

### FORMACIÓN EN MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN: VISIÓN DEL RESIDENTE.

El periodo de la residencia es un periodo de la vida profesional que se caracteriza por una combinación a partes iguales de ilusión, abnegación por el trabajo, infatigabilidad, idealismo y no poca ingenuidad. Se abren las puertas a un mundo relativamente desconocido dispuesto a ser descubierto. Creo que no me equivoco afirmando que todos iniciamos esa búsqueda inundados por la magia que supone descubrir día a día pequeños secretos de la vida.

Conforme avanzamos en nuestros conocimientos tomamos conciencia de la utopía que supone querer conocer todo lo que nos rodea siendo éste el origen de una agri dulce sensación: Por un lado la frustración de ser conscientes del espejismo que supone querer abarcar aquello que a menudo ni siquiera somos capaces de imaginar. Por otro la motivación y el empeño, las ganas de alcanzar ese final imposible, inexistente.

Pero a lo largo de ese camino, en el que mantenemos la mirada hacia delante, esperando descubrir un poco más, ¿cuántas veces nos paramos a mirar hacia atrás y a evaluar lo que ya hemos hecho, lo que ya hemos vivido?...Dicho de una forma menos literaria y mucho más pragmática: ¿Cuántas veces nos paramos a pensar en la formación recibida, en el camino recorrido? Generalmente en el momento en que vivimos las consecuencias de las decisiones ya tomadas. En el caso de la formación médica ese momento puede ser demasiado tarde en cuanto a resultados se refiere, pudiendo suponer en el mejor de los casos una pérdida de tiempo o unas limitaciones innecesarias en la práctica diaria.

Para que esto no ocurra, los distintos actores de la formación profesional desempeñan un papel en la misma de tal forma que el fin último es el de garantizar la formación del ginecólogo-obstetra capaz de "conocer los fundamentos científicos y criterios diagnósticos y terapéuticos básicos de todas las facetas de la especialidad", siendo "competente y útil a la sociedad donde han de desarrollar su actividad" (1). Entre esos actores se encuentran la Comisión Nacional de Especialidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación y Cultura, las Comisiones de Docencia hospitalarias, la universidad, los servicios acreditados para la formación de residentes, los tutores, y cómo no, los propios residentes.

Desde la creación de la figura del interno/residente allá por septiembre de 1969 la actividad de los mismos, sobretodo desde un punto de vista administrativo ha sido legislada por diversas leyes y reales decretos, datando el último de octubre de 2006. Pero el organismo encargado de dictar las bases del programa formativo de los especialistas ha recaído en la Comisión Nacional de la Especialidad. Dicha comisión elabora la Guía de Formación para el especialista y es el Ministerio de Sanidad y Consumo el que la aprueba. En el caso de la ginecología y obstetricia dicha guía data de 1996 (1). En ella se recogen los conocimientos que debe adquirir un ginecólogo-obstetra en sus cuatro años de formación.

Partimos de la base de que en cuatro años de formación el tiempo para aprender incluso lo más fundamental de la especialidad, tanto en su vertiente

médica como quirúrgica, es limitado y que dicha limitación puede estar reñida en ciertos casos con un ejercicio "competente" de cara a la paciente. La duración de la formación especializada contrasta notablemente con la realidad existente en otros países de la Unión Europea tales como Francia o Portugal, por citar sólo a nuestros más próximos vecinos, en los que dicha formación dura cinco y seis años respectivamente. Que un programa similar se vea desarrollado en 3/4 partes de tiempo sólo puede repercutir en perjuicio de la formación del residente.

En el caso concreto de la medicina de la reproducción se recoge de forma resumida (una página) y poco precisa (como "técnicas de reproducción asistida") una serie de conocimientos teóricos que el residente ha de obtener a lo largo de su formación. Así mismo se recogen una serie de procedimientos quirúrgicos y técnicos dentro del marco de la ginecología en general, algunos de los cuales podrían extrapolarse a la patología tratada en el campo de la medicina de la reproducción. No obstante se obvian otros tales como las punciones ováricas, las inseminaciones o las transferencias embrionarias. Tampoco se hace referencia explícita al conocimiento práctico de la estimulación ovárica en sus diferentes vertientes, ni siquiera al conocimiento y manejo de las complicaciones más frecuentes en medicina de la reproducción.

Una reseña poco concreta ("Esterilidad masculina. Etiología, exploración y tratamiento") resume el vasto campo de la andrología, reflejando lo que ocurre en la práctica clínica, en la que el factor masculino es un terreno relativamente acotado a los urólogos.

Otro aspecto no tratado en la Guía de Formación de Obstetricia y Ginecología es el periodo de tiempo que se le debe dedicar a la medicina de la reproducción respecto a otras ramas como la ginecología quirúrgica, la oncología o la obstetricia.

Esta falta de precisión al definir las líneas formativas hará que la responsabilidad última de diseñar un programa docente en medicina de la reproducción recaiga sobre cada uno de los centros acreditados para la formación de residentes, y su aprobación será llevada a cabo por parte de la comisión de docencia hospitalaria correspondiente. Esto genera una mayor libertad de cátedra pero también una mayor disparidad y falta de uniformidad en cuanto a la formación recibida en los distintos centros. De los 98 hospitales que en 2007 estaban acreditados para la formación de residentes en ginecología y obstetricia y de los 172 centros de reproducción asistida registrados en el MSC, sólo 33 están acreditados para realizar ambas funciones, si bien algunos de estos centros de reproducción asistida acoge residentes en su etapa formativa, bajo la fórmula de rotatorios externos. Así pues ni están todos los que son ni son todos los que están (2,3).

En los distintos centros acreditados para la formación de residentes existe o debe existir la figura de un tutor, encargado de garantizar la formación de los mismos. La realidad es que la formación de los residentes en la mayoría de los hospitales se realiza por parte de todo el personal asistencial, asumiendo la calidad docente del mismo, asunción que en un pequeño porcentaje de casos no corresponde a la realidad. ¿Debería existir una figura en los centros docentes encargada, al menos con una disponibilidad parcial, de la formación del residente? ¿Una figura con formación reconocida, con funciones definidas, evaluables y por qué no, remunerada? ¿Repercutiría ello en una mejor formación del residente? Una figura similar a los chef de clinique que existen en los hospitales universitarios franceses, próxima al residente y cuya función, además de la asistencial sea la de ayudar a la formación de los mismos y la de los estudiantes.

Otro tema que preocupa a la comunidad de residentes es la evaluación de los conocimientos adquiridos. Dichos conocimientos están recogidos en la Guía del Residente pero como ya se ha expuesto antes dada la vaguedad de los mismos su evaluación se realizará por parte de la Comisión de Docencia en función de los criterios del propio servicio formador, no existiendo ningún organismo exterior que desempeñe esta función. Hoy por hoy tampoco existe ningún tipo de examen obligatorio y general que garantice una uniformidad de criterios. Así pues el residente será evaluado por la persona encargada de formarle y éste a su vez por el residente: Objetivamente es un sistema que se puede prestar a malfuncionamiento y en el que se pueden enmascarar deficiencias en cuanto a la docencia.

¿Es la formación recibida en medicina de la reproducción suficiente? ¿superespecialistas o generalistas? Si nos atenemos a la definición hecha por la Comisión de Especialidad sobre lo que debe ser un ginecólogo-obstetra: "conocer los fundamentos científicos y criterios diagnósticos y terapéuticos básicos de todas las facetas de la especialidad [...] siendo competentes y útiles a la sociedad donde han de desarrollar su actividad" y la aplicamos al campo de la reproducción, tenemos que tener en cuenta que una proporción significativa de la sociedad en la que vivimos (un 14% de parejas usuarias, que no necesariamente infértiles) tendrán unas necesidades asistenciales que cubrir y que posiblemente esas necesidades no son las mismas que hace diez años cuando se elaboró el programa de la Comisión de Especialidad. ¿Cuál es la realidad social vigente? Hoy en día cualquier ginecólogo-obstetra general debería poder realizar un estudio básico de esterilidad/infertilidad en el que no se requiriesen procedimientos invasivos, estimulación ovárica con clomifeno, inseminaciones artificiales, ser capaz de planificar una anticoncepción eficaz en una paciente de determinadas características, y al menos conocer las complicaciones derivadas de cualquier tratamiento susceptible de ser utilizado en medicina de la reproducción. Esto es una opinión personal y quién realmente debería responder a esta pregunta son los profesionales de la medicina de la reproducción, a través de la SEF. No debemos olvidar que estamos hablando de la formación de los futuros integrantes de esta Sociedad.

Quizás es el momento de plantearse si es productivo querer abarcar toda la obstetricia y la ginecología o por el contrario durante la residencia sería lícito permitir una cierta superespecialización, más aún si tenemos en cuenta que programas similares a los fellowship no se caracterizan por su abundancia en España, adquiriéndose dicha especialización de forma personal y aún no legislada. La peculiaridad de los conocimientos a adquirir en la medicina reproductiva ha hecho que países como Francia contemplen en la formación del residente que quiera ejercer posteriormente en dicho campo ciertos rotatorios obligatorios tales como un año mínimo en servicios de reproducción asistida durante la residencia, la realización de un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de medicina de la reproducción y la realización de un año mínimo como jefe clínico tras la residencia (4). Si además se quiere ejercer en el dominio de la andrología se deberá realizar un rotatorio de urología (6 meses) y un DESC de andrología. Aquellos que no cumplan dichos criterios no tendrán la cobertura legal a nivel de aseguradora para ejercer dicha función;

Otra posible solución al problema de la uniformidad de la formación y la especificidad de la misma pueda ser solucionado con medidas como las propuestas por la ESHRE, el EBCOG y la ENTOG, en las que no ya a nivel de residencia sino de fellowship se propone un programa más específico y realizado en centros previamente evaluados y por personal acreditado, debiendo

reunir unas condiciones específicas tanto desde un punto de vista clínico como docente y sometiendo a un estricto control de calidad. Este programa además de intentar uniformizar y garantizar la enseñanza de la medicina de la reproducción, creando estándares de calidad, lo hará a nivel Europeo (5). Hoy en día sólo algunos centros de los 172 están acreditados para dicha formación.

Tampoco podemos olvidar el papel que juega en la formación de residentes las distintas universidades, centros de reproducción asistida y la propia SEF a través de los distintos cursos de pre y post-grado, masters y jornadas formativas, especialmente útiles para aquellos que ya durante la residencia se van decantando por esta faceta de la ginecología.

En suma, la formación del residente de ginecología en medicina de la reproducción está poco definida desde un punto de vista administrativo-docente, sobretodo teniendo en cuenta los cambios que han tenido lugar en los últimos años tanto sociales, como legales y así como dentro de la propia medicina de la reproducción. Esta formación recae esencialmente sobre el propio residente y su servicio de acogida, no existiendo criterios de uniformidad entre los mismos y siendo el control de calidad de la misma dificultoso. Sería conveniente definir detallada y explícitamente los fines de la formación en medicina de la reproducción para el residente de ginecología y eventualmente definir las funciones asistenciales que podrían realizarse en función de la formación recibida.

Tras todas estas líneas de reflexión reposa una certitud: El nivel que hoy en día hemos adquirido en medicina de la reproducción y todo lo que aún seguimos aprendiendo es fruto del interés mostrado por todas las personas ávidas por aprender y por el trabajo diario y entusiasta de todas las personas que con ilusión nos enseñan, compartiendo desinteresadamente, día a día, su trabajo con nosotros.

Sinceramente, muchas gracias a todos.

**Cesar Díaz**

Residente de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario La Fe, Valencia-España

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Guía de Formación de Especialistas. Obstetricia y Ginecología. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996. En [www.msc.es](http://www.msc.es) ([http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/guiaResidente2006\\_2007.pdf](http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/guiaResidente2006_2007.pdf))
- 2 Centros de reproducción. En [www.sefertilidad.com](http://www.sefertilidad.com) (<http://nuevo.sefertilidad.com/charts/centers.php>)
- 3 BOE 227 de 22/09/2006 ([http://boe.es/g/es/bases\\_datos/doc.php?coleccion=personal&id=2006/16601&txtlen=1000](http://boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=personal&id=2006/16601&txtlen=1000))
- 4 D.E.S.C.DE MEDECINE DE LA REPRODUCTION. En <http://www.remede.org/spip/article890.html>
- 5 EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE). Subspecialist training programme in reproductive medicine. Postgraduate training and assessment working party. Modified: Brussels, Friday 13 February, 2004. En [www.eshre.com](http://www.eshre.com) (<http://www.eshre.com/emc.asp?pageId=726>)