

ARTÍCULO DE OPINIÓN

La formación especializada en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en España

A. García-Díez^a y E. Herrera-Ceballos^b

^aPresidente de la Comisión Nacional de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

^bVicepresidente de la Comisión Nacional de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

El periodo de residencia, durante el cual se enseña la dermatología a los recién graduados, constituye una etapa fundamental en el desarrollo del médico que va a ser clave para su ejercicio profesional durante toda la vida. Esta etapa, que habitualmente se recuerda con agradable añoranza, constituye también una época esencial no sólo en el desarrollo profesional del especialista, sino también en su progreso evolutivo tanto social como familiar. En ella se establecen vínculos, muchos de los cuales tendrán plena vigencia durante toda la vida y, no en pocos casos, se constituye una familia y nacen los primeros hijos. Dada la trascendencia y singularidad de esta etapa, todos los esfuerzos que se realicen para mejorar ese periodo formativo deben ser bienvenidos.

La formación especializada en España. Aspectos históricos

La formación especializada fue regulada por primera vez en España en la Ley de 20 de julio de 1955, que proponía la creación de programas específicos de formación para cada una de las 33 especialidades que se crearon en ese momento. La responsabilidad de la formación giraba casi exclusivamente sobre las Cátedras de las Facultades de Medicina, de las que dependían los Servicios respectivos de los Hospitales Clínicos y las Escuelas Profesionales.

La Orden de 3 de septiembre de 1969 establece que la selección de los candidatos se realizará por una Comisión de Admisión de la Institución y que las plazas de médicos internos estarán dotadas, en concepto de beca, con 4.765 ptas mensuales. La orden de 28 de julio de 1971 regula una convocatoria general para todas las instituciones de la Seguridad Social, seleccionando los candidatos una Comisión Central de Admisión y Educación Médica, y la dotación sube a 8.000 ptas mensuales. No obstante, esta normativa no se llevó a cabo, hasta años más tarde, pues se seguía permitiendo obtener el título de especialista con, tan solo, inscribirse en el Colegio de Médicos en una especialidad durante un periodo de dos años o presentar un

certificado extendido por el responsable de cualquier servicio hospitalario.

La Orden de 7 de octubre de 1976 diseña la forma de realización de la prueba. Todas las disposiciones anteriores eran de aplicación exclusiva a las instituciones de la Seguridad Social, pero en 1977 se publica la Orden el 9 de diciembre en la cual se unifican los criterios de formación posgraduada a nivel nacional, y en 1978 se celebra la primera prueba con dicho carácter. El Real Decreto (RD) 2015/1978, de 15 de junio, reconoce el sistema de formación de residencia en los servicios hospitalarios (origen del llamado sistema MIR), creándose por primera vez las Comisiones Nacionales de las diferentes especialidades.

El RD 127/1984, de 11 de enero, publica la normativa en la que se asentó el sistema durante muchos años y hasta fechas muy recientes, algunos de cuyos artículos se han desarrollado posteriormente.

El desarrollo normativo acaba culminando con la Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias (LOPS), que en su capítulo III se ocupa ampliamente de la formación especializada. El RD 1146 de 2006 regula la relación laboral especial del residente, y el 183/2008 las normas para la acreditación de centros docentes, y se refiere, por primera vez, a la supervisión y evaluación del residente y a las funciones de una figura clave en el sistema de formación, que es el Tutor de residentes. Algunos aspectos de este Real Decreto aún no se han desarrollado.

Situación actual

La formación de especialistas implica tanto una formación teórica como práctica con una participación personal y progresiva del médico interno-residente, y tendrá lugar por el sistema de residencia, de acuerdo con el contenido de la LOPS.

Se consideraran cinco aspectos:

1. *Comisión Nacional de la Especialidad.*
2. *Programa de Formación.*
3. *Red de Instituciones Sanitarias Acreditadas.*
4. *Número de plazas de MIR convocadas.*
5. *Estructura docente que soporta el Programa de Formación.*

Comisión Nacional de la Especialidad

Por cada una de las especialidades reconocidas existe una Comisión Nacional de la Especialidad cuya composición y funciones fueron establecidas en 1978, modificadas en el RD 127 y últimamente en la LOPS, que en su artículo 28 reforma tanto el número y procedencia de sus componentes como las funciones a realizar. Está constituida por once miembros, de los que dos son nombrados por el Ministerio de Educación, cuatro por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, dos por la Academia Española de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, dos en representación de los especialistas en formación y uno en representación de la Organización Médica Colegial.

La Comisión Nacional de la Especialidad tiene carácter consultivo y entre sus funciones, aunque aún están pendientes de una reglamentación definitiva, se encuentran elaborar y proponer el programa formativo de la especialidad, y establecer y proponer los criterios de evaluación de los médicos en formación y de las diferentes unidades docentes y formativas. Los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada especialidad, junto con representantes de los Ministerios de Educación y Sanidad constituyen el Consejo Nacional de Especialidades Médicas que coordina la actuación de las diversas Comisiones, promueve la investigación y las innovaciones técnicas en la especialización y asesora al Ministerio de Sanidad en los aspectos de formación sanitaria.

Programa de Formación

El Programa de Formación es fundamental para conseguir unos conocimientos, habilidades y actitudes suficientes en el desempeño de la especialidad y para uniformar la enseñanza en las distintas Unidades acreditadas. Debe conferir unos conocimientos teóricos y una experiencia práctica, que permita la mejor atención posible a los enfermos dermatológicos, y debe ser, dentro de lo posible, completo, actualizado y dinámico, con capacidad para adecuarlo a la rápida evolución de la especialidad. En su vertiente práctica se han establecido unos objetivos a desarrollar en cada uno de los años de formación, que deberán estar supeditados a la peculiar idiosincrasia de la Unidad asistencial y del Centro Hospitalario donde el médico se forma. El programa lo elabora la Comisión Nacional de la Especialidad con actualizaciones cuya periodicidad es fijada por la Administración y se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE). El Programa vigente en la actualidad, publicado al amparo de la Orden SCO/2754/2007 (BOE del día 25 de septiembre de 2007), modificó sustancialmente el anterior y se elaboró siguiendo, en lo posible, las directrices propuestas por la UEMS (Unión Europea de Médicos Especialistas). Tiene una duración de cuatro años, ocupándose los

6-12 primeros meses, a decisión de la Unidad docente, en una Rotación en los Servicios de Medicina Interna y/o Cirugía General.

Red de Hospitales que cumplan unos requisitos mínimos para garantizar una formación adecuada

El cumplimiento de los requisitos mínimos requeridos por la Ley para acreditar para la docencia las Unidades Clínicas que lo solicitan son informados, hasta ahora, tras su estudio y discusión por la Comisión Nacional. De acuerdo con el contenido de la LOPS y del RD 183/2008, el Ministerio de Sanidad y el de Educación establecerán los requisitos para la formación de especialistas, coordinados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Los actualmente vigentes para conseguir la acreditación en nuestra especialidad a grandes rasgos son: a) poseer espacio y equipamiento suficiente; b) atender a un número adecuado de enfermos, tanto en consulta de primera vez como ingresados, que asegure un conocimiento práctico de al menos la patología dermatológica más frecuente; y c) disponer de una plantilla mínima que se adecue al número de residentes en formación.

Número de plazas MIR convocadas

Anualmente la dirección General de Recursos Humanos, del Ministerio de Sanidad, pregunta cuál sería el número que considera adecuado para ofertar en la próxima convocatoria MIR. Hasta hace unos años, la Comisión Nacional solicitaba un número considerablemente menor que el que después se ofertaba. Desde hace dos años, debido a la falta de especialistas en nuestra especialidad y a la tendencia del Ministerio de Sanidad a aumentar el número de plazas solicitadas por la Comisión, ésta propone un número igual al número de plazas que hay acreditadas. En su distribución y dotación también intervienen, y mucho, las diferentes Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades Autónomas. Existen Comunidades Autónomas en las que no hay ninguna plaza acreditada, bien porque las diferentes Unidades Clínicas no han solicitado la acreditación, bien porque no cumplen los requisitos mínimos exigidos. Sería conveniente que en todas las Comunidades Autónomas existiera un nivel de la dermatología capaz de formar especialistas.

Estructura docente que soporta el programa de formación

Algunos aspectos a considerar, además de los ya tratados son:

Comisión Local de Docencia

Cada uno de los Hospitales acreditados para la Docencia dispone de una Comisión Local de Docencia que es la encargada de organizar la formación, supervisar la aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que figuran en el programa (Art. 27 de la LOPS). Su composición y funciones están desarrolladas en el capítulo III del RD 183/2008.

Tutores

Los tutores son aquellos médicos que, además de su función asistencial, tienen a su cargo la planificación y colaboración en la enseñanza a los médicos residentes. Hasta ahora el tutor debe compaginar su misión como instructor con su labor clínico-investigadora diaria. Además, el tutor tiene que conseguir que el residente sea una persona motivada, integrada y valorada por el Servicio al que pertenece, tiene que detectar los puntos débiles del desarrollo del Programa de Formación en su Centro, y adaptar o subsanar estos déficits incorporando las medidas que, en su opinión, proporcionen una mayor calidad formativa. Todas estas funciones junto con el seguimiento estrecho de las actividades de los residentes requiere un esfuerzo adicional a la labor como facultativo, que hasta ahora no ha sido reconocido. La asignación de un número máximo de cinco residentes por tutor, de acuerdo con el apartado 3 del Artículo 11 del citado RD 183/2008, aumentará, de forma evidente, la calidad de la enseñanza.

Rotaciones externas

Son propuestas por el tutor a la Comisión de Docencia. Con carácter general no pueden superar los cuatro meses continuados dentro de cada periodo de evaluación anual, ni los 12 meses en el conjunto del periodo formativo (Art. 21 del RD183/2008). En nuestro Programa se considera también la posibilidad de realizar rotaciones externas en Unidades de reconocido prestigio, aun cuando no estén acreditadas, y no deben superar 6 meses del total de los 12 meses en los que, durante los tres últimos años de formación, el MIR puede realizar sus rotaciones. Este epígrafe permite a los residentes aprender técnicas tales como Dermatología Cosmética, cuyo aprendizaje en los Hospitales acreditados habitualmente es limitada.

Evaluación

Está contemplada en capítulo VI del RD 183/2008, cuyo desarrollo está pendiente en algunos aspectos. Establece tres evaluaciones: a) formativa, uno de cuyos instrumentos es el *libro del residente*; b) anual, que contempla como instrumento básico el informe del tutor; y c) final. En caso de que la evaluación anual o final fuera negativa el decreto

establece sus efectos y en determinados casos la forma de recuperación. Cuando la evaluación final sea positiva, la Comisión Nacional podrá realizar una prueba, con carácter voluntario, que otorgará un *Diploma de Destacado o Destacado con mención*.

Áreas de Capacitación específica

La LOPS en su artículo 25 establece las Áreas de Capacitación específica, que hasta el momento no se han desarrollado. Dado la complejidad que está adquiriendo la Dermatología, es razonable que una vez conseguido el título de especialista, se pudiera establecer un periodo adicional y voluntario en el cual se adquiriera un reconocimiento en alguna área específica de la especialidad, que sería refrendado por un diploma oficial.

Comentarios, consideraciones y reflexiones

De todo lo anterior se deduce que no ha sido escasa la legislación en España acerca de la formación posgraduada y que ha permitido modificar la formación de los especialistas, sobre todo a partir del año 1984. Hoy disponemos de unos profesionales de primer nivel, lo que ha permitido cambiar a excelente la calidad asistencial en España. Ello ha sido fruto del esfuerzo, ilusión y colaboración de numerosas personas a las cuales debemos rendir nuestro testimonio de agradecimiento.

Igualmente, la Dermatología en España goza de un prestigio mundialmente reconocido, y sus profesionales son actualmente muy valorados por la comunidad médica. Ello denota la gran calidad de los Programas de Formación establecidos, así como la magnífica labor de los tutores y personal sanitario; lo que no exime para que día a día se trabaje para conseguir la mejor enseñanza para el residente y se luche por mantener el elevado nivel que actualmente caracteriza la Dermatología de nuestro país, en un momento en los que los aspectos formativos y puramente científicos no están de moda, los valores clásicos están comprometidos y en las corrientes que informan a nuestra sociedad actual se aprecian más otros aspectos.

No obstante, es necesario hacer algunas reflexiones acerca del sistema de formación en España, unas de carácter general y otras referidas a nuestra especialidad.

Dentro de las de *carácter general*, habría que considerar:

1. En el sistema actual las Unidades Docentes acreditadas no tienen peso alguno a la hora de la elección de sus residentes. Aunque en un principio parece lo más justo, ya que mantiene intacto el principio de universalidad a la hora de la elección de plazas, no estaría de más hacer unas reflexiones al respecto, sobre todo si se tiene en

cuenta que los médicos en formación van a formar parte de la Unidad Docente durante cuatro o cinco años y su integración en ella es fundamental para su formación y el funcionamiento normal de la misma. Se podría establecer, sin pérdida de la objetividad que caracteriza al sistema, algún mecanismo que permitiera que la Unidad Docente acreditada tuviera alguna voz a la hora de elegir a sus residentes.

2. La legislación actual carece de referencias al Jefe de Servicio o de la Unidad Docente acreditada. Considerando que en la organización asistencial desempeñan un papel importante los distintos miembros del Servicio y que el responsable de la asistencia y organización es el Jefe de Servicio, se deben establecer unas normas que induzcan a una estrecha colaboración, como de hecho ocurre en la actualidad, entre los tutores y los jefes de las Unidades acreditadas.
3. Otro punto a considerar es la forma de acceso. La normativa actual se elaboró cuando la situación sociolaboral era bien diferente a la que ahora existe. Había muchos aspirantes para pocas plazas, con lo cual muchos licenciados se quedaban fuera del circuito. En el momento actual, en el que existe bastante equilibrio entre la oferta y la demanda, el examen queda limitado, muchas veces, a una mera asignación numérica a la hora de elegir plaza. Es probable que con algunas actualizaciones del sistema actual, el sistema de acceso mejorara y, probablemente, fuera más justo.
4. La Comisión Nacional de la Especialidad percibe y es consciente de que hay una cierta heterogeneidad en la formación que depende, fundamentalmente, de la Unidad en las que se está formado y de la actitud del médico en formación. Este aspecto podría mejorar de forma considerable si se pudieran llevar a cabo los siguientes puntos: a) la valoración periódica de las Unidades Acreditadas posibilitaría detectar y resolver los diferentes problemas y carencias que cada Unidad tuviera para conseguir mayor uniformidad en la formación de los residentes; b) fomentar las reuniones periódicas de los tutores y jefes de Servicio, como las que se han realizado hasta ahora, para tratar de unificar aún más la formación en los diversos centros; y c) estimular e ilusionar a los MIR haciéndoles ver la importancia de su periodo formativo, que no debe ser visto como una actividad laboral escasamente retribuida, sino, y esto es más importante, como un periodo de formación que además está remunerado. Si conseguimos que el residente, en este sentido, cambie su línea de pensamiento quizá logremos una mayor dedicación del mismo a un periodo limitado en el tiempo pero trascendente, que es el periodo de residencia.
5. Es preciso desarrollar con premura, entre otros, el Artículo 12 del RD 183/2008, que establece sistemas de reconocimiento específico para el tutor, cuyo desarrollo

debería contemplar, además de un horario adaptado, la dotación de instalaciones y medios tecnológico-bibliográficos adecuados y otras compensaciones como flexibilidad en las jornadas, facilidades para el estudio y la investigación e incentivos económicos.

6. Igualmente es necesaria la puesta en marcha de los sistemas de evaluación ya referidos. La evaluación tal y como se realiza en el momento actual no tiene ni la dedicación ni la importancia que sería deseable. Prácticamente se considera un mero trámite, y esto debería ser mejorado.

En relación con la dermatología, podríamos hacer las siguientes consideraciones:

1. *Duración del Programa Formativo específico.* Existe una corriente dentro de la dermatología española que piensa que la ampliación de un año más en la formación conduciría a una mejor formación de los especialistas. Se fundamenta en que en algunos países de Europa se ha incrementado en un año la duración del programa y la UEMS no lo ve con malos ojos. En España, aunque ya fue solicitada una posible ampliación, esta no fue considerada. Es obvio que el incremento en el contenido del programa en un año más contribuiría a una mejor formación del dermatólogo. El problema reside en buscar el equilibrio entre la duración y la formación, por cuanto no podemos prolongar esta indefinidamente en aras de conseguir mejores especialistas sin importar la duración. Por ello, habría que establecer un proceso de reflexión en el seno de la especialidad para definir con claridad cuál es la duración óptima del programa de formación.
2. *Troncalidad.* La LOPS en su Artículo 19.2 establece que «Las Especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años. El Gobierno, al establecer los títulos de Especialista en Ciencias de la Salud, determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se integrarán».

La troncalidad parece de indudable utilidad en algunas especialidades cuyos contenidos son afines o complementarios. El problema que se plantea con nuestra especialidad es que si se lleva a cabo la normativa según la cual el periodo de dos años debe ser común, la Dermatología no debe ser troncal debido a muchas razones, algunas de las cuales esbozamos a continuación:

- a) Históricamente la Dermatología, desde prácticamente su existencia como especialidad, ha mantenido una individualidad a lo largo de su dilatada existencia.

- b) El contenido, si bien se han incorporado nuevas parcelas de la especialidad, es médico-quirúrgico y tan dermatológicas son las manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso como el tratamiento quirúrgico mediante cirugía de Mohs del carcinoma basocelular.
- c) Se puede objetar que deberíamos estar en un tronco quirúrgico, al igual que lo están la Oftalmología o la Otorrinolaringología. A ello se puede contestar diciendo que históricamente ha sido una especialidad médica, que las expresiones cutáneas de las enfermedades sistémicas-médicas representan una importante parte de nuestra especialidad.
- d) Tanto es así que en el Programa de Formación vigente se establece que las rotaciones durante la primera fase de la residencia se hagan tanto por Medicina Interna como por Cirugía, testimoniando, una vez más, la dualidad que la Dermatología que contempla tanto aspectos médicos como quirúrgicos.
- e) Evidentemente cabría la posibilidad de establecer un tronco común, incluso que fuera médico-quirúrgico, y que ocupara los dos primeros años de formación, lo que indudablemente contribuiría a una mejor formación del

especialista. Pero no hay que olvidar que quizá, al igual que muchas otras especialidades, y como ya antes hemos señalado, el contenido del Programa de Formación se ha expandido en los últimos años, y los dos años que restarían serían absolutamente insuficientes para una formación adecuada del dermatólogo en el campo de la Dermatología como tal. Ello exigiría una prolongación del periodo formativo durante otros dos años más, con lo que el MIR podría salir mejor formado pero dos años más tarde. Como también antes se ha comentado, debemos saber compaginar la formación con la duración del Programa.

En este sentido, y de manera unánime y reiterada, se han manifestado la Comisión Nacional de la especialidad y la Academia Española de Dermatología, y así se ha hecho saber a las autoridades sanitarias. En este momento, la situación se está debatiendo en la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y esperamos que por el bien nuestros futuros especialistas, se tenga en consideración la opinión unánime de la dermatología española.