

## CARTA REMITIDA A LAS AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DESDE LA PRESIDENCIA DE LA SEAP, EN RELACIÓN AL PROYECTO DE TRONCALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

18 de noviembre de 2009

Excma Sra. D<sup>a</sup>. Trinidad Jiménez  
Ministra de Sanidad y Política Social  
Paseo del Prado, 18  
28014 Madrid

Distinguida Sra. Ministra:

Mediante el presente escrito, la presidencia de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP) y la presidencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de Anatomía Patológica (CNEAP) quieren respetuosamente expresarle la opinión unánime de la junta directiva de la SEAP (que incluye un representante de cada comunidad autónoma) y la opinión absolutamente mayoritaria de la CNEAP sobre el tema de la troncalidad en Anatomía Patológica. Las ideas aquí expresadas también son compartidas por la junta directiva de la Sociedad Española de Citología y, de forma masiva, por el conjunto de los patólogos españoles.

**Nuestra opinión es que la Anatomía Patológica, por las razones que se aducen a continuación, debe configurarse en nuestro país como un tronco independiente, y que de ninguna manera debe procederse a la integración forzada de la Anatomía Patológica en un tronco común de Laboratorio que, conceptual y metodológicamente, le es en esencia ajeno. El informe anatomopatológico es, según la legislación vigente (Ley de Autonomía del Paciente y otras), uno de los documentos centrales de la historia clínica y proporciona el fundamento mismo del diagnóstico, el pronóstico y la selección de la terapia de los pacientes oncológicos, entre otros muchos. La supuesta integración de la Anatomía Patológica en el Tronco de Laboratorio y Diagnóstico Clínico generaría patólogos con una formación muy inferior a la actual, lo que tendría importantes repercusiones asistenciales y de responsabilidad legal.** Las graves disfunciones provocadas en los hospitales españoles en que se han dado pasos organizativos hacia la fusión de la Anatomía Patológica con los Laboratorios permiten anticipar los resultados negativos de esta integración troncal de la formación de los patólogos.

Es obvio que la evolución de la especialidad de Anatomía Patológica debe responder a las necesidades y retos impuestos por la realidad siempre cambiante. Y, en

ese sentido, desearíamos que la nueva organización troncal de las especialidades, lejos de plantear una grave amenaza para la formación de los patólogos, supusiese una magnífica oportunidad para propiciar el desarrollo innovador de nuestro propio tronco anatomopatológico, en sí mismo complejo eje de concurrencia de áreas de conocimiento muy variadas que, en la práctica clínica, conectan con especialidades de muy distintos troncos.

La contribución esencial del patólogo a la práctica clínica es la toma de decisiones diagnósticas decisivas y finales (no de forma automatizada, sino individualizada y basada en la interpretación integradora de las imágenes, los hallazgos moleculares y los datos clínicos de cada caso). Los procesos prediagnósticos y diagnósticos de los Servicios de Anatomía Patológica son totalmente diferentes de los que tienen lugar en los Laboratorios, en especial en cuanto al potencial de interpretación e integración de todo tipo de datos. La dilapidación de una parte substancial del tiempo de formación del residente de Anatomía Patológica en esfuerzos alejados del tronco anatomopatológico no hará sino mermar su indispensable capacidad diagnóstica, para cuya adquisición ya resultan manifiestamente insuficientes los cuatro años de residencia. España es el único país de la Comunidad Europea en el que la Residencia de Anatomía Patológica es de sólo cuatro años.

Es importante resaltar que, a diferencia de lo que ocurre en las especialidades denominadas «Laboratorios», los patólogos han de ser necesariamente médicos, de manera que tengan capacidad para integrar datos procedentes de la historia clínica y del estudio interpretativo (que no el «análisis») de las muestras del paciente (biopsias, citologías o autopsias), sin menoscabo de que los Servicios de Anatomía Patológica puedan dotarse de personal altamente cualificado no médico para la realización de tareas complementarias relacionadas con el diagnóstico o la investigación.

Pensamos que una respuesta más en consonancia con las oportunidades ofrecidas por la troncalidad, y más de acuerdo con las necesidades de innovación tecnológica,

vendría dada por el desarrollo, en el seno del tronco anatomopatológico y en conexión con las correspondientes especialidades clínicas, de capacitaciones específicas como la dermatopatología, neuropatología, nefropatología, citopatología, hematopatología, patología gastrointestinal, patología ginecológica, patología pediátrica, patología forense, patología molecular y otras. La base estructural del Tronco de Anatomía Patológica estaría de acuerdo con la exigida por el Ministerio, con al menos dos años troncales de Anatomía Patológica General y otros dos años para desarrollar conocimientos y habilidades orientados a diferentes capacitaciones específicas, efectuando las rotaciones necesarias por otras especialidades y tendiendo puentes con otros troncos.

Por otra parte, en el contexto asistencial, difícilmente beneficiará a los enfermos el hecho de que el diagnóstico anatomopatológico (interpretador de imágenes y no automatizable, con algunas similitudes con el diagnóstico radiológico) se subsuma en un tronco común de Laboratorio en el que, lógicamente, predominan la actitud y mentalidad necesarias para la generación precisa y automatizada de un enorme volumen de valiosos datos numéricos por máquinas cuidadosamente calibradas.

En cuanto al Tronco de Imagen Médica, la Anatomía Patológica comparte el objetivo diagnóstico, pero hay diferencias en cuanto a la tecnología, de modo que el patólogo aplica técnicas histológicas e interpreta la lesión de forma directa, en tanto que el radiólogo lo hace de forma indirecta mediante el uso de radiaciones. Con alguna frecuencia el patólogo utiliza exámenes radiológicos complementarios de las piezas quirúrgicas. Integrados en esta troncalidad, los patólogos tendrían mejor formación para interpretar estos exámenes y los radiólogos tendrían mejor comprensión de las imágenes que

visualizan (en cualquier caso, esto puede conseguirse con rotaciones entre las especialidades, como se hace en algunos hospitales). Por otro lado, la inclusión en esta troncalidad privaría a la Anatomía Patológica de áreas innovadoras a las que viene dedicando gran esfuerzo e ilusión, tales como la patología molecular y la inmunopatología, que quedarían integradas en el tronco de las especialidades de laboratorio. En lo referente a las subespecialidades de la Anatomía Patológica con más componente clínico (neuropatología, dermatopatología, nefropatología, etc), esta opción no ayudaría a solucionar los muchos problemas que tienen planteados.

**En conclusión, creemos que la Anatomía Patológica tiene unas características y exigencias que le confieren entidad troncal propia. El bienestar de los enfermos demanda la configuración de un Tronco de Anatomía Patológica que oriente de forma racional y eficiente la formación de los patólogos, responsables últimos del diagnóstico y pronóstico de un buen número de pacientes de especialidades clínicas muy variadas.** Este tronco podría articularse en dos o más años comunes en Anatomía Patológica general, a los que seguirían dos años de capacitación específica en patología quirúrgica, dermatopatología, neuropatología, nefropatología, citopatología, hematopatología, patología gastrointestinal, patología ginecológica, patología pediátrica, patología forense, patología molecular u otras. El modelo propuesto permitiría avanzar e innovar en los muchos frentes de la especialidad, dando respuestas positivas a los retos de la Anatomía Patológica española. Por el contrario, **la pérdida frustrante de dos años de formación agravaría de forma dramática los acuciantes problemas de la especialidad y tendría serias repercusiones asistenciales y legales.**

Muy atentamente,

Aurelio Ariza Fernández  
 Presidente  
 Sociedad Española de Anatomía Patológica

Javier Pardo Mindán  
 Presidente  
 Comisión Nacional de la Especialidad

**Nota:** Se envía copia al Sr. D. Juan Antonio López Blanco, Subdirector General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social.