

## **CONSIDERACIONES DE LA COMISION NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA SOBRE LA TRONCALIDAD**

### **A.- Competencias de la Otorrinolaringología**

Dentro de la ORL se pueden considerar como competencias principales las siguientes:

1. Conocimientos y habilidades en el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de la patología del oído.
2. Conocimientos y habilidades en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la patología de la voz.
3. Conocimientos y habilidades en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico abierto y endoscópico de los tumores de las vías aerodigestivas superiores.
4. Conocimientos y habilidades en la exploración funcional, diagnóstico y tratamiento de la patología nasosinusal y de la olfacción.
5. Conocimientos y habilidades en la exploración de la función auditiva.
6. Conocimientos y habilidades en la exploración, diagnóstico y tratamiento de la patología del sistema vestibular.
7. Conocimientos y habilidades en el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de la patología de la faringe y de la deglución.

**B.- Ninguna de estas competencias es compartida de forma significativa con ninguna otra especialidad.** Por ello, el beneficio obtenido por los residentes de ORL por una formación de 2 años compartida con otras especialidades es marginal. Solamente existe un leve solapamiento en la competencia nº 3 sobre el tratamiento quirúrgico abierto de los tumores de las vías aerodigestivas superiores en lo que se refiere a la cirugía de las metástasis ganglionares cervicales, que es el mismo que el practicado por los Cirujanos Maxilofaciales en las metástasis de los tumores de la cavidad oral, pero al ser mucho más frecuente la incidencia de tumores en el área ORL no se ve en qué medida podrían enriquecerse los residentes de ORL por una rotación en la que van a ver mucha menos cirugía de este tipo que si permanecieran en el servicio de ORL.

**C.- Existen algunas áreas limítrofes y compartidas en parte con otras especialidades** que se refieren a aspectos que únicamente son propios de algún hospital de tercer nivel [p.ej. cirugía de la base del cráneo (conjuntamente con Neurocirugía), cirugía reconstructiva con colgajos microvasculares (conjuntamente con Cirugía Plástica), etc.] y están muy alejados del ejercicio profesional del especialista estándar, no formando parte de las competencias básicas citadas con anterioridad. La adquisición de estas habilidades es siempre posterior a la finalización de la residencia y sólo en los casos limitados de personas que se dedican a este tipo de cirugía, pudiendo considerarse dentro del marco de una capacitación específica.

**D.- La Otorrinolaringología se define como una especialidad médico-quirúrgica,** al igual que la Oftalmología. No se entienden las razones por las que a ésta se la ha eximido de formación troncal y no se ha aplicado el mismo criterio con la Otorrinolaringología. Una especialidad médico-quirúrgica se define por la autosuficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la patología objeto de la misma, como es nuestro caso, en el que la instrumentación para la

exploración y el campo sobre el que se interviene en la cirugía es prácticamente exclusivo, sin que se den los solapamientos que ocurren en las cavidades abdominal (Cirugía Digestiva, Urología, Cirugía Vascular, Ginecología) o torácica (Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular). La troncalidad puede ser útil en algunas especialidades donde efectivamente haya un tronco común que sea necesario recorrer para adquirir las habilidades específicas, pero resultar un desastre de proporciones incalculables si se pretende imponer a especialidades muy diferenciadas, con el doble impacto de trivializar su formación específica y no adquirir un mínimo de solvencia en el resto de las especialidades supuestamente afines.

**E.- Por la Orden SCO/1262/2007, de 13 de abril de 2007, se aprobó y publicó en el B.O.E. el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología,** donde constan de forma pormenorizada los conocimientos y habilidades a adquirir de forma progresiva en el total de los 4 años que dura el programa de residencia. El establecer un período troncal previo reduciría a dos años la formación específica, lo que supone vulnerar el marco definido por la orden ministerial en cuanto la adquisición de conocimientos y habilidades, ya que no es posible concentrar todo ese corpus formativo en dos años, que era el tiempo de formación vigente antes de 1970 cuando la complejidad de la ORL no tenía ningún parentesco con la actual. Por ello, los residentes finalizarían su formación específica en ORL al terminar el segundo año con unos conocimientos y habilidades sumamente rudimentarias, a la vez que se perderían dos años en rotaciones sin ninguna utilidad para el especialista ORL.

**F.- En la Europa comunitaria existe sólo una minoría de países con períodos formativos troncales previos a la formación específica en ORL.** Al margen de ello, en 18 países la formación específica en ORL es de 5-6 años, en 4 de 4 años (España, Malta, Letonia y Hungría) y en otros 2 de 3 años (Estonia y Lituania). De aplicarse la troncalidad a la ORL el período de formación específico pasaría a ser de 2 años, lo que es inaceptable en Europa. Consultada la UEMS al respecto, esto representaría que los titulados españoles no podrían acceder al examen del Board europeo y que se recomendaría la no aplicación de la libre movilidad a los especialistas españoles al no tener un nivel homologable a los del resto de los países.

**G.- Dada la situación que se ha creado con la organización troncal de las especialidades, existen dos alternativas.** La primera, y más razonable, es excluir a la Otorrinolaringología de la troncalidad, como se ha hecho con Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría y Anatomía Patológica. En la segunda, para poder aceptar esta nueva situación organizativa se deberá aumentar en 2 años el periodo de formación específica, que es el tiempo que se va a invertir en la formación troncal restándolo de la formación específica. Si no es así será imposible seguir manteniendo el actual nivel de formación básica y en consecuencia serán muchos los servicios acreditados para la docencia que se desvinculen de la formación de residentes en ORL al considerarla inadecuada en estas circunstancias, no queriendo ser cómplices de la caída en picado de nuestra especialidad con las consiguientes consecuencias para una adecuada atención sanitaria a la sociedad.