	Formación	76
Actividad docente	26	Nº de camas en el hospital vs servicio COT	79
Sociedades científicas	27	Participación en misiones humanitarias	80
Preferencias en oferta SECOT	31	Participación en sesiones clínicas/docentes	81
Formación continuada nacional	32	Investigación	82
Formación continuada internacional	33	Principales barreras a la investigación	83
Consulta revistas nacionales	34	Publicaciones	84
Consulta revistas internacionales	35	Sociedades científicas	85
Idiomas - Conocimiento y nivel	36	Preferencias en la oferta SECOT	88
Desarrollo de la traumatología en España	37	Satisfacción con su profesión	89
Elementos a potenciar en traumatología	38		
Satisfacción con su profesión	39		

Estudio cuantitativo y cualitativo

• 5. Conclusiones de la Fase Cuantitativa	90	Relación con los laboratorios/fabricantes	120
Generales: Especialistas	91	Valoración del nivel de "Intrusismo"	121
Jefes de servicio	95	Necesidades actuales y tendencias de futuro	122
Residentes	99	Demandas actuales	123
		Factores determinantes de evolución para el futuro	123
ESTUDIO CUALITATIVO. BLOQUES	101	• 3. Conclusiones de la Fase Cualitativa	124
• 1. Objetivos y metodología	102		
• 2. Valoración de la imagen actual	103		
¿Cómo se ven los especialistas en COT a sí mismos?	103		
Como especialistas COT	104		
Como profesional médico	106		
¿Cómo vemos nuestras condiciones de trabajo?	108		
Condiciones laborales	108		
Condiciones organizativas	109		
¿Cómo sentimos nuestra relación con los pacientes?	110		
¿Cómo creen los COT que son vistos por otros colectivos?	112		
Por otros especialistas	112		
Por enfermería	112		
Por los equipos de gestión/admin.	112		
Por los pacientes	113		
¿Cómo se percibe la evolución de la especialidad en los últimos años?	114		
Análisis de algunos aspectos concretos de la cirugía	116		
Disponibilidad y acceso a medios materiales	116		
Remuneración y reconocimiento	117		
Formación e investigación	118		

PRESENTACIÓN

Ya advirtió Heráclito en la Antigüedad el carácter cambiante de la realidad. Todo fluye, decía. Ni siquiera es posible bañarse dos veces en un mismo río, pues el agua se renueva constantemente. La realidad es un constante fluir y transformarse de las personas y de las cosas. También de las instituciones. Nada ni nadie permanece inmutable. La modificación puede ser más o menos profunda, más o menos rápida, pero nunca deja de producirse.

Actualmente el flujo constante de la realidad es mucho más intenso y perceptible que en tiempos de Heráclito. Todo evoluciona y cambia muy rápidamente. La Cirugía Ortopédica y Traumatología no es una excepción. De ahí la necesidad de actualizar constantemente su contenido y el entorno en el que se expresa. Once años son una eternidad en términos sociales, y once son los que han pasado desde que allá por 2011, durante la presidencia del Dr. José Ramón Rodríguez Altónaga, se publicara el último Libro Blanco de nuestra Especialidad. ¿Pensamos y obramos igual? No será esta presentación la que lo descubra.

Un Libro Blanco es un recopilatorio de opiniones en forma de estadísticas que no sólo pretenden ser un frívolo tema de conversación. Su principal objetivo es ayudar en la toma de decisiones. Porque frente a la actitud corriente de quienes claman por una interesada paz y concordia, la discordia que también preconizó Heráclito en forma de enfrentamiento de pensamientos es una obligación de las mentes libres. Cerrando la metáfora, no pequemos de palabra, de obra ni de omisión.

Muchas gracias a los que nos precedieron con estudios similares desde este púlpito, a la vocalía de Asuntos Profesionales de la SECOT, al personal técnico y administrativo y, finalmente y por encima de todo, a todos los que con vuestras opiniones, vertidas en este documento, habéis mostrado una actitud intransigente con lo indebido. Reclamemos lo que creemos justo para nuestra profesión, para la especialidad de la Cirugía Ortopédica y Traumatología. Dignifiquémosla.

Luis R. Ramos Pascua

Presidente SECOT, 2020-22



PRÓLOGO

Continuando los estudios realizados en 1995, 2006 y 2011 por la SECOT sobre la actualidad de la profesión, obligados por el tiempo transcurrido y por los cambios experimentados por nuestra sociedad, además de por el compromiso adquirido por esta Junta Directiva, hemos realizado y presentamos este nuevo trabajo: el Libro Blanco de la Cirugía Ortopédica y Traumatología en 2022.

Un documento que refleja la opinión de los profesionales desde sus diferentes perspectivas, con un método riguroso de encuestas (a más de 1000 traumatólogos, 76 de ellos jefes de Servicio y 242 residentes) y encuentros virtuales de trabajo, para valorar y prever las necesidades presentes y futuras de nuestra Especialidad. Un instrumento necesario que la SECOT pone a disposición de todos a los que pueda interesar, principalmente a la Administración, para que reflexione y obre en consecuencia en la difícil tarea de la gestión de los recursos materiales y humanos.

Frente a los aspectos de la especialidad que se entienden como positivos e ilusionantes, sobre todo en relación con las nuevas tecnologías y la subespecialización, el lector seguramente también reconozca los más críticos. La creciente burocratización del desempeño profesional, la gestión del sistema con criterios economicistas, la falta de reconocimiento de sus principales actores (los traumatólogos), etc. Estas y otras amenazas que precarizan y tensionan la profesión, y que nos arrastran y desmotivan.

Desde la vocalía de Asuntos Profesionales de la SECOT no queda más que agradecer a todos los que han hecho posible este proyecto.

Ricardo Mencía Barrio

Vocal de Asuntos Profesionales de la SECOT, 2020-22



CAPÍTULO
01

ESTUDIO CUANTITATIVO

1
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2
RESULTADOS GENERALES

3
RESULTADOS DE LOS JEFES DE SERVICIO

4
RESULTADOS DE LOS RESIDENTES

5
CONCLUSIONES DE LA FASE CUANTITATIVA



1

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

- El objetivo principal de este proyecto es recopilar información sobre la situación actual de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, analizando los recursos de los que se disponen y la situación de los profesionales.
- Los resultados de este capítulo corresponden a la fase cuantitativa de la investigación.
- El estudio cuantitativo se divide en analizar tres dianas: los residentes; los especialistas en general; y los jefes de servicio de COT.
- El estudio de campo ha sido realizado por la empresa GfK.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

TRAUMATÓLOGOS EN GENERAL:

- Formación: Título, especialidad, doctorado y formación en el exterior
- Situación profesional general
- Actividad profesional práctica privada
- Número de camas en el hospital vs. Servicio COT
- Patologías tratadas y preferidas por COT
- Participación en misiones humanitarias
- Participación en sesiones clínicas/docentes
- Investigación y principales barreras
- Publicaciones
- Actividad docente
- Sociedades científicas: SECOT análisis
- Formación continuada: nacional e internacional
- Revistas: nacionales e internacionales
- Idiomas
- Desarrollo de la traumatología en España
- Satisfacción con la profesión

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

JEFES DE SERVICIO:

- Datos del servicio hospital
- Datos del servicio COT
- Personal médico
- MIR
- Datos asistenciales
- Personal de enfermería COT
- Organización
- Docencia
- Investigación
- Medios del Servicio
- Relación con otros Servicios y centros
- Necesidades más importantes del Servicio
- Datos de distribución por género de personal COT
- Satisfacción con la profesión

RESIDENTES:

- Formación: Título, especialidad, doctorado y formación en el exterior
- Número de camas en el hospital vs. Servicio COT
- Participación en misiones humanitarias
- Participación en sesiones clínicas/docentes
- Investigación y principales barreras
- Publicaciones
- Sociedades científicas: SECOT análisis
- Satisfacción con la profesión



METODOLOGÍA

Universo

Especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Metodología

Entrevistas on-line.

Cuestionario

Cuestionario semiestructurado con una duración máxima de 30 minutos.

Muestra y error muestral

	Muestra	Error muestral
Especialistas	n=943	+/- 3,19 %
Jefes de servicio	n=76	+/- 11,24 %
Residentes	n=242	+/- 6,3 %

Nivel de Confianza del error muestral del 95%. Éste se ha calculado en función del número de contactos en BBDD.

Captación

A partir de la base de datos proporcionada por la SECOT.

Fechas de campo

Desde el 11 de abril hasta el 23 de mayo de 2022.

Técnicas de muestreo

Aleatoria, según distribución de BB.DD para las tres dianas.

2

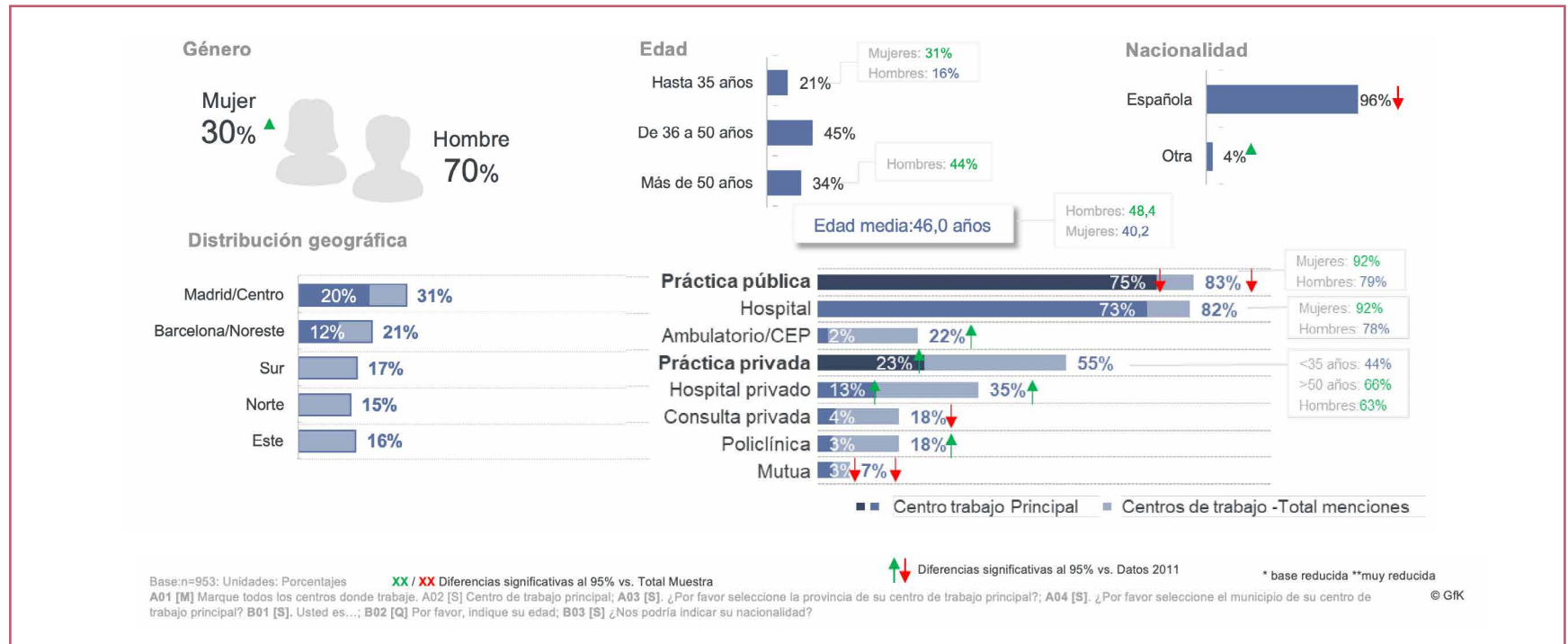
RESULTADOS GENERALES

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Perfil sociodemográfico

La Cirugía Ortopédica y Traumatología es una especialidad a la que se están incorporando paulatinamente más mujeres de menor edad que la de los hombres (40 años las mujeres vs 48 años los hombres). No obstante, el 70% de los especialistas continúan siendo varones.

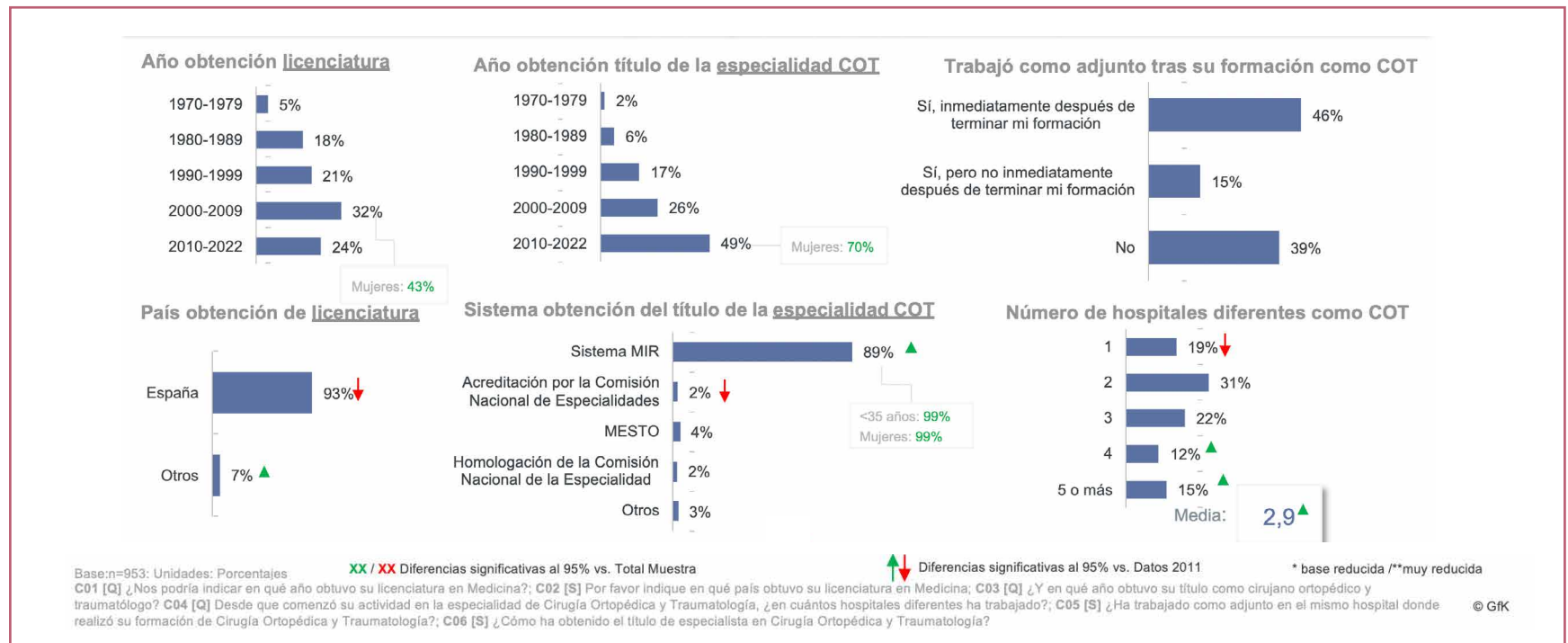
La nacionalidad de los especialistas es fundamentalmente española, y el 75% se dedica a la práctica pública como principal trabajo.



FORMACIÓN I

La mayoría de los entrevistados obtuvieron su título de Medicina a partir de 1980, con una mayor concentración de títulos expedidos entre 2000 y 2009. También la mayoría obtuvieron su título en España, sobre todo entre 2010 y 2022.

La media de hospitales en los que han trabajado como COT es de 2,9.

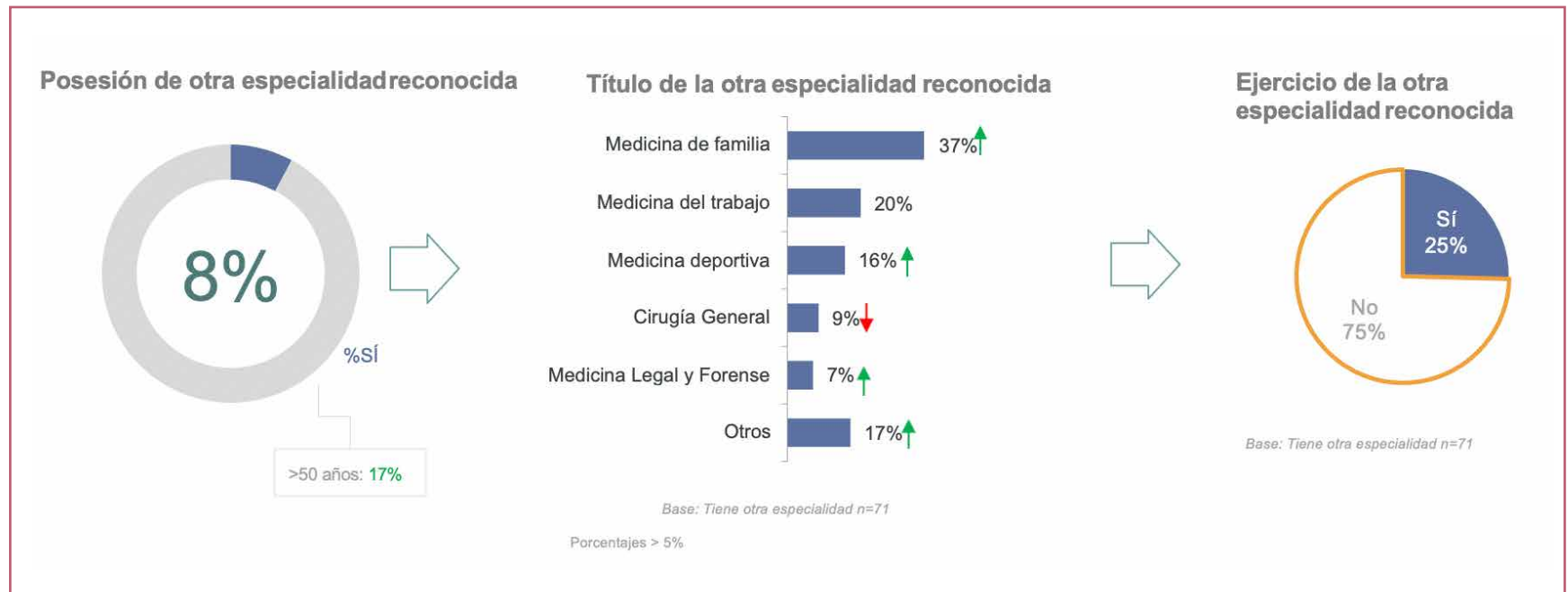


FORMACIÓN II

Un 8% tiene otra especialidad médica además de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Entre los mayores de 50 años, este número se incrementa hasta el 17%.

En general, las especialidades más comunes con las que combinan titulación son, por este orden, la Medicina Familiar, del Trabajo y Medicina Deportiva.

Generalmente no se ejercen estas otras especialidades (75%).



Base:n=953; Unidades; Porcentajes

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

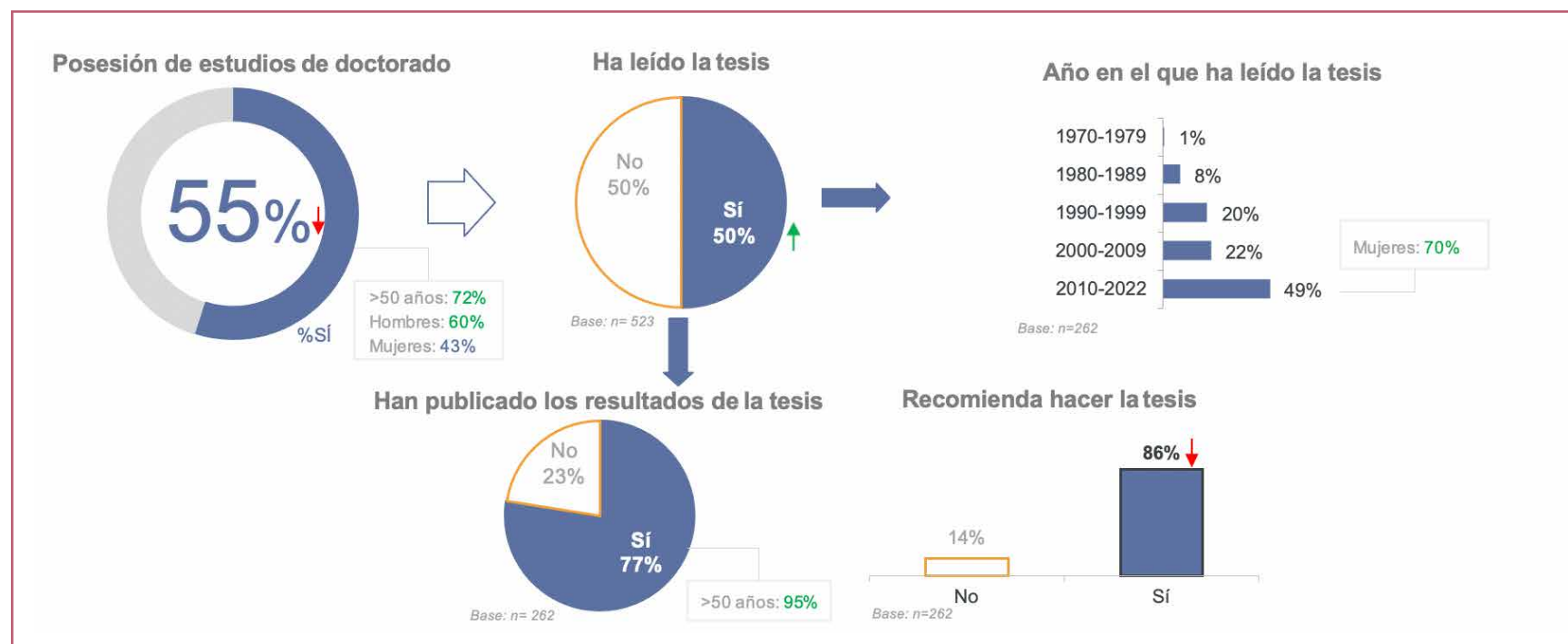
* base reducida / **muy reducida

C07 [S] Además de la especialidad en Cirugía Ortopédica y Traumatología, ¿tiene usted alguna otra especialidad reconocida oficialmente?; C08 [M]. ¿Qué otra/s especialidad/es tiene reconocidas?; C09 [S] ¿Y ejerce activamente esa/s especialidad/es?

© GfK

FORMACIÓN III

Más de uno de cada dos especialistas tiene estudios de doctorado. Este número es superior entre los mayores de 50 años y entre los hombres, alcanzando el 72% y 60%, respectivamente. Uno de cada dos ha leído la tesis doctoral; y dicha lectura se concentra a partir de 1990, siendo mayor desde 2010, principalmente en mujeres. Un 77% del total ha publicado los resultados de la tesis, cifra que aumenta hasta el 95% en los mayores de 50 años. Además, es una formación ampliamente recomendada (86%).



Base:n=953; Unidades: Porcentajes

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra


 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida / **muy reducida

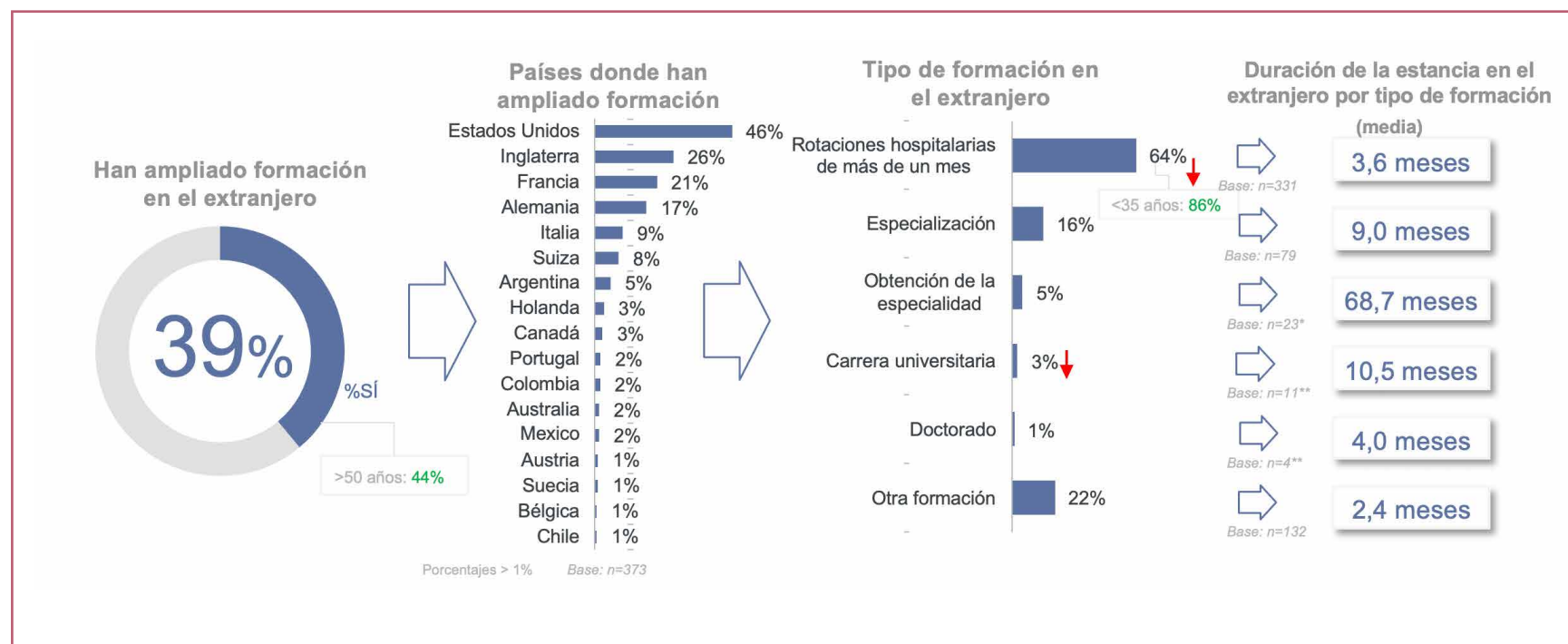
C10 [S] ¿Ha realizado estudios de doctorado?; C11 [S] ¿Ha leído su tesis doctoral?; C12 [S] ¿Ha leído su tesis doctoral?; C13.a [S] ¿Recomendaría a sus compañeros de profesión la realización de la tesis doctoral?; C13.b [S] ¿Ha publicado los resultados de su tesis doctoral?

© GfK

FORMACIÓN IV

El 39% de los especialistas ha realizado formación en el exterior. Lo más habitual es realizar rotaciones hospitalarias de más de 4 meses de duración, siendo más frecuente hacerlo en el perfil más joven (menores de 35 años).

Los países más habituales de esta formación en el exterior son EEUU y los del entorno europeo. Las estancias más largas son las destinadas a obtener la especialidad, seguidas de la carrera universitaria.



▲ / ▼ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida / **muy reducida

Base:n=953: Unidades: Porcentajes >1%

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

C14 [S] ¿Ha ampliado su formación en el extranjero? C15. ¿En qué país o países ha ampliado su formación? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Qué tipo de formación ha realizado?

© GfK

SITUACIÓN PROFESIONAL GENERAL

La situación general de los especialistas con práctica pública varía con respecto a su sexo y edad. La situación de contrato fijo en la práctica pública aumenta con la edad, llegando al 92% en los mayores de 50 años. Las mujeres, con un perfil más joven, se sitúan por detrás en cuanto a contratos fijos (43% frente a 57% de los hombres).

Los puestos de responsabilidad se encuentran claramente representados en mayor medida entre los mayores de 50 años, al igual que la responsabilidad en labores de gestión, donde suben hasta el 65% con respecto a la media de 44%. En cuanto a las tareas que realizan, destacan las labores asistenciales (81%).



Base:n=953; Unidades: Porcentajes

D06 [S] Dentro de la medicina pública, ¿en qué situación profesional se encuentra?; D07 [S] ¿Qué puesto de trabajo específico tiene en su práctica principal?; D08 [S] ¿Ha tenido responsabilidades de gestión o participado en alguna comisión de gestión dentro de su centro de trabajo principal? D11 [Q] ¿De qué manera aproximada distribuye su tiempo de trabajo semanal?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

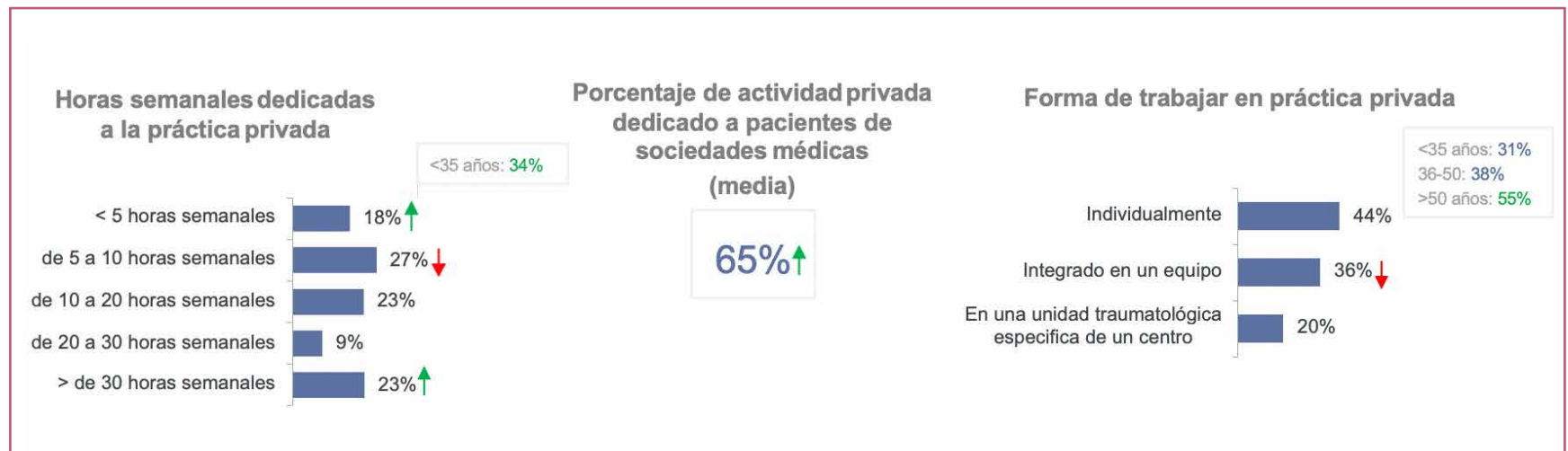
* base reducida /**muy reducida

© GfK

ACTIVIDAD PROFESIONAL PRÁCTICA PRIVADA

El 65% de los pacientes que acuden a consultas en el ámbito de la medicina privada son pacientes pertenecientes a sociedades médicas.

No predomina un número de horas de forma significativa en dedicación a la actividad privada, aunque los más jóvenes dedican menos de 5 horas de forma semanal.



Base:n=522 Unidades: Porcentajes

D03 [S] Usted nos ha indicado que ejerce actividad médica privada. ¿qué cantidad de horas semanales le dedica aproximadamente a su actividad privada?; D04 [Q] ¿Qué porcentaje de su actividad privada le dedica a pacientes de sociedades médicas?; D05 [S] En su actividad privada, ¿de qué forma suele trabajar?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

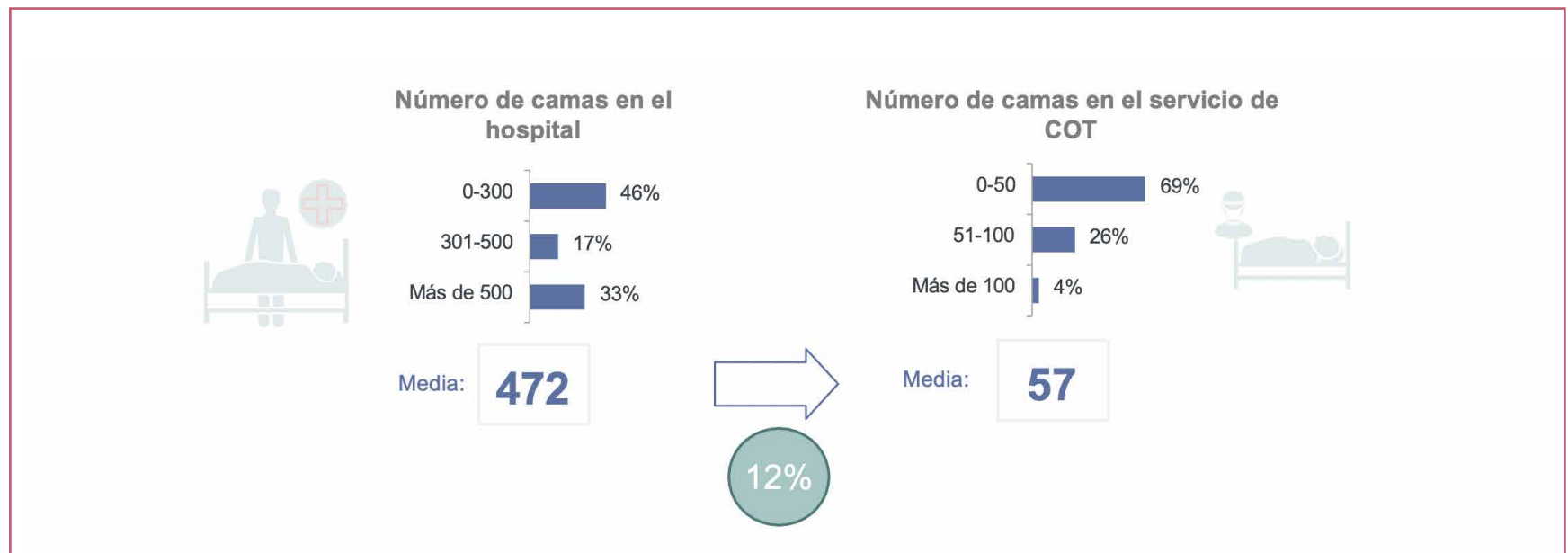
* base reducida /**muy reducida

© GfK

Nº DE CAMAS EN EL HOSPITAL VS SERVICIO COT

Médicos hospital

El número de camas para el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se encuentra en un 12% del total de camas disponibles en los hospitales en los que trabajan los especialistas.



Base médicos que trabajan en hospital: n=815

Base:n=953 Unidades: Porcentajes y medias.

D09 [Q] ¿Podría indicarnos el número aproximado de camas que tiene el hospital en el que usted ejerce su práctica principal?; D10 [Q] ¿Y qué número aproximado de camas tiene el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el hospital en el que usted ejerce su práctica principal?;

▲ ▼ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

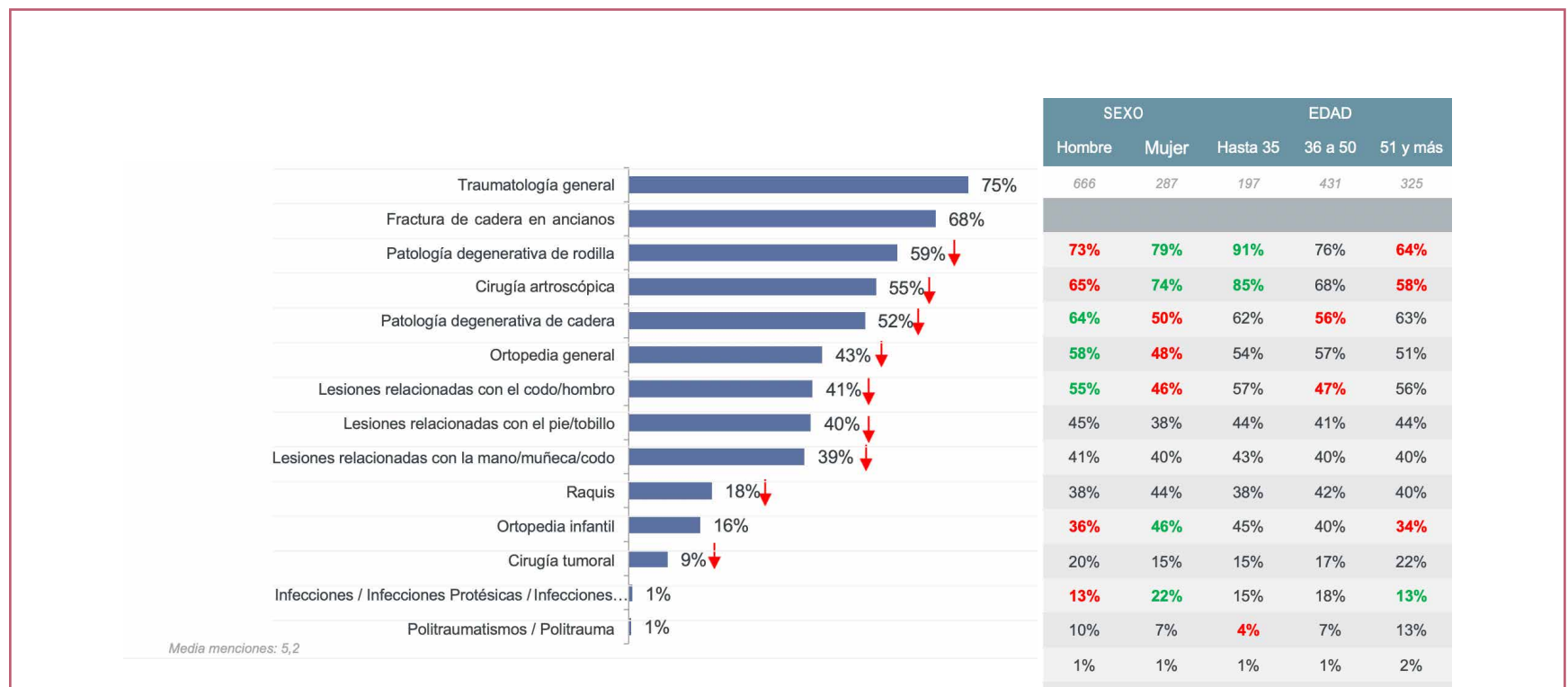
* base reducida /**muy reducida

© GfK

PATOLOGÍAS TRATADAS POR LOS COT

Patologías que tratan habitualmente

Las patologías que más se tratan son las relacionadas con la Traumatología General. Tras estas, la fractura de cadera en ancianos y la patología degenerativa de rodilla son las más destacadas. Les siguen la cirugía artroscópica y la patología degenerativa de cadera. Los politraumatismos, las infecciones y la cirugía tumoral son las patologías menos tratadas.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra


 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

D02[M] Ahora le vamos a mostrar un listado de patologías referentes a su especialidad en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Por favor, marque del listado todas las patologías que trate habitualmente

© GfK

PATOLOGÍAS PREFERIDAS POR LOS COT

Las patologías de rodilla, traumatología y cadera son las preferidas, en general, entre los traumatólogos. Los hombres prefieren las de rodilla y la cirugía artroscópica, mientras que las mujeres se decantan más por las patologías de tobillo y pie, codo y mano y ortopedia infantil.

Patologías que más les gusta

	SEXO		EDAD		
	Hombre	Mujer	Hasta 35	36 a 50	51 y más
	666	287	197	431	325
Rodilla	17%	11%	16%	14%	23%
Trauma	15%	15%	23%	14%	10%
Cadera	13%	9%	11%	10%	17%
Tobillo y pie	10%	15%	8%	13%	9%
Codo/Mano	10%	16%	12%	10%	8%
Raquis	9%	8%	6%	10%	10%
Cirugía artroscópica	9%	5%	7%	9%	10%
Hombro/codo	9%	8%	9%	10%	6%
Infantil	5%	10%	6%	6%	3%
Tumores	3%	4%	2%	3%	4%
Infecciones	1%	1%	2%	1%	1%

Porcentajes > 1%

Base:n=953; Unidades: Porcentajes
 D01 [S] Por favor, indique la patología que más le gusta

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

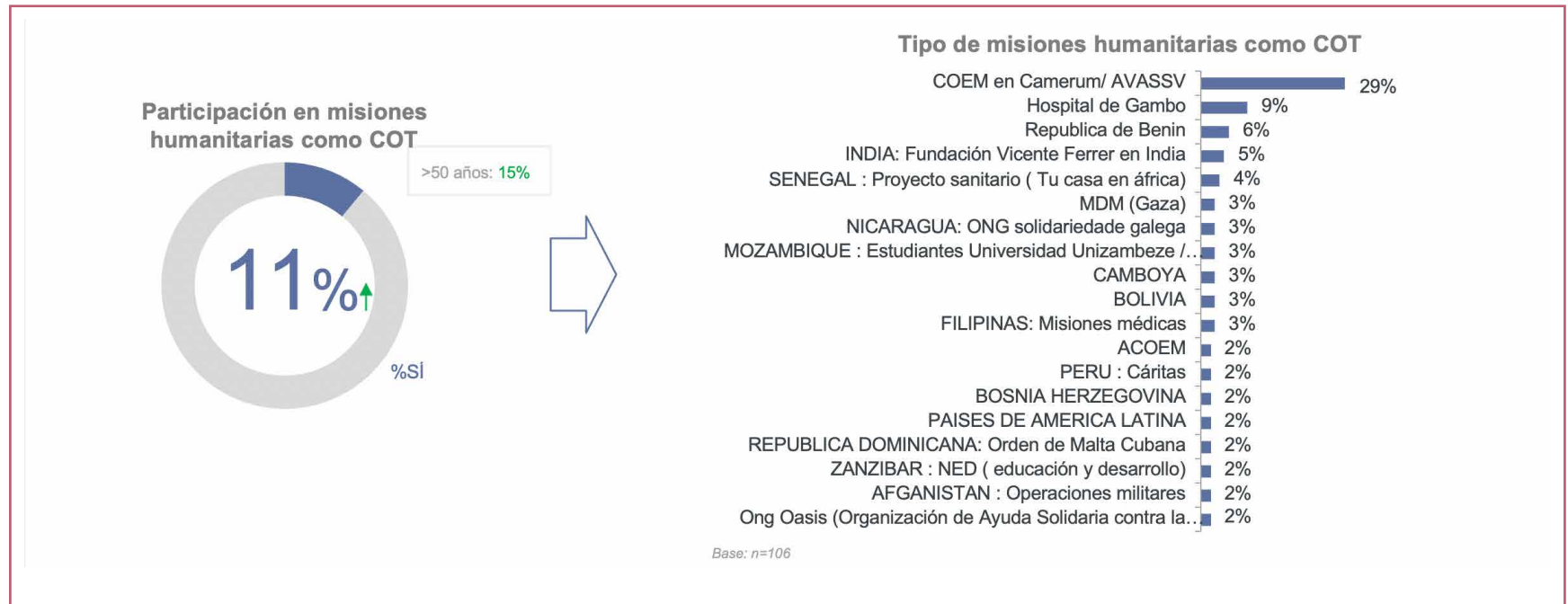
* base reducida /**muy reducida

© GfK

PARTICIPACIÓN EN MISIONES HUMANITARIAS

Solo un 11% de los traumatólogos ha participado en misiones de ayuda humanitaria, siendo mayor la participación entre los perfiles de más de 50 años.

La misión en la que más se ha participado es en la desarrollada en Camerún, aunque de forma general se han llevado a cabo acciones de diferente tipo en muchos hospitales y/o como apoyo a ONGs.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes >2%

D12 [S] ¿Participa en misiones humanitarias como COT (Cirujano Ortopédico y Traumatólogo)?; D13 [O] ¿En cuáles ha participado? Por favor, indique todas las misiones humanitarias en las que ha participado como COT

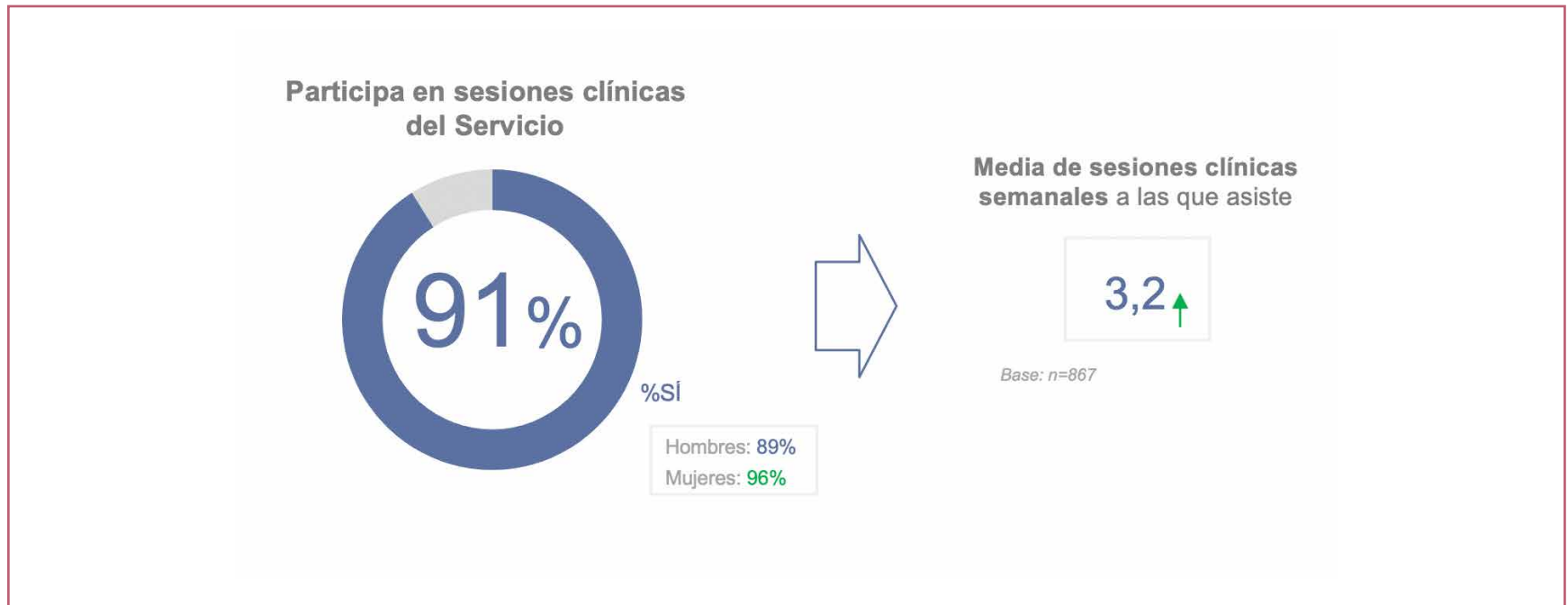
↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

PARTICIPACIÓN EN SESIONES CLÍNICAS

La gran mayoría de los especialistas participa en sesiones clínicas, siendo mayor la asistencia de mujeres. La media de sesiones a las que acuden a la semana son 3.2, incrementando su número respecto a 2011.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes

D14 [S] ¿Asiste a las sesiones clínicas de su Servicio?; D15 [Q] ¿A cuántas sesiones clínicas asiste a la semana?

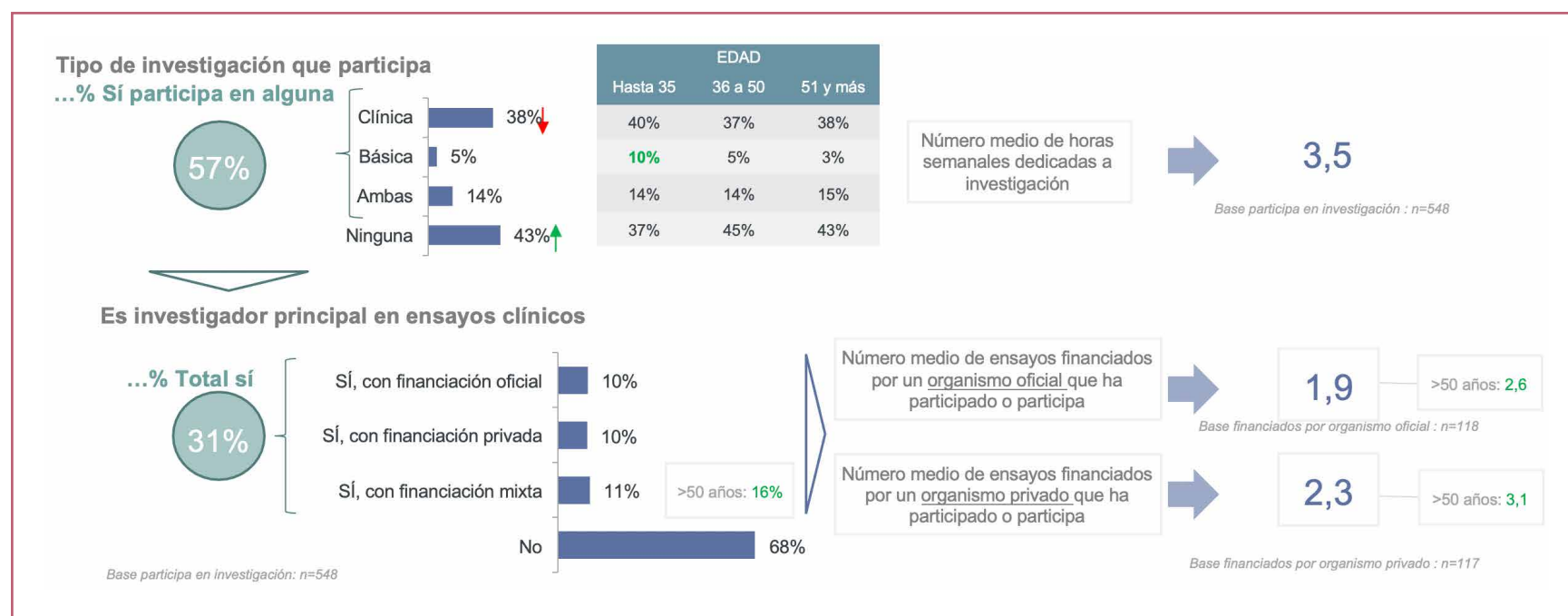
↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

INVESTIGACIÓN

Más del 50% de los especialistas participa en algún tipo de investigación, siendo exclusivamente clínica para el 38% y combinada con básica para el 14%. El número medio de horas semanales dedicadas a investigación es de 3,5. En cuanto al liderazgo en ensayos clínicos financiados, los médicos de más de 50 años tienden a liderar más ensayos, 36% vs 31% el general de especialistas. En cuanto a la distribución de la financiación, los pesos de la privada / pública y mixta son similares.



Base: n=953 Unidades: Porcentajes

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra


 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida / **muy reducida

D16 [S] ¿Podría indicarnos en qué tipo de investigación de las que se presentan a continuación participa en la actualidad?; D17 [Q] ¿Cuánto tiempo le dedica a la semana a la investigación? Por favor, señale el número aproximado de horas que le dedica a proyectos de investigación, independientemente del tipo que sean; D18 [S] En la actualidad, ¿es investigador principal en algún ensayo clínico o proyecto, ya sea financiado por un organismo oficial o por un organismo privado?; D19 [Q] Y en qué número de ensayos o proyectos financiados en los que usted ha sido o es investigador principal ha participado o participa en la actualidad?

© GfK

PRINCIPALES BARRERAS A LA INVESTIGACIÓN

La principal barrera a la investigación es la falta de tiempo por la jornada laboral. A un nivel inferior, también alcanza un elevado número de menciones la falta de apoyo de la administración, la remuneración económica escasa y la falta de integración en un equipo de investigación.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes

D26 [M] De los elementos que se presentan a continuación, ¿cuáles considera como barreras para dedicarle más tiempo a la investigación? Por favor, indique todos los que estime oportunos y, si falta alguno, inclúyalo en otros

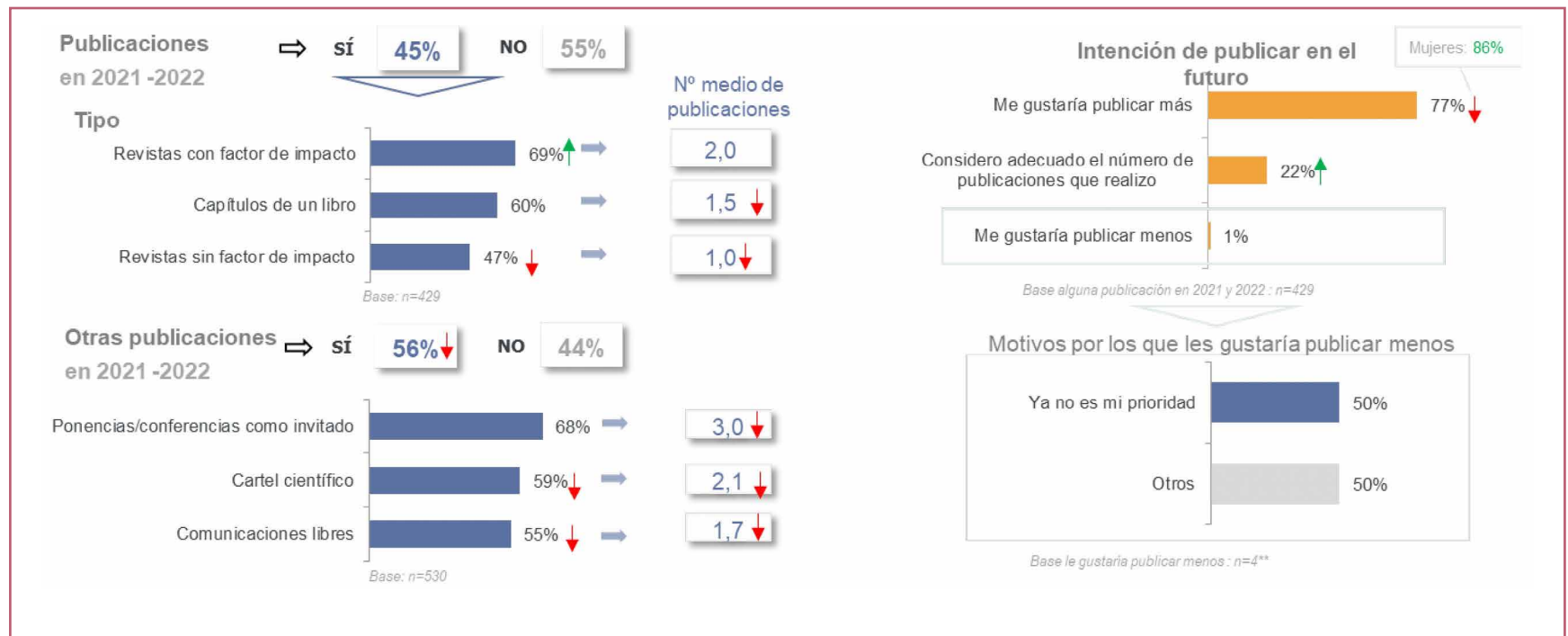
↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

PUBLICACIONES

Casi la mitad de los especialistas publican en revistas. Donde más se publica es en revistas con factor de impacto y publicaciones de capítulos de libros. En cuanto a otro tipo de publicaciones, el 56% de los especialistas al menos realiza algún tipo de publicación, principalmente ponencias/conferencias como invitados. En general, la mayoría de los especialistas quiere publicar más (77%), pero hay que destacar que entre las mujeres esa intención es mayor.



↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida / ** muy reducida

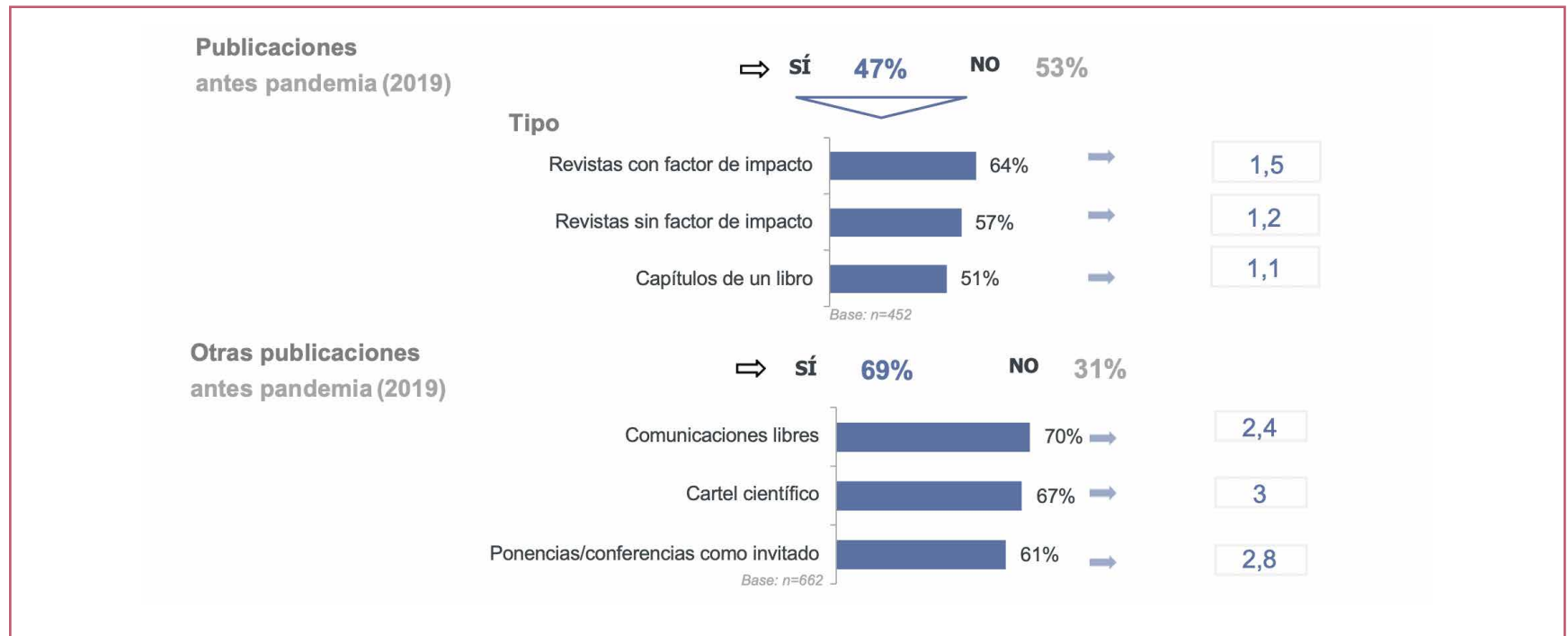
Base: n=953 Unidades: Porcentajes y medias

D20 [Q] ¿Qué número aproximado de publicaciones ha realizado en 2021 y 2022?; D24 [Q] ¿Y qué número de presentaciones o ponencias aproximado ha realizado en congresos y/o reuniones en 2021 y 2022?; D22 [S] ¿Hasta qué punto considera adecuado el número de publicaciones que realiza en la actualidad?; D23 [Q] ¿Por qué ha indicado que le gustaría publicar menos?

© GfK

PUBLICACIONES ANTES DE LA PANDEMIA

En general, con respecto a publicaciones en revistas científicas de la especialidad antes de la pandemia, no se han observado grandes cambios en 2021 y 2022. Casi la mitad de los traumatólogos publican en revistas y, principalmente, en revistas con factor de impacto.



Base:n=953

Unidades: Porcentajes y medias

D21 [Q] ¿Qué número aproximado de publicaciones realizaba el año antes de la pandemia (2019)?; D25 [Q] ¿Y qué número de presentaciones o ponencias aproximado realizaba en congresos y/o reuniones el año antes de la pandemia?

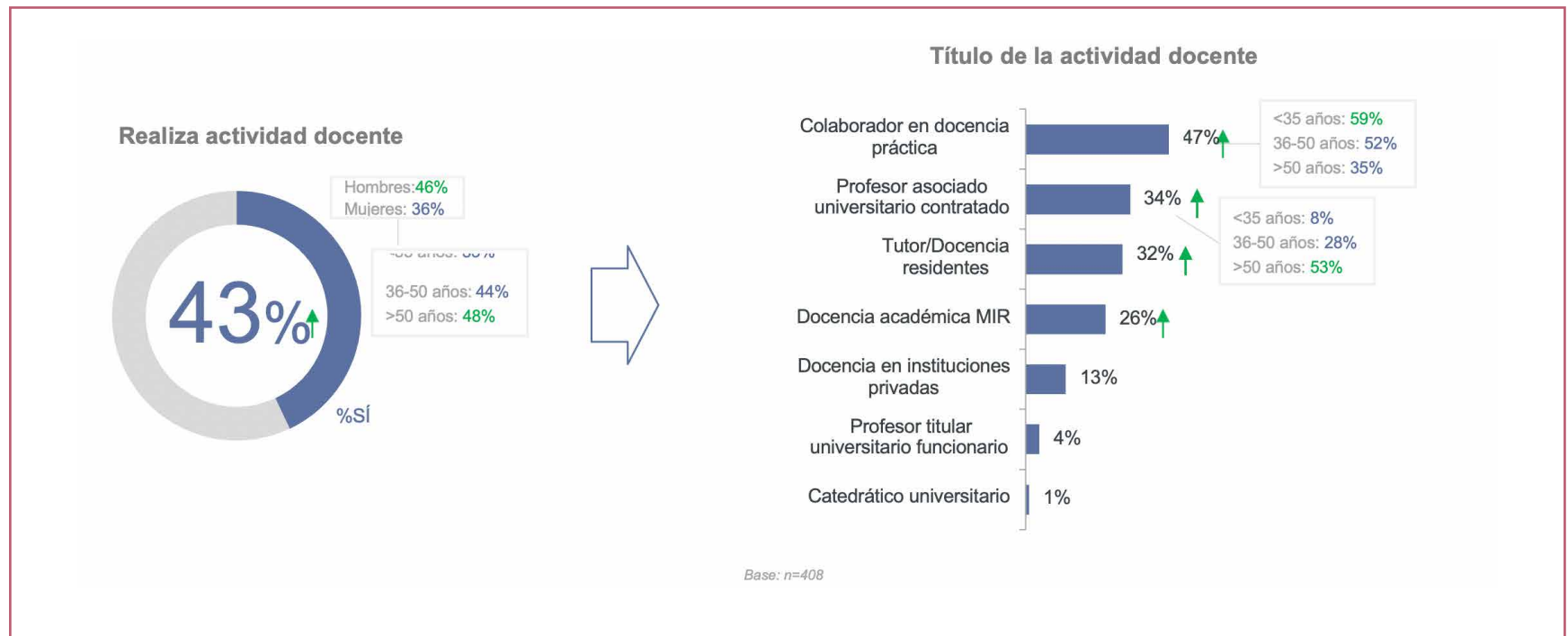

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

ACTIVIDAD DOCENTE

Un 43% de los especialistas realiza actividades docentes; tendencia mayor entre los hombres y entre los de mayor edad. Las formas más habituales de docencia son como colaborador en docencia práctica, como profesor asociado contratado, como tutor de residentes y en la docencia académica MIR. Los especialistas más jóvenes tienden a trabajar más como colaboradores en docencia práctica, mientras que los de mayor edad tienen mayor ocupación dentro de la universidad, en diferentes puestos.



↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

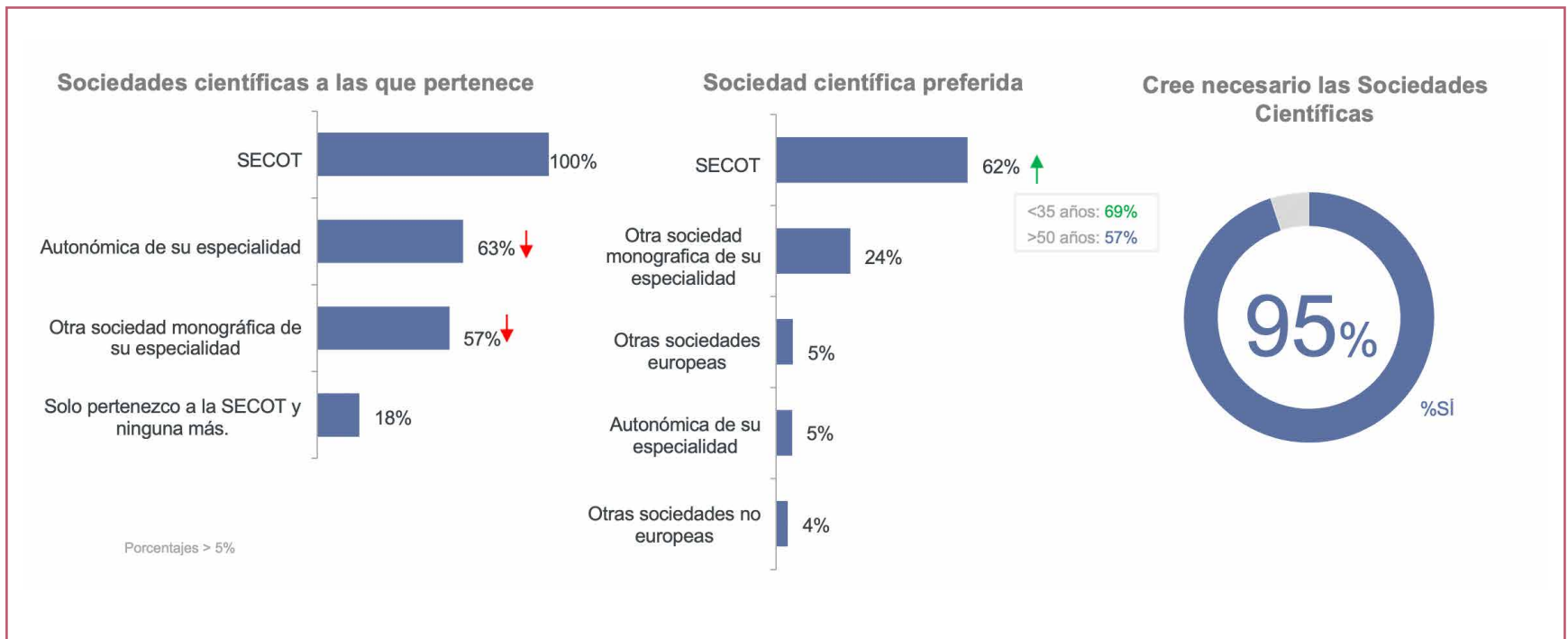
Base:n=953 Unidades: Porcentajes

E01 [S] Además de su actividad como profesional sanitario, ¿tiene alguna actividad docente?; E02 [M] ¿Qué tipo de actividad docente universitaria tiene?

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Una gran parte de los especialistas pertenece a la sociedad autonómica de su especialidad (63%), y a otras monográficas (57%). Casi la totalidad opina que las sociedades científicas son necesarias y, entre las preferidas, la más importante consideran que es la SECOT, principalmente los especialistas más jóvenes.



↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /** muy reducida

Base:n=953 Unidades: Porcentajes

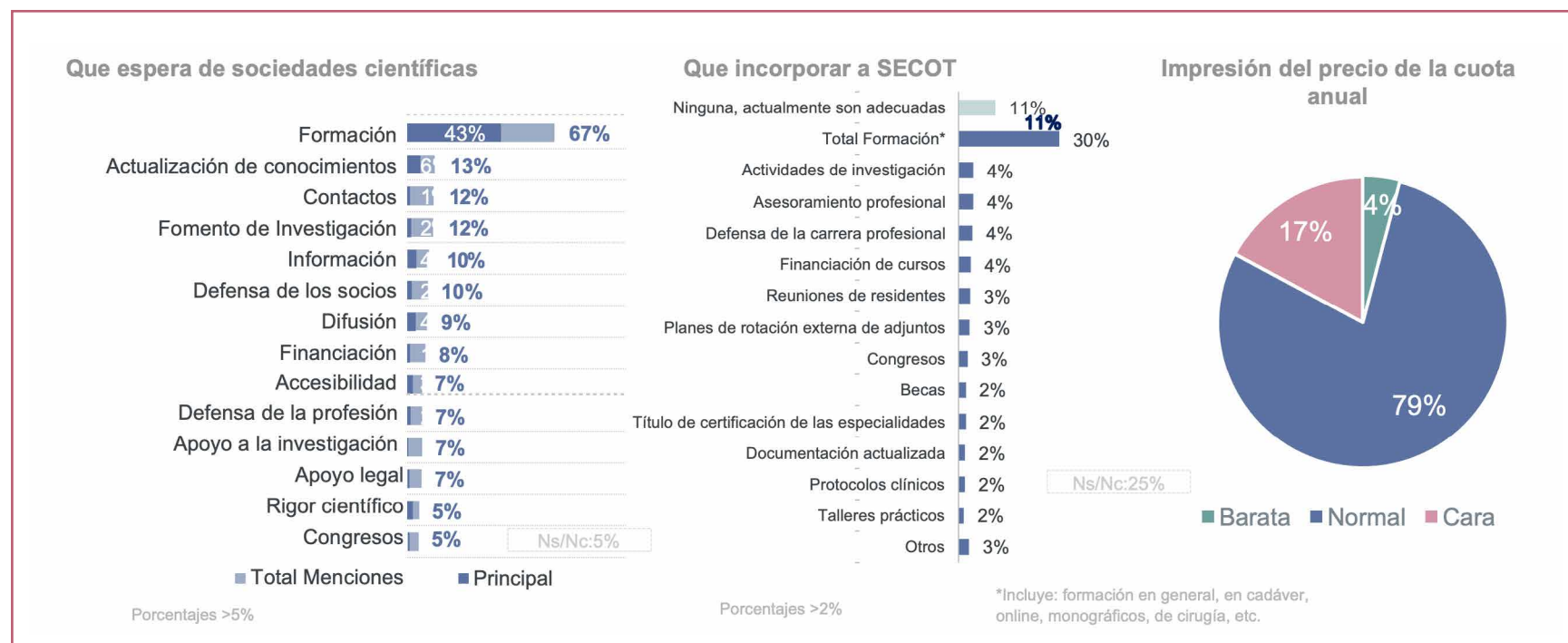
F01 [M] ¿A cuáles de las sociedades científicas que se presentan a continuación pertenece?; F02 [S] Y de las sociedades científicas a las que pertenece ¿Cuál es su preferida?; F03 [S] ¿Cree necesarias las sociedades científicas?

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

¿Qué esperan de las sociedades científicas?

La formación es la principal expectativa que se tiene de las sociedades científicas. Además, esperan actualización de conocimientos, contactos y apoyo a la investigación. En cuanto a la SECOT, es de nuevo la formación lo que más se espera incorporar, además de investigación, asesoramiento profesional, defensa de la carrera y financiación de cursos. Cabe destacar el elevado número de especialistas que no quiere incorporar más actividades o que no contesta esta pregunta.



Base:n=953: Unidades: Porcentajes

F04 [O] ¿Qué es lo que espera de una sociedad científica? Por favor, indíquenos las tres principales características que debería tener una sociedad científica en la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología F06 [O] ¿Qué le gustaría incorporar a las actividades de la SECOT en los próximos años? Por favor, señale todas las actividades de cualquier tipo que usted incorporaría F07 [S] En relación con la cuota anual que paga por ser miembro de la SECOT, ¿qué impresión tiene?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

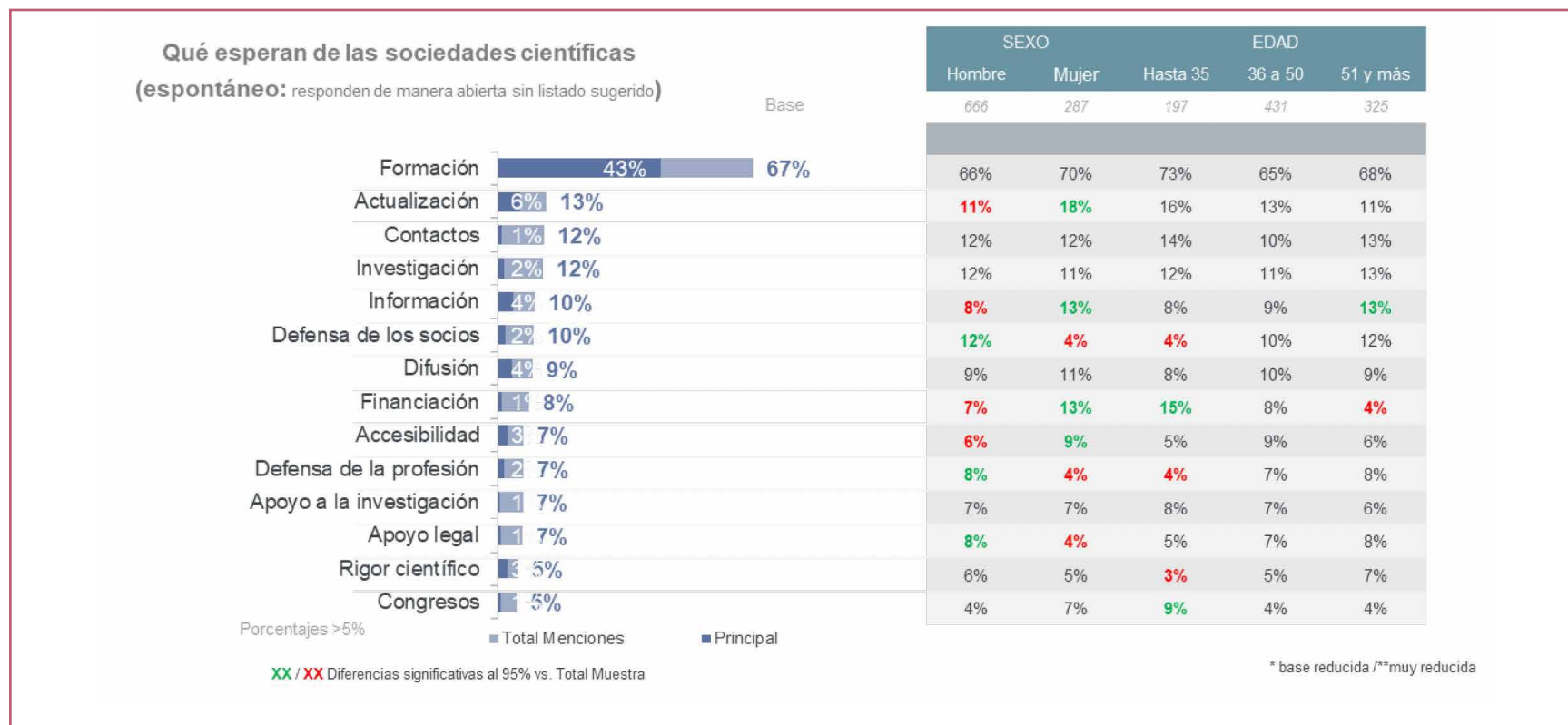
* base reducida /**muy reducida

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

¿Qué esperan los socios de las sociedades científicas?

Análisis Sexo/Edad



Base:n=953; Unidades: Porcentajes

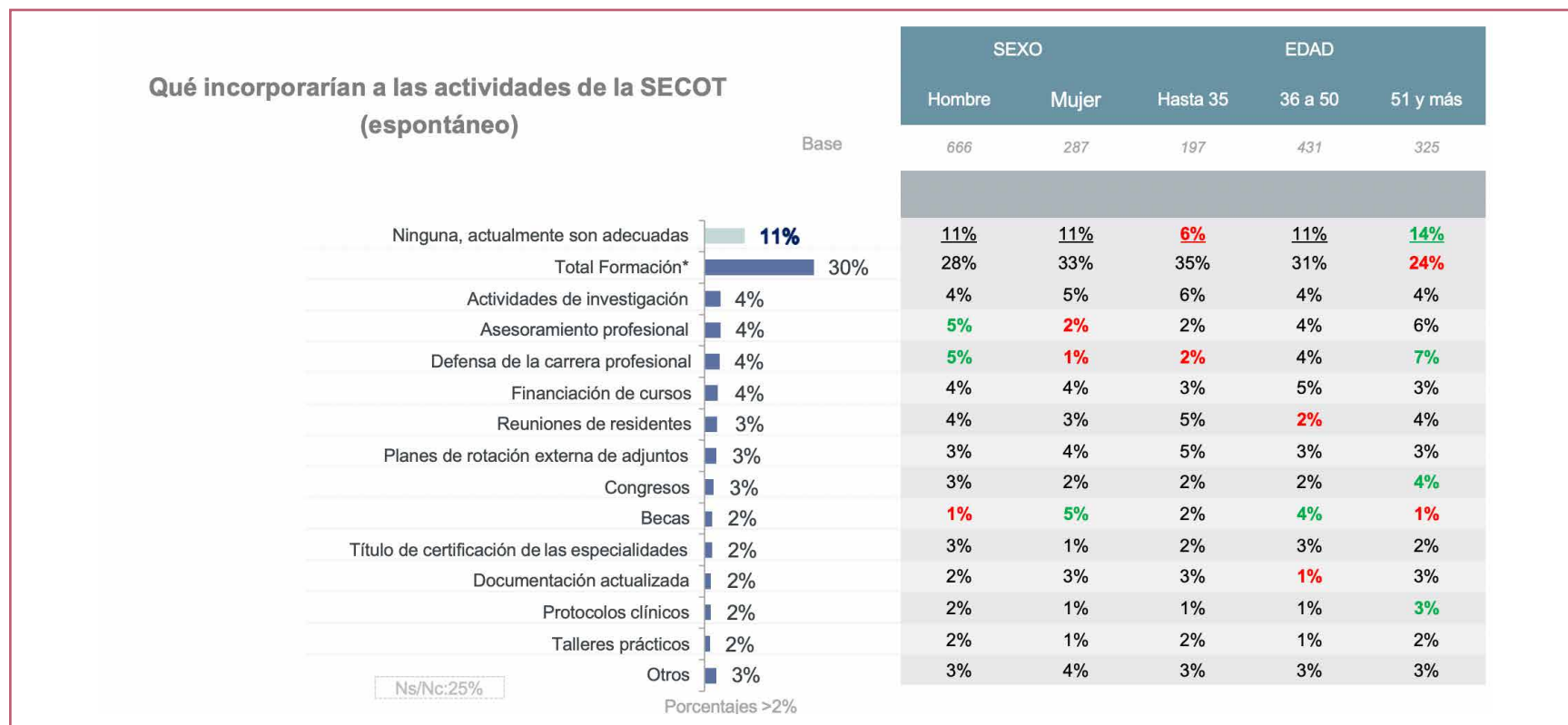
F04 [O] ¿Qué es lo que espera de una sociedad científica? Por favor, indiquenos las tres principales características que debería tener una sociedad científica en la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Qué incorporarían a SECOT

Análisis Sexo/Edad



Base:n=953 Unidades: Porcentajes
F06 [O] ¿Qué le gustaría incorporar a las actividades de la SECOT en los próximos años? Por favor, señale todas las actividades de cualquier tipo que usted incorporaría

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

* base reducida /**muy reducida

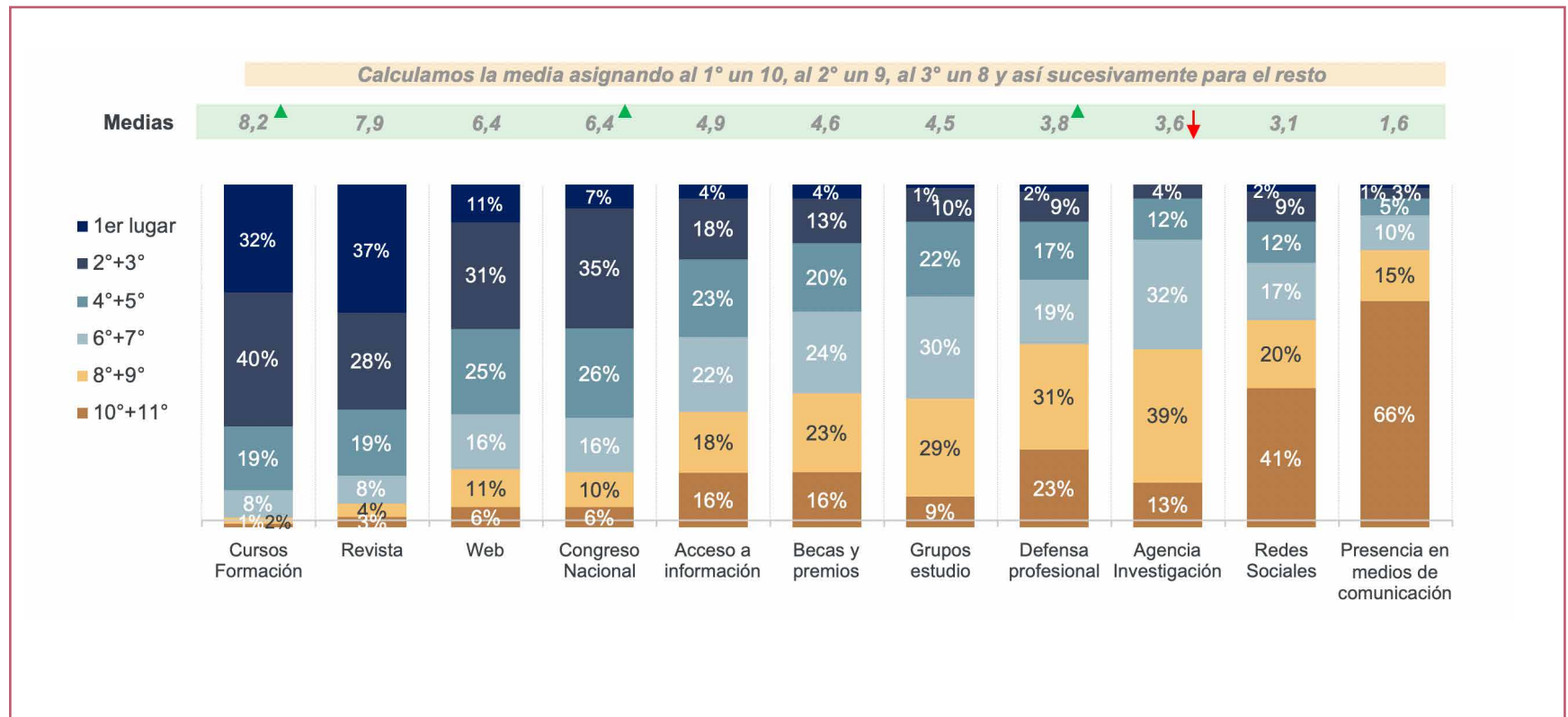
© GfK

PREFERENCIAS EN OFERTA SECOT

Qué esperan de las sociedades científicas

Análisis Sexo/Edad

Los cursos de formación y la Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (RECOT) son los elementos que más se valoran, seguidos a cierta distancia por la web y por el congreso nacional SECOT. La presencia en los medios de comunicación es claramente el elemento que menos se valora.



Base:n=953: Unidades: Porcentajes

F05 [Ranking] La SECOT tiene una oferta variada en formación, información y apoyo para los profesionales de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Por favor, ordene los que se muestran a continuación según su preferencia

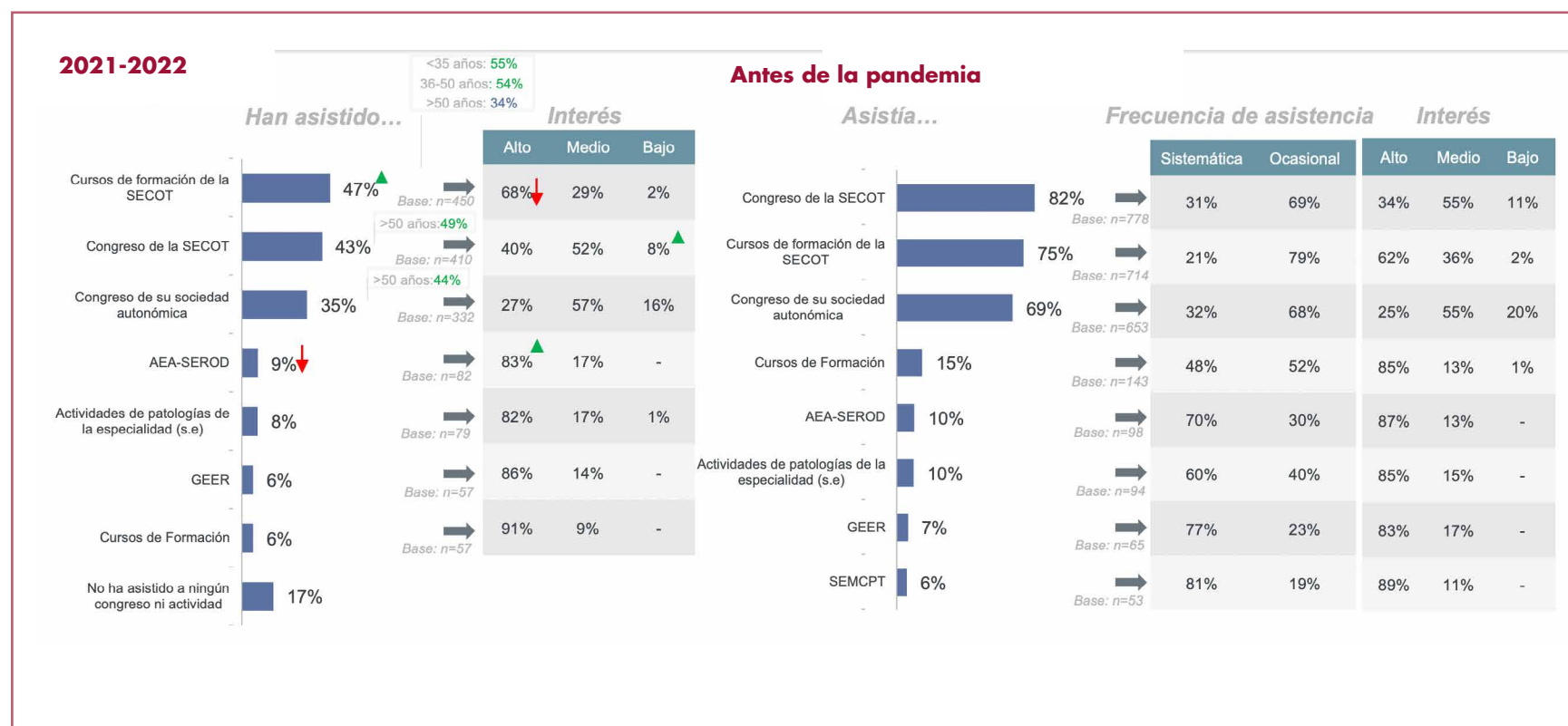

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

FORMACIÓN CONTINUADA NACIONAL

En cuanto a la formación ofertada por la SECOT, la mitad de los traumatólogos encuestados ha asistido a cursos de formación organizados por SECOT en 2021 y 2022, siendo los más jóvenes los mayores beneficiarios. En segundo lugar, el Congreso Nacional SECOT, con un 43%. En este caso son los perfiles de mayor edad los de mayor asistencia. En cuanto a la asistencia antes de la pandemia, 8 de cada 10 profesionales han asistido a actividades formativas ofertadas por la SECOT, pero la mayoría de los especialistas reflejaba una asistencia ocasional.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes > 5%

G01[S] Ahora le vamos a mostrar congresos y actividades. ¿Ha asistido en 2021 y 2022 ya sea de forma presencial u online? ¿Qué grado de interés ha tenido para usted? G02[S] Siguiendo con los congresos y actividades antes de la pandemia. ¿Qué grado de interés ha tenido para usted? ¿Con qué frecuencia acudía?

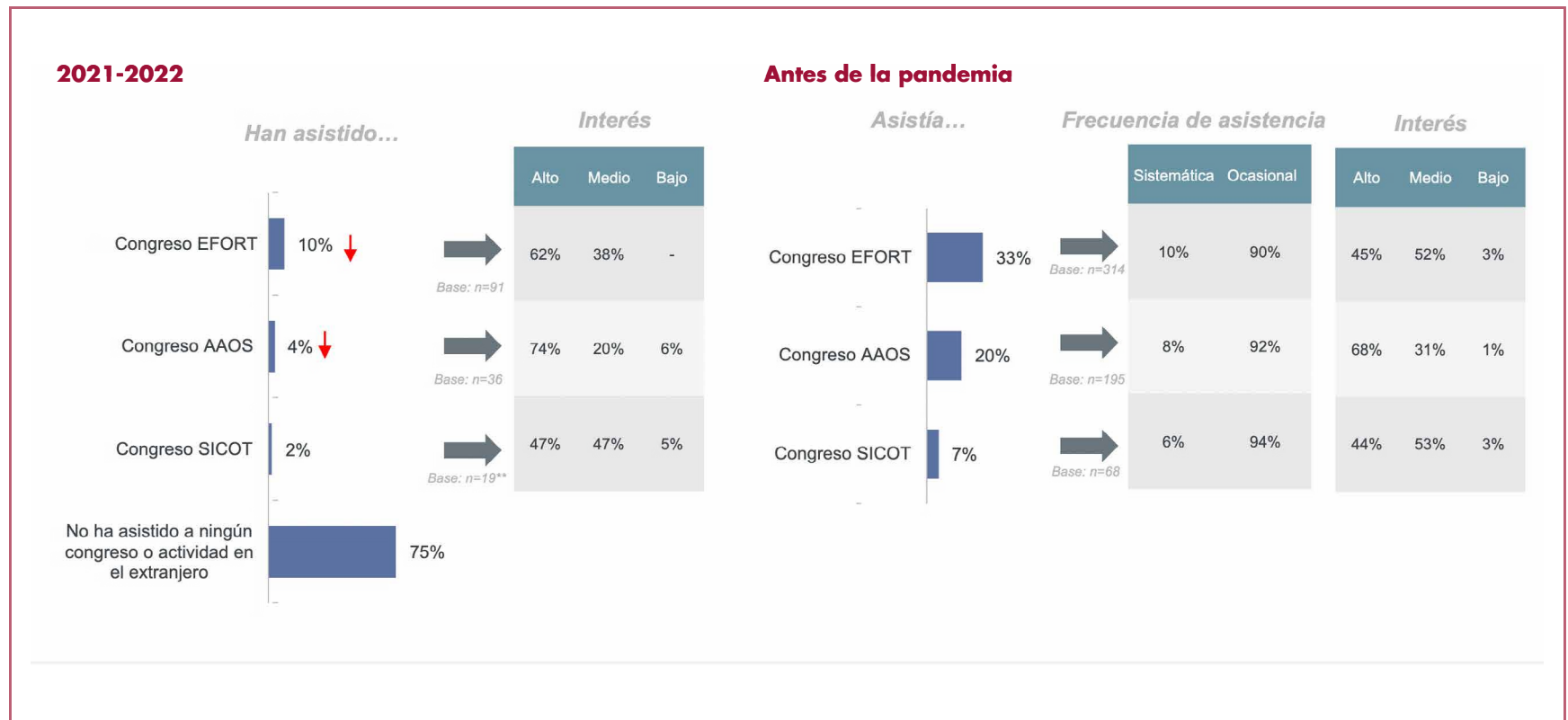
▲ ▼ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

FORMACIÓN CONTINUADA INTERNACIONAL

La asistencia a congresos en el extranjero es claramente menor que la asistencia a congresos nacionales. Al que más frecuentemente se asiste de aquéllos es al congreso de la EFORT. Por otra parte, la frecuencia de asistencia antes de la pandemia a los congresos internacionales era ocasional.



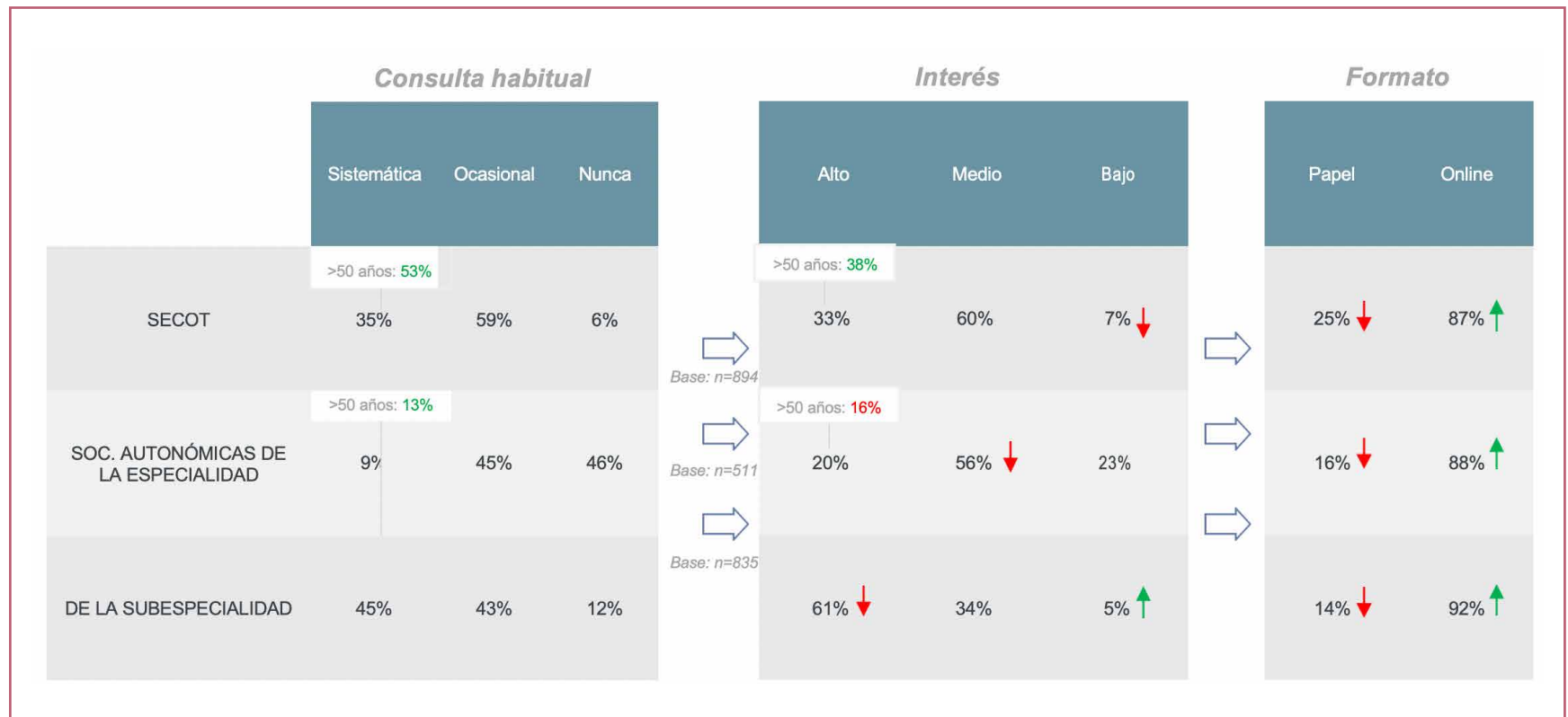
Base:n=953 Unidades: Porcentajes

G03[S] Y de los congresos y actividades en el extranjero que ahora le mostramos, ¿a cuáles ha asistido en 2021 y 2022 ya sea de forma presencial u online? ¿Qué grado de interés ha tenido para usted? ¿Con qué frecuencia acude? * base reducida /**muy reducida

G04[S] Siguiendo con los congresos y actividades en el extranjero antes de la pandemia. ¿Qué grado de interés ha tenido para usted? ¿Con qué frecuencia acudía? © GfK

CONSULTA REVISTAS NACIONALES

Las revistas de la subespecialidad son las que más sistemáticamente se consultan, contando con un elevado grado de interés para los especialistas. La revista de la SECOT sería la más consultada de forma sistemática y ocasional, sobre todo entre los mayores de 50 años. En general, las consultas se hacen en formato online, incrementándose las visitas en todos los casos con respecto a 2011.



↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida © GfK

Base:n=953 Unidades: Porcentajes

G05[S] De las revistas que ahora se presentan, ¿con qué frecuencia las consulta? ¿Qué grado de interés tienen para usted? ¿Las utiliza en su formato papel, en su formato on-line o en ambos?

CONSULTA REVISTAS INTERNACIONALES

El "Journal of Bone and Joint Surgery", en su versión americana, es la revista internacional que más sistemáticamente se lee por parte de los traumatólogos, además con un alto grado de interés. Por detrás aparece su versión británica. Se observa que en las revistas internacionales se utiliza casi exclusivamente la versión online.

	Sistemática	Ocasional	Nunca		Alto	Medio	Bajo		Papel	Online
Acta ortopédica escandinava	1%	38%	60%	⇒ Base: n=379	31%	56%	13%	⇒	2%	99%
International Orthopaedics	5%	59%	36%	⇒ Base: n=608	44%	51%	5%	⇒	3%	99%
Journal of bone and Joint surgery (EEUU)	29%	63%	9%	⇒ Base: n=869	68%	30%	2%	⇒	5%	97%
Journal of bone and joint surgery (UK)	24%	62%	15%	⇒ Base: n=815	62%	36%	2%	⇒	4%	98%
Revue de Chirurgie Orthopédique	3%	25%	72%	⇒ Base: n=267	33%	58%	9%	⇒	8%	95%
Journal of trauma	8%	55%	37%	⇒ Base: n=598	49%	47%	4%	⇒	3%	98%
Clinical Orthopaedics	12%	65%	23%	⇒ Base: n=731	55%	43%	3%	⇒	3%	98%
Otras	5%	13%	82%	⇒ Base: n=174	67%	31%	2%	⇒	8%	97%

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

© GfK

Base:n=953 Unidades: Porcentajes

G06[S] A continuación se muestran una serie de revistas internacionales. ¿Con qué frecuencia las consulta? ¿Qué grado de interés tienen para usted? ¿Las utiliza en su formato papel, en su formato on-line o en ambos?

IDIOMAS – CONOCIMIENTO Y NIVEL

La práctica totalidad de los especialistas tienen conocimientos de inglés. Los niveles en lectura y comprensión son claramente más altos que en escritura y conversación, donde en torno al 30% de ellos declara tener un nivel alto. El siguiente idioma que aparece es el francés, con un 34% de los especialistas con conocimientos, también siendo superior en lectura y comprensión el conocimiento que en escritura y conversación.

El alemán, italiano y catalán aparecen claramente por detrás, con un 5% aproximadamente.

	<i>Lectura</i>				<i>Comprensión</i>				<i>Escritura</i>				<i>Conversación</i>			
	Alto	Medio	Bajo	No	Alto	Medio	Bajo	No	Alto	Medio	Bajo	No	Alto	Medio	Bajo	No
Inglés (98%) Base: n=934	61%	37%	2%	-	52%	43%	5%	-	30%	52%	18%	1%	28%	45%	26%	1%
Francés (34%) Base: n=328	45%	45%	10%	-	39%	45%	15%	-	17%	41%	39%	3%	20%	41%	35%	4%
Alemán (6%) Base: n=59	27%	39%	34%	-	29%	36%	36%	-	24%	24%	51%	2%	27%	25%	46%	2%
Italiano (5%) Base: n=49	80%	18%	2%	-	27%	39%	34%	27%	27%	39%	34%	27%	27%	39%	34%	27%
Catalán (4%) Base: n=36*	94%	3%	3%	-	27%	39%	34%	27%	27%	39%	34%	27%	27%	39%	34%	27%

  Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /** muy reducida

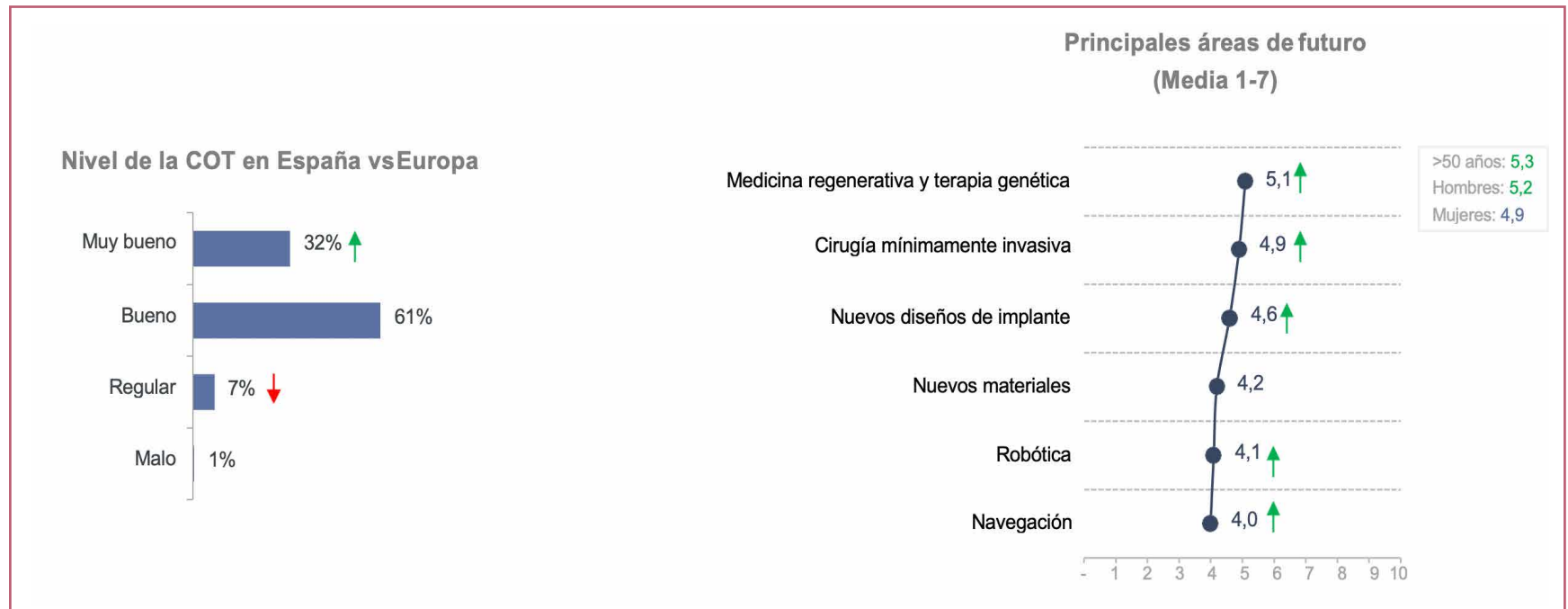
Base:n=953 Unidades: Porcentajes

G07[S] De los idiomas que se presentan a continuación, indique, por favor, de cuáles tiene conocimientos y su nivel para cada uno de ellos. Si no están en la lista, puede incluirlos en otros

© GfK

DESARROLLO DE LA TRAUMATOLOGÍA EN ESPAÑA

En cuanto al nivel comparativo de la Traumatología en España, para el 93% este es bueno o muy bueno. Las tres áreas de mayor desarrollo para los cirujanos ortopédicos y traumatólogos son la Terapia Genética, la cirugía mínimamente invasiva, y los nuevos diseños de implante. La navegación o la robótica aparecen con menor perspectiva de futuro para los especialistas.



Base: n=953 Unidades: Porcentajes

H01[S] ¿Cómo calificaría usted el nivel de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología en España en comparación con otros países europeos? H03 [Ranking] De las áreas de futuro que se presentan a continuación, ¿cuáles cree que son las que se deberían desarrollar más en Cirugía Ortopédica y Traumatología?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

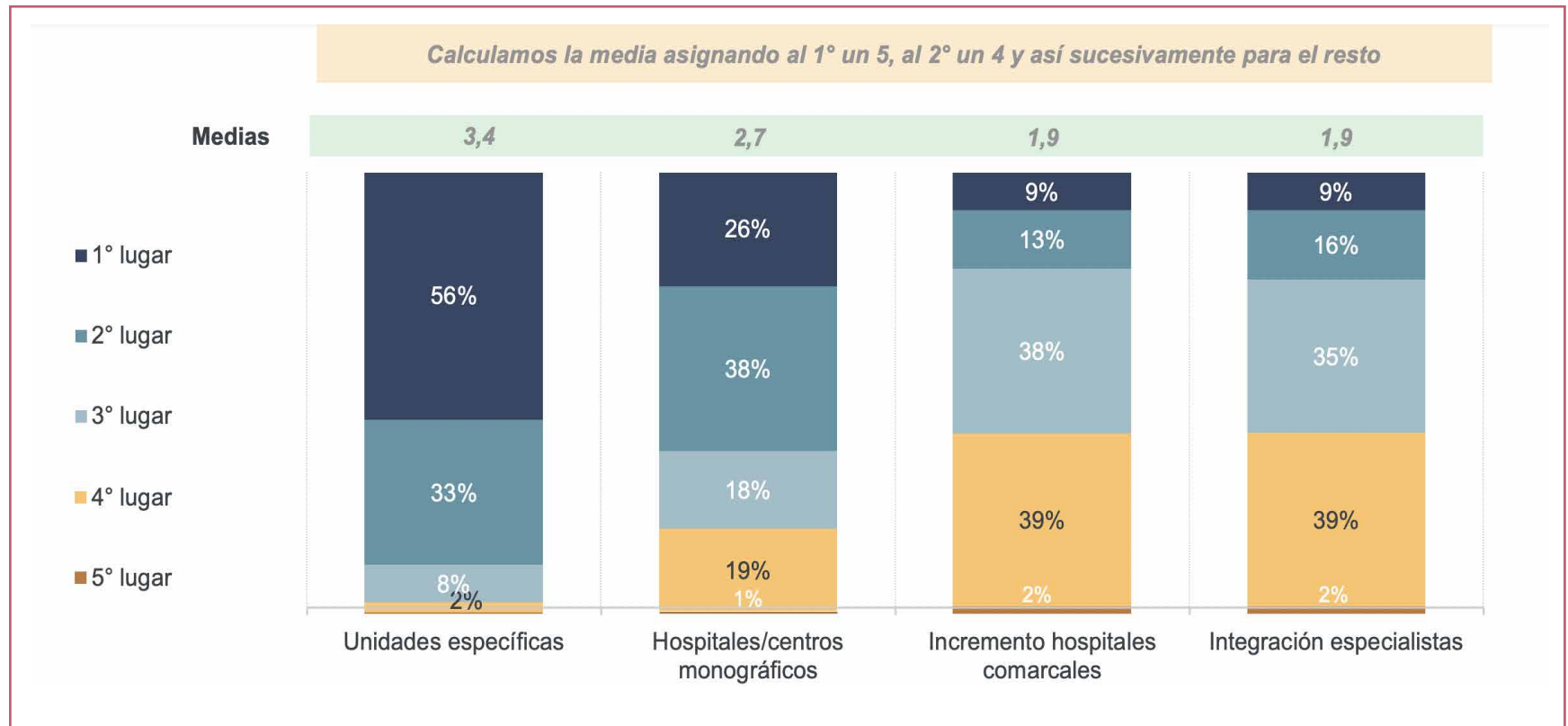
* base reducida /** muy reducida

© GfK

ELEMENTOS A POTENCIAR EN TRAUMATOLOGÍA

en España

Las unidades específicas son el elemento que más se debe desarrollar en España para estos especialistas. Le sigue a cierta distancia la creación de hospitales / centros monográficos. El incremento de hospitales comarcales o la integración de los especialistas de ambulatorios y centros de salud aparecen claramente por detrás.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes

H02 [Ranking] A continuación se muestran una serie de elementos para la evolución de la organización asistencial de la Cirugía Ortopédica y la Traumatología en España. Por favor, ordénelos de más a menos importancia

  Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

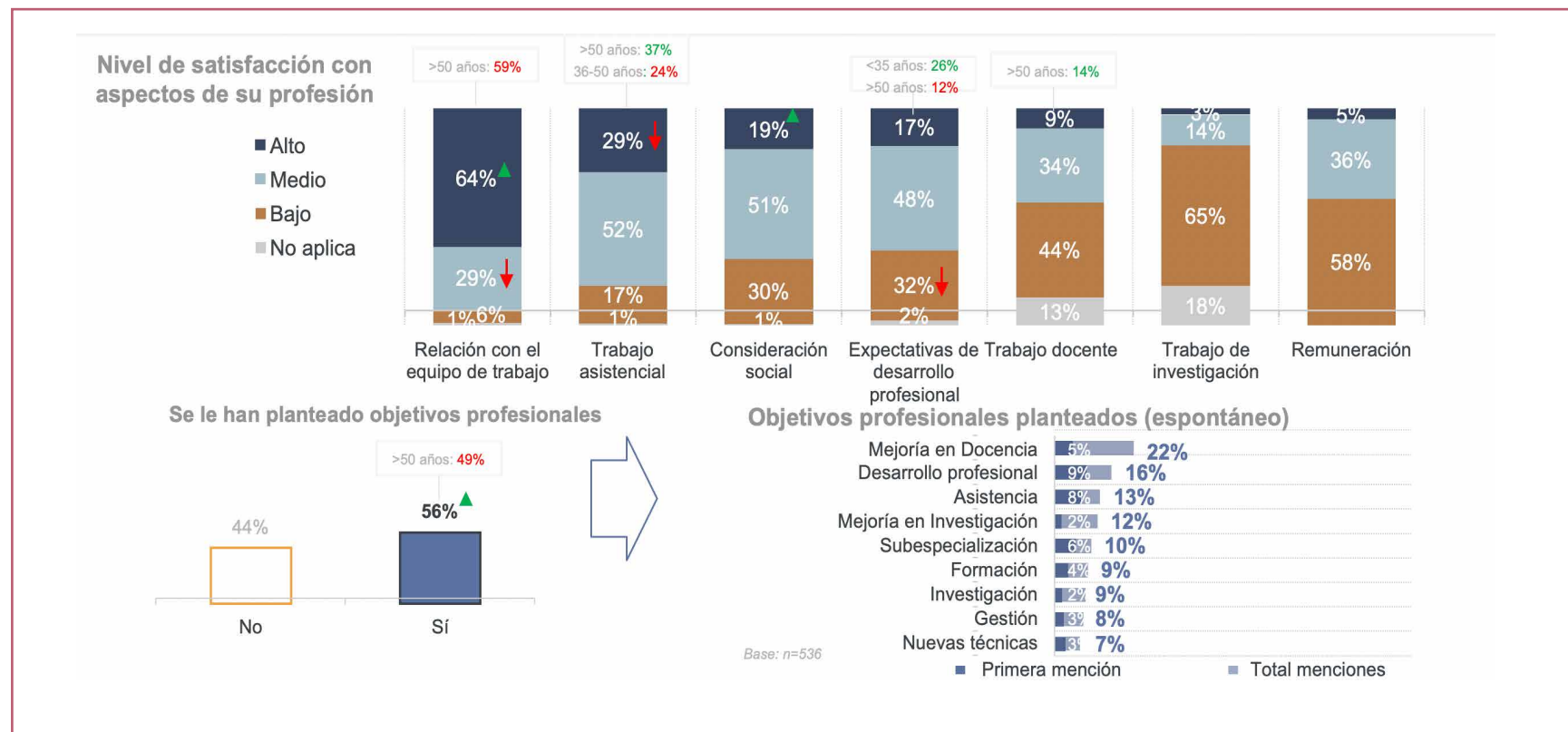
* base reducida /**muy reducida

© GfK

SATISFACCIÓN CON SU PROFESIÓN

Objetivos profesionales

Los traumatólogos se encuentran muy satisfechos con la relación que tienen con sus respectivos equipos de trabajo, seguido de la satisfacción con el trabajo asistencial. Los de mayor edad se muestran más críticos al respecto y tienen un nivel de satisfacción más bajo en las relaciones con su equipo laboral, si bien más alta en lo referente al trabajo asistencial. Los dos puntos con los que se muestran más críticos son con la remuneración y con el trabajo de investigación. Más de la mitad de los especialistas se ha planteado objetivos profesionales, considerándolo en el campo de la docencia, como desarrollo profesional y para la mejora en la asistencia.



I Base: n=953 Unidades: Porcentajes

I01[S por fila] Ahora se le va a preguntar por su nivel de satisfacción con respecto a diferentes aspectos de su trabajo como profesional sanitario. Por favor, indique para cada uno de estos aspectos el grado de satisfacción que tiene: alto, medio o bajo; I02[S] ¿Se le han planteado objetivos profesionales?; I03 [O] ¿Los podría enumerar por orden de preferencia?

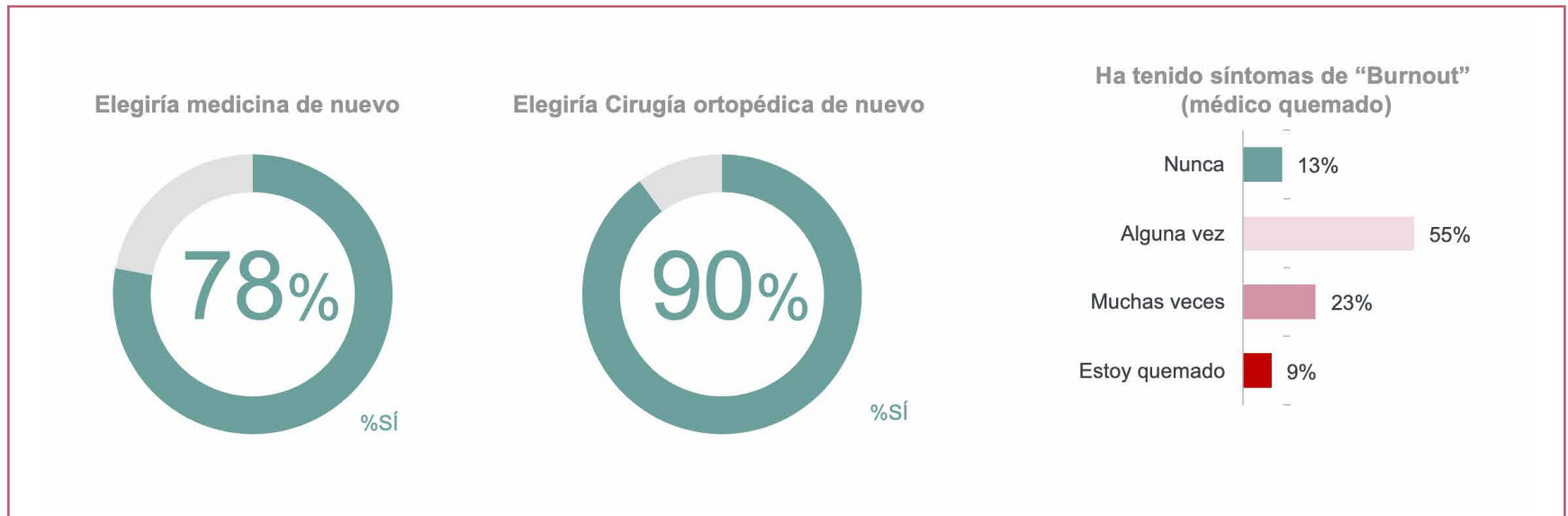
 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /** muy reducida

© GfK

SATISFACCIÓN CON SU PROFESIÓN

Casi 8 de cada 10 traumatólogos están satisfechos con la elección de su profesión y el 90% lo están con la elección de la especialidad. No obstante, casi 9 de cada 10 han tenido síntomas de "burnout" en algún momento de su vida laboral.



Base:n=953 Unidades: Porcentajes

104 [S] Si pudiera elegir de nuevo una profesión a la que dedicarse, ¿elegiría la Medicina?; 105 [S] Si pudiera elegir de nuevo la Especialidad para formarse, ¿elegiría la Cirugía Ortopédica y Traumatología; 106 [S] ¿Cree que ha tenido algún síntoma de "burn out" (médico quemado)?

* base reducida /**muy reducida

© GfK

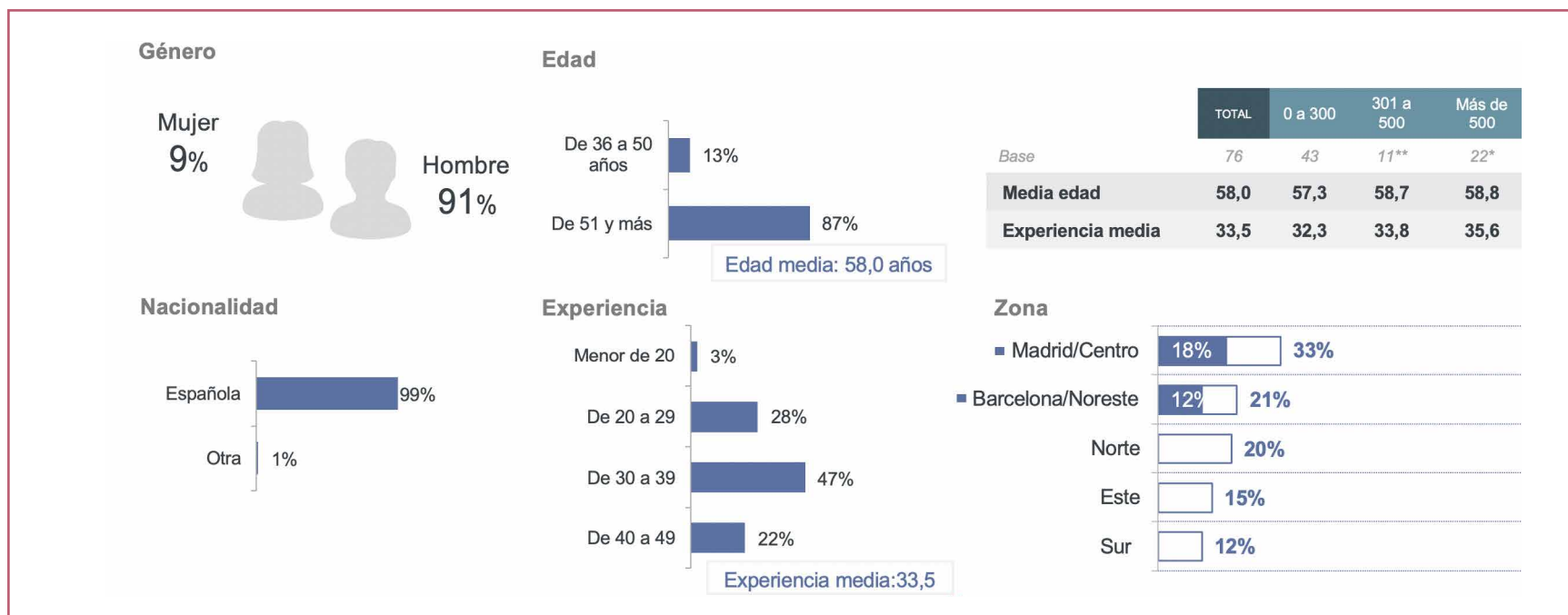
3

RESULTADOS DE LOS JEFES DE SERVICIOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Perfil sociodemográfico

9 de cada 10 jefes de servicio es un hombre de unos 58 años de media, con una experiencia de 34 años y de nacionalidad española.



Base:n=76: Unidades: Porcentajes y medias **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

B01 [S]. Usted es...; B02 [Q] Por favor, indique su edad B03 [S]; ¿Nos podría indicar su nacionalidad?; B04 [S] ¿Cuántos años lleva ejerciendo como médico?; A01 [M] Marque todos los centros donde trabaje; A02 [S] Centro de trabajo principal; A04 [S]. ¿Por favor seleccione la provincia de su centro de trabajo principal?; A05 [S]. ¿Por favor seleccione el municipio de su centro de trabajo principal?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / **muy reducida

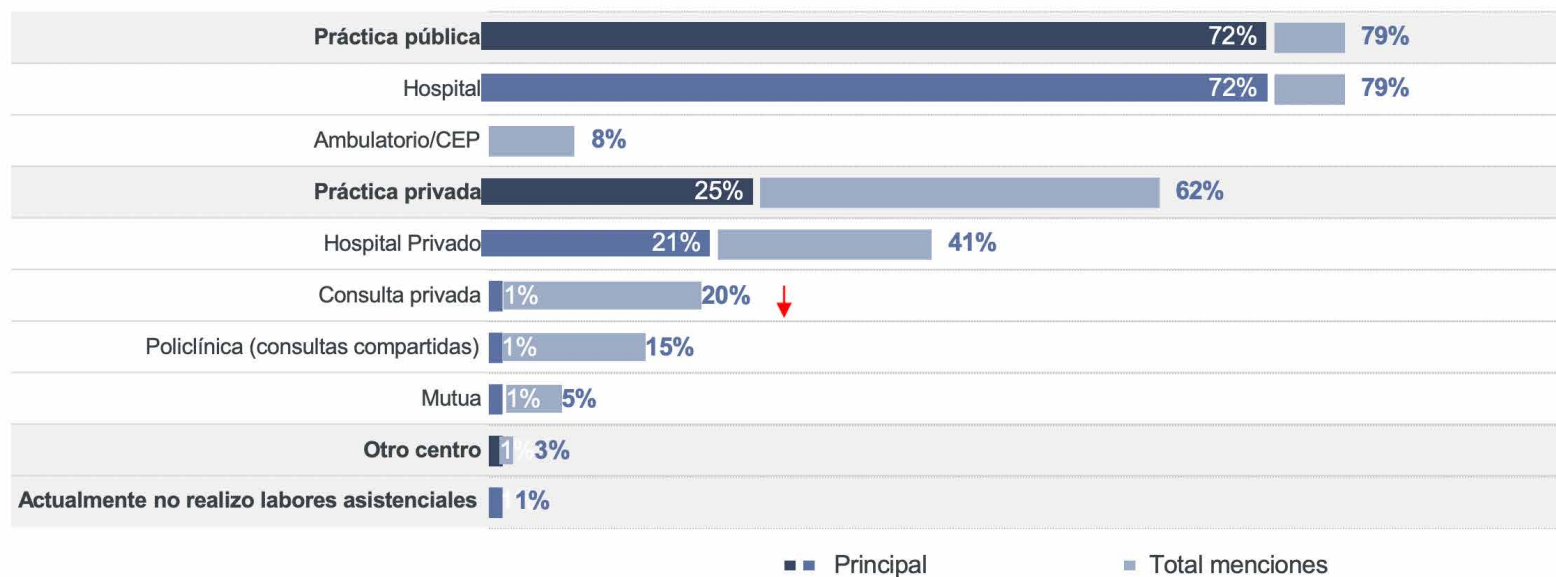
© GfK

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Lugar de trabajo

Casi 8 de cada 10 jefes de servicio trabajan en la sanidad pública, siendo en más del 70% su trabajo principal. En el 25% su trabajo principal se desarrolla en el ámbito privado.

Centros de trabajo



Base: n=76; Unidades: Porcentajes

A01 [M] Marque todos los centros donde trabaje; A02 [S] Centro de trabajo principal; A03 [S]. ¿Por favor seleccione la provincia de su centro de trabajo principal?; A04 [S]. ¿Por favor seleccione el municipio de su centro de trabajo principal?

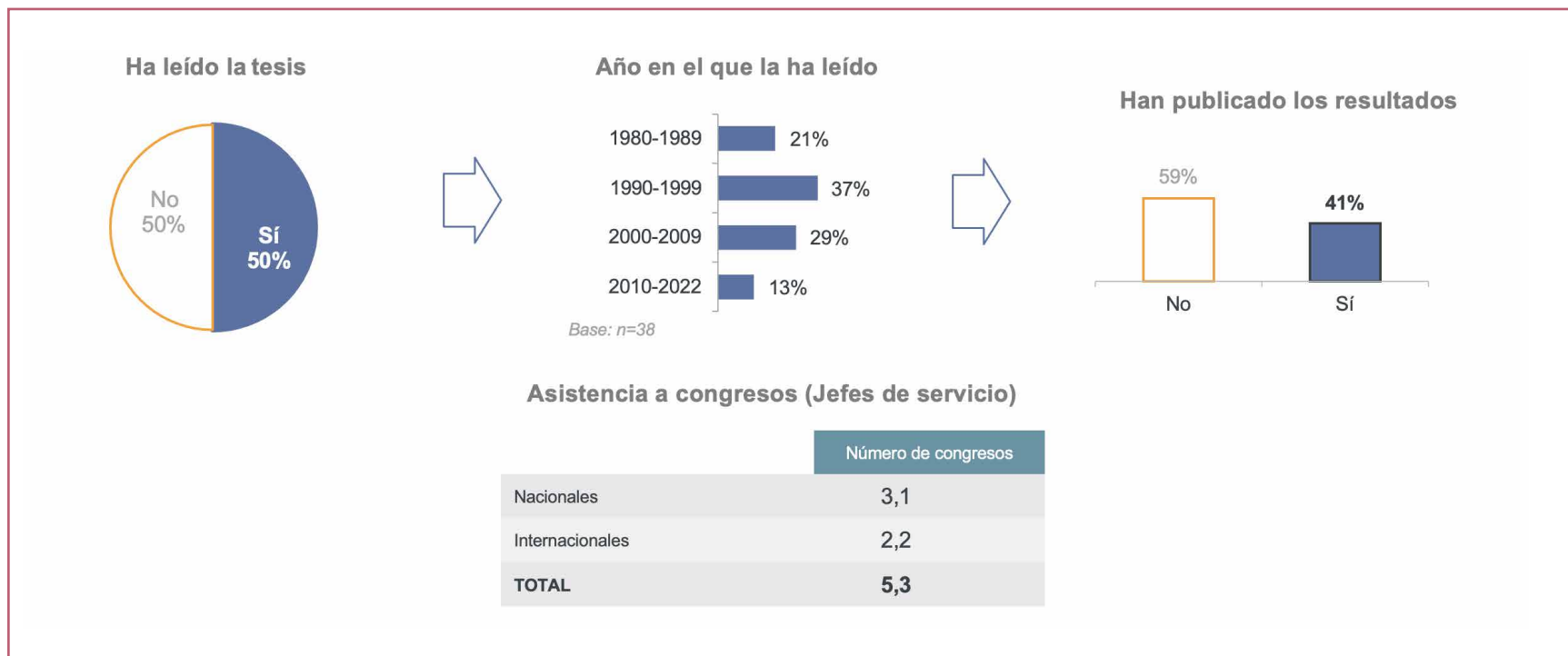
↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

© GfK

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Doctorado y congresos

1 de cada 2 jefes de servicio ha leído su tesis doctoral, sobre todo desde los años 1990 a 2009. El 41% ha publicado sus resultados. Anualmente asisten de media a unos 5 congresos, siendo 3 de carácter nacional y 2 de carácter internacional.



Base: n=76; Unidades: Porcentajes

K03 [S] ¿Ha leído su tesis doctoral?; K04 [S] ¿En qué año ha leído su tesis doctoral?; K05 [S] ¿Ha publicado los resultados de su tesis doctoral?; K06 [Q] Como Jefe de Servicio, ¿A cuántos congresos nacionales e internacionales asiste anualmente?

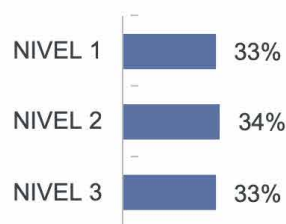
* base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO

Se observa una distribución similar entre los distintos niveles de hospitales y en su mayoría son dependientes de cada Comunidad Autónoma.

Nivel hospital



	TOTAL	Número de camas		
		0 a 300	301 a 500	Más de 500
<i>Base</i>	76	43	11**	22*
Nivel 1	33%	44%	27%	14%
Nivel 2	34%	40%	55%	14%
Nivel 3	33%	16%	18%	73%

Dependencia del hospital



	TOTAL	Número de camas		
		0 a 300	301 a 500	Más de 500
<i>Base</i>	76	43	11**	22*
Dependiente de su CC.AA	70%	51%	82%	100%
Otro privado no benéfico	21%	33%	18%	-
Entidad religiosa	5%	9%	-	-
Mutuas laborales	4%	7%	-	-
Otro privado benéfico	3%	5%	-	-
Municipal	1%	2%	-	-

Base:n=76: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

C01 [S] ¿Qué nivel tiene el hospital donde es jefe de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología?; C02 [M] ¿Qué dependencia patrimonial y/o funcional tiene ese hospital?

↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO

La población de cobertura de los hospitales suele oscilar entre 100.000 y 400.000 personas. El número de camas del hospital con mayor frecuencia está entre 100 y 200 camas, y el número de estas en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología generalmente oscila entre las 20 y las 50.

Cobertura hospital



Cobertura servicio de COT



Camas del hospital



Camas del servicio de COT



Base	Número de camas			
	TOTAL	0 a 300	301 a 500	Más de 500
	76	43	11**	22*
Población cobertura hospital				
Menos de 100.000	18%	33%	-	-
100.001 a 200.000	28%	35%	46%	5%
200.001 a 400.000	30%	19%	46%	46%
400.001 a 600.000	16%	12%	-	32%
600.001 a 1.000.000	8%	2%	9%	18%
Población cobertura servicio cirugía ortopédica y traumatología				
Menos de 100.000	20%	35%	-	-
100.001 a 200.000	25%	33%	46%	-
200.001 a 400.000	32%	21%	46%	46%
400.001 a 600.000	16%	9%	-	36%
600.001 a 1.000.000	8%	2%	9%	18%

Base: n=76; Unidades; Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

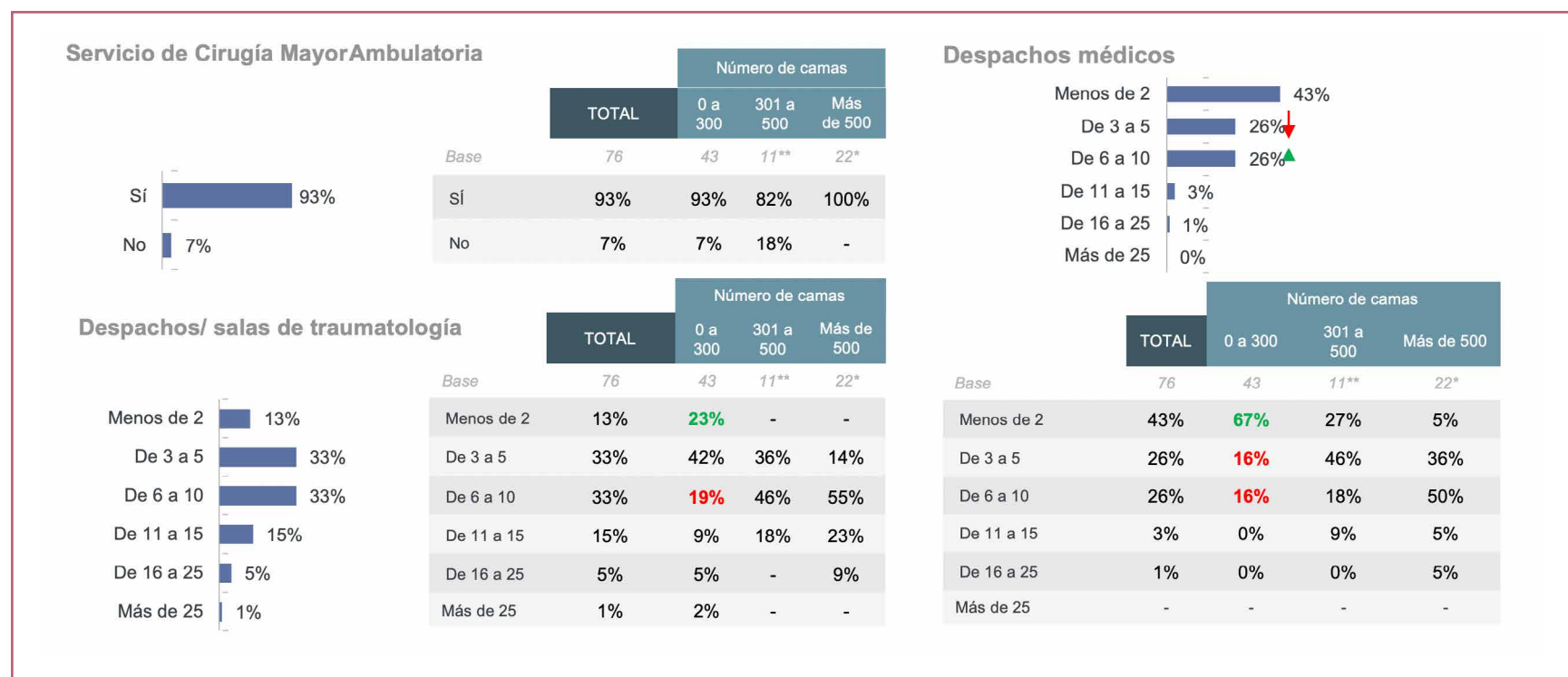
C03 [S] ¿Nos podría indicar la población de cobertura que tiene su hospital?; C04 [S] ¿Y en referencia al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, ¿qué población de cobertura tiene?; C05 [S] ¿Qué número de camas tiene su hospital?; C06 [S] ¿Y qué número de camas tiene el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / **muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO COT

El 93% de los jefes de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología encuestados afirma tener un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. El número de despachos y salas de consulta externa de Traumatología es inferior a 10, así como el número de despachos para médicos (no despachos de consulta) también es inferior a 10.



Base:n=76: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

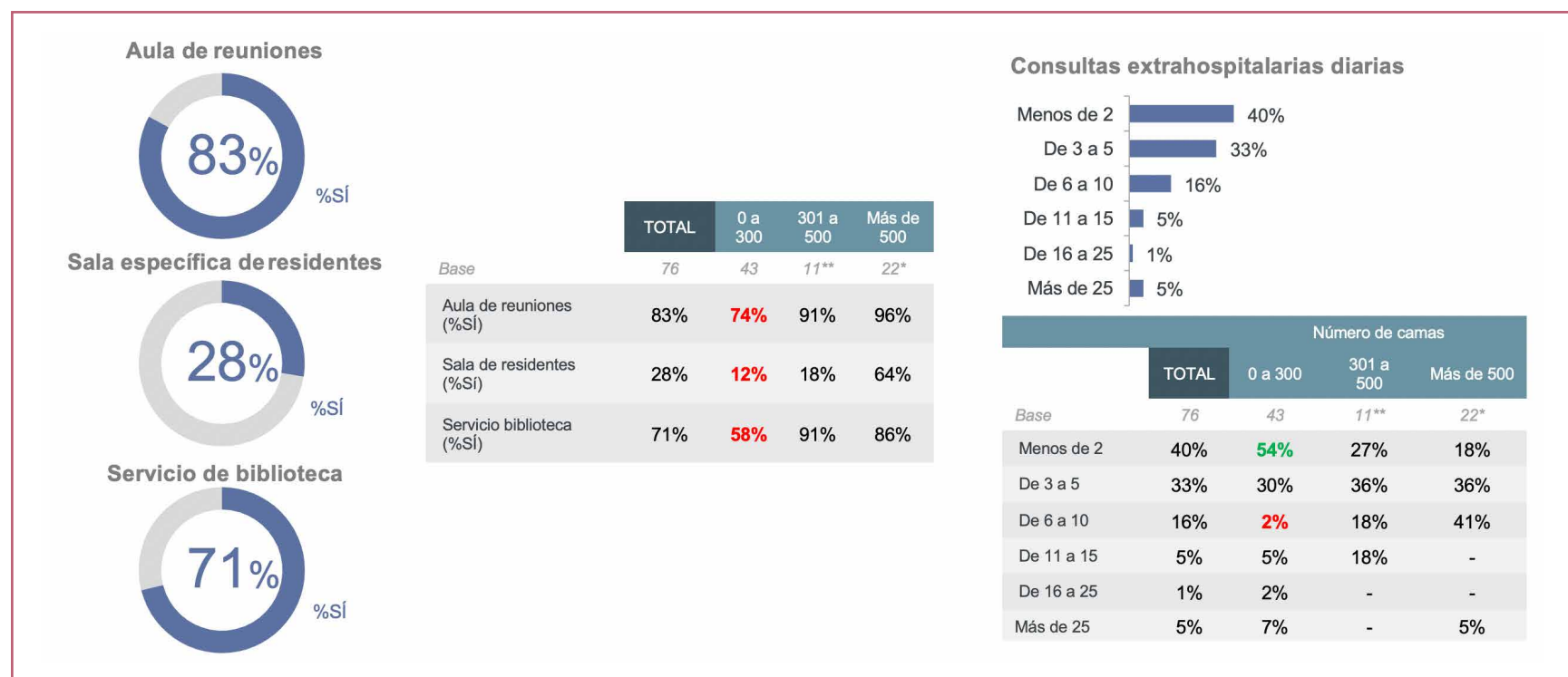
C07 [S] ¿Tiene su hospital una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria?; C08 [S] ¿Cuál es el número de despachos o salas de consulta externa de traumatología por término medio al día en el hospital?; C09 [S] ¿Y qué número de despachos para médicos (no despachos de consultas) tiene el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología?

↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO COT

El 83% de los jefes de servicio manifiesta disponer de un aula de reuniones en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El 28% dice tener sala de residentes y el 71% dispone de servicio de biblioteca. El número medio de consultas y despachos que tiene el Servicio en el área fuera del hospital es inferior a 5.



Base:n=76: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

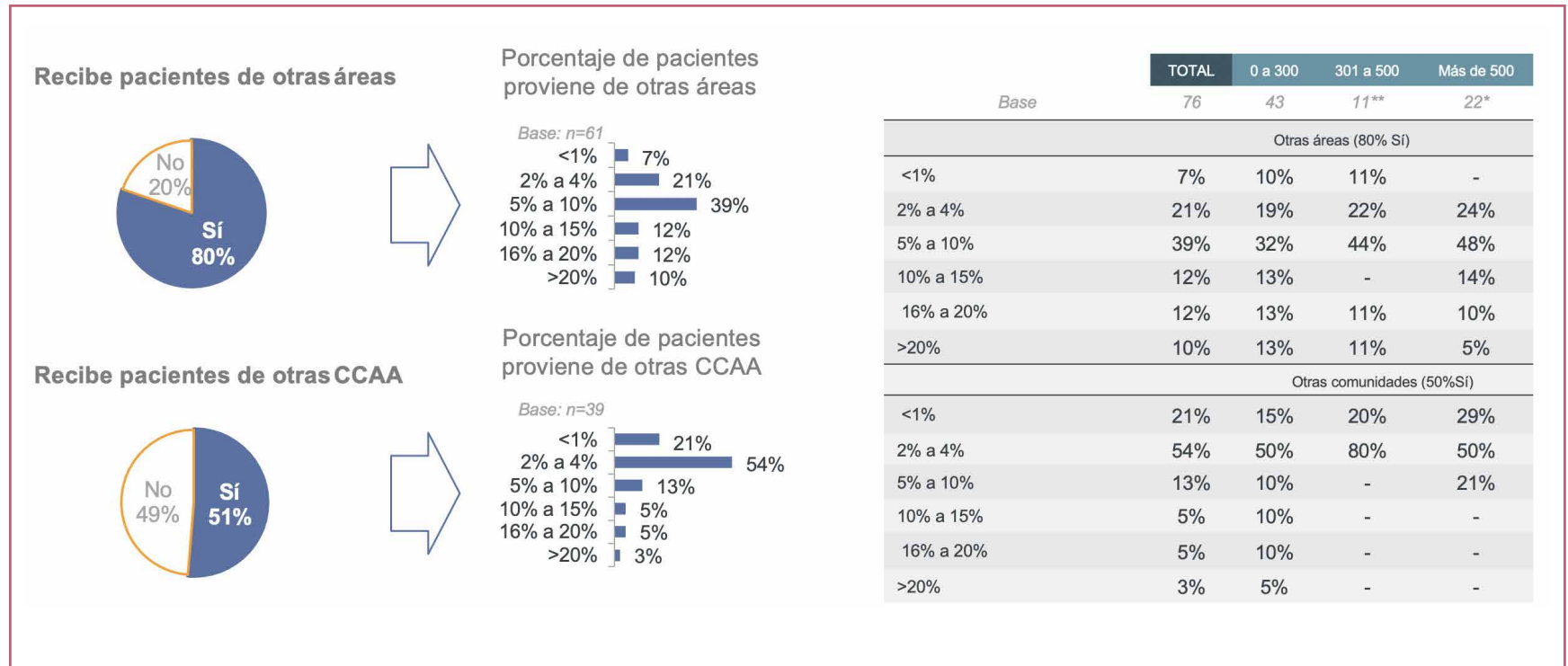
C10 [S] ¿Dispone el Servicio de un aula de reuniones?; C11 [S] ¿Dispone el Servicio de una sala específica de residentes?; C12 [S] ¿Dispone de un servicio de biblioteca?; C13 [S] ¿Cuántas consultas extrahospitalarias tiene por término medio al día en su Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / **muy reducida

© GIK

DATOS DEL SERVICIO COT

El 80% de los jefes de servicio consultados afirma que reciben pacientes de otras áreas de salud distinta a la propia; y el 51%, que también los reciben de otras Comunidades Autónomas.



Base:n=76: Unidades: Porcentajes **xx / xx** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

  Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

C14 [S] ¿Recibe pacientes de otras áreas sanitarias en su Servicio?; C15 [S] Nos podría indicar, del total de sus pacientes en su Servicio, ¿qué porcentaje de ellos proviene de otras áreas sanitarias?; C16 [S] ¿Recibe pacientes de otras comunidades autónomas en su Servicio?; C18 [S] Nos podría indicar, del total de sus pacientes en su Servicio, ¿qué porcentaje de ellos proviene de otras Comunidades Autónomas?

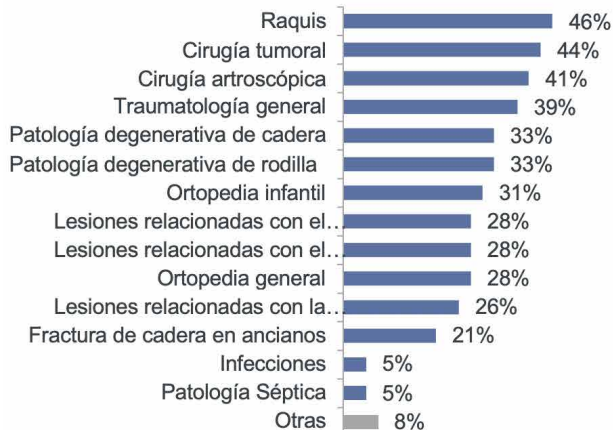
© GfK

DATOS DEL SERVICIO COT

Patología vertebral, tumoral y artroscópica, así como traumatología general, son las patologías que más se reciben de otras Comunidades Autónomas.

Patologías que recibe de otras comunidades

Base:n=39



	TOTAL	0 a 300	301 a 500	Más de 500
Patologías de otras comunidades				
<i>Base</i>	76	43	11**	22*
Raquis	46%	40%	80%	43%
Cirugía tumoral	44%	25%	20%	79%
Cirugía artroscópica	41%	70%	20%	7%
Traumatología general	39%	50%	20%	29%
Patología degenerativa de cadera	33%	45%	60%	7%
Patología degenerativa de rodilla	33%	40%	60%	14%
Ortopedia infantil	31%	30%	-	43%
Lesiones relacionadas con el codo/hombro	28%	35%	40%	14%
Lesiones relacionadas con el pie/tobillo	28%	40%	20%	14%
Ortopedia general	28%	50%	20%	-
Lesiones relacionadas con la mano/muñeca/codo	26%	40%	40%	-
Fractura de cadera en ancianos	21%	25%	40%	7%
Infecciones	5%	0%	20%	7%
Patología Séptica	5%	0%	20%	7%
Otras	8%	10%	-	7%

Base: Recibe pacientes de otras comunidades n=39: Unidades: Porcentajes
C17 [M] ¿Qué patologías recibe de otras comunidades?

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

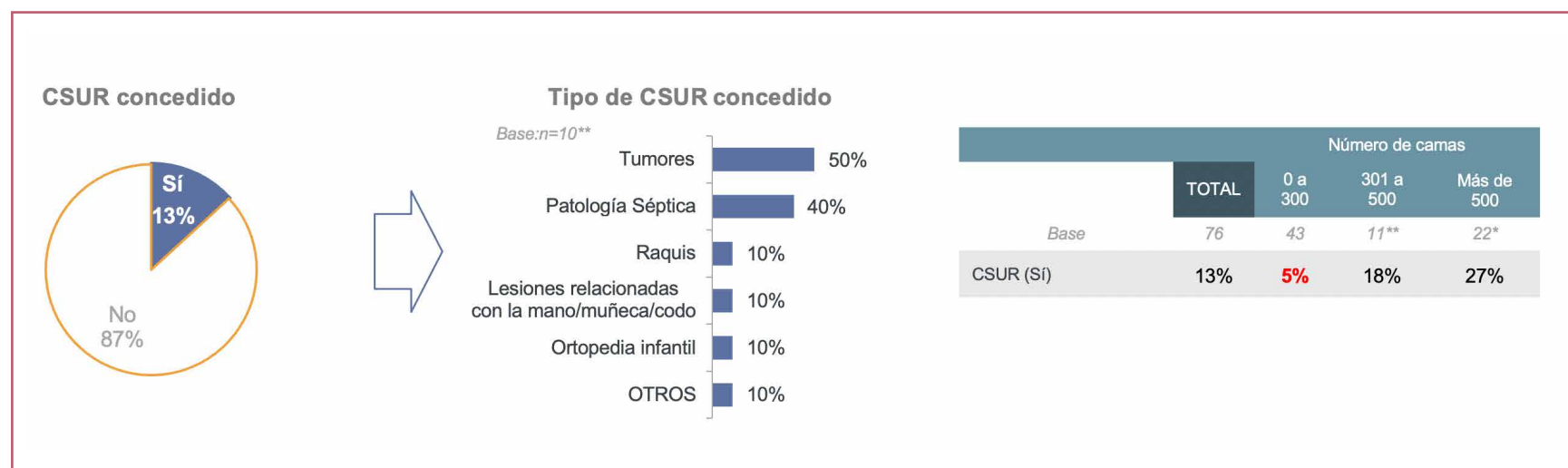


 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO COT

Patología vertebral, tumoral y artroscópica, así como traumatología general, son las patologías que más se reciben de otras comunidades autónomas.



Base:n=76: Unidades: Porcentajes

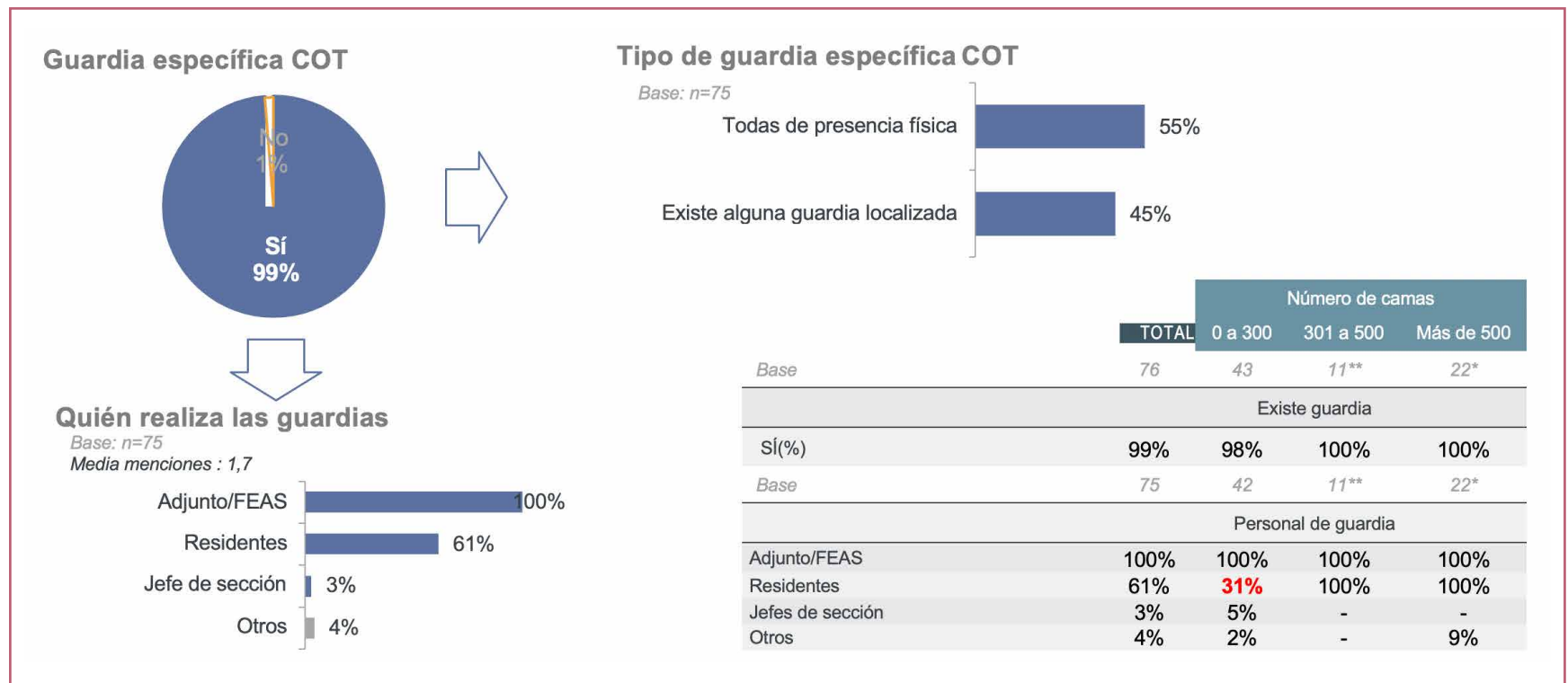
C19 [S] ¿Tiene concedido algún CSUR su Servicio?; C20 [O] ¿De qué tipo de patología tiene concedido un CSUR en su Servicio?

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS DEL SERVICIO COT

El 99% de los jefes de servicio coinciden en que en su servicio se realizan guardias específicas de Cirugía Ortopédica y Traumatología; y que muchas de ellas son de presencia física y localizadas.



Base: n=76: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra
 C24 [S] En su hospital ¿Existe una guardia específica de Cirugía Ortopédica y Traumatología?; C25 [M] ¿Quién realiza dichas guardias?; C26 [S] Estas guardias específicas de Cirugía Ortopédica y Traumatología son

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / ** muy reducida

© GfK

PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO COT

El número medio de jefes de sección por hospital es de 2,7, siendo interinos el 11% de los casos. El número medio de adjuntos por hospital es de 17,2, con un 63% de ellos fijos, un 25% de interinos y un 12% de eventuales.

	Número de camas			
	TOTAL	0 a 300	301 a 500	Más de 500
Base	76	43	11**	22*
Total				
Jefe de servicio	1,0	1,1	1,0	1,0
Jefes de sección	2,7	1,9	2,3	3,9
Adjuntos	17,2	10,9	19,5	28,5
Fijos				
Jefe de servicio	1,0	1,1	0,9	1,0
Jefes de sección	2,4	1,7	2,0	3,3
Adjuntos	10,9	6,6	12,2	18,6
Interinos				
Jefe de servicio	0,0	0,0	0,0	0,1
Jefes de sección	0,3	0,1	0,0	0,6
Adjuntos	4,3	2,3	6,5	7,2
Eventuales				
Jefe de servicio	0,0	0,1	0,1	0,0
Jefes de sección	0,1	0,1	0,3	0,0
Adjuntos	2,0	2,0	0,8	2,6

	Jefes de servicio	Jefe de sección	Adjuntos
% tienen	97% tienen Jefes de servicio	71% tienen Jefes de sección	100% tienen adjuntos
Media total	1,0 de media	2,7 de media	17,2 de media
Propietarios fijos	1,0 100%	2,4 87%	10,9 63%
Interinos	0,0	0,3 11%	4,3 25%
Eventuales	0,0	0,1 3%	2,0 12%

Base:n=76: Unidades: Porcentajes y medias

C21 [Q] A continuación se le preguntará por el personal médico de su Servicio. Por favor, indiquenos el número total de jefes de servicio y de sección, interinos y adjuntos que tiene y cuántos de cada uno de ellos son propietarios fijos, cuántos interinos y cuántos eventuales.

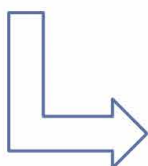
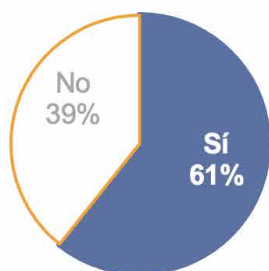
↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

© GfK

MIR

El 61% de los jefes de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología afirman que su servicio está acreditado para impartir docencia MIR. El número medio de residentes que tienen por servicio es de 11,1.

Docencia MIR acreditada



Base:n=46

Base	TOTAL	Número de camas		
		0 a 300	301 a 500	Más de 500
	76	43	11**	22*
Acreditado por el MIR				
Sí (%)	61%	30%	100%	100%
Base	46	13**	11**	22*
Medias : Número de residentes				
Mir 1	2,2	1,7	1,7	2,7
Mir 2	2,3	2,0	1,8	2,7
Mir 3	2,2	1,9	1,7	2,6
Mir 4	2,2	1,9	1,6	2,6
Mir 5	2,2	1,9	1,7	2,6

Base:n=76: Unidades; Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra
 C22 [S] ¿Está el Servicio acreditado para la docencia MIR?; C23 [S] ¿Podría indicar, por favor, el total de MIR de su Servicio que están en cada año?

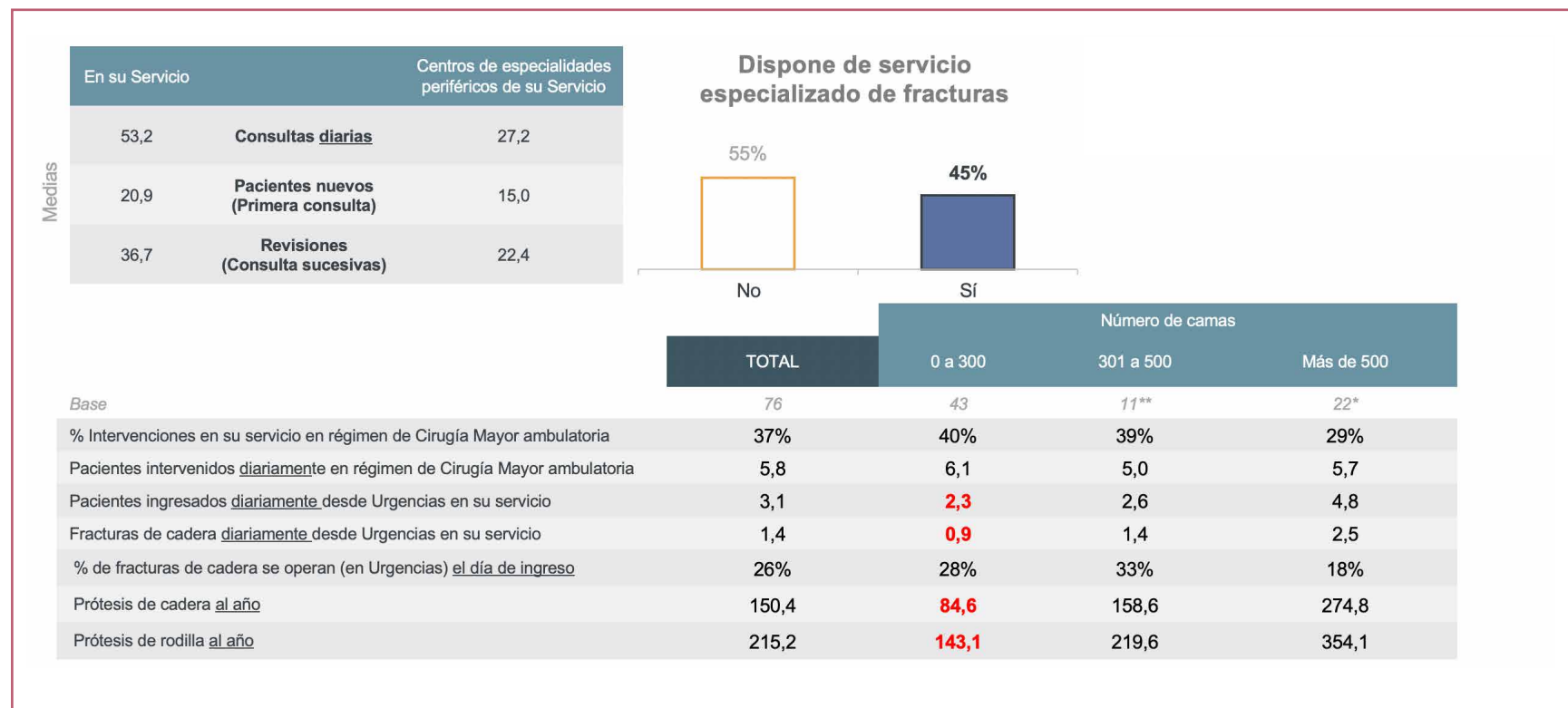
 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS ASISTENCIALES

En los servicios encuestados se atiende una media de 53 pacientes diarios en consulta hospitalaria. En los centros de especialidades periféricas el número se reduce a 27. Algo menos de la mitad de los servicios disponen de unidades específicas de fracturas.

En torno al 40% de las intervenciones del servicio se realizan en régimen de cirugía mayor ambulatoria.



Base:n=76; Unidades: Porcentajes y medias

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

D01 [Q] ¿Cuántas consultas diarias por término medio se pasan en su Servicio en el Hospital?; D02 [Q] ¿Cuántas consultas hospitalarias se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D03 [S] ¿Tiene una consulta específica de fracturas en su Servicio?; D04 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D05 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D06 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D07 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D08 [Q] ¿Qué % aproximado de intervenciones se realizan en su Servicio en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria?; D09 [Q] ¿Cuántos pacientes se intervienen diariamente en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en una jornada ordinaria en su Servicio?; D10 [Q] ¿Cuántos pacientes ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D11 [Q] ¿Cuántas fracturas de cadera ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D12 [Q] ¿Qué % aproximado de fracturas de cadera se operan en el Servicio de Urgencias el día del ingreso?; D13 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de cadera se implantan aproximadamente al año en su Servicio?; D14 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de rodilla se implantan aproximadamente al año en su Servicio?

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

DATOS ASISTENCIALES

Base	TOTAL	Número de camas		
		0 a 300	301 a 500	Más de 500
	76	43	17**	22*
			En su servicio	
Consultas <u>diarias</u>	53,2	42,4	58,4	71,8
Pacientes nuevos (Primera consulta)	20,9	25,4	8,1	18,4
Revisiones (Consulta sucesivas)	36,7	43,7	19,2	31,8
			Centros de especialidades periféricos de su Servicio	
Consultas <u>diarias</u>	27,2	23,7	31,9	31,6
Pacientes nuevos (Primera consulta)	15,0	13,5	10,9	19,8
Revisiones (Consulta sucesivas)	22,4	23,3	11,8	25,8
			Servicio especializado de fracturas	
% Sí	45%	26%	46%	82%

Base:n=76; Unidades: Porcentajes y medias **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

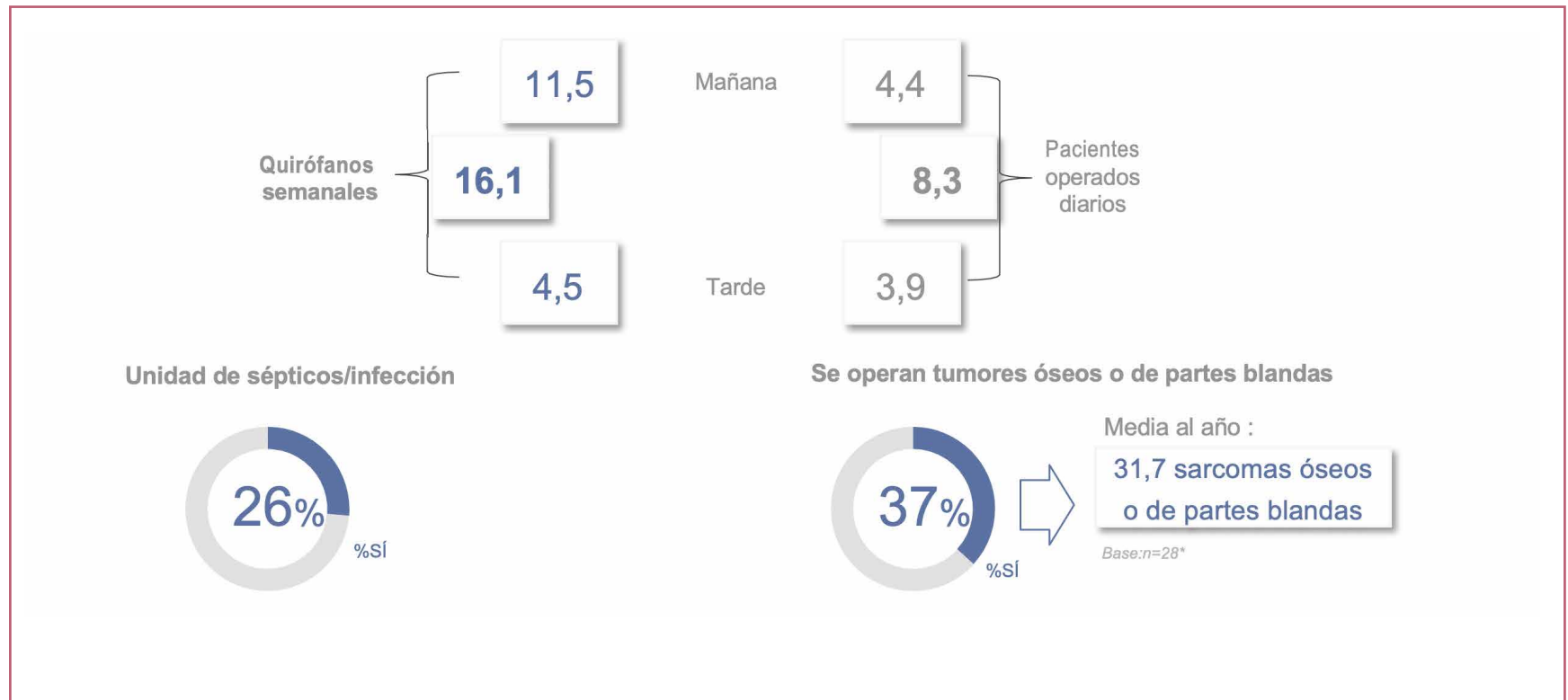
* base reducida /**muy reducida

D01 [Q] ¿Cuántas consultas diarias por término medio se pasan en su Servicio en el Hospital?; D02 [Q] ¿Cuántas consultas diarias se pasan en los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio por término medio?; D03 [S] ¿Tiene una consulta específica de fracturas en su Servicio?; D04 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D05 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D06 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D07 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D08 [Q] ¿Qué % aproximado de intervenciones se realizan en su Servicio en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria?; D09 [Q] ¿Cuántos pacientes se intervienen diariamente en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en una jornada ordinaria en su Servicio?; D10 [Q] ¿Cuántos pacientes ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D11 [Q] ¿Cuántas fracturas de cadera ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D12 [Q] ¿Qué % aproximado de fracturas de cadera se operan en el Servicio de Urgencias el día del ingreso?; D13 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de cadera se implantan aproximadamente al año en su Servicio?; D14 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de rodilla se implantan aproximadamente al año en su Servicio?

© GfK

DATOS ASISTENCIALES

Hay una media de 16 quirófanos semanales, principalmente por la mañana, con una media de 8 pacientes operados al día. Uno de cada cuatro declara disponer de unidad de sépticos, y el 37% de los servicios operan tumores óseos o de partes blandas.



⚠ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida /**muy reducida

Base: n=76; Unidades: Porcentajes

D15 [S] ¿Se operan tumores óseos o de partes blandas malignos primitivos en su Servicio?; D16 [Q] ¿Cuántos sarcomas óseos o de partes blandas se operan aproximadamente al año en su Servicio?; D17 [S] ¿Hay unidad de infección/sépticos en su Servicio?

© GfK

SESIONES CLÍNICAS

Casi todos los jefes de servicio manifiestan que tienen sesiones clínicas en su servicio. La media de estas es de 11 al mes, con 15 asistentes de media en cada una.





 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

Base: n=76; Unidades: Porcentajes

D20 [S] ¿Tiene sesiones clínicas en su Servicio?; D21 [Q] ¿Cuántas sesiones clínicas mensuales tiene en su Servicio?; D22 [Q] ¿Cuál es el número medio de asistentes a las sesiones clínicas del Servicio?

© GfK

PERSONAL DE ENFERMERÍA

El número medio de personal de enfermería se distribuye en términos generales de la siguiente manera: 17,6 enfermeras y enfermeros, y 13,6 auxiliares de enfermería.

El personal administrativo está formado por una persona en el 45% de los servicios y por dos en el 20%.

PERSONAL DE ENFERMERÍA COT

		Número de camas				
		TOTAL	0 a 300	301 a 500	Más de 500	
		<i>Base</i>	76	43	11**	22*
ENFERMER@S						
	17,6	17,6	11,1	14,6	28,2	
Planta hospitalización	8,0	8,0	4,8	7,6	12,3	
Quirófano	5,9	5,9	3,1	3,9	11,1	
Consultas externas	2,1	2,1	1,5	1,9	3,0	
Urgencias	1,6	1,6	1,7	1,2	1,8	
Auxiliar enfermería						
	13,6	13,6	9,4	13,1	20,2	
Planta hospitalización	6,6	6,6	4,2	7,0	9,7	
Quirófano	3,1	3,1	2,0	2,0	5,5	
Consultas externas	2,6	2,6	1,7	3,0	3,8	
Urgencias	1,3	1,3	1,5	1,1	1,2	
		<i>Base</i>	76	43	11**	22*
1 persona	45%	45%	72%	27%	-	
2 personas	22%	22%	12%	46%	32%	
3 personas	12%	12%	5%	27%	18%	
4 personas	12%	12%	2%	-	36%	
5 personas	4%	4%	2%	-	9%	
6 o más	5%	5%	7%	-	5%	

Personal administrativo

1 persona	45%
2 personas	22%
3 personas	12%
4 personas	12%
5 personas	4%
6 personas	5%

  Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

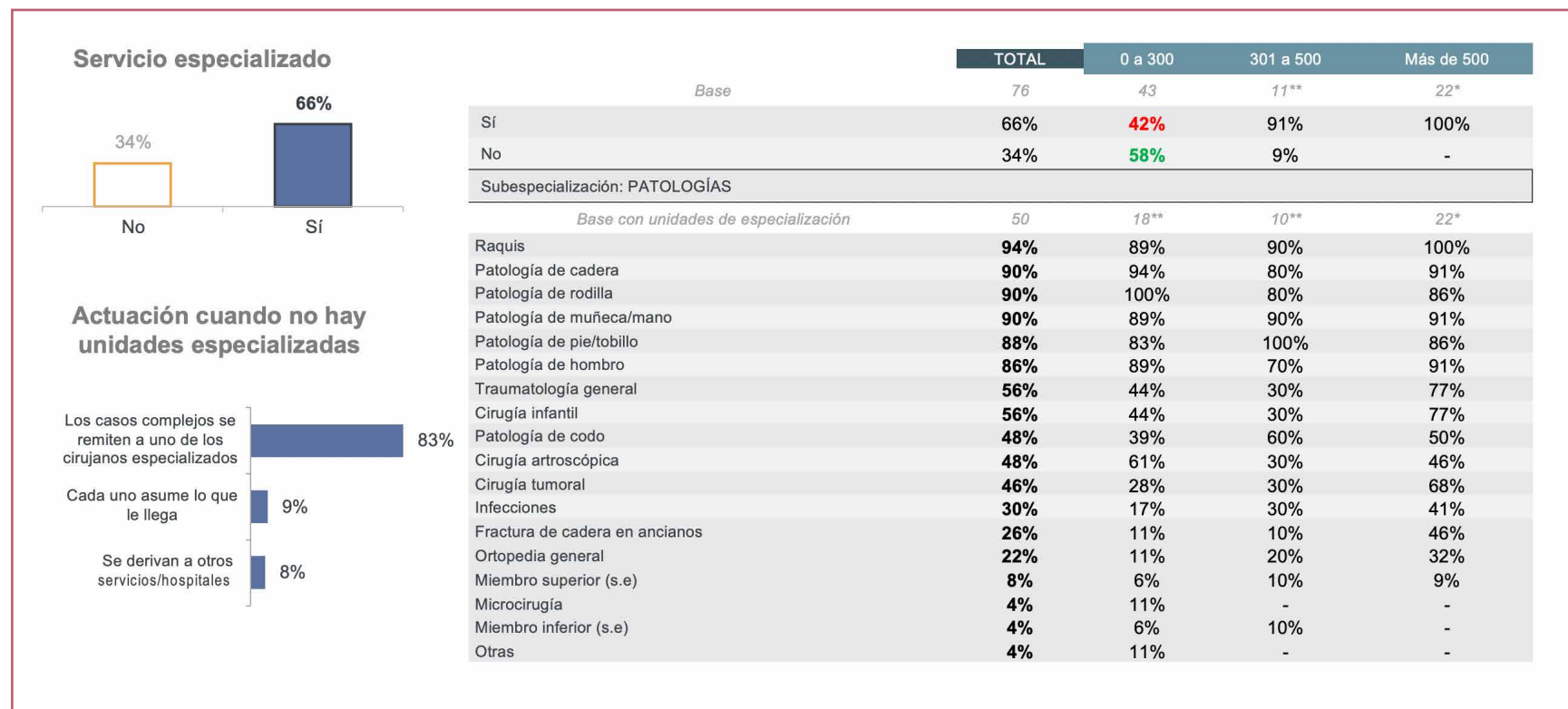
Base:n=76; Unidades: Porcentajes y medias **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

D01 [Q] ¿Cuántas consultas diarias por término medio se pasan en su Servicio en el Hospital?; D02 [Q] ¿Cuántas consultas diarias se pasan en los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio por término medio?; D03 [S] ¿Tiene una consulta específica de fracturas en su Servicio?; D04 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D05 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta hospitalaria en su Servicio?; D06 [Q] ¿Cuántos pacientes nuevos (primeras consultas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D07 [Q] ¿Cuántas revisiones (consultas sucesivas) se atienden por término medio en una consulta de los Centros de Especialidades Periféricas de su Servicio?; D08 [Q] ¿Qué % aproximado de intervenciones se realizan en su Servicio en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria?; D09 [Q] ¿Cuántos pacientes se intervienen diariamente en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en una jornada ordinaria en su Servicio?; D10 [Q] ¿Cuántos pacientes ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D11 [Q] ¿Cuántas fracturas de cadera ingresan diariamente por término medio desde urgencias en su Servicio?; D12 [Q] ¿Qué % aproximado de fracturas de cadera se operan en el Servicio de Urgencias el día del ingreso?; D13 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de cadera se implantan aproximadamente al año en su Servicio?; D14 [Q] ¿Cuántas prótesis totales de rodilla se implantan aproximadamente al año en su Servicio?

© GfK

ORGANIZACIÓN

Cuando no existe una unidad específica en el servicio, lo habitual (83% de los casos) es que el paciente sea asignado a un traumatólogo con más experiencia en ese campo.



Base: n / o. Unidades: Porcentajes ▲▲ / ▲▲ Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

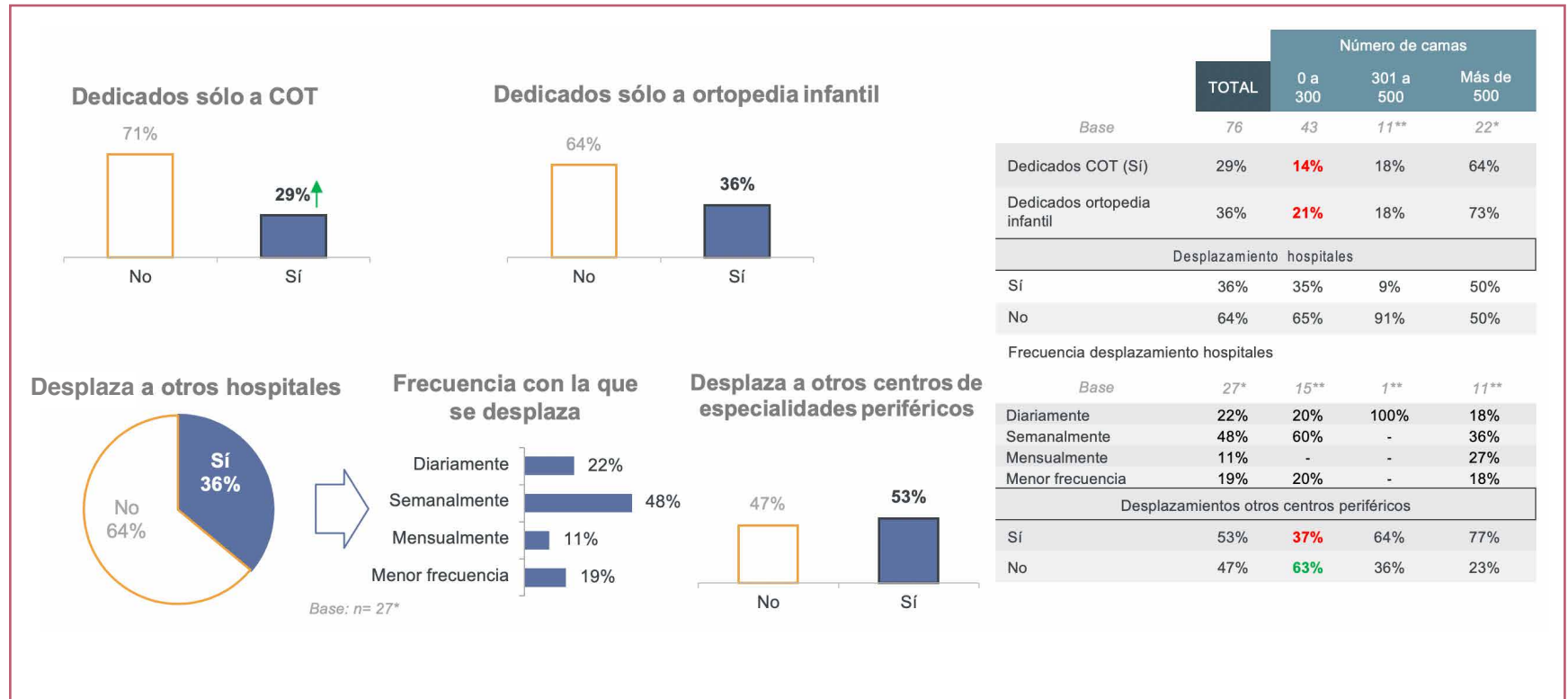
▲ ▼ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / ** muy reducida

© GfK

E03 [S] ¿Está el Servicio organizado en unidades específicas para el tratamiento de determinadas patologías? ; E04 [M] Por favor, indique del listado que se presenta a continuación, qué unidades de subespecialización existen dentro de su Servicio; E05 [S] ¿Qué suelen hacer cuando no hay unidades especializadas en su Servicio?

ORGANIZACIÓN

El 29% de los jefes de servicio manifiesta que en su servicio hay facultativos dedicados únicamente a Traumatología o únicamente a Cirugía Ortopédica. El 36% están dedicados exclusivamente a ortopedia infantil. El 36% de los jefes de servicio reconoce que algún miembro de su servicio se desplaza a otros hospitales para llevar a cabo una actividad asistencial con una frecuencia semanal. También un 53% reconoce que alguien del servicio se desplaza a otros centros del área básica de influencia.



Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

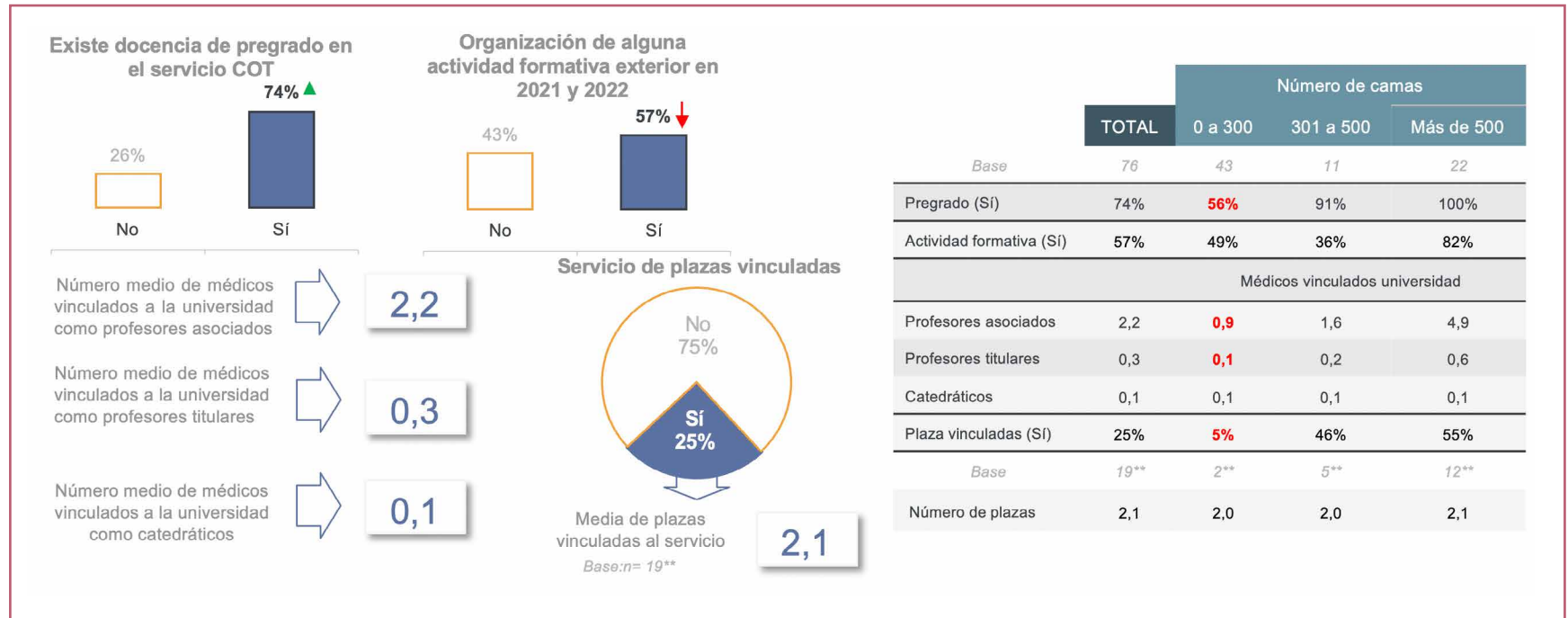
Base:n=76: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

E06 [S] ¿En el Servicio hay facultativos dedicados sólo a traumatología y otros sólo a cirugía ortopédica?; E07 [S] ¿Y dedicados solo a la ortopedia infantil?; E08 [S] ¿Alguien del Servicio se desplaza a otros hospitales para actividad asistencial?; E09 [S] ¿Con qué frecuencia se desplaza en esa actividad asistencial?; E10 [S] ¿Alguien del Servicio se desplaza a los Centros de Especialidades Periféricos?

© GfK

DOCENCIA

El 51% de los jefes de servicio consultados manifiesta ejercer docencia de pregrado en el servicio y el 57% organizaron alguna actividad formativa abierta al exterior el último año. En cuanto a la vinculación con la universidad, una media de 2,6 médicos del servicio están vinculados con ella, de los cuales 0,4 como profesores titulares o catedráticos y 2,2 como profesores asociados. En cuanto al número de doctores en el servicio, la cifra media es de 2,1.



Base:n=76 Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

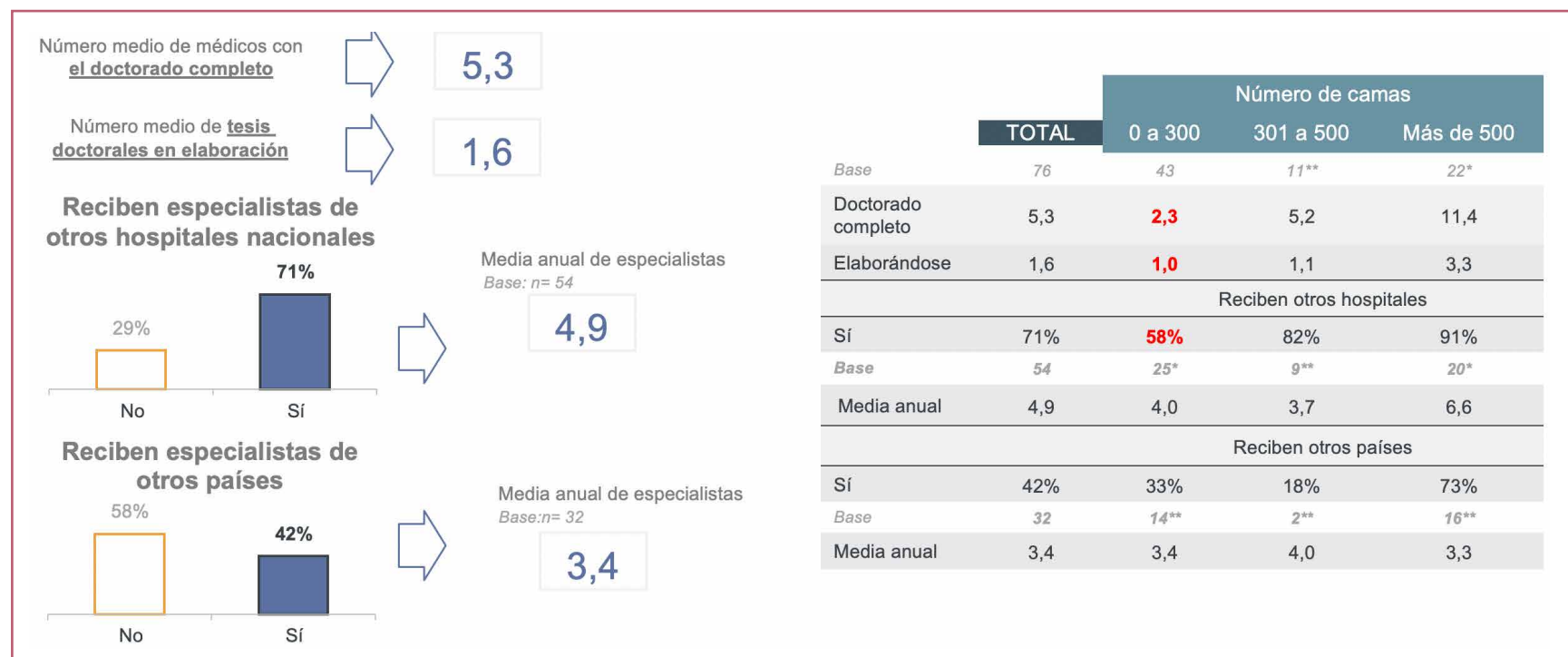
Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

F01 [S] ¿Existe docencia de pregrado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología?; F02 [S] ¿Organizaron alguna actividad formativa abierta al exterior en 2021 y 2022?; F03 [S] ¿Cuántos médicos del Servicio tienen vinculación con la Universidad?; F04 [S] ¿Dispone el Servicio de plazas vinculadas?; F05 [Q] ¿De cuántas plazas vinculadas dispone el Servicio?

© GfK

DOCENCIA

El número medio de médicos que han completado su doctorado es de 5,3, mientras que el número de tesis que aún siguen en proceso es de 1,6. El 71% asegura que reciben especialistas de otros hospitales nacionales con una media de 4,9, mientras que un 42% los recibe de otros países, con una media de 3,4 especialistas.



Base:n=xx: Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

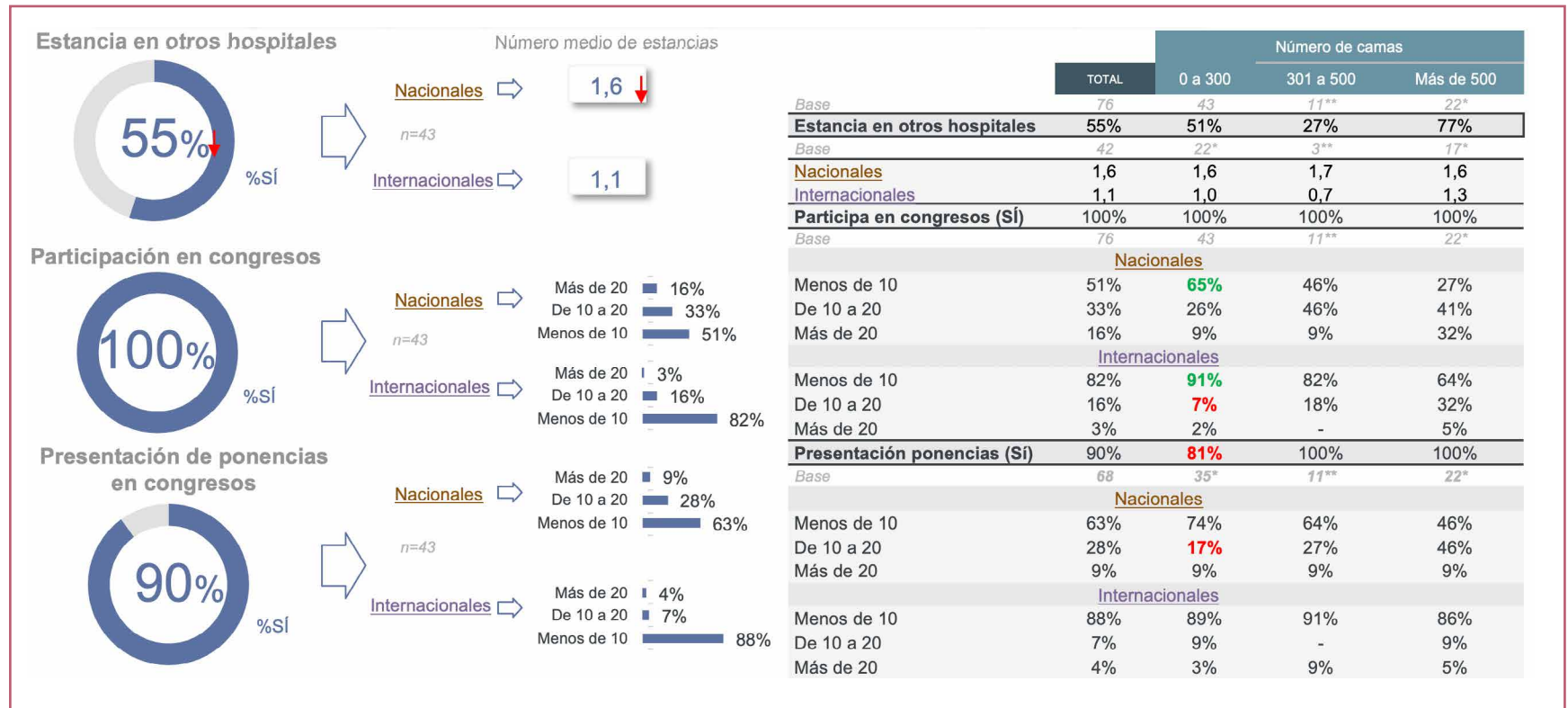
 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

F06 [Q] ¿Cuántos de los médicos del Servicio tienen el doctorado completo?; F07 [Q] ¿Cuántas tesis doctorales se encuentran actualmente en elaboración en su Servicio?; F08 [S] ¿Reciben especialistas o médicos de otros hospitales nacionales en su Servicio?; F09 [Q] ¿Cuántos especialistas que vienen de otros hospitales nacionales reciben de media al año?; F10 [S] ¿Reciben especialistas o médicos de otros países en su Servicio?; F11 [Q] ¿Cuántos especialistas que vienen de otros países reciben de media al año?

© GfK

DOCENCIA

Un 55% de los jefes de servicio declara que los adjuntos de su servicio realizan estancias en otros hospitales, participando todos en congresos de la especialidad. 9 de cada 10 declaran que los miembros de su servicio presentan ponencias en esos congresos.



Base:n=76 Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

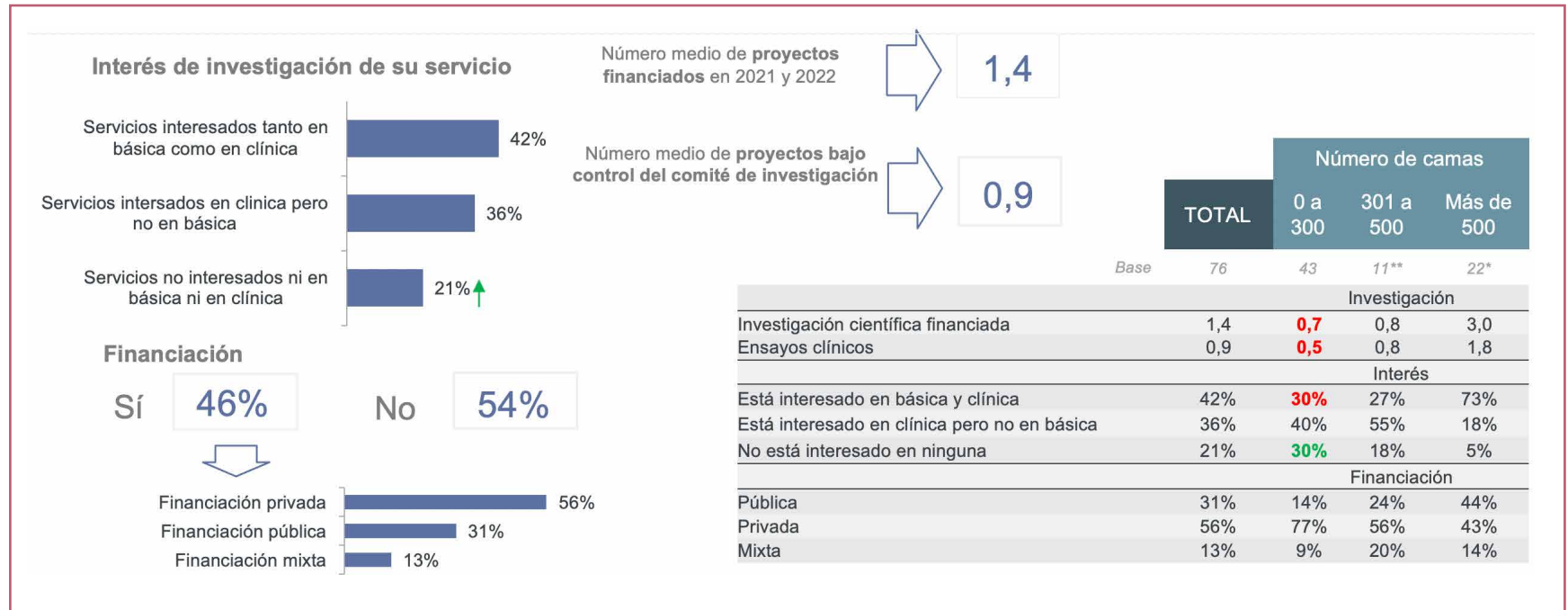
F12 [S] ¿Realizan los médicos adjuntos de su Servicio estancias en otros hospitales?; F13 [Q] ¿Cuántas estancias realizan aproximadamente al año en hospitales nacionales? ¿Y en el extranjero? F14 [S] ¿Participan los médicos de su Servicio en congresos de la especialidad?; F15 [S] ¿Cuántas participaciones aproximadamente realizan al año en congresos nacionales? ¿Y en congresos internacionales?; F16 [S] ¿Presentan ponencias los médicos de su Servicio en congresos de la especialidad?; F17 [S] ¿Cuántas ponencias aproximadamente presentan al año en congresos nacionales? ¿Y en congresos internacionales?

↑ ↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida / **muy reducida

© GfK

INVESTIGACIÓN

Hay una media de 1,4 proyectos anuales financiados. Un 54% afirma no tenerlos. Entre los que los tienen, el 56% recibe financiación privada, un 31% recibe financiación pública y un 13% obtiene financiación mixta. Por lo que se refiere al número de ensayos clínicos al año bajo el control del comité de investigación, afirman realizar 0,9 ensayos por término medio.



Base:n=76; Unidades: Porcentajes

XX / XX Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra



Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

G01 [S] ¿Considera a su Servicio interesado en la investigación básica?; G02 [S] ¿Considera a su Servicio interesado en la investigación clínica?; G03 [Q] ¿Cuántos proyectos de investigación científica financiados ha tenido en total durante en 2021 y 2022 en su Servicio?; G04 [Q] ¿Cuántos ensayos clínicos tiene aproximadamente cada año bajo control del comité de investigación?; G05 [Q] Los proyectos de investigación que actualmente tiene en curso en su Servicio, ¿tienen financiación pública, privada o mixta?

© GfK

INVESTIGACIÓN II

Un 71% declara que médicos de su servicio publican en revistas de la especialidad (3,9 de media en revistas nacionales, y 4,7 en revistas internacionales). La media de trabajos publicados por miembros del servicio es de 11,6 y el 11% asegura tener a su servicio algún laboratorio o sala asignada de investigación. Un 17% afirma que su hospital tiene una unidad de cirugía experimental.



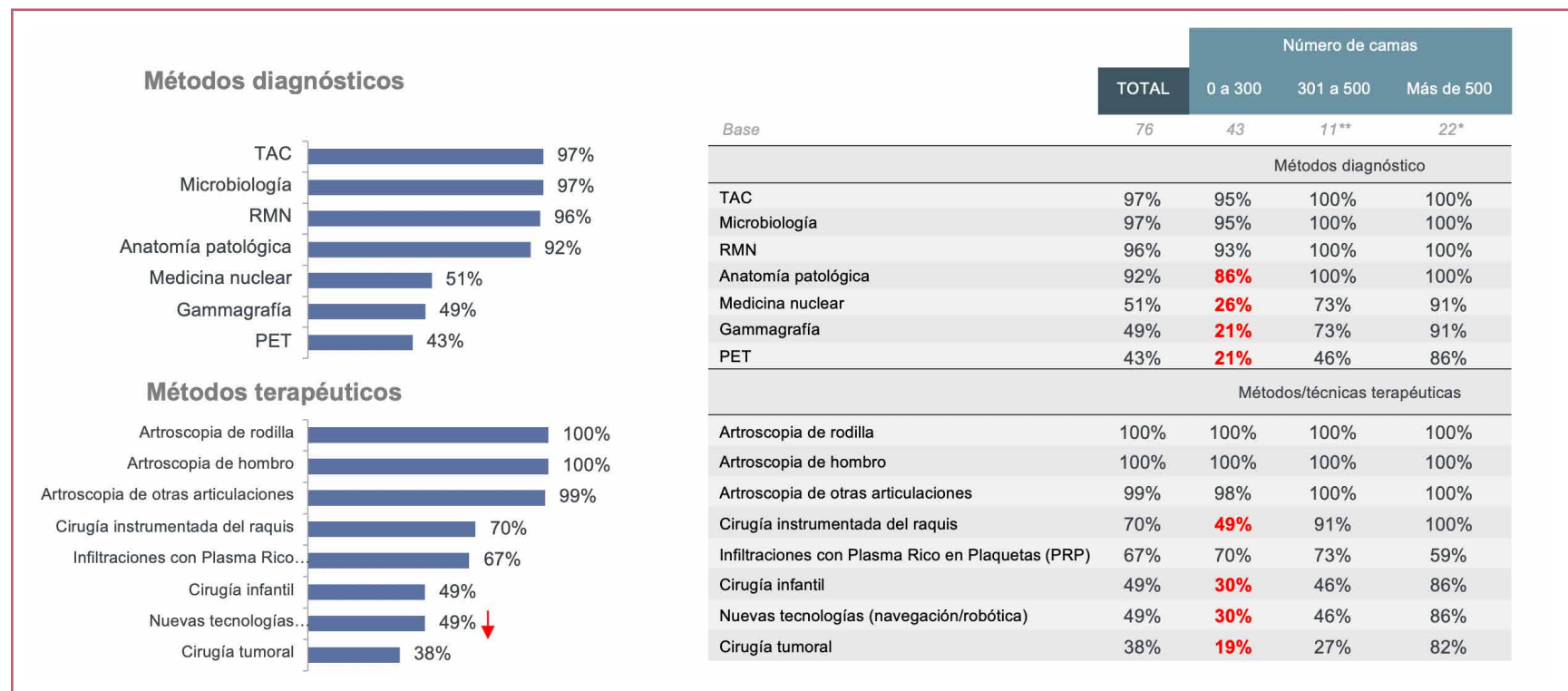
Base:n=76 Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

G06 [S] ¿Han publicado trabajos los médicos de su Servicio en revistas de la especialidad en 2021 y 2022?; G07 [Q] ¿Cuántos trabajos aproximadamente han publicado durante en 2021 y 2022 en revistas nacionales? ¿Y cuántos en revistas internacionales?; G08 [Q] ¿Podría indicar qué número aproximado de ellos han sido en revistas con factor de impacto? ¿Y qué número aproximado en revistas sin factor de impacto? ¿Y qué número aproximado en capítulos de libros?; G09 [Q] ¿Podría indicarnos el número aproximado de comunicaciones científicas presentadas por miembros de su servicio en reuniones en 2021 y 2022?; G10 [S] ¿Tiene su Servicio algún laboratorio o sala asignada a la

© GfK

MEDIOS DEL SERVICIO/HOSPITAL

TAC, Microbiología, RMN y Anatomía Patológica son métodos de diagnóstico que tienen prácticamente todos los hospitales. En casi todos los servicios se realizan artroscopias de rodilla, hombro y otras articulaciones.



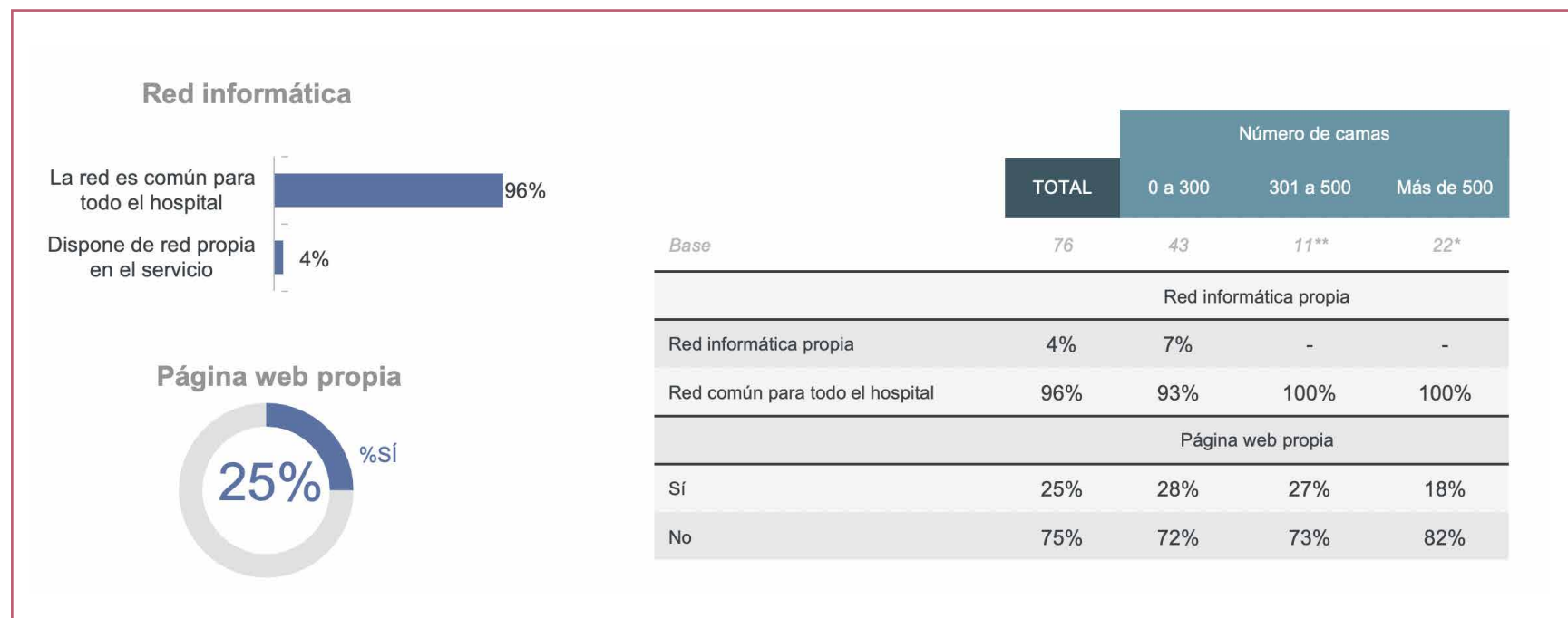
Base:n=76 Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra
 H01 Ahora se le va a mostrar una serie de métodos diagnósticos terapéuticos de los que puede disponer su hospital.

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

MEDIOS DEL SERVICIO/HOSPITAL

Solo el 4% de los jefes de servicio tienen red informática propia en el servicio, y el 25% asegura que su servicio dispone de una página web propia.





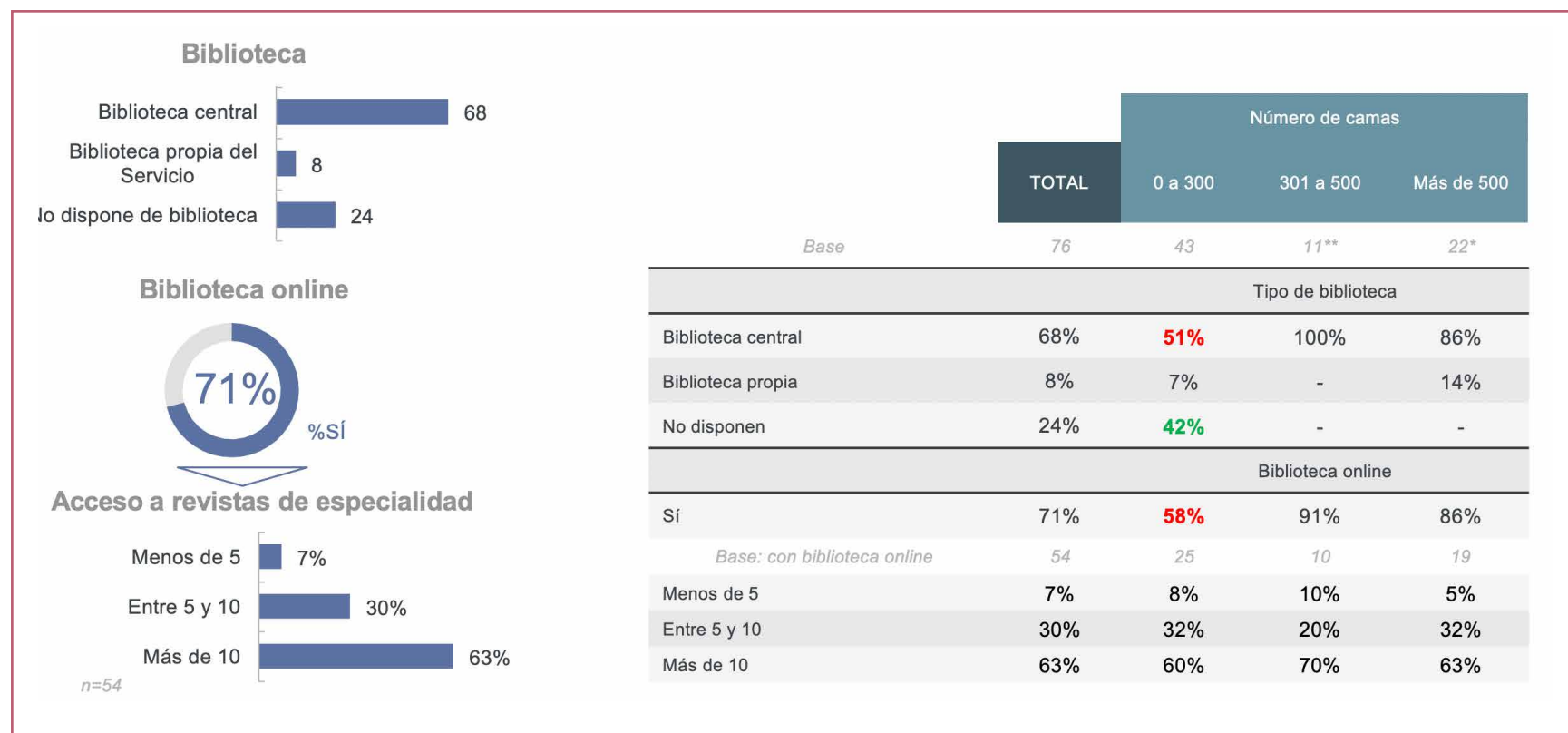
 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

Base: n=76; Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

H02 [S] ¿Dispone su Servicio de una red informática propia o es común para todo el hospital? H03 [S] ¿Dispone su Servicio de una página web propia?

MEDIOS DEL SERVICIO/HOSPITAL

El 68% de las bibliotecas de los hospitales son centrales y sólo un 8% tiene biblioteca propia del servicio. Un 24% no dispone de ninguna. Por otra parte, un 71% dispone también de biblioteca online, predominando el acceso a más de 10 revistas de su especialidad.



Base:n=76; Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

H04 [S] ¿Cómo es la biblioteca de su hospital?; H05 [S] ¿Disponen además de biblioteca online?; H06 [S] ¿A cuántas revistas de su especialidad tiene acceso?

 Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

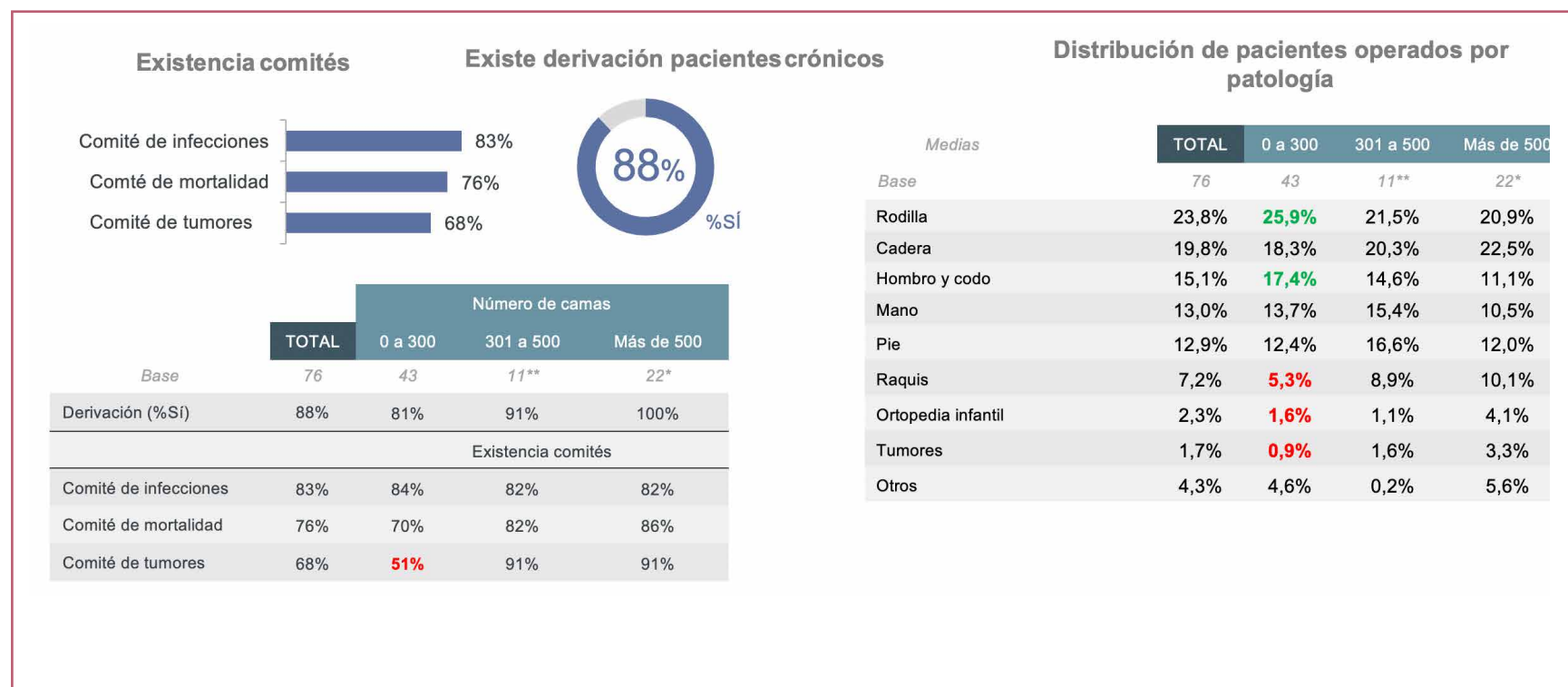
* base reducida / **muy reducida

© GfK

RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS Y CENTROS

En un porcentaje elevado de servicios existen comités de infecciones, mortalidad y tumores. Un 88% afirma que deriva a pacientes crónicos y/o convalecientes a otros centros.

La rodilla, seguido de la cadera, el hombro y la mano son las localizaciones de las patologías que cuentan con mayor porcentaje de pacientes operados en los servicios.



Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011

* base reducida / ** muy reducida

Base: n=76 Unidades: Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

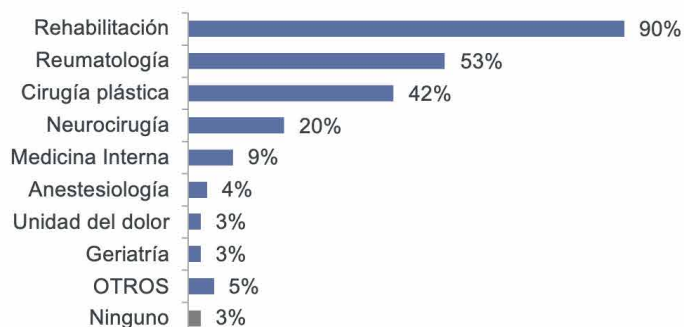
I01 [S por fila] ¿Existen en su hospital comités de tumores, de infecciones y de mortalidad? Por favor, indique si existe cada uno de ellos; I02 [S] ¿Existe derivación para pacientes crónicos y/o convalecientes a centros de apoyo, residencias o similares?; I03 [Q] Del total de pacientes operados en su Servicio, ¿qué porcentaje aproximado correspondería a cada una de las patologías que se muestran a continuación?

© GfK

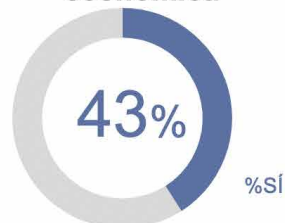
RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS Y CENTROS II

El área con la que más colaboran los servicios de COT es con la de rehabilitación (90%), seguido por la de reumatología (53%) y cirugía plástica (42%). Un 50% de los jefes de servicio afirma que cuentan en su servicio con un plan estratégico, y un 43% tiene alguna capacidad de gestión económica dentro de sus competencias.

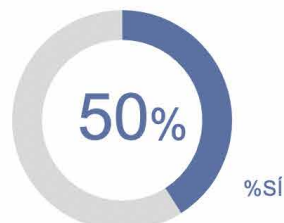
Disponen de áreas de colaboración institucional



Capacidad de gestión económica



Plan estratégico



Base	TOTAL	Número de camas		
		0 a 300	301 a 500	Más de 500
Rehabilitación	90%	86%	91%**	96%*
Reumatología	53%	47%	46%	68%
Cirugía plástica	42%	23%	46%	77%
Neurocirugía	20%	16%	9%	32%
Medicina Interna	9%	12%	-	9%
Anestesiología	4%	5%	9%	-
Unidad del dolor	3%	2%	-	5%
Geriatría	3%	5%	-	-
Otros	5%	5%	-	9%
Ninguno	3%	5%	-	-
Capacidad de gestión económica				
%Sí	43%	40%	36%	55%
Plan estratégico				
%Sí	50%	44%	55%	59%

Base:n=76 Unidades; Porcentajes **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra

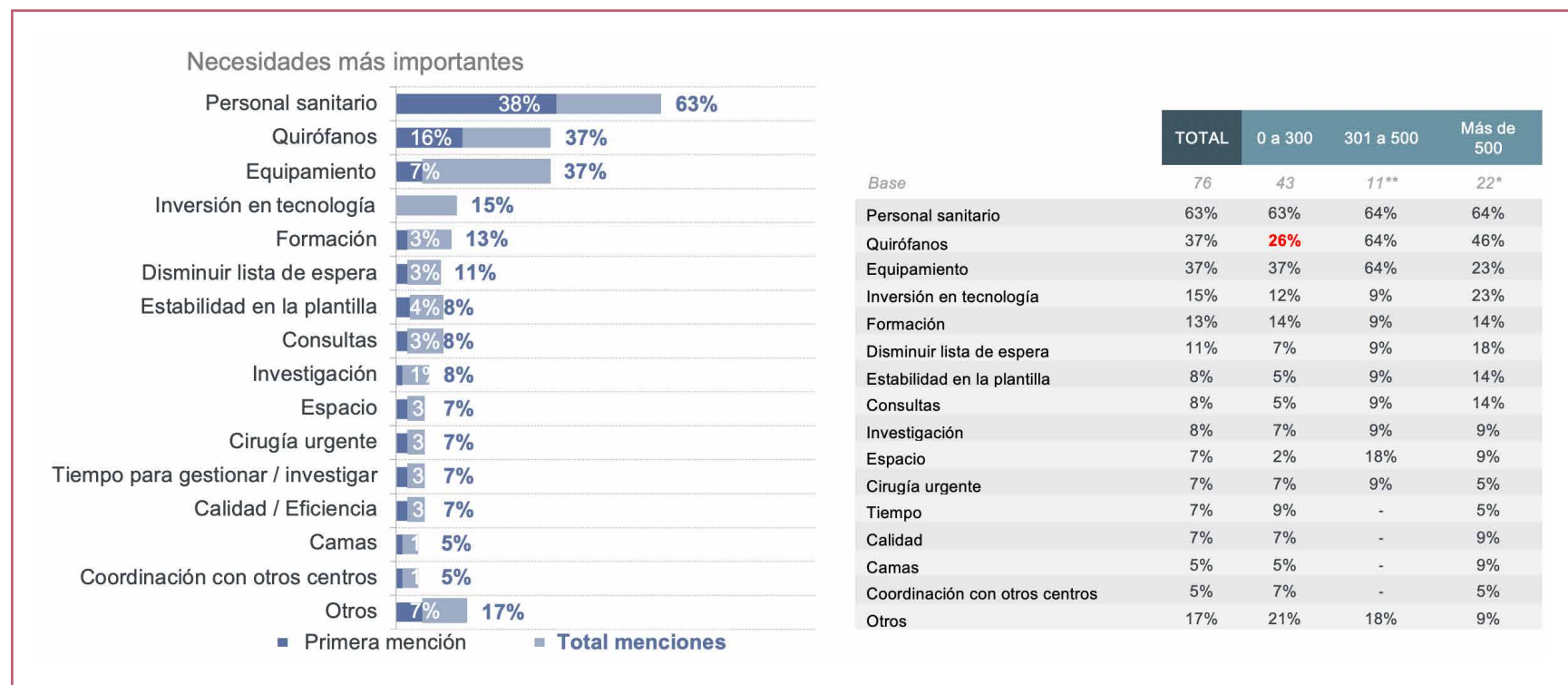
104 [M] ¿Con cuáles de los servicios de su hospital que se presentan a continuación tiene su Servicio colaboración más estrecha?; 105 [S] ¿Cuenta su servicio con un plan estratégico?; 107 [S] ¿Tiene usted alguna capacidad de gestión económica de su Servicio?

↑↓ Diferencias significativas al 95% vs. Datos 2011 * base reducida /**muy reducida

© GfK

NECESIDADES MÁS IMPORTANTES DEL SERVICIO

Las necesidades más importantes de los servicio son las relacionadas con la plantilla (recursos humanos), seguidas por la de los quirófanos y el equipamiento.



Base:n=76 Unidades: Porcentajes >5% **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra
106 [O] ¿Cuáles son las tres necesidades más importantes de su Servicio? Por favor, indíquelas

* base reducida /**muy reducida

© GfK

PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO COT

DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO

La Cirugía Ortopédica y Traumatología es una especialidad masculinizada, con un 67% de los traumatólogos varones y más del 80% de hombres ocupando puestos de responsabilidad y con vínculos con la universidad.

MUJER		HOMBRE	
Media (Abs)	%	Media (Abs)	%
8,3	33%	Servicio total	16,8 67%
Cargos de servicio			
4,4	43%	Residentes (MIR)	5,9 57%
5,5	32%	Adjuntos	11,7 68%
40,1 años		Media edad (Adjuntos)	46,2 años
0,5	18%	Jefes de sección	2,3 82%
0,1	13%	Jefes de servicio	0,9 87%
Vinculación con Universidad			
0,8	20%	Profesores asociados	3,1 80%
0,1	11%	Profesores titulados/contratados doctores	1,0 89%
-	0%	Catedráticos	1,0 100%

Base:n=76 Unidades: Porcentajes y media

J01 [Q] Considerando el total de personal médico de su servicio independiente mente del cargo que ocupe, ¿cuántos hombres y cuantas mujeres tiene en su servicio?; J02 [Q] Ahora de manera específica, sobre el número total de cada uno de los cargos que nos ha indicado previamente ¿Podría indicarnos la distribución por sexos de cada uno de ellos?; J03 [Q] ¿Y cuál sería la edad media de los adjuntos que tiene en su servicio distribuidos por género?; J05 [S] En cuánto a los médicos del Servicio que tienen vinculación con la Universidad que nos ha indicado previamente. ¿Podría indicarnos cuántos hombres y cuantas mujeres de cada uno de ellos?

© GfK

PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO COT

DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO POR PATOLOGÍAS

En torno al 70% de los especialistas son hombres en casi todas las patologías, excepto en ortopedia infantil y en el área de muñeca/mano, donde observamos una presencia más equitativa entre sexos.

MUJER		PATOLOGÍA	HOMBRE		
Media (Abs)	%		Media (Abs)	%	
13%	2,5	Traumatología general	14%	5,5	69%
13%	2,5	Ortopedia general	16%	6,6	73%
13%	2,4	Fractura de cadera en ancianos	11%	4,7	66%
8%	1,6	Cirugía artroscópica	9%	3,5	69%
8%	1,5	Patología de rodilla	8%	3,2	68%
7%	1,3	Patología de muñeca/mano	4%	1,7	56%
7%	1,3	Cirugía infantil	3%	1,2	49%
6%	1,1	Patología de codo	4%	1,5	59%
6%	1,1	Patología de pie/tobillo	5%	2,0	66%
5%	0,9	Raquis	6%	2,4	72%
4%	0,8	Patología de hombro	5%	2,2	72%
4%	0,7	Patología de cadera	8%	3,2	81%
3%	0,6	Infecciones	4%	1,6	73%
3%	0,5	Cirugía tumoral	4%	1,5	74%
100%			100%		

Base:n=76 Unidades: Porcentajes y media

J04 [M] De las unidades de subespecialización que ha indicado que existen en su servicio. Por favor distribuya el personal médico que las atiende según género, indicando cuántos hombres y cuantas mujeres.

© GfK

SATISFACCIÓN PROFESIÓN/ESPECIALIDAD

Casi la totalidad de los jefes de servicio están satisfechos con la elección de su profesión y con la especialidad; aunque 7 de cada 10 refieren haber padecido algún síntoma de “Burnout” en algún momento de su ejercicio profesional.



Base:n=76: Unidades; Porcentajes

K07 [S] Si pudiera elegir de nuevo una profesión a la que dedicarse, ¿elegiría la Medicina?; K08 [S] Si pudiera elegir de nuevo la Especialidad para formarse, ¿elegiría la Cirugía Ortopédica y Traumatología?; K09 [S] ¿Cree que ha tenido algún síntoma de “burn out” (médico quemado)?

© GfK

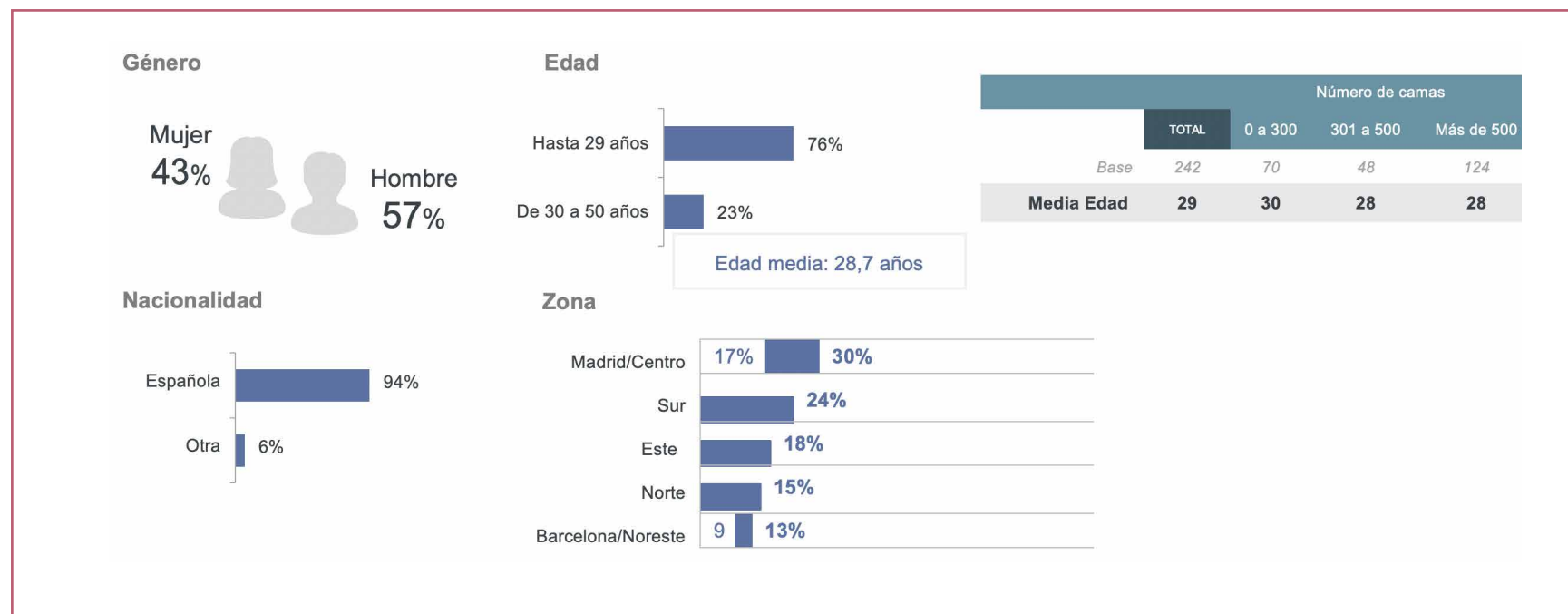
4

RESULTADOS DE LOS RESIDENTES

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Perfil sociodemográfico

Se ha objetivado un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (57% vs 43%). En cuanto a la edad, la media es de 29 años; y de nacionalidad fundamentalmente española.



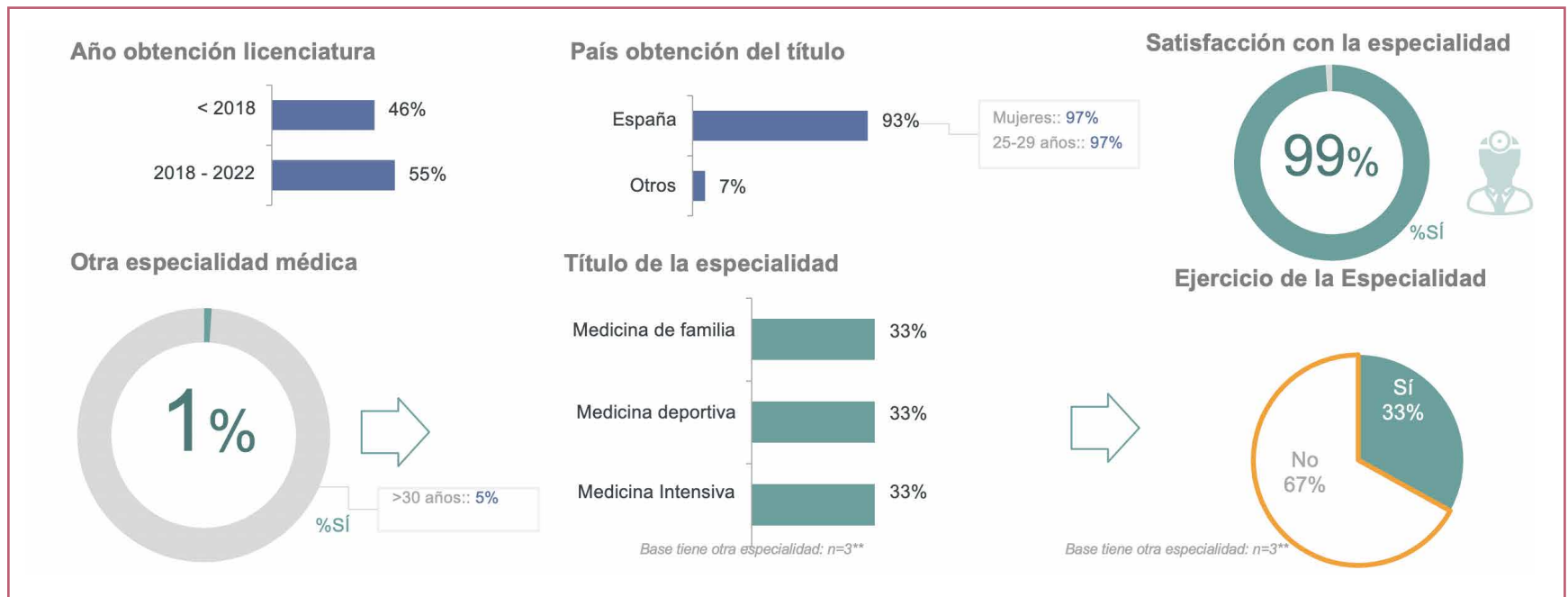
Base: n=242: Unidades: Porcentajes

B01 [S] Usted es...; B02 [Q] Por favor, indique su edad; B03 [S] ¿Nos podría indicar su nacionalidad?; A01 [S] ¿Por favor seleccione la provincia de su centro de trabajo principal?; A02 [S] ¿Por favor seleccione el municipio de su centro de trabajo principal?; C16 [Q] ¿Podría indicarnos el número aproximado de camas que tiene el hospital en el que usted ejerce su práctica principal?

© GK

FORMACIÓN

Un 55% de los residentes de COT encuestados ha obtenido el título entre 2018 y 2022, generalmente en España. Sólo el 1% de ellos tienen otra especialidad y casi la totalidad están satisfechos con su elección.



Base:n=242; Unidades: Porcentajes

C01 [Q] ¿Nos podría indicar en qué año obtuvo su licenciatura en Medicina? **C02 [S]** Por favor indique en qué país obtuvo su licenciatura en Medicina. **C03 [S]** ¿Está satisfecho con la elección de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología **C04 [S]** Además de la especialidad en Cirugía Ortopédica y Traumatología, ¿tiene usted alguna otra especialidad reconocida oficialmente? **C05 [M]**. ¿Qué otra/s especialidad/es tiene reconocidas? **C06 [S]** ¿Y ejerce activamente esa/s especialidad/es?

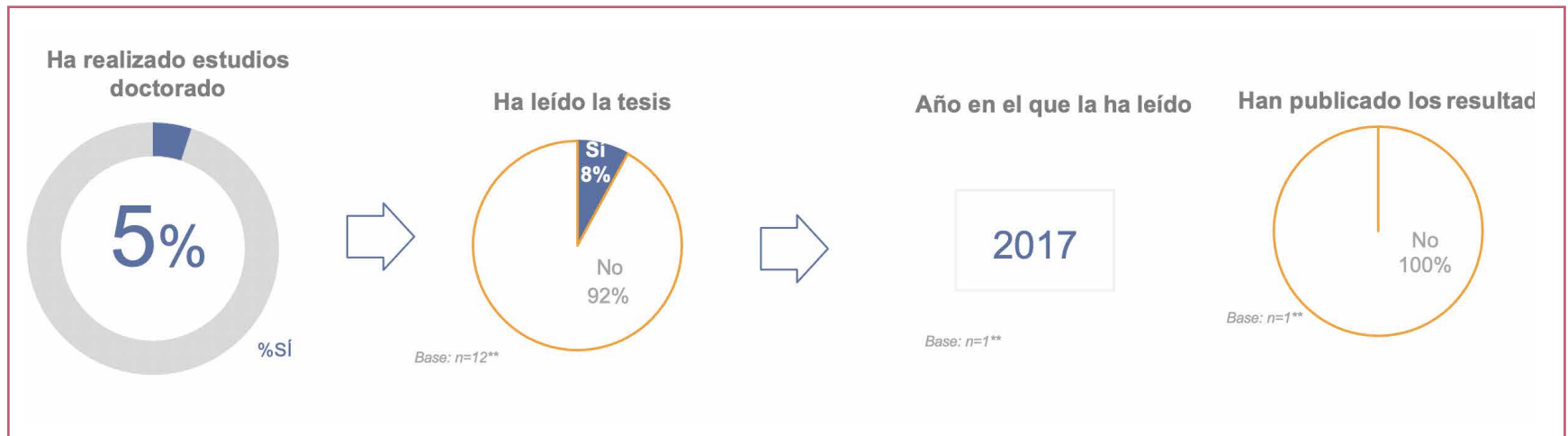
* base reducida /**muy reducida

© GfK

FORMACIÓN

DOCTORADO

El 5% de los residentes ha realizado estudios de doctorado, y de ellos sólo uno ha leído su tesis.



Base:n=242: Unidades: Porcentajes

* base reducida /**muy reducida

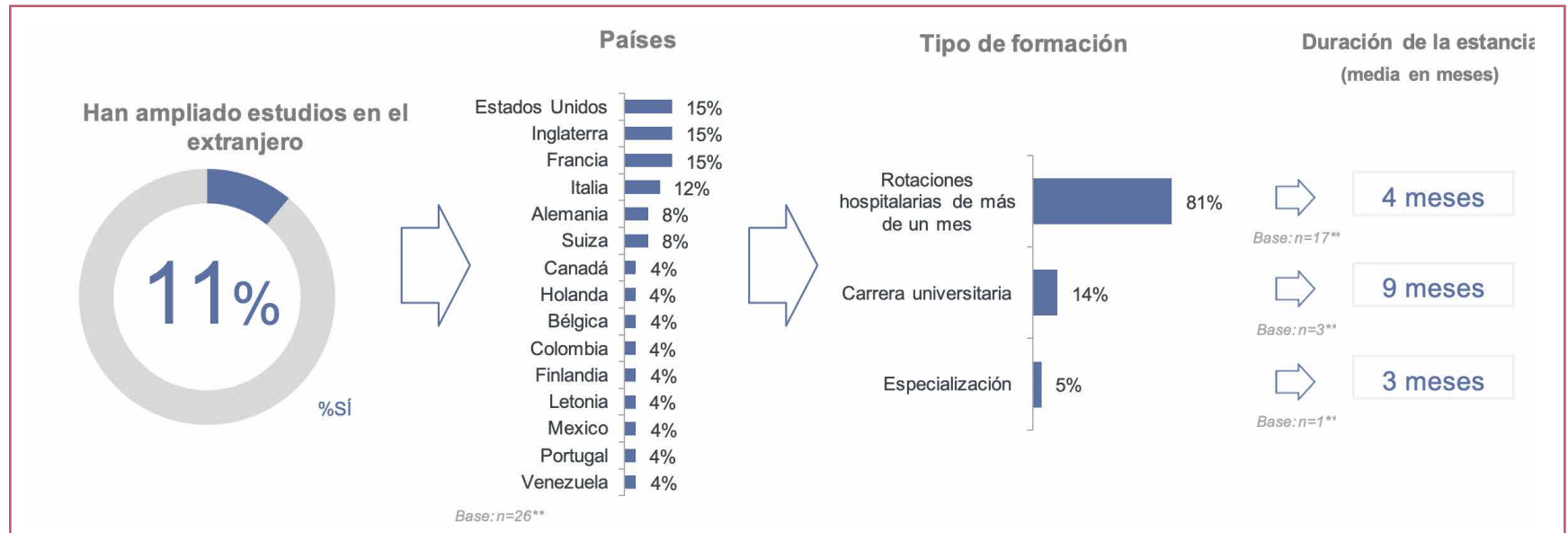
C07 [S] ¿Ha realizado estudios de doctorado? C08 [S] ¿Ha leído su tesis doctoral? C09 [Q] ¿En qué año ha leído su tesis doctoral? C10 [S] ¿Recomendaría a sus compañeros de profesión la realización de la tesis doctoral? C11 [S] ¿Ha publicado los resultados de su tesis doctoral?

© GfK

FORMACIÓN

EN EL EXTERIOR

El 11% de los residentes ha completado su formación en el extranjero. Lo más habitual es realizar rotaciones hospitalarias de 4 meses. Los países más habituales de rotación han sido EEUU y los del entorno europeo.



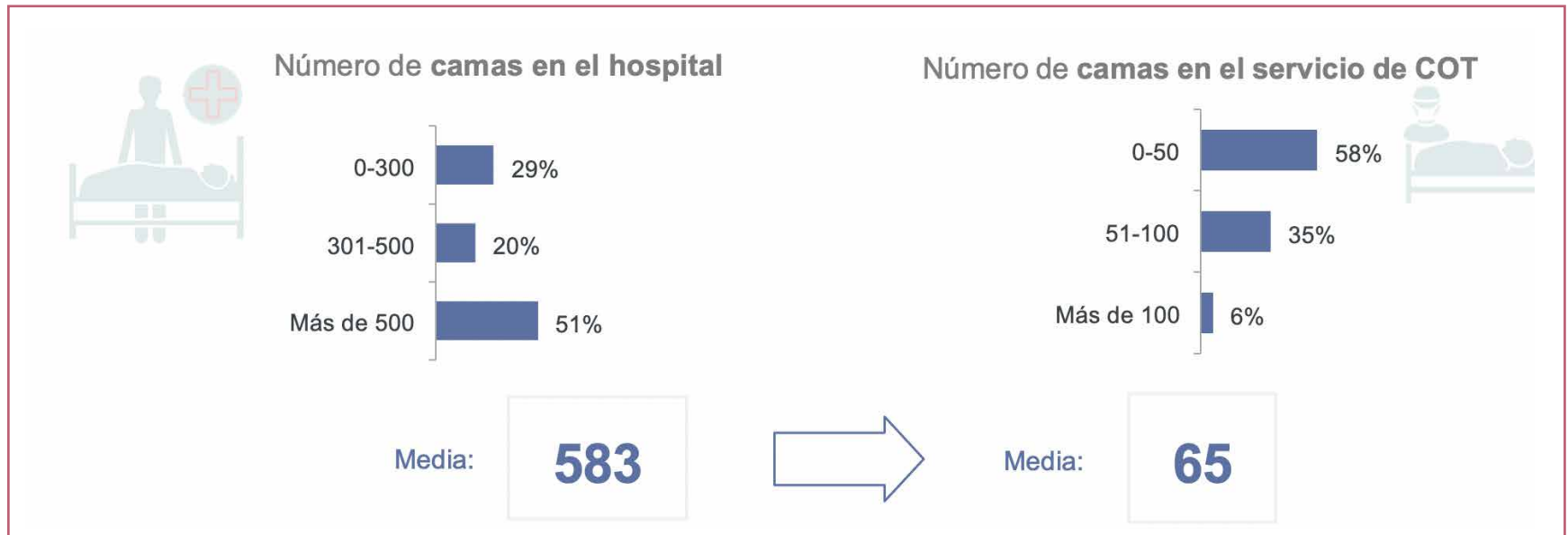
Base:n=242: Unidades: Porcentajes

C12 [S] ¿Ha ampliado su formación en el extranjero? C13. ¿En qué país o países ha ampliado su formación? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Qué tipo de formación ha realizado?

© GfK

Nº DE CAMAS EN EL HOSPITAL VS SERVICIO COT

Los residentes declaran que el 11% de las camas del hospital son para el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.



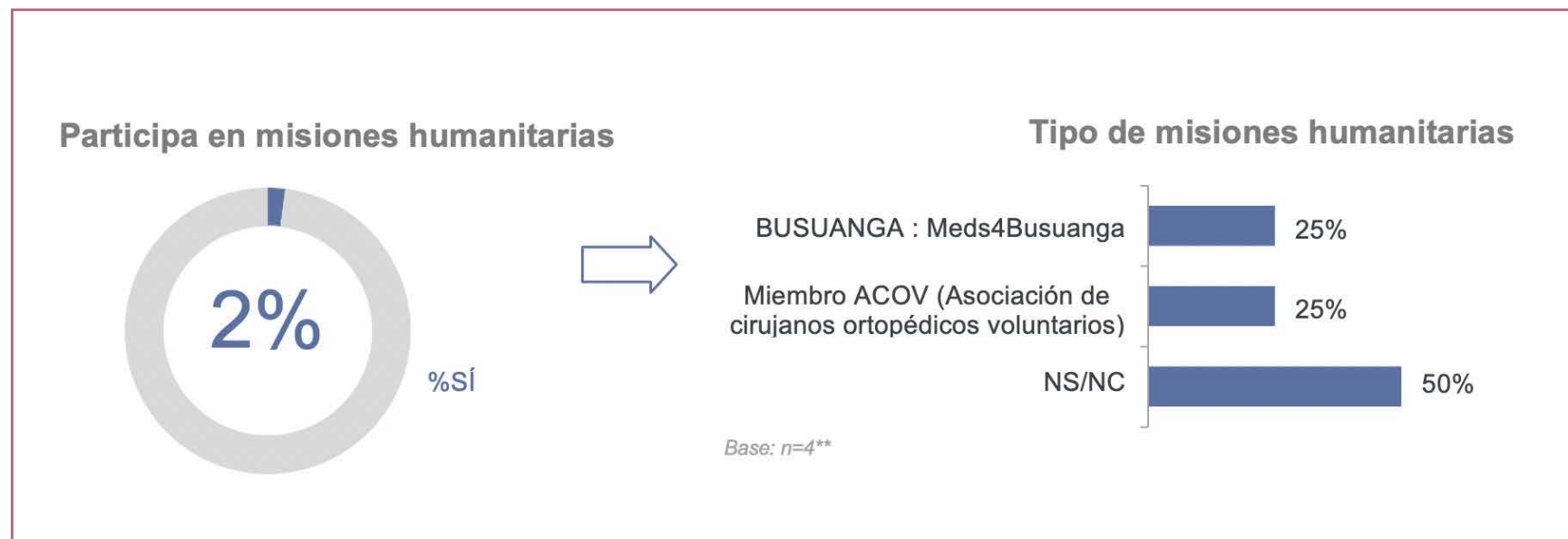
Base:n=242: Unidades: Porcentajes y medias

C16 [Q] ¿Podría indicarnos el número aproximado de camas que tiene el hospital en el que usted ejerce su práctica principal? C17 [Q] ¿Y qué número aproximado de camas tiene el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el hospital en el que usted ejerce su práctica principal?

© GfK

PARTICIPACIÓN EN MISIONES HUMANITARIAS

Sólo un 2% de los residentes ha participado en misiones humanitarias como COT.



* base reducida /**muy reducida

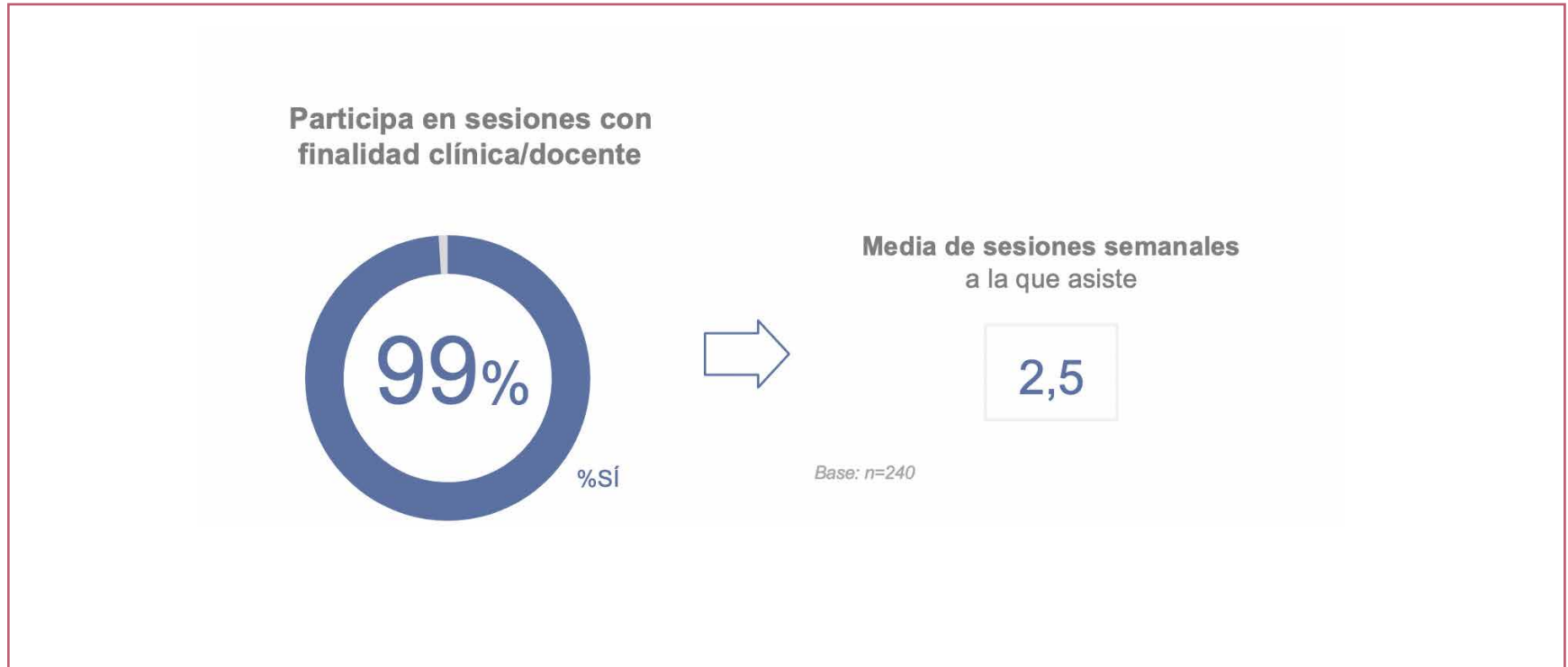
Base: n=242; Unidades: Porcentajes

C18 [S] ¿Participa en misiones humanitarias como COT (Cirujano Ortopédico y Traumatólogo)?; C19 [O] ¿En cuáles ha participado? Por favor, indique todas las misiones humanitarias en las que ha participado como COT;

© GfK

PARTICIPACIÓN EN SESIONES CLÍNICAS/DOCENTES

Casi la totalidad de los residentes participan en sesiones clínicas, de media entre 2 y 3 a la semana.



Base: n=242; Unidades: Porcentajes

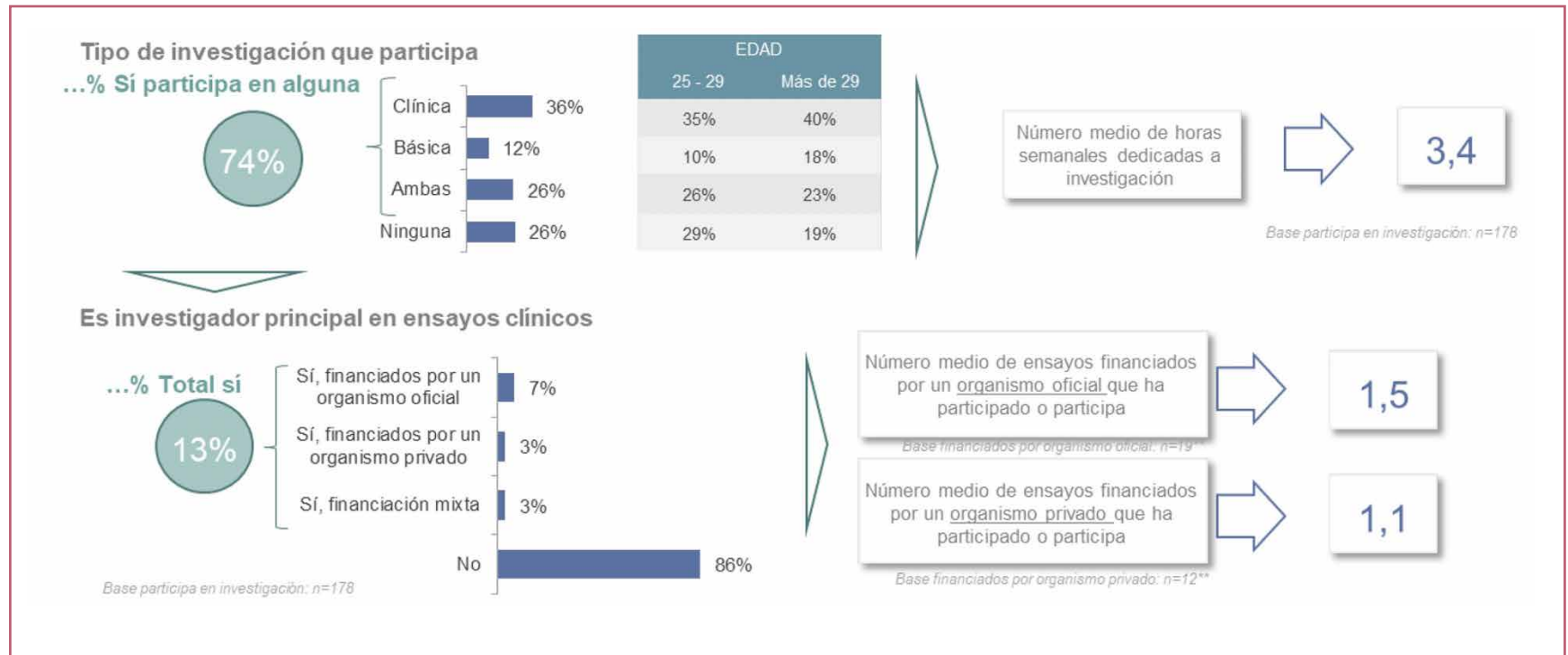
C20 [S] ¿Participa en sesiones clínicas con finalidad clínica o docente?; C21 [Q] ¿A cuántas sesiones clínicas asiste a la semana?

* base reducida /**muy reducida

© GfK

INVESTIGACIÓN

3 de cada 4 residentes participa en algún tipo de investigación, siendo exclusivamente clínica en el 36% del total y combinada con básica en el 26%. El número medio de horas semanales dedicadas a investigación es de 3,4. Sólo el 13% ha liderado algún proyecto competitivo.



Base: n=242; Unidades: Porcentajes

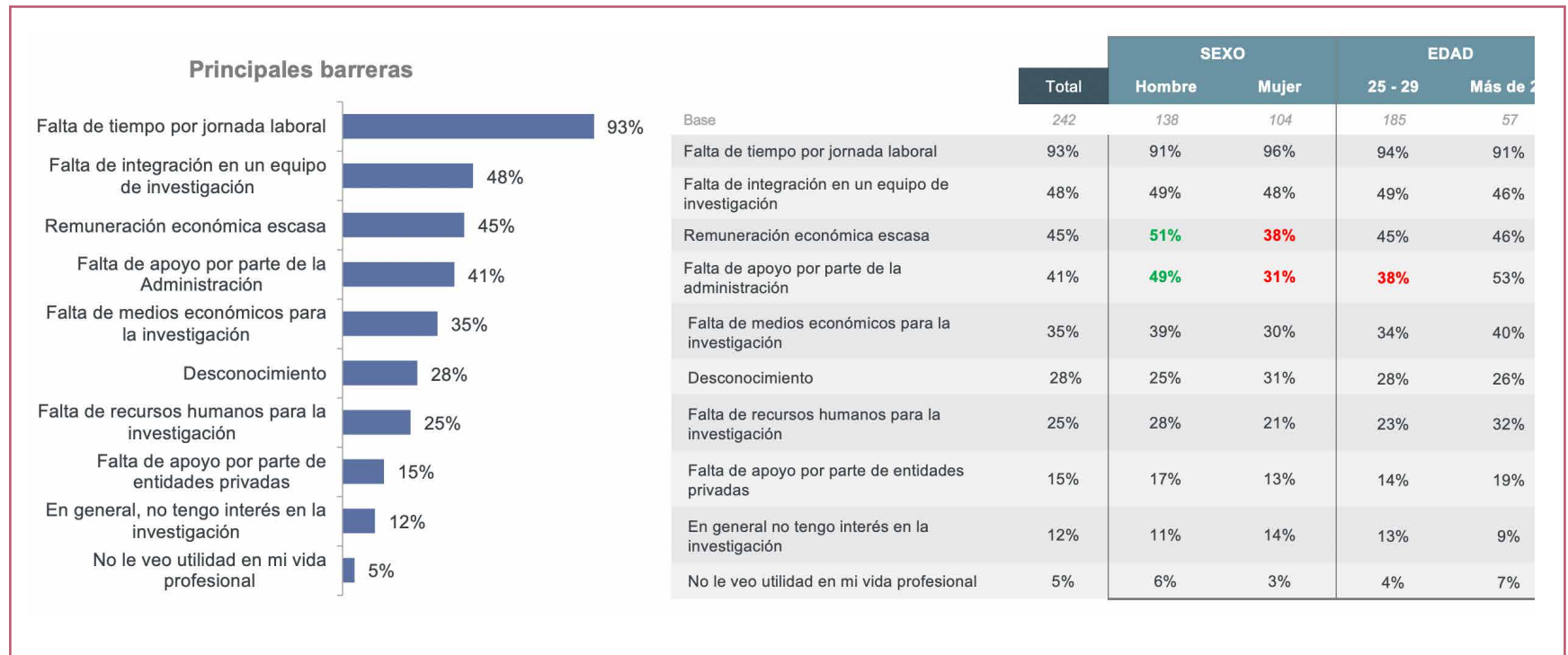
C22 [S] ¿Podría indicarnos en qué tipo de investigación de las que se presentan a continuación participa en la actualidad?; C23 [Q] ¿Cuánto tiempo le dedica a la semana a la investigación?; C24 [S] En la actualidad, ¿es investigador principal en algún ensayo clínico o proyecto, ya sea financiado por un organismo oficial o por un organismo privado? C25 [Q] Y en qué número de ensayos o proyectos financiados en los que usted ha sido o es investigador principal ha participado o participa en la actualidad?

* base reducida / **muy reducida

© GfK

PRINCIPALES BARRERAS A LA INVESTIGACIÓN

La principal barrera a la investigación que aprecian los residentes es la falta de tiempo por la jornada laboral. A un nivel inferior, también comentan la falta de integración en un equipo de investigación, la remuneración económica escasa y la falta de apoyo de la administración.



Base:n=242; Unidades: Porcentajes

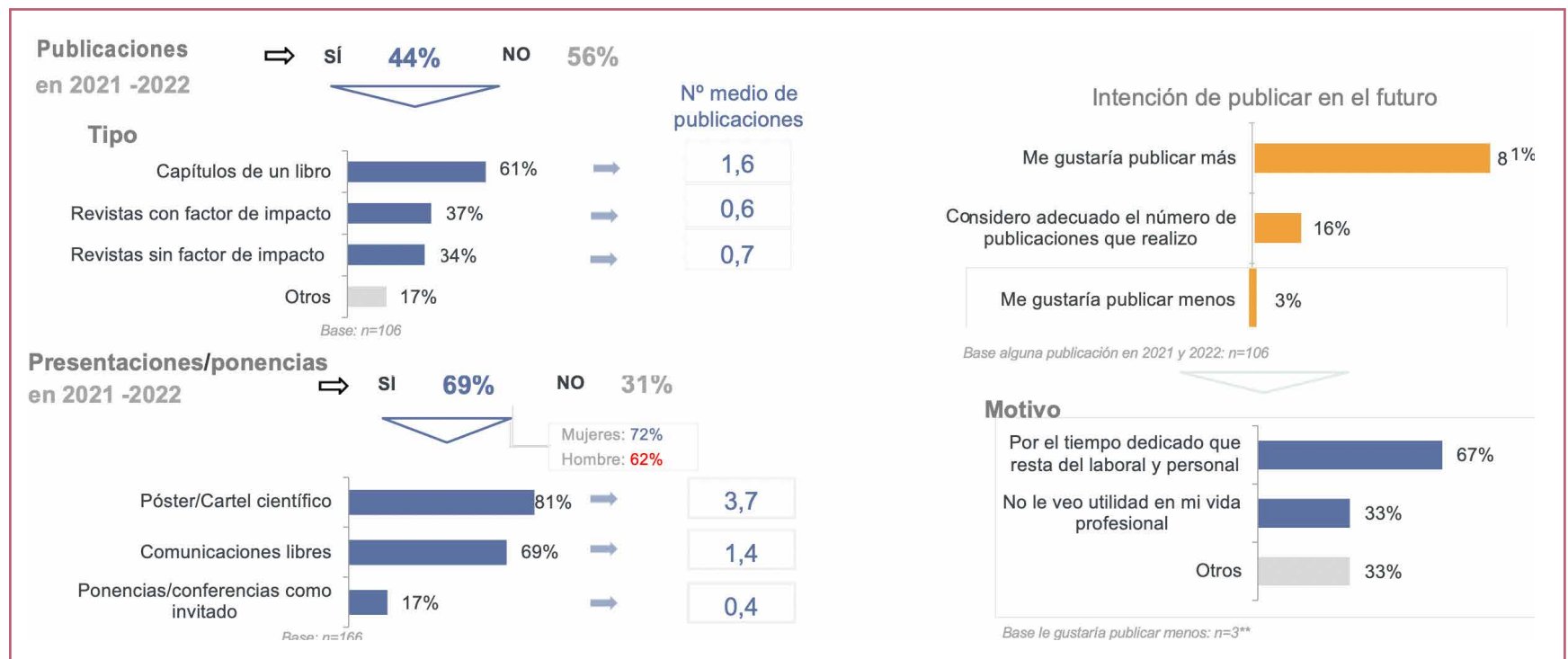
C30 [M] De los elementos que se presentan a continuación, ¿cuáles considera como barreras para dedicarle más tiempo a la investigación n?

© GfK

PUBLICACIONES

El 44% de los residentes ha realizado alguna publicación, siendo en forma de capítulos de libro donde más se publica. El 81% declara que le gustaría publicar más.

Referente a participaciones en congresos, 7 de cada 10 lo han hecho, siendo habitualmente en forma de póster/carteles científicos.



Base:n=242: Unidades: Porcentajes y medias

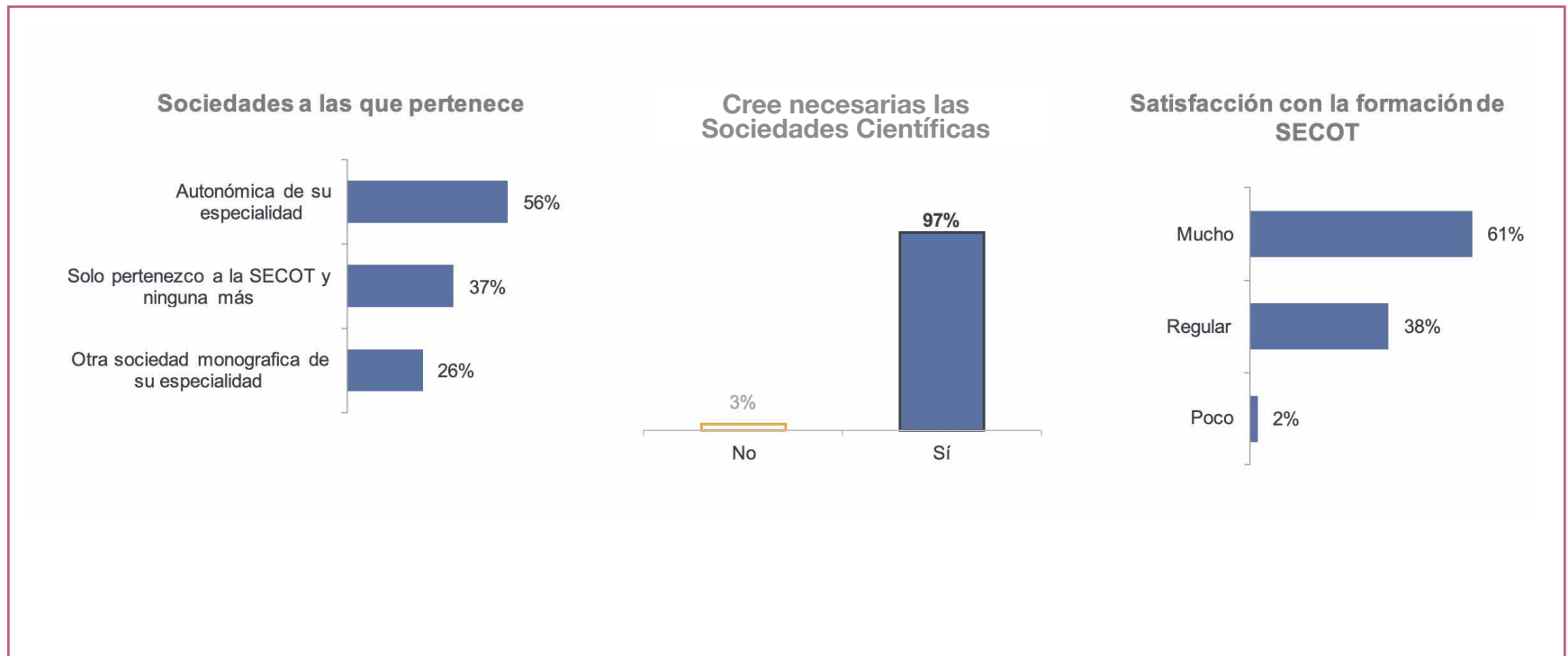
C26 [Q] ¿Qué número aproximado de publicaciones ha realizado en 2021 y 2022? C27 [S] ¿Hasta qué punto considera adecuado el número de publicaciones que realiza en la actualidad?; C28 [O] ¿Por qué ha indicado que le gustaría publicar menos? C29 [Q] ¿Y qué número de presentaciones o ponencias aproximado ha realizado en congresos y/o reuniones en 2021 y 2022?

* base reducida /**muy reducida

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Más de 1 de cada 2 residentes pertenecen a la sociedad autonómica de su especialidad, y un 37% solo pertenecen a la SECOT. La práctica totalidad opina que las sociedades científicas son necesarias, y 6 de cada 10 se muestran muy satisfechos con la formación ofrecida por la SECOT.



Base:n=242: Unidades: Porcentajes

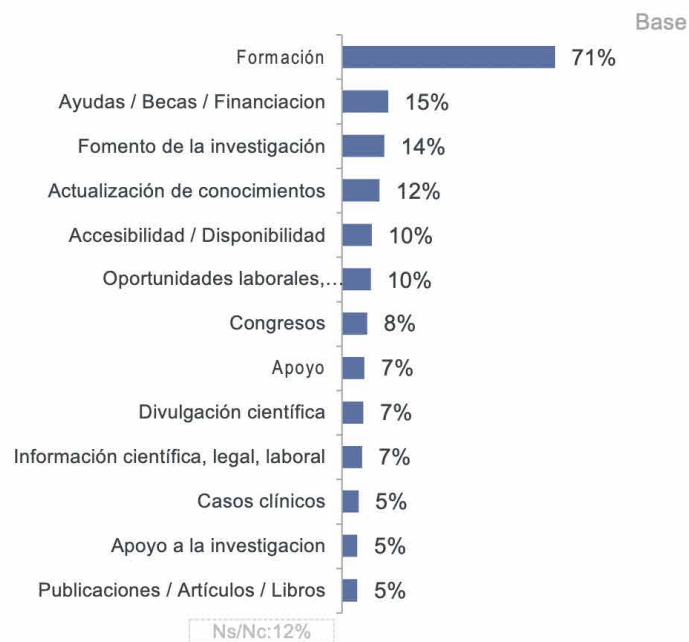
D01 [M] ¿A cuáles de las sociedades científicas que se presentan a continuación pertenece?; D02 [S] ¿Cree necesarias las sociedades científicas?; D03 [S] ¿Está satisfecho con la formación que le proporciona la SECOT?

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La formación es la principal expectativa que se tiene de las sociedades científicas. Además, esperan ayudas / becas / financiación, fomento de la investigación y actualización de conocimientos.

Qué espera de sociedades científicas



	SEXO		EDAD	
	Hombre	Mujer	25 - 29	Más de 29
	138	104	185	57
	73%	69%	71%	70%
	16%	14%	12%	25%
	14%	14%	13%	18%
	10%	15%	15%	5%
	9%	12%	9%	12%
	12%	6%	8%	14%
	7%	10%	8%	11%
	8%	7%	8%	7%
	9%	5%	9%	0%
	5%	9%	8%	4%
	5%	6%	5%	7%
	7%	2%	5%	5%
	4%	6%	5%	4%

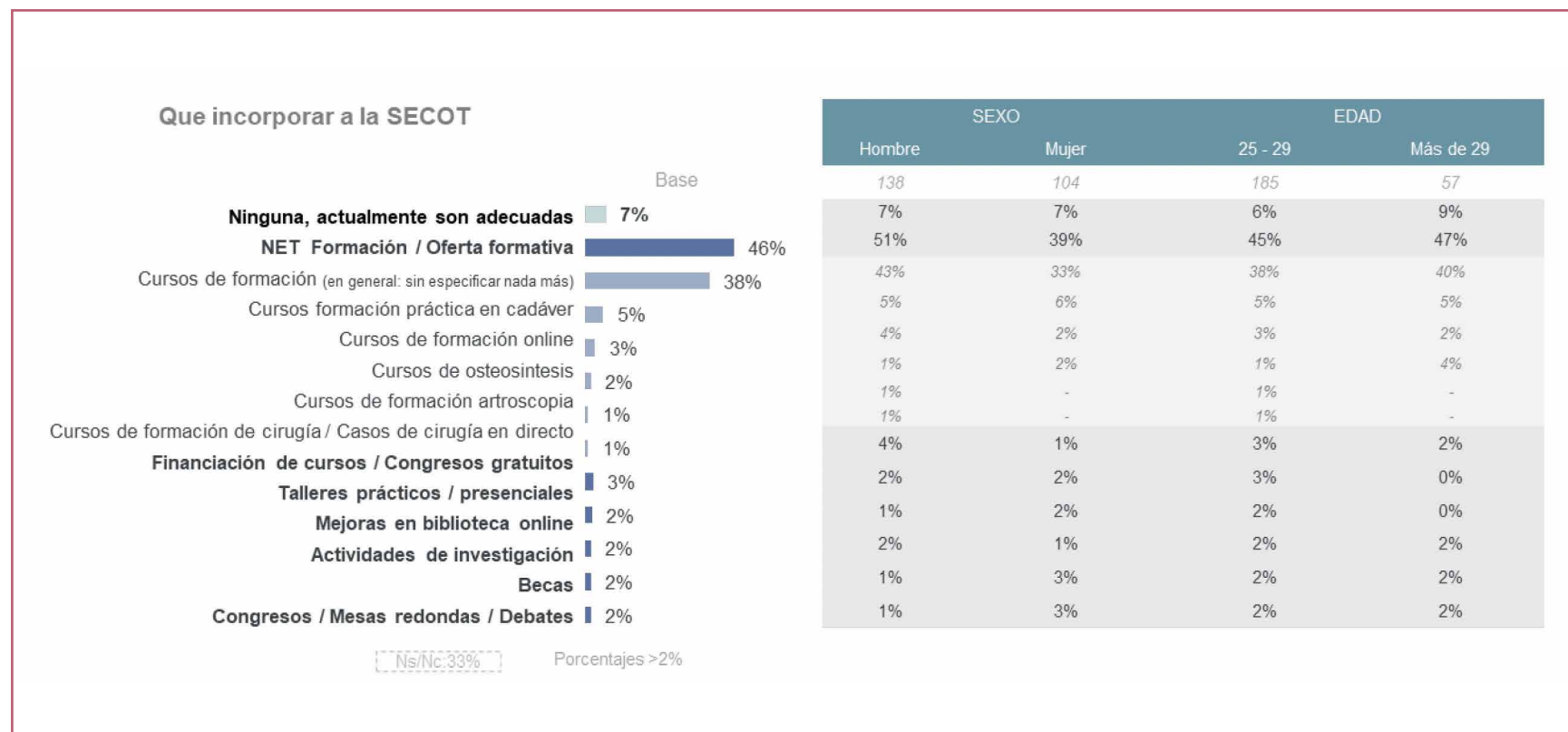
Base:n= 242 : Unidades: Porcentajes >5% **XX / XX** Diferencias significativas al 95% vs. Total Muestra
 D04 [O] ¿Qué es lo que espera de una sociedad científica?

© GfK

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

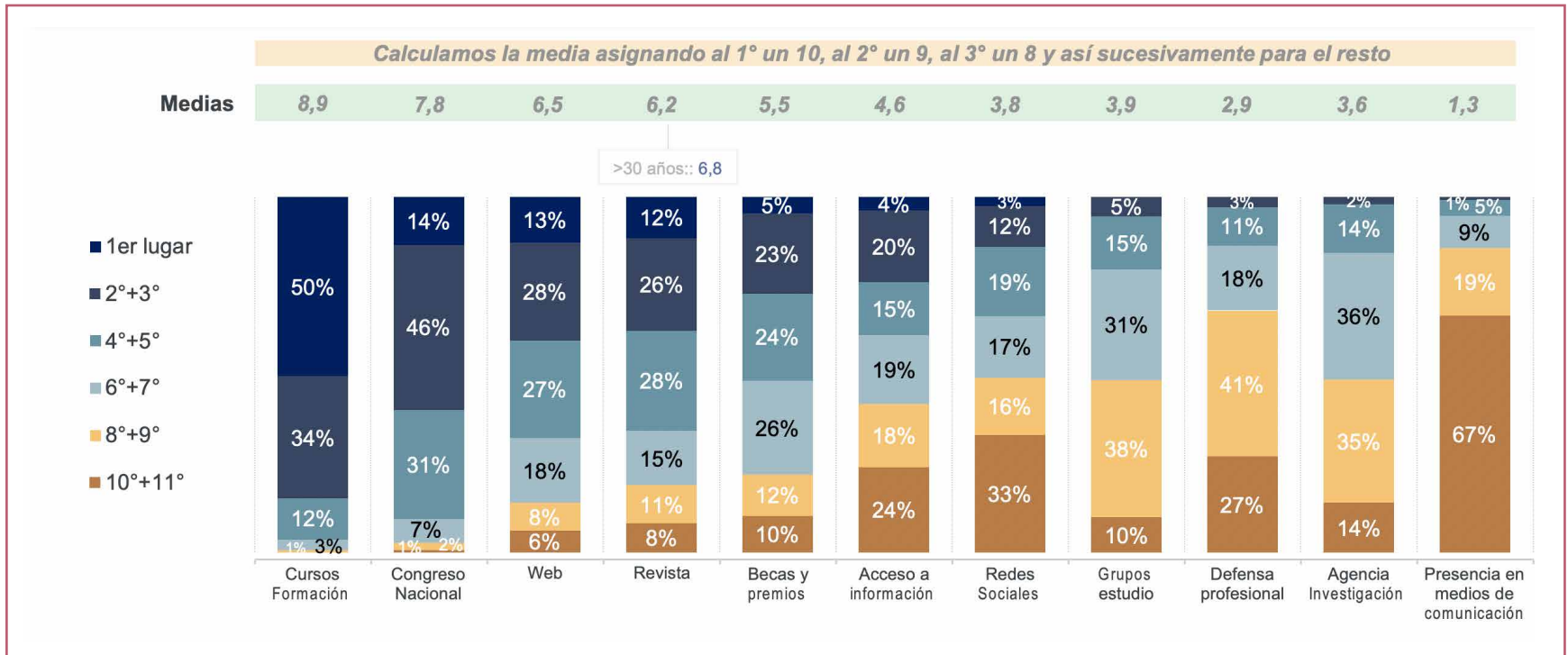
En cuanto a la SECOT, de nuevo la formación es lo que más se valora y se demanda. Entre ella, destacan los cursos de formación con práctica en cadáver, cursos online y de osteosíntesis.

Cabe destacar el elevado número de residentes que no quieren incorporar más actividades o que no contestan a esta pregunta.



PREFERENCIAS EN OFERTA SECOT

Los cursos de formación son los elementos que más valoran, seguidos a cierta distancia por el congreso nacional. A un nivel inferior se sitúan la web y la revista. La presencia en los medios de comunicación es claramente el elemento que menos se valora.



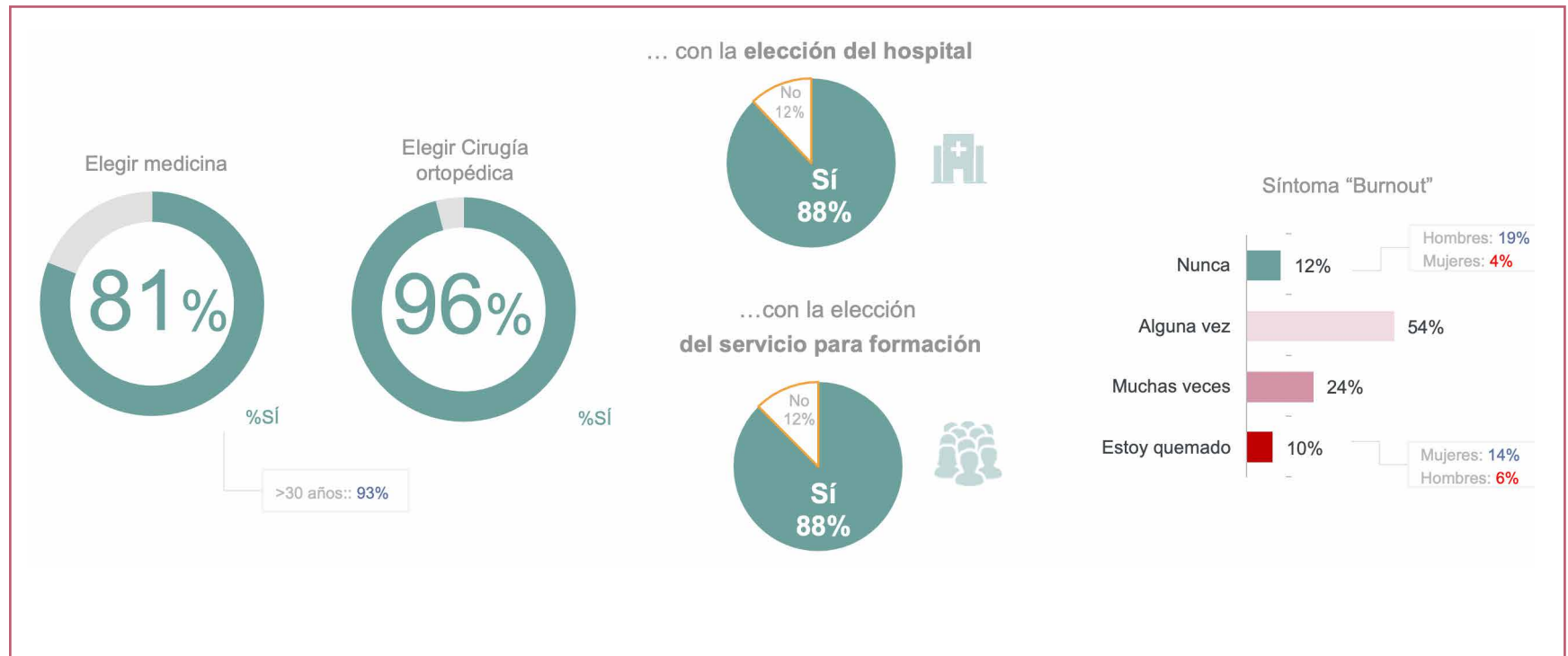
Base:n=242: Unidades: Porcentajes

D05 [Ranking] La SECOT tiene una oferta variada en formación, información y apoyo para los profesionales de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

© GfK

SATISFACCIÓN CON SU PROFESIÓN

Más de 8 de cada 10 residentes se han mostrado satisfechos con la elección de profesión, siendo superior la satisfacción con respecto a la elección de la especialidad. No obstante, casi 9 de cada 10 han tenido síntomas de "burnout" en algún momento, dato superior entre las mujeres. Casi el 90% de los residentes están satisfechos con la elección del hospital y con el servicio elegido para su formación.



Base:n=242: Unidades: Porcentajes

I01 [S] Si pudiera elegir de nuevo una profesión a la que dedicarse, ¿elegiría la Medicina?; I02 [S] Si pudiera elegir de nuevo la Especialidad para formarse, ¿elegiría la Cirugía Ortopédica y Traumatología?; I03 [S] ¿Cree que ha tenido algún síntoma de "burn out" (médico quemado)? C14 [S] ¿Está satisfecho con la elección del Hospital para su formación en Cirugía Ortopédica y Traumatología? C15 [S] ¿Está satisfecho con la elección del Servicio para su formación en Cirugía Ortopédica y Traumatología?

© GfK

5

CONCLUSIONES DE LA FASE CUANTITATIVA

En esta nueva edición del Libro Blanco de la Especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, realizada en 2022, se ha utilizado la misma metodología online que en 2011, lo cual ha permitido el estudio comparativo entre ambas oleadas para las mismas dianas (traumatólogos en general y jefes de Servicio de COT). En la actual hemos añadido la diana de los residentes.



CONCLUSIONES

GENERALES: ESPECIALISTAS

Participación en actividades

La Especialidad va incorporando paulatinamente más mujeres con un perfil más joven, aunque todavía el 70% de los especialistas son hombres. Para el 75% la práctica pública es su principal ocupación, siendo este porcentaje mayor entre las mujeres (92%). Entre los mayores de 50, los especialistas acaban por buscar más salidas en la medicina privada.

Formación

Se ha incrementado el número de mujeres que ha obtenido tanto la licenciatura como la Especialidad en la última década; y se observa un incremento en el número de hospitales en los que han trabajado los especialistas como COT. Tan sólo el 8% de los especialistas tienen otra especialidad reconocida, además de la de COT, siendo más general entre los perfiles mayores de 50 años y destacando la Medicina de Familia.

El 55% de los especialistas ha cursado estudios de doctorado, de los que sólo el 50% han leído su tesis doctoral, aunque casi 9 de cada 10 recomiendan realizar este tipo de formación.

El 39% de los COT ha realizado formación en el extranjero, cifra similar a 2011 (37%). Los destinos más habituales siguen siendo EE. UU., Inglaterra, Francia y Alemania. La formación que más se suele realizar son rotaciones hospitalarias de casi 4 meses de duración, destacando en los perfiles más jóvenes (< 35 años).

Situación laboral

Con respecto a la situación laboral de los especialistas en la medicina pública, el 59% son contratados fijos, cifra similar a la obtenida en 2011. Esta cifra se reduce mucho, aunque mejora en esta oleada entre los menores de 35 años (25%). El mismo comportamiento se observó en las encuestas anteriores (2011 y 2006), donde el porcentaje de jóvenes contratados fijos sólo era del 16% y del 12%, respectivamente. Esta situación se observa también entre las mujeres, seguramente debido al perfil de edad más joven en comparación con el de los hombres (38% en 2011 y 43% en 2022).

CONCLUSIONES

GENERALES: ESPECIALISTAS

Situación asistencial

El 81% de la jornada laboral de los traumatólogos es asistencial, destinando el resto a labores de gestión, de investigación y de docencia. Dentro de la labor asistencial las patologías que más se tratan son las relacionadas con la traumatología general, fracturas de cadera en ancianos y patología degenerativa de rodilla, que coinciden con las patologías que más gustan: rodilla, "trauma" y cadera.

El 11% ha participado en misiones humanitarias como traumatólogo, incrementándose la cifra con respecto a 2011 (8%).

Participación en actividades

SESIONES CLÍNICAS

El 91% de los especialistas participa en sesiones con finalidad clínica o docente, permaneciendo estable frente a 2011. Este tipo de actividad se repite una media de 3,2 veces por semana, incrementándose con respecto a 2011, lo cual indica la importancia que tienen para el colectivo de especialistas.

INVESTIGACIÓN

El porcentaje de traumatólogos que realizan investigación se mantiene en torno al 60% del total, cifra ligeramente inferior a 2011; y el tipo de investigación que más se suele realizar es la clínica. Tan sólo el 31% es investigador principal, con una distribución de la financiación similar entre privada y pública. Destaca como principal barrera para la investigación la falta de tiempo durante la jornada laboral.

PUBLICACIONES

En cuanto a las publicaciones realizadas en libros y revistas, el 45% de los traumatólogos han llevado a cabo publicaciones en 2021 y 2022. Esta cifra aumenta al 56% si hablamos de otro tipo de publicaciones. Las cifras son ligeramente inferiores a las de años previos a la pandemia, principalmente en lo referente a otras publicaciones (69% en 2011 y 56% en 2022).

CONCLUSIONES

GENERALES: ESPECIALISTAS

Participación en actividades

ACTIVIDAD DOCENTE

Un 43% de los especialistas realizan actividad docente, cifra significativamente superior a la de 2011 (34%). La tendencia a realizar esta actividad es mayor entre los hombres y entre los especialistas de mayor edad.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS SECOT

Casi la totalidad de los especialistas creen necesarias las sociedades científicas. La SECOT es la sociedad científica preferida por el 62% de los especialistas, cifra que se incrementa significativamente respecto a 2011 (39%). Este porcentaje aumenta entre los especialistas más jóvenes (69% entre los < 35 años). Lo que más se espera de las sociedades científicas continúa siendo la formación (67%). Dentro de la oferta de publicaciones y actividades de nuestra Sociedad, los cursos de formación y la revista son los elementos que más se valoran. 8 de cada 10 especialistas ven adecuada la cuota anual de la SECOT.

ACTIVIDADES NACIONALES

En cuanto a la asistencia a congresos/actividades nacionales, a los que más se ha acudido es a los cursos de formación de la SECOT, incrementándose en esta oleada hasta el 47%; seguido del Congreso de la SECOT, con un 43%, y los congresos de las sociedades autonómicas, en un 35%. Antes de la pandemia, aproximadamente entre un 21% y 32% de los especialistas acudía a estos congresos de forma sistemática.

ACTIVIDADES INTERNACIONALES

En cuanto a los congresos internacionales, por lo general la asistencia es menor, manteniéndose el de la EFORT como el que tiene mayor número de asistentes (10%). No obstante, la asistencia disminuye significativamente respecto a 2011 y cifras anteriores a la pandemia.

CONCLUSIONES

GENERALES: ESPECIALISTAS

Percepción situación especialidad

La percepción de la situación de la especialidad comparada con la de los países de nuestro entorno obtiene muy buenos resultados: el 93% la valora como “buena” o “muy buena”, con cifras ligeramente superiores a las de 2011, principalmente en la percepción de “muy buena”. Con respecto a las mejoras de la Cirugía Ortopédica y Traumatología en España, los puntos clave a mejorar son, de nuevo, similares a oleadas anteriores y se concentran en la potenciación de las unidades específicas en hospitales generales, seguido por la creación de centros monográficos.

Satisfacción profesional

Casi 8 de cada 10 especialistas están satisfechos con la elección de profesión y el 90% con la elección de la especialidad, aunque casi 9 de cada 10 se han sentido “quemados” en algún momento de su carrera como COT.

También en la satisfacción profesional se obtienen resultados similares a los de oleadas anteriores. Los traumatólogos se encuentran más satisfechos con la relación con el equipo de trabajo, seguido por el trabajo asistencial. La remuneración y el trabajo de investigación son los puntos con los que se muestran más críticos.

CONCLUSIONES

JEFES DE SERVICIO

Perfil sociodemográfico

9 de cada 10 jefes de servicio son hombres, con una media de edad de 58 años y una experiencia de 34 años. Estas cifras incrementan en 7 puntos porcentuales la presencia de mujeres respecto a 2011.

Servicios/instalaciones

Las instalaciones disponibles en los servicios de nuevo siguen correlacionándose con el tamaño del hospital. Es decir, cuanto más grande es el hospital mayor es la cobertura y el número de instalaciones (aulas de reuniones, sala de residentes y servicios de biblioteca).

Servicios médicos/ asistenciales

Los servicios reciben ligeramente menos pacientes de otras áreas (80%) y de otras comunidades autónomas (51%) que los recibidos en 2011, siendo las patologías que más se derivan las de raquis, tumores y tratamientos artroscópicos.

Tan sólo el 13% tiene un CSUR concedido, destacando los de tumores y de patología séptica.

El 93% de los jefes de servicio tiene un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, cifra ligeramente superior al 86% obtenido en 2011.

Independientemente del tamaño del hospital, en casi todos se realizan guardias específicas de la especialidad, tanto presenciales como localizadas, con cifras mayores a las de la oleada de 2011.

El porcentaje de derivación de pacientes crónicos y convalecientes de nuevo aumenta en el año 2022, situándose en un 11% más respecto a las cifras obtenidas en 2011 (88% en 2022).

Se incrementa la existencia de docencia de pregrado en el servicio hasta el 74%, frente al 51% en 2011.

CONCLUSIONES

JEFES DE SERVICIO

Servicios médicos/ asistenciales

La organización de alguna actividad formativa exterior en 2021 y 2022 disminuyó con respecto a 2011 (57% en 2022 vs 84% en 2011). Se incrementa el porcentaje de servicios que no están interesados en realizar investigación clínica ni básica, hasta el 21%, respecto al 5% de 2011.

Los métodos de diagnóstico tales como la TC, RM, microbiológicos o de Anatomía Patológica, del mismo modo que las técnicas terapéuticas de artroscopia de rodilla y de hombro, siguen a disposición de casi la totalidad de hospitales, con porcentajes muy similares a 2011.

Se incrementa la media de personal médico con el cargo de jefe de sección, adjuntos y MIR en los servicios con respecto a 2011 (2,7 vs 1,9 jefes de sección; 17,2 vs 13,6 adjuntos; y 11,1 vs 9,4 MIR).

Se incrementan los servicios respecto a 2011 que manifiestan que disponen de personal dedicado exclusivamente a la Traumatología o a la Cirugía Ortopédica; así como especialistas que están dedicados exclusivamente a Ortopedia Infantil (20% y 10% más, respectivamente).

Permanece similar el porcentaje de servicios que desplazan especialistas a otros hospitales (36%), aunque lo realizan con una frecuencia generalmente semanal en 1 de cada 2 casos; y aumenta el desplazamiento a Centros de Especialidades Periféricas en 11 puntos porcentuales (pasa de 42% en 2011 al 53% en 2022).

Disminuye el porcentaje de servicios en los que algunos de sus especialistas realiza estancias en otros hospitales en 2021 y 2022 respecto a 2011 (55% en 2022 vs 79% en 2011), principalmente a nivel nacional.

Se incrementa significativamente la media de trabajos publicados a 11,6 por los miembros del servicio en 2021 y 2022 respecto a los 2,7 trabajos de media en 2011. Se incrementa tanto en revistas con factor de impacto como sin él. También aumentan las publicaciones de capítulos de libros.

Las necesidades más importantes de los servicios de COT son las relacionadas con la plantilla, seguidas por la de los quirófanos y el equipamiento.

CONCLUSIONES

JEFES DE SERVICIO

Datos medios asistenciales de servicio COT

Hay una media de 53 consultas diarias en el Servicio COT de los hospitales; y 27 en los Centros de Especialidades Periféricos, siendo superior en hospitales con mayor número de camas. Disponen de una media de 16 quirófanos semanales, principalmente por la mañana, con una media de 8 pacientes operados al día; y se implantan de media anualmente en un servicio de COT 150 prótesis de cadera y 215 de rodilla.

Satisfacción profesional

Casi la totalidad de los jefes de servicio están satisfechos tanto con la elección de profesión como de la Especialidad, aunque 7 de cada 10 se han sentido “quemados” con su profesión en algún momento.

CONCLUSIONES

JEFES DE SERVICIO

Personal médico del servicio COT

Distribución de género

- Las mujeres constituyen el 33% de los traumatólogos en general, con un 43% entre los residentes y un 32% entre los adjuntos. Únicamente el 18% de los jefes de sección y el 13% de los jefes de servicio son mujeres.
- Por subespecialidades, las mujeres tienen mayor presencia en Ortopedia Infantil y en Muñeca/Mano.
- En la jerarquía académica, el 20% de los profesores asociados y únicamente el 11% de los profesores titulares son mujeres, mientras que como catedráticos no encontramos presencia femenina entre los servicios encuestados.
- En términos de edad, las mujeres son más jóvenes que los hombres entre los adjuntos, con una diferencia de 6 años de edad.

CONCLUSIONES

RESIDENTES

Perfil sociodemográfico

Existe un mayor porcentaje de hombres entre los residentes (57%); con una edad media global de 29 años. La nacionalidad es fundamentalmente española.

Formación

Algo más de la mitad (55%) ha obtenido su licenciatura en los últimos años (desde 2018). Tan solo el 1% de ellos tiene otra especialidad médica reconocida y únicamente el 5% ha realizado estudios de doctorado.

Un 11% de los residentes ha ampliado sus estudios en el extranjero, principalmente en EEUU, Inglaterra, Francia e Italia. La formación predominante fueron rotaciones hospitalarias que duraron una media de 4 meses.

Participación en actividades

SESIONES CLÍNICAS

Prácticamente todos los residentes participan en sesiones con finalidad clínica o docente; y lo hacen en una media de 2-3 sesiones a la semana.

INVESTIGACIÓN

El 74% participan en algún tipo de investigación, dedicando 3,4 horas de media a la semana a esta actividad. Solo un 13% de los residentes se declara investigador principal en ensayos clínicos. La principal barrera a la investigación que aprecian los residentes es la falta de tiempo por la jornada laboral.

CONCLUSIONES

RESIDENTES

Participación en actividades

PUBLICACIONES

Algo menos de la mitad (44%) ha realizado alguna publicación en los dos últimos años, mayoritariamente capítulos en algún libro. Una amplia mayoría de los que ha publicado algo asegura que le gustaría publicar más.

En cuanto a presentaciones y ponencias, son más los residentes que han realizado alguna en estos dos años (un 69%), en su mayoría en forma de pósteres/carteles científicos y comunicaciones libres.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS SECOT

Casi todos (97%) creen necesarias las sociedades científicas. Un 56% de los residentes pertenece a la sociedad autonómica de su especialidad, y un 37% declara que sólo pertenece a la SECOT. En cuanto a esta, 2 de cada 3 aseguran estar muy satisfechos con la formación que ofrece. Este aspecto, la formación, es la principal expectativa que demandan a las sociedades científicas y también lo esperan de la SECOT.

Satisfacción personal

El 81% de los residentes declara que volverían a elegir la Medicina como carrera profesional y prácticamente todos elegirían de nuevo la misma Especialidad. Casi 9 de cada 10 aseguran, sorprendentemente, que se han sentido “quemados” con su profesión, dato que es superior entre las mujeres.

CAPÍTULO
02

ESTUDIO CUALITATIVO

1

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2

VALORACIÓN DE LA IMAGEN ACTUAL

3

CONCLUSIONES DE LA FASE CUALITATIVA

1

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Revisar y comprender la evolución de los resultados obtenidos en la investigación realizada en 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Percepción y actitudes a tomar ante la actual situación profesional (contexto profesional, formación, número de especialistas, disponibilidad de medios físicos, técnicos y humanos, satisfacción con su remuneración, valoración del nivel de intrusismo).
- Evolución percibida en los últimos años y perspectivas de futuro.

METODOLOGÍA Y TÉCNICA

- **Metodología:** Cualitativa.
- **Técnica:** Grupos de Discusión online de 2 horas de duración.
 - **Universo:** Especialistas (adjuntos y jefes de sección) en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y médicos residentes de COT.
 - **Tamaño de la muestra:** 5 reuniones de grupo de entre 4 a 5 participantes cada una.
- **Criterio de selección de la muestra:** Miembros de la SECOT, pertenecientes a ámbitos sanitarios tanto públicos como privados:
 - 4 grupos de 4/5 participantes (3/4 adjuntos y 1 jefe de sección) de 40 a 60 años de edad.
 - 1 grupo de 4/5 participantes con médicos residentes.

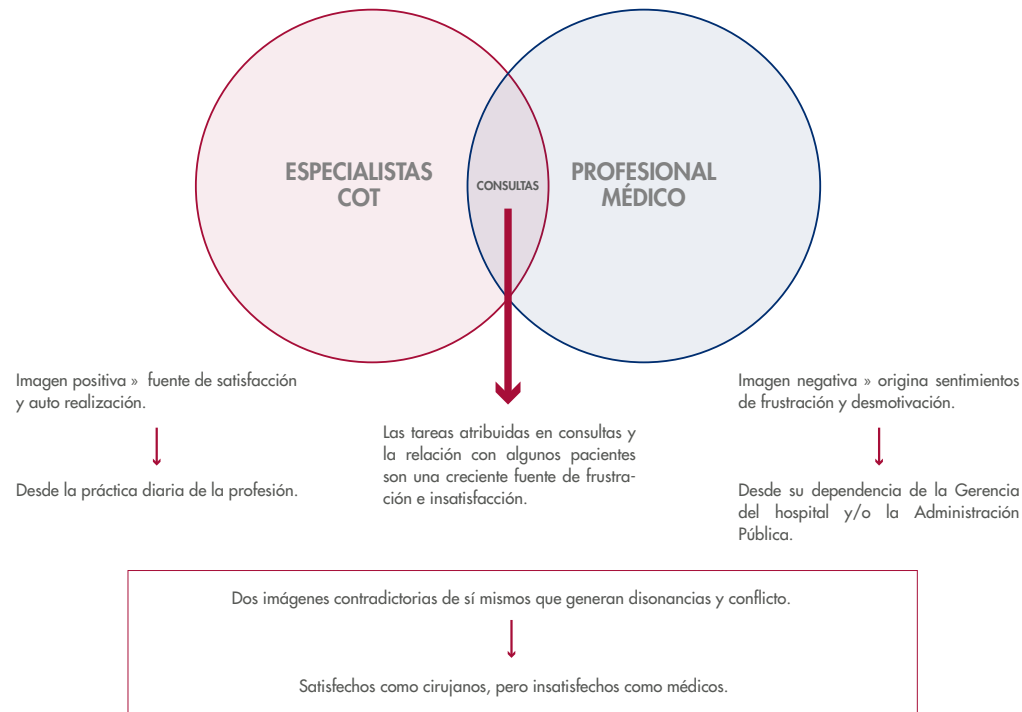
2

VALORACIÓN DE LA IMAGEN ACTUAL

¿CÓMO SE VEN LOS ESPECIALISTAS EN COT A SÍ MISMOS?

Los especialistas en COT se sienten, de manera general, bastante satisfechos con la situación actual de la especialidad, aunque se percibe un empeoramiento en la satisfacción por las condiciones laborales de la profesión. La especialidad continúa siendo básica en todos los hospitales y sigue evolucionando de manera muy rápida, por lo que ofrece buenas perspectivas laborales. Sin embargo, ha dejado de ser la más demandada entre los residentes, en favor de otras especialidades con menor dedicación y mayores perspectivas de prosperar en el ámbito privado.

Doble dimensión de la imagen



Como en el informe del 2011, la valoración sobre la imagen actual de la especialidad está fundamentada en dos visiones distintas que crean un sentimiento ambivalente: una como especialista COT, y otra como profesional de la medicina. En esta ocasión, sin embargo, se identifica un área de intersección entre las dos visiones: las tareas en las consultas y la interacción con pacientes, como creciente fuente de insatisfacción y frustración.

Como especialistas COT:

Los especialistas COT continúan muy abiertos al cambio, con un dinamismo patente en cuanto a su afán por estar al día sobre la innovación y la constante evolución de técnicas y procedimientos.

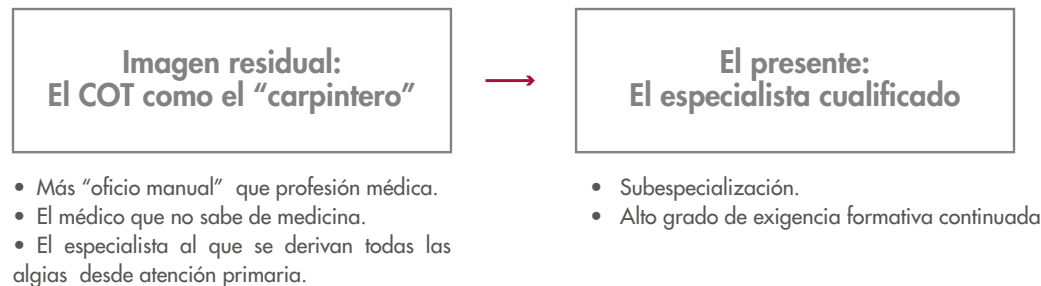
La tendencia percibida en 2011 hacia una imagen de profesionales más especializados que les alejaba de esa antigua idea de “cirujanos de segunda”, **se ha afianzado gracias a la casi total subespecialización de la profesión, incluso en aquellos hospitales de menor tamaño.**

Esto no quiere decir que todos los COT se dediquen exclusivamente a las cirugías de la subespecialidad elegida, ya que esta circunstancia no sería posible en los hospitales de menor complejidad. Pero sí, dentro de su tarea diaria, suelen recibir esos pacientes que les correspondería debido a la necesidad quirúrgica que necesiten.

“No es lo mismo hacer una artroscopia de hombro que hacer una artroscopia de tobillo [... Antes] a la gente que se metía a hacer artroscopia los llamaba los tuberos porque te metían el tubo en todos sitios. [...] Esa gente que empezó a formarse en artroscopia son los mismos que han dicho, “no puedo abarcar tanto”, y se están especializando en una artroscopia determinada”. (Madrid)

Sin embargo, sigue existiendo una imagen residual del cirujano como “carpintero” y poco interesado en cuestiones médicas y científicas, receptor de todos los pacientes derivados de primaria con algias diversas. Esta imagen puede haberse mantenido, entre otras razones, debido al hecho de que **está decreciendo el número de especialistas COT que antes ejercieron otra especialidad**, algo que, por otra parte, redonda positivamente en la imagen de superespecialización del colectivo.

Evolución de la imagen de la Especialidad



Estudio cuantitativo y cualitativo

En estos últimos diez años se ha **profundizado en el impacto de los avances tecnológicos** ya implantados en 2011 en el ámbito de la medicina. Las técnicas de imagen, informática, robótica, navegación y otras se han ido extendiendo en los hospitales españoles para todas las especialidades aplicables y, sin duda, la Cirugía Ortopédica y la Traumatología se ha visto beneficiada de ello. Pero también se han añadido otros avances, como nuevos materiales biológicos y la bioimpresión 3D, que continúan haciendo avanzar la especialidad.

Como en el anterior informe, el mayor impacto percibido se ha situado, por un lado, en las técnicas de diagnóstico y en las intervenciones quirúrgicas con un alto grado de sofisticación, pero menos invasivas, para limitar el daño de las partes blandas, consiguiendo mayor efectividad; y por otro, en los nuevos materiales, prótesis e instrumentación.

Según algunos de los participantes en el estudio, determinadas técnicas mínimamente invasivas se han mostrado poco eficientes para ciertas intervenciones, ya que pueden presentar mayores complicaciones posteriores. Por este motivo algunos profesionales han recuperado ciertas técnicas tradicionales en este período. No obstante, sin duda la obtención generalizada de mejores resultados ha seguido revirtiendo de manera positiva en la valoración de la especialidad:

- Con mayor satisfacción y reconocimiento:
 - o Del entorno profesional >> tanto de los propios colegas de la especialidad como del resto de servicios/especialidades
 - o De los propios pacientes >> menor tiempo de hospitalización, intervenciones menos traumáticas, mayor rapidez en la recuperación y mayor calidad de vida gracias a la aplicación de mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluyendo los circuitos asistenciales.
- Como estímulo para mantener la motivación >> necesidad cada vez más exigente de formación, aprendizaje, actualización y especialización en nuevas técnicas quirúrgicas e instrumentación.

Esta área continúa siendo la perspectiva positiva del trabajo del especialista en COT, fundamentado en el deseo vocacional por avanzar dentro del ámbito de la cirugía y por ofrecer cada vez mejores soluciones a los pacientes. El especialista en COT, en este sentido, posee una imagen muy positiva de sí mismo en todos los estadios de la profesión y, consecuentemente, la mejora en la autoimagen percibida se traduce en una mejor consideración por el resto de la profesión.

Junto a estos factores de satisfacción, como en la anterior oleada, aparecen de manera complementaria otros aspectos que contribuyen a reforzar la imagen positiva:

- Una especialidad que plantea retos constantes puesto que abarca una gran amplitud de patologías quirúrgicas asociadas al aparato locomotor.
- El carácter “artesanal”, que la relaciona con la creatividad y con la mejora en las habilidades del cirujano.
- Gran satisfacción individual e inmediata, en íntima relación con la pericia del cirujano, lo cual conlleva mejores resultados medibles en las intervenciones realizadas.
- Abierta a innovaciones, traduciéndose en ambición por aprender más y en ofrecer un mejor servicio a los pacientes para resolver sus problemas.

Sin embargo, en esta oleada ha quedado también patente el descontento generalizado y creciente en el **papel en consulta del especialista en COT**.

Aunque es asumida como parte natural de su desempeño como especialista, esta tarea se ve lastrada debido a las dinámicas de la profesión médica (y de ahí que se explique como un área de intersección en la imagen), pero también por la misma dinámica de mejora en la gran tecnificación y subespecialización. Cuando se produce una mejora en la autoimagen, se espera una mejora consecuente en todos los ámbitos. Sin embargo, el hecho de que la especialidad sea la receptora de todo tipo de algias desde Atención Primaria, en gran parte no solucionables, no permite al COT poder disfrutar plenamente de su papel como cirujano traumatólogo, de carácter eminentemente resolutivo. Tener que lidiar con problemas que considera que no le corresponden y que, además, no tienen solución posible desde su puesto en el sistema, les frustra y desmotiva.

Por otra parte, el trato con el paciente es cada vez más difícil. Muchas veces los pacientes llegan sin pruebas, y esto incrementa la espera, que ya de por sí ha sido probablemente larga. Además, por diversas circunstancias sociales, como veremos en siguientes apartados, los pacientes han perdido la confianza en el médico: ya no le otorgan la autoridad científica que antes era habitual, y esto es una continua fuente de insatisfacción que empaña el, por otra parte, muy autovalorado desempeño diario e individual del papel del COT en la interacción con los pacientes.

Por último, habría que añadir las quejas del colectivo de **residentes**, que aunque desean poder participar en las cirugías el máximo posible para poder aprender en su camino de formación, **se ven abrumados por las guardias**, especialmente las de urgencias, y por la cantidad de burocracia y rutinas que deben asumir, a veces en procedimientos asistenciales en los que no han intervenido o lo han hecho con intenciones formativas.

Como profesional médico:

Aunque la pandemia de COVID-19 trajo consigo el incremento en la apreciación de la profesión sanitaria, también ha agudizado algunos problemas ya presentes en el sistema sanitario español, y ha dejado al descubierto otros no tan visibles. A pesar de que la presión asistencial ha sido mucho mayor en algunas áreas muy específicas, los problemas han repercutido en todas las áreas sin excepción. Consecuentemente, la dimensión como profesional médico de la imagen de los especialistas en COT también se ha visto afectada.

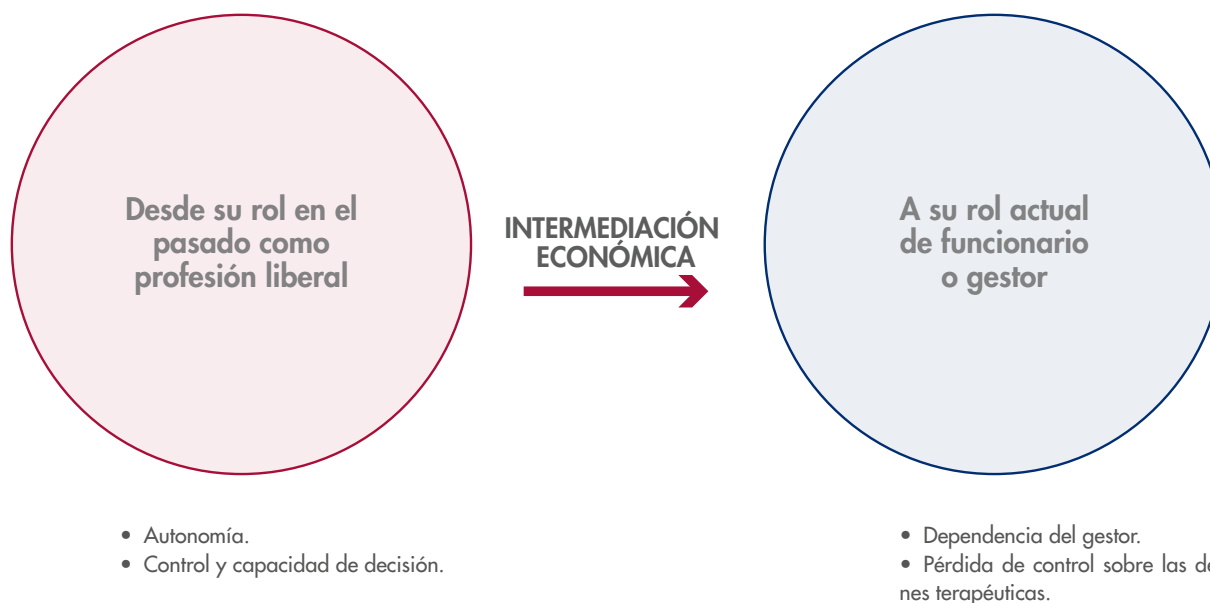
El colectivo de traumatólogos reconoce que los sentimientos de frustración son extensibles a todos los profesionales de otros servicios y especialidades, como ya lo era en 2011, y se percibe que la mejora en la imagen del médico como profesional entre la sociedad durante la pandemia ha quedado atrás muy rápidamente. El área de fricción en la relación establecida con equipos gestores de los hospitales y aseguradoras privadas es cada vez mayor, y esto es sin duda la mayor fuente de insatisfacción de los especialistas.

Por un lado, ha perdurado la visión en el tiempo de la **funcionarización de la profesión**. Aunque en 2011 se hacía gran hincapié en la politización de la medicina, once años después el mayor foco de frustración está en la **burocratización de los procesos**, y en el tiempo que invierten en papeleos y rutinas de gestión que apartan al especialista del cuidado de los pacientes. El profesional médico percibe de los equipos gestores la priorización del criterio económico frente a la **búsqueda de la mejor solución posible para el paciente**. Los especialistas en COT atribuyen este hecho a que los equipos gestores provienen cada vez con mayor frecuencia de ámbitos empresariales no relacionados con la medicina.

En este sentido, en el ámbito privado la situación no es muy distinta, y los profesionales se lamentan del tiempo que tienen que invertir en “pelear” con las aseguradoras para conseguir la aprobación de las técnicas quirúrgicas necesarias que solucionen más eficientemente los problemas de los pacientes. Esta situación se traduce en que, si el COT se convierte en alguien que contraviene los deseos de las aseguradoras de invertir el mínimo dinero posible en un paciente, dejan de llamarle.

Pérdida de prestigio y consideración del profesional médico

Proceso de “Funcionarización” del médico



El resultado de todas estas circunstancias repercute, igual que en 2011, por una parte, en la **pérdida de prestigio del médico**, al que se le trata de mero burócrata, y por otra en el **deterioro asistencial al paciente**, mientras que se produce un **descenso de calidad en la práctica médica**. Las consecuencias negativas tanto para el médico como para el paciente son muy similares a las del anterior periodo de investigación.

¿CÓMO VEMOS NUESTRAS CONDICIONES DE TRABAJO?

Condiciones laborales:

- **Pérdida de legitimidad del médico** como autoridad competente en la toma de decisiones sobre cuestiones médicas, con la priorización de reducción de costes y disminución de listas de espera.

- **Sobre la carga de trabajo:**

Excesiva carga asistencial >> esta situación se produce por dos razones:

- Las derivaciones desde Atención Primaria con patologías que no requieren cirugía se han incrementado, aumentando la frustración del especialista COT por no poder ofrecer soluciones, a la vez de por no poder atender adecuadamente en consulta a aquellos pacientes que realmente necesitarían de más tiempo.
- Se ha incrementado el número de pacientes totales en el área, muchos en tránsito o no contabilizados en los registros oficiales; además de que la población haya envejecido y cambiado sus hábitos, como es en relación con la práctica deportiva en todos los grupos poblacionales, el uso del patinete (motivo de más y nuevos accidentes), etc.
- Las largas listas de espera suponen que en muchos casos los pacientes vean agravadas sus lesiones, de forma que la resolución del problema pueda no ser tan exitosa como potencialmente podría haber sido.

- **Sobre la evaluación de los resultados:**

Los resultados solamente se miden en número de pacientes atendidos y cirugías realizadas, mientras que no se tiene en cuenta la calidad de las intervenciones o la satisfacción del paciente.

- **Sobre el trabajo administrativo y burocrático:**

El trabajo administrativo y burocrático de los traumatólogos ocupa la mayor parte de la jornada laboral, cuando la práctica totalidad preferiría estar en el quirófano.

“Con una buena exploración puedes tener un 90% de diagnósticos la mayoría de las veces, pero habitualmente no tienes tiempo porque debes estar rellenando la historia clínica, pidiendo pruebas, el consentimiento... Entonces, al final, te conviertes en un mero gestor”. (Madrid)

Con todo la principal consecuencia de lo expuesto es la **ausencia de condiciones que favorezcan y faciliten la formación** continua del especialista. En esta ocasión, además, los especialistas en COT añaden que este **hecho les aparta de la posibilidad de dedicarse a la investigación, algo que revertiría directamente en la mejora de su imagen como médicos científicos**. Esta reivindicación es compartida por algunos residentes, ya que desearían poder tener un día de dedicación a formación, como es común en algunas especialidades y hospitales.

Condiciones organizativas:

Como nota positiva en este aspecto, se ha percibido una mejora en la coordinación entre centros para la derivación de cirugías que los hospitales de origen no pueden asumir. Sin embargo, sigue existiendo un gran malestar debido a:

- **Falta de equipos de trabajo estables y eficientes >>** Continúa habiendo dificultades en la formación de equipos estables, dada la temporalidad de los contratos y la excesiva movilidad debido a la rotación interna del colectivo de enfermería. Este colectivo continúa reivindicando una especialidad quirúrgica que pudiera ofrecer cuidados más especializados.

“Los gerentes no son conscientes de la necesidad de que los/as enfermeros/as se especialicen. [...] Si te dan una pieza mal, se puede ir todo al traste. Evidentemente, el fallo es tuyo, pero ellos intentan tener un cupo de enfermeras que nunca están contentas, que sean polivalentes, que lo puedan hacer todo... Para la Traumatología esta polivalencia no sirve. Nosotros hemos tenido muchos problemas [...] hemos tenido quirófanos cerrados por falta de instrumentistas. Para no tener un quirófano cerrado, que económicamente es insostenible, te ponen la primera persona que pasa y eso no

- **Pérdida de legitimidad de algunos jefes de Servicio / Sección >>** Sometimiento a los criterios económicos del equipo gestor del hospital/ Administración, sobre todo cuando el nombramiento no ha obedecido a criterios reales de mérito.

“Yo soy jefe de sección y a mí lo que me preguntan es cómo va la lista de espera, o el número de reclamaciones, pero no me dan ni los buenos días.” (Murcia)

¿CÓMO SENTIMOS NUESTRA RELACIÓN CON LOS PACIENTES?

La merma de calidad en la atención que recibe el paciente se ha agudizado en estos últimos años en relación con las dos características principales que ya se vislumbraban en 2011.

- **Escasez del tiempo de dedicación en la consulta, para el diagnóstico o el seguimiento** >> el especialista tiene que decidir entre dedicar al paciente el tiempo que necesita o gestionar la percepción negativa que tienen de la atención sanitaria, tanto de las prolongadas esperas físicas como de la no implicación del profesional en su problema.

“Es una pena, porque lo principal es el paciente y a veces estamos tan cargados de trabajo que no tienes tiempo para poder atenderle correctamente. Las consultas a tope, cada vez más pacientes, más temas de burocracia, administrativos, en el ordenador, invirtiendo también muchísimo tiempo... Entonces está la pantalla y el paciente detrás, y es una pena no poder tener un poco más de tiempo para hablar con ellos, porque a veces eres un poco psicólogo y eso les cura más que un tratamiento”. (Aragón)

- **Sin seguimiento adecuado por parte del médico** >> el profesional que diagnostica puede no ser el que opera ni el que supervisa el resultado de la intervención. Este hecho, además, influye en la imagen del paciente hacia la especialidad, como se verá en la siguiente sección.

En conclusión, es palpable el sentimiento generalizado de frustración por lo que es identificado como abandono de los equipos gestores en torno al profesional médico y por el impacto que esto tiene en su trabajo diario. También por la percepción del paciente hacia su desempeño. Es especialmente doloroso para el profesional cuando siente que la Administración no le respalda como entiende que debiera en los conflictos con los pacientes.

“Cuando trabajamos en un hospital estamos un poco desamparados a nivel legal y esto es una cosa a tener en cuenta. De hecho, nuestra especialidad es una de las que tiene reclamaciones patrimoniales, junto con ginecología, de las más altas en general. No nos llega ninguna, pero en cierto modo nos desprestigia; y se echa de menos a la gerencia del hospital, esa defensa legal de sus facultativos”. (Zaragoza)

Otra de las consecuencias de todo lo antedicho es que la profesión médica general del sistema público, especialmente los COT, están sufriendo una **fuga continua de talento joven hacia el extranjero o hacia la sanidad privada**. Esta merece unas palabras: Si bien en algunos aspectos la situación en la sanidad privada no es mucho mejor que en la de pública, los especialistas que deciden cambiarse, especialmente los más jóvenes, lo hacen no para simultanear los trabajos como en el pasado, ya que la carga del mismo no lo hace compatible en muchas ocasiones, sino para poder **manejar/gestionar su propio tiempo**. Para aumentar la carga de trabajo si desean ganar más dinero, o para reducirla si lo que desean es vivir tranquilos o disfrutar de la vida familiar.

Estudio cuantitativo y cualitativo

Otro aspecto muy de actualidad es el relativo al género, si bien no desde el punto de vista ideológico sino social. La Medicina es una profesión que está en plena **feminización**, y nuestra especialidad no escapa a esta tendencia. Al hilo del párrafo anterior, hay traumatólogas que ejercen en la medicina privada por motivos de conciliación familiar; del mismo modo que se destaca una realidad **económica discriminatoria entre las embarazadas**, que llegan a ver reducido su sueldo hasta en un 45% durante la gestación.

“[Uno de los cambios fundamentales] Como en toda la medicina, es la feminización de la especialidad. Hace 10-15 años había pocas cirujanas y ahora empieza a ser mayoría, tanto entre los residentes como entre adjuntas jóvenes”. (Cataluña)

“El nivel de presión asistencial y el nivel de exigencias de la profesión es muy alto y eso repercute en la familia y en la capacidad para conciliar con una vida familiar; y repercute en tu día a día. No es que nos tengamos que ir siempre al dinero, pero parte de este se entiende como respuesta al reconocimiento, que precisamente es lo que se va perdiendo en España: el reconocimiento hacia una persona que se ha esforzado por estar donde está”. (Cataluña)

“Te quitan lo más bonito de la especialidad que es el quirófano [...] te conviertes en una consultora durante 8 meses, sin hacer guardias, sin hacer tardes porque hay rayos o prótesis, y entonces ves tu sueldo y te pones a llorar: se redujo un 45%”. (Madrid)

¿CÓMO CREEN LOS COT QUE SON VISTOS POR OTROS COLECTIVOS?

Los especialistas en COT siguen percibiendo una mirada positiva por parte de la mayor parte de los colectivos con los que tiene trato, a excepción de con los órganos gestores de los hospitales, la Administración y las aseguradoras. A pesar de ello, una gran parte de los entrevistados piensan que esta es una especialidad que no se ha sabido, y no se sabe, vender, como sí lo han hecho otras especialidades.

Por otros especialistas:

- El especialista en COT se precia de tener buena relación con sus compañeros de profesión y, como se comentaba anteriormente, se percibe una mejora en la **imagen debido, entre otros motivos, a la subespecialización y a los avances técnicos y tecnológicos.**
- Sin embargo, persiste la percepción de que al no tratarse de una especialidad que implique órganos vitales, **el prestigio otorgado es menor al de otras especialidades quirúrgicas.**

Por enfermería:

En general se sienten bien valorados por el colectivo de enfermería, siendo el principal problema la gestión de las continuas rotaciones, lo cual imposibilita la creación de equipos estables. Esto se agudiza cuando se trata de nuevas incorporaciones que no tienen experiencia quirúrgica específica, lo cual puede dificultar mucho la labor en nuestros quirófanos.

Por los equipos de gestión/administración:

En lo relativo a la relación de estos equipos con la Cirugía Ortopédica y Traumatología, se ha percibido un cierto cambio en la actitud de aquéllos con nosotros y nuestra especialidad, en particular entendiéndola como una especialidad "cara". No obstante, son otras las que en la actualidad consumen más recursos de los presupuestos hospitalarios (los servicios de Urgencias, de Oncología Médica, Cardiología, etc).

Por otra parte, el equipo de gestión hospitalaria, si bien continúa percibiendo a los traumatólogos como especialistas cualificados, también los percibe como "generadores" de una de las más mayores listas de espera.

Por los pacientes:

Hay que destacar, en primer lugar, que los COT han mencionado el impacto positivo inmediato que tuvo la pandemia en la apreciación de la profesión médica. Sin embargo, parte de los profesionales de esta nueva edición de conversaciones también ha manifestado con pesar la apreciación de que la situación de **sobrecarga en la presión asistencial y las listas de espera** les ha hecho olvidar rápidamente aquel sentimiento de "solidaridad". De hecho, pronto han vuelto a manifestar su descontento.

"No hay apoyo para el médico. Con la COVID nos aplaudían en los balcones... y ahora, eso ya se nos ha olvidado, hemos vuelto a lo mismo". (Murcia).

Dejando aparte esta circunstancia, la imagen de los pacientes hacia los cirujanos es compleja y muy variada, ya que se ve afectada por diferentes factores.

En primer lugar, **los pacientes desaprueban que los revise un traumatólogo distinto al que los ha operado y/o seguido hasta entonces**. Esto es debido, en parte, al desconocimiento sobre el trabajo de la especialidad, pero también al hecho de que en ocasiones el traumatólogo que le diagnostica no es el que termina operándole debido a circunstancias de organización interna. Los COT creen que este hecho revierte de forma negativa en la imagen que los pacientes tienen hacia la especialidad.

Por otra parte, los cirujanos de COT repiten la idea de 2011 de percibir una imagen ambivalente en el colectivo de pacientes, dependiendo de las patologías y de las expectativas de los afectados. Al respecto:

- Pacientes con patologías "**poco complejas**" >> imagen muy positiva, ya que los buenos resultados de las operaciones les permiten ganar en calidad de vida de forma inmediata. Este suele ser un grupo de pacientes con unas expectativas que se ven cumplidas y sobrepasadas.
- Pacientes con "**patologías complejas**" (**traumáticas y ortopédicas**) >> los COT perciben una imagen negativa, ya que los pacientes a menudo albergan expectativas muy exigentes que no siempre la cirugía puede conseguir. Además, como ya se expresó en 2011, se sigue tratando de la principal fuente de denuncias ante los juzgados.

• Existe un tercer grupo de pacientes que manifiestan impresiones negativas hacia los COT. Se subdividen en dos tipos:

- **Pacientes que buscan una prueba u cirugía específica ("medicine shopping")**: Vienen informados (o incluso desinformados) de forma previa por otros profesionales (a menudo del ámbito privado) o a través de las redes sociales y, al no ver satisfechas sus demandas, se muestran descontentos y reclamantes. O saltan de profesional en profesional hasta que encuentra uno que "les da la razón".

- **"Pacientes"/personas** que tras una lesión entienden que tienen que recuperar el mismo nivel funcional previo, a menudo de portivo, sin admitir el inexorable paso del tiempo y los límites de los resultados de los tratamientos en este campo.

"El tipo de paciente ha cambiado en estos 20 años. Es decir, el paciente tiene una vida funcional más larga, tiene una vida deportiva más larga, con lo cual las necesidades y las imposiciones han ido cambiando. Cuando yo empecé, a un paciente de 60 años ya se le consideraba mayor, mientras que hoy en día es un paciente totalmente joven al que hay que ponerle a funcionar... También ha cambiado la demanda [de resultados] por parte de los pacientes". (Castilla y León)

¿CÓMO SE PERCIBE LA EVOLUCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Como hace 11 años, se detectan pocos cambios en lo referente a cómo ha evolucionado la Especialidad y a los factores que desde entonces vienen influyendo en esta evolución. El cambio mencionado con mayor frecuencia en las encuestas se refiere a la modificación de la organización y del enfoque de la especialidad, con el desarrollo de las **subespecialidades** y distintas **formas de abordar los problemas**. Todo ello parejo a una mayor pericia y al avance científico del colectivo. El cambio, como ya se mencionaba en anteriores informes, ha sido posible en gran parte gracias al desarrollo tecnológico, que ha seguido siendo muy importante en los últimos años.

Las técnicas quirúrgicas y de diagnóstico que se han entendido como más relevantes son las siguientes:

- **Artroscopias** de rodilla, hombro y otras articulaciones.
- **Cirugías mínimamente invasivas, percutáneas y ecoguiadas**.
- Uso de la **robótica** y la navegación para prótesis de cadera y rodilla y en la instrumentación de la columna vertebral.
- En el ámbito de la **cirugía pediátrica**, las técnicas de corrección de deformidades angulares – fijadores externos con sistemas informáticos asociados – y el intento de retrasar las cirugías el máximo tiempo posible para esperar a un mejor estado del niño.
- El uso de **modelos de impresión 3D** para preparar las cirugías.
- La “democratización” de la **infiltración** en las consultas.
- El uso de la ecografía **en las consultas**.

En cuanto a **materiales**, se repite de forma especial en la totalidad de las sesiones celebradas:

- La disponibilidad de **placas** para casi cualquier tipo de fractura.
- La disponibilidad de **tejidos biológicos**.

Una minoría de profesionales relacionados con las mutuas laborales hacen hincapié en el uso de la **telemedicina** y de las consultas a distancia, fomentado por la pandemia. Aunque se pierden los datos de la exploración física, tan necesarios en muchas ocasiones, y a pesar de que algunos pacientes se muestren reticentes a esta nueva práctica asistencial, los traumatólogos que la utilizan la entienden como imparable y útil para solventar situaciones tales como ciertas derivaciones de primaria en las que no se necesitan pruebas ni pautar medicación.

Finalmente, se hace hincapié en la evolución en la **coordinación con otras especialidades**, que ha mejorado con respecto a otros tiempos y se ha traducido en mejores resultados de los tratamientos. En particular, en las siguientes áreas:

- En oncología (con oncólogos y otros cirujanos).
- En infecciones (con infectólogos, internistas, microbiólogos...).

- Métodos de diagnóstico más precisos y eficaces.
- Técnicas quirúrgicas menos invasivas.
- Mejoras en materiales ortopédicos, prótesis e instrumental.
- Incremento en la coordinación con otros equipos en sesiones temáticas (oncología, infecciones...)



**ELEVAR EL NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN,
AUMENTAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO
Y UN MEJOR TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE**

Como en ediciones anteriores del Libro Blanco, la vertiente negativa de los últimos años ha venido marcada por la profundización en la crisis de la organización en el Sistema Sanitario ya mencionada.

- Aumento de la presión asistencial
- Pérdida de relevancia del criterio médico frente al criterio económico y de gestión
- Deterioro de la relación médico-paciente

ANÁLISIS DE ALGUNOS ASPECTOS CONCRETOS DE LA CIRUGÍA

Disponibilidad y acceso a medios materiales:

En comparación con el 2011, tampoco se han producido grandes cambios en esta área. El **grado de satisfacción generalizado es alto en relación con el acceso a los medios materiales necesarios para desarrollar el trabajo propio**. También, como en ediciones anteriores, la situación varía de forma individual, especialmente si comparamos la situación en función del tamaño del centro sanitario en el que se trabaje.

De la misma manera, y de forma paralela, se repiten discursos críticos que tienen que ver con las limitaciones del sistema y su relación con los órganos de gestión y las administraciones. En esta ocasión se ha discutido especialmente sobre las limitaciones **impuestas por las licitaciones y concursos, tanto públicos como en el ámbito de la sanidad privada**.

La lógica de mercado impide el acceso a materiales, prótesis e instrumentales más novedosos

Ahorro de costes y limitaciones debido a:

- Un volumen de casos muy elevado
- Tasa de ocupación de quirófano y de camas
- Compras mediante concurso público

VS

- La obtención de mejores resultados
- Mayor grado de satisfacción del paciente
- Impulso y desarrollo de la medicina
- La reducción del tiempo de ingreso hospitalario

Igualmente se han reiterado quejas por lo que se entiende como “discriminación” del colectivo frente a otros especialistas cuando se postponen intervenciones quirúrgicas propias en determinados contextos. En este sentido, se apunta a las cirugías de cadera como las más afectadas, con lo que la demora significa en estos pacientes.

La perspectiva de los COT está claramente enfocada a la mejora de los recursos que el sistema tiene, más que a la falta de personal en sí. De hecho, al ser preguntados por las necesidades en RRHH, hay un acuerdo mayoritario en la opinión de que preferirían que el sistema les asignara menos labores burocráticas y sólo la atención de aquellos pacientes que claramente necesitaran de ellos, en la faceta quirúrgica, que incrementar el número de profesionales si no es con ese fin.

De esta forma, el enfoque en personal debería ir destinado a reforzar la Atención Primaria o, incluso, otras especialidades, como Rehabilitación o Reumatología, para que asumieran la carga de trabajo no quirúrgica que históricamente se ha venido asignando a la COT. No obstante, también se entiende que, desatendiéndose estas propuestas, la única forma de absorber el exceso actual de trabajo sería a través de la contratación de más personal COT.

Por otra parte, se reconoce la **falta de personal estable de enfermería especializado en el área**, como se ha mencionado anteriormente, que pueda darles el apoyo de calidad que se necesita, ya que una persona sin conocimientos ralentiza los procesos de forma exponencial. Finalmente, en cuestión de quejas sobre la disposición de recursos humanos, se insiste en la necesidad de **ampliar los equipos de rehabilitación** en prácticamente todos los hospitales. Es recurrente el desencanto que supone el deterioro de los resultados de intervenciones quirúrgicas exitosas por retraso en el comienzo de la rehabilitación por los motivos aducidos. Las críticas de los pacientes hacia ese peor resultado final, además, suele ser asumido al COT, con la frustración que esto conlleva. Algunos participantes se quejan de la falta de voluntad de coordinación de rehabilitadores, que no atienden a las peticiones de priorización de los traumatólogos.

Remuneración y reconocimiento:

Como en ediciones anteriores, las críticas hacia la remuneración recibida se reconocen como un problema de base, común de los profesionales médicos.

A pesar de que el sistema de salud español cuenta con una calidad comparable a la de cualquier país europeo (e incluso más, según algunos de los participantes), la comparación en niveles salariales y reconocimiento entre profesionales de otros países del ámbito es insostenible. Se hace una crítica especial al sistema fiscal de las guardias, que las convierte en poco rentables a la larga y que no cuentan para el cómputo de las jubilaciones.

No se hacen menciones comparativas especiales a la remuneración entre CCAA, aunque existe una percepción minoritaria entre especialistas de Andalucía en “salir perdiendo siempre” en las comparaciones.

Otro de los elementos mencionados con una cierta frecuencia en las conversaciones es la **necesidad de consolidar la carrera de los profesionales de la medicina que llevan años encadenando contratos** en el mismo puesto. En este sentido, se comenta como positiva la iniciativa, tanto de Andalucía como de la Comunidad Valenciana, que en los últimos años han convocado plazas de ese tipo.

Sin embargo, más allá de la insatisfacción generalizada en la profesión médica, en esta ocasión la falta de remuneración y reconocimiento **se identifica también como una situación específica de los traumatólogos**. Por una parte porque, según los participantes en los grupos de discusión, **las tarifas atribuidas a cada operación llevan años sin actualizarse**, lo cual tiene un impacto indirecto en cuanto a la valoración económica del trabajo en el cómputo total de su actividad con respecto al hospital. A ello se sumaría un impacto directo, ya que estas mismas tarifas son las que utilizan las aseguradoras para la valoración del trabajo en la sanidad privada, con la consiguiente pérdida.

Estudio cuantitativo y cualitativo

“Lo que hacen las compañías aseguradoras es totalmente inaceptable, igual que lo que hace el Sistema Público. Si tú accedes a que hacer un túnel carpiano, [...] para el sistema son 36€. No puede ser, no podemos admitir determinados precios. Hay precios que creo que se revisaron por última vez en 1996. A lo mejor estaba bien en aquel momento, pero ahora ya no puede ser [...]. Eso te va minando porque para tener un poder adquisitivo como hace 10 años tienes que trabajar más, hacer más cirugías en la tarde, y todo va más deprisa, hay más posibilidades de errar y llegas más cansada”.
(Madrid)

Finalmente, en lo relativo a la Carrera Profesional, aunque el aumento de la carga asistencial y burocrática es generalizado en toda la profesión, en la nuestra se entiende que repercute e **impide más su avance**. El acceso a labores de investigación y formación es especialmente difícil en esta situación, y el sufrimiento es doble, puesto que también se podría aumentar la apreciación profesional y científica de este modo.

“No hay reconocimiento: no puede valer lo mismo quien se dedica solamente a lo asistencial, que aquellos que además se ponen a formarse, a meterse en grupos de subespecialidad, a hacer la tesis, a sacarse diplomas europeos... Eso no está reconocido en la mayoría de los hospitales, y cobra lo mismo el que está sentado sus 8 horas y después en casa se dedica a hacer otras cosas”. (Madrid)

Formación e investigación:

El incremento en la subespecialización de los COT convierte, además, a la formación en elemento esencial para el avance tanto en la carrera profesional como en el tratamiento de los pacientes.

Los especialistas, como en ocasiones anteriores, viven la situación con una gran insatisfacción. Aunque no todos se muestran interesados en la investigación (aduciendo, por ejemplo, dificultades en el planteamiento de ensayos clínicos que otras especialidades en los que los medicamentos son clave no tienen), sí existe un interés generalizado por mantenerse actualizados en la especialidad a través del acceso a revistas científicas y a la asistencia a congresos y cursos de formación específicos de nuevas técnicas o materiales.

A diferencia del anterior informe, nadie expresa que el sistema esté demandando profesionales generalistas ya que, como se ha mencionado, está cada vez más extendida la subespecialización. Esto no significa que no existan o que no tengan que existir traumatólogos que hagan “de todo”, puesto que dependerá en gran parte del hospital en el que se trabaje, ya que los cirujanos en hospitales más pequeños tienen que atender más variedad de situaciones que los de los grandes, que pueden absorber más capacidad de subespecialización. Sin embargo, en la actualidad es raro que un especialista no se ocupe de una o varias tareas específicas asistenciales dentro del Servicio.

En relación con el 2011, sin embargo, se sigue viviendo con gran contradicción el hecho de necesitar formación y la existencia de una amplia oferta formativa, con grandes dificultades para acceder a ella por diferentes motivos:

- Se tratan de cursos excesivamente caros que no se pueden pagar con los sueldos actuales.
- El sistema no tiene capacidad para sufragar el gasto, aunque la formación revierta de manera directa en el sistema; y tampoco se favorece la reserva de un tiempo de la jornada para la formación.
- Los cursos están organizados en su mayoría por la industria y sólo la buena relación con ella te da acceso a ellos. En este caso, existe una división patente entre aquellas personas que preferirían no tener que “pagar el precio” de llevarse bien con la industria con aquellos que lo entienden como una ventaja del sistema, en el que todos los implicados salen ganando.

Entre la gran cantidad de cursos ofertados, se distinguen los siguientes:

- Los más generalistas, más adecuados para residentes o para aquellos que quieren mantenerse periódicamente al día con la especialidad, ya que la subespecialización aleja de la visión general.
- Los más especializados por áreas, entre los que los más apreciados son los cursos presenciales monográficos en técnicas y/o patologías concretas con práctica quirúrgica en cadáver. Estos, a su vez, son los más caros y los de acceso más difícil.

Sin duda no se puede obviar, en cuanto a cursos, la proliferación de **webinars** debido a la situación de la pandemia. Aunque todos estos cursos online y la **digitalización** en general hayan facilitado y acercado la formación de manera universal, también se coincide en la necesidad de volver a reencontrarse con colegas. Por otra parte, la proliferación de cursos en formato virtual no ha ido en paralelo con su calidad.

En cuanto a la **docencia**, rara vez se ha destacado en las conversaciones y, cuando se ha hecho, ha sido para comentar la imposibilidad de plantearse asumirla frente a todas las dificultades y la inversión de tiempo que implica.

La conclusión, en definitiva, es exactamente igual a la del pasado informe



Un escenario en el cual la única vía para formarse es la de invertir los propios recursos, tanto personales como económicos.

Además de los cursos anteriormente mencionados, la formación más apreciada es:

- Congresos de la subespecialidad, en los que se inviten a primeras figuras.
- Suscripción/acceso a publicaciones (revistas especializadas online).
- Bibliotecas de vídeos demostrativos con intervenciones reales.

En cuanto a los congresos, hay que destacar la gran variedad de opiniones sobre la asistencia a congresos generalistas. Se alaba el interés esencial para residentes y para el reencuentro y el intercambio con compañeros; pero se critica el hecho de que los encuentros de gran tamaño son inabarcables y poco provechosos, además de que la calidad de las comunicaciones sea muy variable.

Se alaba el gran esfuerzo que ha realizado la SECOT, especialmente en el ámbito de la formación y de la renovación de su página web y servicios, aunque se sigue echando en falta una oferta de congresos y cursos con un carácter más especializado y monográfico.

En cuanto a publicaciones, se critica el hecho de que muchos hospitales no posean una biblioteca online con acceso directo para los profesionales que trabajan en ellos, por lo que se aprecian los accesos a contenidos desde las diferentes sociedades médicas y la industria.

Relación con los laboratorios/fabricantes:

Como ya se ha adelantado en el apartado anterior, el papel de los laboratorios y los fabricantes de implantes e instrumental sigue definiéndose como esencial en el desarrollo profesional de los especialistas COT.

La relación con los delegados comerciales es cordial y se define incluso como de “parte de la profesión” por algunos participantes. El papel es esencial en cuanto al traspaso de información y presentación de nuevos productos, pero también para facilitar la financiación de la formación.



Sigue existiendo una parte de la profesión que preferiría no depender de la industria, según lo mencionado anteriormente, siendo el estado o las empresas privadas de salud en su caso quienes deberían asumir esta tarea. Sin embargo, dado que la situación actual no les deja otra opción (tanto por la falta de financiación como por la falta de opciones para escoger materiales fuera de las licitaciones correspondientes), si quieren permanecer actualizados intentan aprovechar la oportunidad reafirmando siempre el cumplimiento del estándar ético por encima de todo.

Valoración del nivel de “intrusismo”:

Se repite la situación de informes anteriores, en los que se percibe un bajo nivel de intrusismo y una clara diferenciación entre intrusismo y colaboración o cesión voluntaria de la cirugía en ciertas patologías.

INTRUSISMO

- PODÓLOGOS
- FISIOTERAPÉUTAS
- REHABILITADORES
- QUIROPRÁCTICOS
- ACUPUNTURISTAS
- ESTETICIENES

Favorecido por un perfil de paciente más informado a través de Internet.
- PROFESIONALES NO MÉDICOS Y, POR LO TANTO, NO LEGITIMADOS.

COLABORACIÓN/CESIÓN

- NEUROCIRUJANOS
- CIRUJANOS PLÁSTICOS
- REUMATÓLOGOS
- ONCÓLOGOS

Patologías “frontera” sin límites claros.
Descarga de trabajo al COT.
- PROFESIONALES MÉDICOS CAPACITADOS PROFESIONALMENTE.

La mayor preocupación de los especialistas COT en este sentido es que el intrusismo en la profesión está provocando, cada vez más, que les lleguen pacientes con necesidad de ser operados por mala praxis de otros profesionales no médicos. Se destaca el papel del traumatólogo como médico que sitúa la salud y el criterio médico por delante de cualquier otra cuestión, mientras que otros profesionales sin escrúpulos “venden” sus servicios, de consumo a fin de cuentas, y pueden llevar a engaño a los pacientes con sus recomendaciones y tratamientos.

Yo, la diferencia la veo bien clara: así como al médico de la Seguridad Social, de la medicina pública, le sobran pacientes, el osteópata o fisioterapeuta que trabaja en la medicina privada está buscando pacientes. Entonces, tiene que vender su producto. Casi todos los profesionales no son médicos, como son los fisioterapeutas, osteópatas, acupunturistas, esteticienes, “el que hace juanetes”... no están formados para ello. Entonces, a veces va bien y a veces no. Y cuando no va bien, [el paciente] va al que sabe hacerlo, que es el traumatólogo. Y te llegan muchos desastres de cosas operadas así. Eso es el intrusismo, que está penado por la ley”. (Andalucía)

NECESIDADES ACTUALES Y TENDENCIAS DE FUTURO

Demandas actuales:

De cara al futuro encontramos demandas diferentes, en función de que situemos el foco en la especialidad de COT o en la profesión médica.

COMO ESPECIALISTA EN COT

Promoción de la FORMACIÓN y la INVESTIGACIÓN dentro del Sistema Sanitario, facilitando el acceso a tiempo con la disminución de la presión asistencial

- Gestionar de manera más eficiente la carga de trabajo, facilitando un mejor triage de pacientes desde Atención Primaria para consulta.
- Configurar equipos multidisciplinares que mejoren la gestión integral y eficaz del paciente.
- Aplicar las horas estipuladas por contrato a la formación/investigación.
- Financiar la formación como parte integrada de la mejora del sistema sanitario.

Además, se pide **reiteradamente la actualización de los baremos en los precios de las cirugías**, para equipararlos al nivel de vida del tiempo en el que vivimos.

Otras asignaturas pendientes mencionadas, de forma similar a 2011:

- Se destaca de nuevo la necesidad de un registro nacional de prótesis capaz de evaluar la durabilidad y eficiencia de los materiales, como la existente en los países nórdicos.
- Se pide la desvinculación de la especialidad COT de aquellas patologías no quirúrgicas del aparato locomotor derivadas desde Atención Primaria, especialmente de todas las relacionadas con el dolor que no pueden solucionar desde sus consultas y que no precisan tratamiento quirúrgico. Para ello se propone facilitar y mejorar la formación específica en la patología del aparato locomotor de los residentes y futuros médicos de Atención Primaria, actualmente con rotaciones muy cortas o inexistentes en los servicios de COT.
- Se reclama la defensa de la profesión por parte de las sociedades científicas, especialmente frente a las administraciones públicas.
- Se detalla la necesidad de ofrecer becas y rotaciones en el extranjero para residentes desde las sociedades científicas.

COMO PROFESIONALES MÉDICOS

Recuperar el respaldo de la Administración así como el prestigio de la profesión y confianza de los pacientes.

- **Priorizar los criterios médicos sobre los económicos y de gestión.**
- **Mejorar la remuneración y la carrera profesional.**
- **Gestionar de manera más eficaz los recursos, humanos y materiales, para que mejore el trato directo al paciente en la totalidad del sistema.**

Factores determinantes de evaluación para el futuro:

Muchos de los factores que en el año 2011 se consideraron determinantes en el futuro de la COT han pasado a ser claramente un presente debido al desarrollo de la tecnología. Sin embargo, algunos de ellos aún tienen margen para la mejora:

- Se deberá continuar evolucionando en las técnicas quirúrgicas y de diagnóstico, especialmente en:
 - o Artroscopias.
 - o Robótica y navegación.
 - o Técnicas tridimensionales de diagnóstico/navegación.
- Se procurará un mayor desarrollo de las técnicas de terapias regenerativas y de ingeniería genética, con células madre y biomateriales.
- Deberá haber un mayor desarrollo de los implantes y materiales, como los clavos con antibióticos o cubiertas de prótesis para evitar el biofilm.
- Desarrollo de las técnicas personalizadas a la patología y características del paciente, con implantes a medida.
- Incremento de cirugías asociadas al envejecimiento de la población, dada la mayor esperanza de vida, como pueden ser las intervenciones de cadera. En este sentido, también se desarrollará el campo de la prevención traumatológica para evitar/reducir las fracturas integrando en la práctica clínica enfermedades como la osteoporosis.
- Incremento de lesiones asociadas al deporte debido a la creciente tendencia de la población a practicarlos. Se desarrollará, consecuentemente, la figura del Médico Deportivo. Según una minoría de especialistas en COT sería ideal la incorporación a los equipos médicos de personal relacionado con las Ciencias de la Actividad Física, tales como rehabilitadores, "fisios" y entrenadores personales, ya presentes en la sanidad privada.
- Mejora del manejo multidisciplinar de las lesiones, de forma que el tratamiento integral del paciente depare mejores resultados.

3

CONCLUSIONES DE LA FASE CUALITATIVA

- Se mantiene la **evolución positiva causada por la tecnificación y la digitalización de la Especialidad, así como la tendencia a la subespecialización**. El desempeño del trabajo, en este sentido, es percibido como motivador e incita a la formación continua de los profesionales, que no se quieren “quedar atrás” en los avances científicos, tanto por amor a la profesión como por el bien de sus pacientes.
- El especialista en COT se convertirá en “**microespecialista**”, es decir, se subespecializará dentro de la especialización, a la vez que deberá mantener el conocimiento de la generalidad de la Especialidad.
- Se destaca la implantación definitiva de artroscopias de todo tipo y de Cirugías Mínimamente Invasivas, que se constituyen en el núcleo principal de desarrollo futuro, junto con las técnicas biogénicas.
- Sin embargo, las impresiones positivas sobre la Especialidad contrastan con la creciente tendencia a la **burocratización** del sistema de salud, acompañado de la aplicación de **criterios economicistas y de gestión** por encima de los criterios médicos en el desempeño de la profesión. La **recuperación de este criterio médico se advierte como criterio rector de la práctica asistencial**, lo cual sería un primer paso para la restitución del prestigio y la confianza perdida en el sistema.
- Acompaña al punto anterior una **creciente precarización de la profesión**, especialmente en comparación con la situación de otros profesionales del ámbito europeo. Esta circunstancia está llevando a dos situaciones: 1) a la fuga de talento hacia la sanidad privada, que tampoco está exenta de problemas debido a la creciente presión de las aseguradoras por contener el gasto; y 2) a que la especialidad de COT ya no esté entre las más demandadas entre los nuevos Médicos Internos Residentes, que eligen otras opciones más cómodas y mejor remuneradas en la Medicina Privada.
- La demanda por la **necesidad de una mejora en las condiciones laborales** de los profesionales médicos se ha agudizado en todos los ámbitos: en el económico (en forma de reclamar una mejor remuneración), en el del reconocimiento profesional y, de forma muy destacada, en todo lo relativo a la integración de la formación y la investigación como parte del trabajo diario.
- Finalmente, se hace patente un incremento en el **llamamiento a las sociedades médicas para que adopten un rol más activo en la defensa de los intereses de sus profesionales**, en especial en la defensa del colectivo ante las administraciones públicas.

LIBRO BLANCO DE LA SECOT

Estudio Cuantitativo y Cualitativo

2022

