

Desde la especialización a la subespecialización

Complejidades a las que se enfrenta la redacción de una normativa sobre la subespecialización

"Any structures of ideas is vulnerable at its margins."

MARY DOUGLAS

"The cardinal ethic of medicine is competence."

LAWRENCE W. WAY

En la teoría y práctica de la medicina, una **especialidad** se define como un área en la que se incluyen *conocimientos, habilidades y actitudes* "especiales" de los médicos que han sido educados en dicha especialidad, en su triple vertiente asistencial, investigadora y docente. Cada país miembro de la Unión Europea mantiene una lista oficial de especialidades médicas, a las que ha reconocido legalmente un estatus profesional^{1,2}.

No obstante, la combinación de los progresos científicos y tecnológicos propicia, en el área propia de cada especialidad, la acotación de subáreas en las que, gracias a la "especial" dedicación de algunos especialistas a series de pacientes que comparten una enfermedad específica, se incrementan de manera significativa los conocimientos, mediante la clínica y la investigación, se desarrollan nuevas habilidades técnicas y, en consecuencia, se adoptan mejores actitudes ante los pacientes. Una vez alcanzada una "masa crítica" de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes, los resultados que se obtienen en las series de pacientes del área acotada en el ámbito de la especialidad oficialmente reconocida son, en principio, más "útiles" para la salud del paciente y de mayor eficiencia para la sociedad.

Dado el progresivo carácter multidisciplinario de la práctica actual de la medicina, es relativamente frecuente que las nuevas áreas acotadas –denominadas en España *áreas de capacitación específica* y en la normativa de la Unión Europea, *subespecialidades*– se vayan configurando *de facto* con la aportación de más de una especialidad. Algunas de las subespecialidades candidatas a un reconocimiento normativo son el resultado del entrecruzamiento de áreas discretas de varias especialidades (*cross-specialties*), con el fin de optimizar la competencia en el tratamiento multidisciplinario de pacientes con problemas clínicos que traspasan los límites de las clásicas especialidades. Es evidente que ninguna de las clásicas metáforas aplicadas al desarrollo de las especialidades médicas –una porción de una "tarta", una ramificación

más en el "tronco" de la especialidad– es ya válida para explicar el proceso imparable de la especialización y de la subespecialización; el modelo más cercano a la realidad sería ahora el modelo de la "red", que compara las especialidades y las subespecialidades a una compleja red de interconexiones multidisciplinarias que sobrepasan los "dominios" tradicionales, ya que su objetivo es tratar a los pacientes de manera holística y eficiente. Esta nueva realidad ha de ser tenida muy en cuenta a la hora de diseñar la normativa de las nuevas subespecialidades o áreas de capacitación específica.

Como corolario podría decirse que un especialista, además de mantener el nivel de competencia "general" dentro de su especialidad, con un cierto equilibrio entre sus distintas subáreas de interés, puede dedicar un "especial" interés a una subárea concreta, en la cual va consiguiendo, progresivamente, una mayor profundidad en sus conocimientos, así como el dominio de habilidades "especiales" para la resolución de problemas muy complejos. El reconocimiento de esta especial competencia (capacitación específica) en un área concreta de una especialidad corresponde a lo que en la mayoría de los estados miembros de la Unión Europea se denomina *subespecialidades*, mientras que algunos prefieren añadir un prefijo de preeminencia sobre la especialidad y las califican como *superespecialidades*.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas aprobó en 1997 un documento que recoge la definición de *área de capacitación específica*: "El conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad y/o extensión a los recibidos en el período de formación como especialista, y desarrollados sobre una parte del contenido de una o más especialidades, en las que ya exista interés asistencial y científico suficiente y con una dedicación significativa de un grupo de especialistas".

Los criterios aprobados en su día por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas para la constitución de un área de capacitación específica (ACE) son los siguientes:

1. Deben incluirse conocimientos y habilidades añadidos, con un plus significativo, a especialidades ya reconocidas.
2. Debe existir, *de facto*, un número adecuado de especialistas con dedicación profesional al área propuesta.

3. Debe estar razonablemente justificada la previsión de una inmediata o futura actividad asistencial, con interés social, para el área propuesta.

4. Su reconocimiento no puede basarse únicamente en la utilización de un instrumento o de una técnica.

5. El acceso de los especialistas a una ACE puede hacerse a partir de una o varias especialidades reconocidas.

6. Para su reconocimiento se exige el apropiado programa de capacitación en unidades docentes acreditadas, con los mismos criterios en lo que atañe a la responsabilidad y a la supervisión que rigen la formación especializada.

7. Deben existir unidades docentes doblemente acreditadas, tanto para la especialidad como para la ACE, que sean capaces de garantizar la adecuada formación de subespecialistas, sin menoscabo de la formación especializada propiamente dicha.

8. La acreditación de estas unidades docentes será responsabilidad de la comisión o comisiones nacionales correspondientes, con la normativa aprobación por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

9. Para respetar los derechos adquiridos, el reconocimiento oficial de esta capacitación puede obtenerse a partir de una práctica específica debidamente acreditada o de una formación programada en una unidad acreditada.

Las comisiones nacionales iniciaron el proceso de proponer al Consejo Nacional de Especialidades Médicas las ACE que consideraron convenientes, ajustándose a un modelo de propuesta diseñado por el propio Consejo. La Comisión Nacional de Cirugía General y del Aparato Digestivo propuso como áreas de capacitación específica las siguientes: Cirugía esofagogastrica, Cirugía hepatobiliopancreática, Cirugía colorrectal, Cirugía endocrina y Cirugía de la mama.

Pronto se advirtió que, en la redacción de los programas de formación en áreas de capacitación específica, las mayores dificultades de consenso iban a estar en la definición de los "límites" entre los niveles de capacitación exigidos para una determinada especialidad y los exigibles para sus diversas subespecialidades, así como de los "límites" entre varias especialidades cuando la subespecialidad era propuesta y compartida por varias.

El conflicto de los "límites" se planteó en el seno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas al presentarse la propuesta de la creación de la subespecialidad de Hepatología dentro de especialidad de Aparato digestivo. El Consejo solicitó a todas las comisiones nacionales que emitieran su opinión sobre aquel conflicto de "límites" entre la especialidad y la candidata a subespecialidad, y la Comisión Nacional de Cirugía General y del Aparato Digestivo, en su Informe, dejó constancia de su opinión, a mi juicio relevante y constructiva, en los siguientes términos:

La certificación de competencia en una subespecialidad con respecto a su especialidad matriz debería enten-

derse siempre de forma positiva, es decir, como el reconocimiento de que el especialista que consigue tal certificación ha incrementado significativamente su competencia en una determinada subárea de su especialidad –por ejemplo, Cirugía colorrectal frente a Cirugía general y del aparato digestivo–. Por el contrario, sería extraordinariamente desafortunado y negativo para el desarrollo progresivo y equilibrado de las subespecialidades que éstas fueran sistemáticamente consideradas y reivindicadas por las diversas especialidades implicadas en su desarrollo –y en virtud de argumentos espurios– como dominios territoriales y, como tales, definidos y "defendidos" con criterios de exclusión.

Dos serían las consecuencias indeseables de esta actitud exclusivista:

a) La generación automática, por parte de los que así piensan, de prohibiciones o limitaciones apriorísticas para la actividad profesional, en cualquiera de las subespecialidades que fueran oficialmente reconocidas, de los especialistas que no estuviesen en posesión de la certificación correspondiente, sin tener en cuenta la enorme complejidad de los factores implicados, como son la calidad de su formación continuada, la competencia profesional individual y las necesidades sociales, así como razones éticas, cuando de lo que se trata es de poner "límites" apriorísticos a la actividad profesional de un médico.

b) La negación, también apriorística, del acceso a una determinada subespecialidad desde otra especialidad que no fuera la propia de los que niegan dicho acceso. Esta exclusiva actitud, de motivación básicamente corporativista, contraria a la tendencia multidisciplinaria de la medicina actual, conduciría al estallido de una serie interminable de estériles "conflictos territoriales".

Si, como parece probable, la normativa correspondiente a las subespecialidades o áreas de capacitación específica es incluida en la anunciada Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, sería de desear que en dicha normativa se combinara la mayor exigencia en el control de la calidad de la formación y en la evaluación de la competencia necesaria para obtener la certificación en cada subespecialidad, con la flexibilidad en el trazado de los "límites", tanto internos como externos, respecto a la especialidad o especialidades desde las que se origina.

Cristóbal Pera

Catedrático de Cirugía. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona. España.

Bibliografía

1. Pera C. Formación de especialistas en Ciencias de la Salud. En: La Universidad en la sociedad del siglo xxi. Madrid: Fundación SCH, Fondo de Cultura Económica, 2001.
2. Pera C. La formación de los profesionales de la salud. Madrid: Fundación BBV, 1998.