Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Av Diabetol. 2012;**28(1)**:1–2

AVANCES EN DIABETOLOGÍA

www.elsevier.es/avdiabetol

EDITORIAL

¿Por qué volvería o por qué no volvería a elegir formarme como especialista en Endocrinología y Nutrición?

Why should I choose or not choose to be trained as a specialist in Endocrinology and Nutrition again?

Pedirnos en estos momentos que nos paremos a recapacitar sobre si volveríamos o no a elegir Endocrinología y Nutrición como especialidad médica presupone que tenemos la capacidad para volver a ponderar los argumentos que nos llevaron a elegirla hace no demasiados años. En nuestra opinión, el problema radica en que probablemente en aquel momento la decisión pudo tener más de irracional de lo que nos gustaría públicamente reconocer. Para un licenciado en medicina con escasa o nula experiencia, enfrentarse a una lista de especialidades y usar argumentos razonados para la selección es un reto no menor que el propio examen de acceso al programa de formación sanitaria especializada. Quizás debamos ahora reconocer que factores como la complicidad con ciertos profesores durante la carrera, vivencias durante las prácticas o creencias no bien fundamentadas pesaron más que otros sesudos razonamientos. Ya se sabe: la razón es esclava de las pasiones.

Ahora bien, si los viajes en el tiempo fueran posibles —esperaremos a que se desentrañe el misterio de los neutrinos— tal vez la pregunta a responder sería: ¿Nuestras experiencias durante estos cuatro años cambiarían la elección? ¿Hemos encontrado aquello que esperábamos?

Trabajamos lejos de las salas de medicina que conocimos de estudiantes y nos desenvolvemos en un medio extrahospitalario, entre pacientes crónicos. La endocrinología de los libros, y también la que no está en ellos por novedosa, existe, es cierto, y la hemos disfrutado: el complicado diagnóstico de un síndrome de Cushing, el seguimiento clínico de una persona con acromegalia, el manejo de los infusores subcutáneos de insulina, la monitorización de la glucosa a tiempo real, la atención a una persona que padece MEN1, etc. Pero no es esta endocrinología la de la práctica habitual. El grueso de nuestros pacientes lo conforman personas con diabetes tipo 2, obesidad y patología tiroidea benigna. Patologías que, en el caso de la obesidad y de la diabetes tipo 2, se están convirtiendo en una auténtica epidemia y que por desgracia parecen afectar de forma preferente y creciente a estratos sociales con menor poder adquisitivo y nivel educativo[1,2].

Quizás no fue esto lo que nos contaron. Pero, curiosamente, no nos ha importado. También se disfruta de lo habitual, de lo corriente, de lo común, porque hemos aprendido que incluso para esto nos faltan respuestas y, sobre todo, soluciones. Saber que «mientras algo nos quede por hacer nada habremos hecho» es un estímulo para seguir planteando preguntas, para no dormirse; un reto tan interesante como el diagnóstico de un síndrome de Cushing ectópico o tan emocionante como el manejo de una crisis suprarrenal.

Dicho esto, y ajustándose en mayor o menor medida a las expectativas previas, con lo que sabemos ahora SÍ volveríamos a escoger nuestra especialidad.

Sin embargo, en nuestra hipotética reelección, en nuestro viaje al pasado, no podríamos aislarnos de las circunstancias político-económicas que marcan nuestro presente: «Yo soy yo y mis circunstancias». Y esto indudablemente sí ha cambiado desde el momento en el que comenzamos nuestra andadura como futuros especialistas en Endocrinología y Nutrición. Como comprenderán, no es este el espacio idóneo para plantear un análisis de la situación en este aspecto, pero no es menos cierto que, como bien dijo José de Letamendi, «el médico que solo medicina sabe, ni medicina sabe». Vivimos tiempos en los que se pone en entredicho la sostenibilidad del sistema sanitario (curiosamente solo ocasionalmente se cuestiona su gestión y la manera de hacer medicina que hemos adquirido entre todos) y se opta por el *cortoplacismo* en forma de recortes de personal, aunque en los últimos años se hubiesen casi duplicado las plazas MIR para la especialidad de Endocrinología y Nutrición[3]. Así, un especialista novel en una especialidad

1134-3230/$ – see front matter © 2011 Sociedad Española de Diabetes. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.avdiab.2011.11.006

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

como la nuestra comienza a cuestionarse su vocación, que valdrá de poco en un entorno donde se esgrimen argumentos como:

- Ausencia de exploraciones complementarias y técnicas específicas para el diagnóstico y tratamiento.
- Dudoso impacto de nuestro ejercicio sobre las consecuencias de la epidemia de obesidad y diabetes tipo 2 que vivimos.
- Cuestionable valor añadido que supone nuestra práctica diaria en estas patologías sobre la que pueden llevar a cabo en unas condiciones ideales los equipos de atención primaria.
- Baja prevalencia de otras patologías endocrinológicas, salvo las tiroideas —que también podrían ser transferidas a la atención primaria—.

En definitiva, nosotros tememos que en una hipotética entrevista con un rudo gestor, este nos conteste con la frase «lo siento doctor/a, en el tiempo que estaré al mando de las finanzas de este centro usted no salvará ninguna vida».

Para evitar afrentas semejantes en manos de meros expertos en la economía del corto plazo, pensamos que deberíamos crecer aumentando la eficacia y la eficiencia de nuestra labor, orientándola más hacia la comunidad que hacia el individuo, adaptar el seguimiento y cuidado de nuestras patologías crónicas a la era 2.0 y, sobre todo, ponderar la relación coste-beneficio de nuestras intervenciones.

Y de hecho, en este sentido ya disponemos de evidencia sobre los riesgos y los costes del *cortoplacismo* entendido como la política del recorte inmediato. Grecia nos muestra que la pérdida de programas de prevención y de educación sanitaria, junto con los recortes económicos, se asocia a una peor percepción de salud, al incremento de las admisiones hospitalarias y a infecciones por VIH, así como a un aumento de la tasa de suicidios y del consumo de heroína[4].

Por suerte y por vocación, somos médicos, no gestores. Eso sí, tal vez nos toque ejercer esta especialidad, que sí reelegiríamos, lejos del país que ha invertido en formarnos[5]. Eso ya no depende solo de nosotros.

Bibliografía

1. Espelt A, Kunst AE, Paléncia L, Gnavi R, Borrell C. Twenty years of socio-economic inequalities in type 2 diabetes mellitus prevalence in Spain. Eur J Public Health. 2011;29. En prensa.
2. Roskam AJ, Kunst AE, Van Oven H, Demarest S, Klumbiene J, et al. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. Int J Epidemiol. 2010;39:392–404.
3. http://www.msps.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf.
4. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, et al. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011;378:1457–8.
5. http://www.elpais.com/psp/index.php?module=elp_pdapsp&page=elp_pda_noticia&idNoticia=20111117elpnepint_14.Tes&seccion=int.

Amanda Jiménez Pineda y Antonio Jesús Blanco Carrasco*

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ablanco@clinic.ub.es
(A.J. Blanco Carrasco).