

Punto de encuentro. Algunas claves para la Radiología del futuro



De izquierda a derecha: Ginés Madrid, Pablo Valdés, Miguel Ángel Trapero, Diego Falcón, Elena Miravalles, Ignacio Ayerdi, Lluís Martí-Bonmatí, Mariano Guerrero, Carmen Martínez y Eduardo Fraile.

Participantes:

D. Luis Martí-Bonmatí. Director del Departamento de Imagen. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

D. Miguel Ángel Trapero. Jefe de Servicio de Radiología. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Dña. Carmen Martínez. Jefe de Servicio de Radiología. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

D. Eduardo Fraile. Director de la Unidad Central de Radiodiagnóstico de Madrid.

D. Mariano Guerrero. Director de Planificación y Proyectos. Ribera Salud Grupo.

D. Ignacio Ayerdi. Expresidente de Philips Ibérica.

D. Pablo Valdés. Director del Departamento de Radiología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Moderador: **D. Ginés Madrid.** Responsable de Asuntos Profesionales de la Sociedad Española de Radiología Médica. Patrono de la Fundación Signo.

Cuestiones tratadas

1. ¿Cómo vamos a afrontar los nuevos escenarios organizativos (reales y virtuales) y los nuevos retos tecnológicos en el ámbito de la Radiología?
2. ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes en la renovación/reposición de la tecnología radiológica en los "nuevos tiempos"?
3. ¿Cómo afecta la colaboración público-privada a la gestión radiológica?
4. ¿Cómo va a afectar la gestión clínica y la transferencia del riesgo hacia los profesionales a los procesos radiológicos (equipos multiprofesionales)? ¿Cómo se va a medir el producto final, la definición de estándares...?
5. ¿Cuál es el futuro de la investigación y la presencia de la Radiología en la Universidad?

G. Madrid: Buenos días y bienvenidos a todos; me gustaría agradecer, en nombre de la Fundación Signo y en el mío propio, la presencia de todos los ponentes, por el gran esfuerzo realizado para estar en este Punto de Encuentro sobre "Algunas claves para la Radiología del futuro". También quiero disculpar a la Dra. Carmen Ayuso, Presidenta de la Sociedad Española de Radiología Médica, que por causa de compromisos previos no nos ha podido acompañar en este evento. Como acaban de anunciar en la presentación del acto tanto la Dra. Elena

Miravalles como el Dr. Diego Falcón, en representación de la Fundación Signo, este Punto de Encuentro es una actividad previa a la publicación de un nuevo monográfico de la revista de la Fundación, dedicado al ámbito de la Radiología y previsto para el segundo trimestre de 2013.

La Fundación Signo tiene una vinculación antigua e intensa con la Radiología, ya que buena parte de las herramientas de gestión que utilizamos actualmente (manuales de gestión, catálogos de pruebas, UVR, modelos de acreditación y certificación, etc.) tienen su origen allá por el año 1992, en el proyecto Signo que, liderado desde el Ministerio de Sanidad y con la participación de un buen número de profesionales radiólogos, fue el precedente de la actual Fundación.

Vamos a comenzar, por tanto, este Punto de Encuentro planteando una triple y genérica cuestión: ¿De dónde venimos? ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? Me parece relevante que hagamos un breve repaso sobre el estado de salud o diagnóstico integral de nuestra especialidad. Y aprovechando que está con nosotros el Dr. Miguel Ángel Trapero, que está participando en un proyecto de *benchmarking* a nivel nacional, le pedimos la primera opinión al respecto.



Ginés Madrid.

M. Á. Trapero: Creo que todos coincidiremos en que la posición de los Servicios de Radiología y de la Radiología en general ha sufrido una transformación espectacular desde hace bastante tiempo, pero más acentuada en los últimos años, de tal manera que creo que en España y en el resto de los países la Radiología ocupa una posición central en el diagnóstico mínimo. Esto se prueba con datos y encuestas que se han realizado, como una que se hizo a un número importante de internistas norteamericanos, en la que se les preguntaba por los diez avances principales para el cuidado de sus enfermos en los últimos 25 años, en la que colocaron en primer lugar la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia. Hay algún otro artículo europeo que reseña muy bien que la Radiología contribuye prácticamente al 70% de los diagnósticos que se hacen en un hospital. Además, en el plan estratégico que hemos elaborado para la comunidad se dice que al 70% de los pacientes que pasan por Urgencias se les hace una prueba de imagen y que a todo paciente hospitalizado se le hacen alrededor de 1,4 pruebas ra-

Creo que todos coincidiremos en que la posición de los Servicios de Radiología y la Radiología en general ha sufrido una transformación espectacular desde hace bastante tiempo, pero más acentuada en los últimos años, de tal manera que creo que en España y en el resto de los países la Radiología ocupa una posición central en el diagnóstico mínimo

Miguel Ángel Trapero

diológicas. Por tanto, es innegable que los Servicios de Radiología ocupan una posición bastante central en el diagnóstico médico.

P. Valdés: Incidiendo en el tema, la Radiología está valorada por la población en general. En Inglaterra se hizo una encuesta a los visitantes del Museo de la Ciencia, y la máquina de rayos x fue la mejor valorada, incluso por encima de la penicilina. En un instituto norteamericano se hizo también una encuesta de los hitos técnicos de todo el siglo XX y el puesto número 14 lo ocupó la imagen médica.



Miguel Ángel Trapero.



Pablo Valdés.

A pesar de tener uno de los productos médicos mejor valorados por la población, los radiólogos somos los grandes desconocidos de la Medicina

Pablo Valdés

Por tanto, el público valora la Radiología, otra cosa es que luego valore al radiólogo. A pesar de tener uno de los productos médicos mejor valorados por la población, los radiólogos somos los grandes desconocidos de la Medicina.

L. Martí-Bonmatí: Quería incidir en dos cosas. Una es la tecnología y la adquisición de imágenes, porque la importancia de las imágenes es indiscutible. La otra es que los especialistas en imagen son los interlocutores o los garantes de la calidad de ese proceso. No sabemos si será responsabilidad de los radiólogos encontrar nuestro futuro en este modelo sanitario.

M. Guerrero: Hoy día los avances de la Medicina y de la práctica clínica no



Lluís Martí-Bonmatí.

Si incorporamos la Radiología a la Neurorradiología, la Radiología intervencionista o la Radiología musculoesquelética, estamos poniendo fronteras en áreas de conocimiento clínico y rompiendo la transversalidad que nos hace eficaces a la hora de transmitir la información: sería un gran error

Luis Martí-Bonmatí

se pueden entender sin la Radiología. La Radiología es un servicio esencial para la prestación de los servicios sanitarios, pero los radiólogos no han sabido posicionar ese liderazgo de conocimiento frente al resto de la organización. Pero a la vez, en nuestro entorno estamos viviendo una seducción por la tecnología y la sociedad asocia la tecnología al éxito, y esto tiene una parte positiva y otra negativa. La parte positiva es el posicionamiento que ello supone para los radiólogos en el entorno hospitalario. La parte negativa es se identifique a los radiólogos como técnicos que hacen funcionar las máquinas, y este concepto está muy implantado en la sociedad, en los pacientes e incluso dentro del entorno sanitario. Todavía no está asumido ese cambio, por parte de algunos clínicos, para que no vean los Servicios de Radiología como los "servicios de las máquinas".

M. Á. Trapero: Creo que eso ha cambiado también en los últimos años. Es verdad que hace unos años el radiólogo estaba manejando máquinas y realizando informes, pero creo que esa situación ha cambiado de una forma sustancial, al menos en el entorno en el que yo me muevo. Cada vez se nos requiere más para fijar la indicación y para consultarnos cuál es la modalidad adecuada, porque la Radiología se ha convertido en algo muy complejo y es difícil saber cuál es la prueba

que más puede ayudar en el diagnóstico. Por tanto, los radiólogos tenemos cada vez más consultas y más presencia en comités de todo tipo para analizar las patologías de los pacientes y para expresar el diagnóstico.

En los últimos años se ha ido produciendo un acercamiento entre radiólogos y clínicos, y ya los radiólogos no aportamos meramente la imagen o el informe, sino que en muchas cosas se nos considera asesores o interlocutores en la globalidad del proceso.

C. Martínez: En relación con lo que decía Luis, creo que tenemos dos retos en la actualidad. Lo cierto es que en los momentos más difíciles es en los que se ha innovado más en cuanto a la gestión y este es uno de ellos. Por tanto, tenemos dos retos. El primero es en la gestión administrativa de los Servicios de Radiología, que debe estar basada en la eficiencia, dándonos cuenta de las bolsas de ineficiencia que existen. El segundo está más encaminado a la Radiología clínica, porque probablemente el futuro no es del radiólogo; al menos toda la imagen



Carmen Martínez.

Si la imagen no va a ser exclusivamente del radiólogo, de hecho ya no lo es, nosotros nos tenemos que posicionar en la figura del radiólogo clínico y ahí es donde entran los nuevos retos organizativos, basados más en áreas de gestión clínica

Carmen Martínez

no. Por tanto, si la imagen no va a ser exclusivamente del radiólogo, de hecho ya no lo es, nosotros tenemos que posicionarnos en la figura del radiólogo clínico y ahí es donde entran los nuevos retos organizativos, basados más en áreas de gestión clínica. Quizás es el momento de que el radiólogo se posicione de nuevo en formar estas áreas de gestión clínica con las otras especialidades.

P. Valdés: Cuando nos conocen a los radiólogos, nos valoran, eso está claro; el problema es que seguimos siendo desconocidos. La mayoría de los pacientes todavía piensa que solo somos técnicos. Sigue habiendo un gran desconocimiento con respecto al tema. Tendríamos que buscar una manera de promocionar la Radiología, porque muchas veces en los medios ni aparecemos. Por tanto, cuando nos conocen, tanto clínicos como pacientes, nos valoran mucho, pero seguimos siendo los grandes desconocidos.

I. Ayerdi: Quería señalar el impacto que puede tener el propio éxito de la especialidad. Hay voces que se están levantando, cada vez más críticas, sobre este tema. En Estados Unidos se hizo un estudio que hablaba del número de pruebas de imagen por habitante, que había alcanzado un 4,1, frente al uno y pico que hay en Europa, y hay gente que cuestiona si es necesario llegar a esos niveles. Como esta-



Ignacio Ayerdi.

mos en una situación de crisis, hay gente que se pregunta si realmente la tecnología está aportando a la salud del paciente el coste que lleva asociado.

G. Madrid: Vamos a pasar al segundo bloque de cuestiones, aunque algunos asuntos ya se han venido apuntando en esta primera ronda. En cuanto a los retos organizativos, se ha hablado de la evolución que han experimentado los Servicios de Radiología a lo largo de los últimos años. No obstante, se barruntan nuevos y necesarios cambios, que unidos a una carencia crónica de profesionales radiólogos, que no entiende de fronteras, suscita las siguientes cuestiones: ¿Serán útiles las actuales organizaciones o se precisarán nuevas fórmulas? ¿Está en entredicho el papel actual de la Radiología? ¿Estamos preparados para afrontar nuevos retos organizativos? ¿Cómo podríamos conseguir el merecido reconocimiento a nuestro papel en la Medicina actual?

M. Guerrero: Creo que en la Radiología y en el resto de las especialidades médicas hay una confusión al tratar de identificar la formación, la especiali-

Es importante saber que cada vez hacemos menos medicina sintomática y más presintomática, porque hay lesiones que tienen tratamiento eficaz cuando todavía no han mostrado síntomas, por lo que tenemos que utilizar aquellas técnicas que permiten el diagnóstico antes de los síntomas

Luis Martí-Bonmatí

dad, el servicio médico y la prestación de la asistencia. Una cuestión es el conocimiento y la formación para tener ese conocimiento, que se hace a través de la vía MIR, y otra cuestión es la prestación de servicios; hemos asumido que ambas cuestiones están centradas y superpuestas o que incluso son lo mismo.

Hoy día, la aparición de los pacientes con patologías crónicas y pluripatológicas nos enseña que el conocimiento y la prestación de los servicios sanitarios son dos cosas diferentes. Por tanto, el conocimiento se tiene que seguir haciendo como hasta ahora y mejorándolo, pero las especialidades no tienen por qué coincidir con los servicios clínicos en el modelo clásico. Otra cuestión es que en el futuro quizá no habrá Servicios de Radiología con la concepción actual, sino que habrá otras organizaciones, más inmersas y centradas en los procesos clínicos, y las necesidades de los pacientes. Serán equipos multidisciplinares y con ellos rompamos la estructura de prestación de servicios y trabajemos a través de grandes áreas clínicas, dependiendo de las necesidades de los pacientes. Creo que esa es la idea que ronda en cuanto a las reformas estructurales de los sistemas nacionales de salud.

E. Fraile: Estoy solo parcialmente de acuerdo contigo. En las intervenciones anteriores ha quedado claro que to-



Eduardo Fraile.

dos sentimos que vivimos un buen momento en la Radiología y que su papel es cada vez más importante. Pienso que este puede ser uno de los motivos del riesgo de la desaparición de la profesión. El gran reto es si somos capaces de adaptarnos a lo que nos pide el paciente y la sociedad, y yo estoy convencido de que sí somos capaces, porque tenemos el conocimiento y prestamos el servicio, pero a lo mejor hay que reorientar cómo se presta ese servicio. No me cabe ninguna duda de que los radiólogos vamos a ser capaces de adaptarnos al futuro.

Quería apuntar que probablemente la compra de la tecnología o la innovación de la tecnología no va a ir en función de la demanda ni de lo que quiera el paciente, sino en función de lo que es capaz de innovar la propia tecnología en sí; es decir, muchas veces se introducen tecnologías que no están suficientemente maduras o cuyas aportaciones al proceso clínico están en duda y eso tiene que cambiar

Eduardo Fraile

Los Departamentos de Radiología están cambiando y cada vez se incorporan a ellos más profesionales de otras áreas de conocimiento, como físicos, informáticos, ingenieros, biólogos... Este es el Servicio de Radiología del futuro, sin duda, y tenemos que saber adaptarnos a él. Lo peor que nos puede pasar es que nos creamos que somos los únicos capaces de dar el servicio y el conocimiento, pero estoy convencido de que la gran mayoría de radiólogos no piensa así.

M. Guerrero: Creo que estamos todos de acuerdo, aunque tú lo has expresado de una forma más concreta. Pienso que al modelo actual del Servicio de Radiología aislado o separado del servicio clínico le queda poco tiempo.

L. Martí-Bonmatí: Me gustaría hacer dos observaciones. Una es con respecto al número de exploraciones. Es importante saber que cada vez hacemos menos Medicina sintomática y más presintomática, porque hay lesiones que tienen tratamiento eficaz cuando todavía no han mostrado síntomas,



Mariano Guerrero.

La cuestión es que en el futuro a lo mejor no habrá servicios de Radiología, sino que habrá otras organizaciones, inmersas en los procesos clínicos, cuando los hospitales ya no se organicen en servicios, sino en razón a las necesidades de los pacientes

Mariano Guerrero

por lo que tenemos que utilizar aquellas técnicas que permiten el diagnóstico antes de los síntomas. Por eso la imagen médica es tan importante.

El segundo comentario es que el mismo miedo que tenemos los radiólogos hacia nuestra especialidad, lo tienen todos los médicos en la suya, y eso es así porque el paradigma de la Medicina está cambiando. Será responsabilidad nuestra adivinar hacia dónde cambian esos paradigmas y ajustarnos a ellos; creo que la gran mayoría de los servicios líderes de este país están haciendo esto. Ese ajuste pasa por reconocer que la imagen única no puede pasar por fragmentarse y, si se fragmenta en áreas de conocimiento, pierde su gran potencial, que es el conocimiento transversal de lo que la gestión, la calidad y la información de la imagen aportan. Si incorporamos la Radiología a la Neurorradiología, a la Radiología intervencionista o a la Radiología musculoesquelética, estamos poniendo fronteras en áreas de conocimiento clínico y rompiendo la transversalidad que nos hace eficaces a la hora de transmitir la información; sería un gran error.

Afortunadamente, cada vez hacen falta más radiólogos, porque se hacen más exploraciones, y que estén más involucrados en el sujeto y no en el paciente, actuando antes de que la persona sea paciente. Además, cada vez es más importante que el conocien-

to de los radiólogos sea muy transversal, para integrar esa información con el resto de especialidades.

M. Á. Trapero: Creo que todos los Servicios de Radiología, o la mayoría, están evolucionando al ritmo de Europa. Los radiólogos trabajan ya con cardiólogos, anestesiólogos, etc. En realidad, los servicios se han convertido en un sitio de encuentro de diferentes especialidades, donde manejamos la imagen en conjunto y nos acercamos mucho mejor a la patología y al diagnóstico del paciente.

Lo que más me preocupa es la situación económica en la que nos encontramos y en la que nos vamos a encontrar. Creo que el motor de los cambios que van a sufrir los Servicios de Radiología está y va a estar en la contención del gasto sanitario. Hay datos que reflejan esto, como que de 2002 a 2009 el gasto sanitario por habitante creció un 62%, mientras que el producto interior bruto creció alrededor de un 15%, por lo que el gasto sanitario está creciendo muy por encima de la riqueza del país. Esto ha provocado que en la Comunidad de Madrid, a pesar de tener 20 hospitales, construyamos otros diez más en los últimos años a un ritmo difícil de sostener. Otro dato relevante es que en Madrid el número de resonancias al año se ha multiplicado por tres en los últimos años o que la TAC ha aumentado un 60%. Tenemos que pensar que al final la contención

En los últimos años se ha ido produciendo un acercamiento entre radiólogos y clínicos, y ya los radiólogos no aportamos meramente la imagen o el informe, sino que en muchas cosas se nos considera asesores o interlocutores en la globalidad del proceso

Miguel Ángel Trapero

de costes nos va a hacer reconsiderar muchas cosas que estábamos haciendo y nos va a marcar un escenario completamente diferente.

Creo que es muy difícil que nos aumenten el número de radiólogos en el futuro, porque la demanda ya es muy importante. Tendremos que reevaluar los servicios, dedicando a los radiólogos a los temas de valor clínico añadido y delegando en técnicos y otro personal las labores repetitivas, como ya pasa mucho en Europa.

Me parece que también tenemos un papel muy importante que jugar en generar una mayor implicación del resto de los clínicos en la contención del gasto, con la responsabilidad a la hora de pedir exploraciones, porque al final somos los médicos los que generamos la mayoría del gasto sanitario. En este país, es imposible la reducción del gasto si no es con la colaboración de los médicos y con la conciencia de que hay muchas cosas innecesarias en toda la Medicina. Si hacemos caso al Fondo Monetario Internacional, que nos dice que en los próximos años nuestra economía solo va a crecer un 1,7% de media, sabemos que nuestro futuro no pasa por seguir aumentando el gasto sanitario.

C. Martínez: En cuanto a lo que se refería Luis sobre evitar departamentos estancos, hay un concepto que me gusta mucho, que es el de sincronización de procesos. Los radiólogos estamos en una de las mejores posiciones para poder efectuar la sincronización de procesos, tanto en el propio hospital como en la integración con Atención Primaria.

Otra cosa que quería comentar es que, a nivel de costes, parece que todas las Gerencias están muy orientadas últimamente a reducir costes directos, como la Radiología, cuando a

lo mejor tendríamos que incidir en costes indirectos, como la adecuación de las pruebas que se indican.

P. Valdés: El problema de la Radiología, en toda Europa, es que los equipos se compran y cualquiera puede hacer, por ejemplo, una ecografía, pero no tiene los mismos conocimientos que un radiólogo, por lo que no temo competir con otro profesional. El tema está en que se definan competencias para la seguridad del paciente y todo el mundo debería implicarse en esto.

C. Martínez: Es verdad que no nos importa competir con otras especialidades, porque hay especialistas que pueden leer bien determinadas pruebas, pero creo que los que las gestionamos mejor somos los radiólogos y ahí está nuestro valor importante.

P. Valdés: Lo importante del radiólogo no es hacer mejor informe o mejor imagen, sino gestionar bien todo el proceso. Las máquinas y los sistemas de acceso van a ser cada vez mejores, pero lo que nos hace imprescindibles es gestionar ese proceso de principio a fin para mejorar la calidad y la seguridad del paciente.

I. Ayerdi: En cuanto al número de pruebas que se realizan, creo que es muy difícil saber qué es lo adecuado, pero siempre es recomendable manejar este dato con precaución. Por otro lado, creo que en las últimas décadas ha habido un énfasis en establecer indicadores de eficiencia equívocos, como por ejemplo la lista de espera, índices de actividad y no tanto resultados en salud. Con frecuencia se confunde la política sanitaria con hacer política con la sanidad, lo que induce a prioridades erróneas. Quizás haya que hacer menos pruebas, mejor indicadas, con más calidad y, al final, aunque aumente el coste por prueba, el beneficio para el sistema será mayor.

En el tema de la transversalidad, los radiólogos tienen que agradecer a la industria un par de cosas:

- Los equipos de imagen, desde su origen, por su tamaño y requerimientos de instalación/protección, estimularon la creación de Servicios Centrales.
- Las recientes innovaciones de la industria, promoviendo la imagen híbrida, van a favorecer todavía más la transversalidad, porque son innovaciones costosas y multidisciplinarias que van a necesitar un colectivo de profesionales que las gestione de manera más eficiente.

L. Martí-Bonmatí: Estoy de acuerdo en que la cantidad no es importante para nada, sino que lo que es relevante es el valor de lo que hacemos, y con lo que tenemos una responsabilidad los gestores de la imagen es con definir qué entendemos por valor, qué es lo que puede introducir diversidad y valores de calidad. Con esta definición nos vamos a olvidar de la cantidad, que no dice absolutamente nada. Hay que definir el valor de lo que hacemos y cuáles son los parámetros del valor que ofrecemos al sistema.

M. Guerrero: Una de las perversidades del sector sanitario, durante los últimos 30 años, ha sido centrarse en la producción de servicios sanitarios como objetivo de mejora e incluso de una mal entendida eficiencia. Si somos capaces de reconducir esta situación y de que el valor esté en la producción de la satisfacción y la salud percibida o normativa que genera la intervención sanitaria y no en razón a la producción, tendremos otros los indicadores. No hay que hablar ya tanto de producción de servicios sanitarios, sino que hay que hablar más de salud. Si producimos muchos servicios sanitarios y no producimos salud, estamos

en una equivocación y en una enorme ineficiencia incluso como imperativo ético.

Creo que no podemos seguir haciendo más y más exploraciones y pruebas y seguir con los actuales indicadores de producción. En el momento en que seamos capaces de hacer equipos multidisciplinarios, en los que trabajen los radiólogos junto con otros expertos clínicos, se resolverá la discusión de quién lo hace mejor: lo hacen juntos. Todo especialista que tenga que participar en el proceso tiene que ser capaz de hacerle al paciente lo que necesita y solo lo que necesita. Los propios pacientes piden que les hagan lo que les tengan que hacer exclusivamente. Esa idea no la hemos tenido en la cabeza los especialistas, lo que ha provocado que gran parte de lo que se hace no aporte beneficio para la salud y haya importantes duplicidades de exploraciones en la cadena diagnóstica.

G. Madrid: Vamos a pasar al tercer grupo de cuestiones, relacionadas con los nuevos desafíos tecnológicos. Ya se ha apuntado algo de lo que podemos esperar en cuanto al desarrollo de nuevas tecnologías pero, quizás, convendría incidir más en ello. En relación con lo anterior hay un aspecto del que me gustaría conocer vuestra opinión, que es la financiación de la tecnología.

Hasta ahora hemos dispuesto de la clásica fórmula del Plan de Necesidades, que ha cumplido adecuadamente su función pero que no es la solución actual para los nuevos requerimientos. Las cosas han cambiado y ahora disponemos de nuevas normativas que regulan los concursos de otra forma. También legislación específica sobre colaboración público-privada y, además de todo ello, existe otro condicionante cada vez más presente que es la

En cuanto a la figura del socio tecnológico, es evidente que en nuestro medio no ha calado excesivamente, sigue siendo una relación de proveedor-cliente

Ginés Madrid

obsolescencia tecnológica. Con respecto a todo esto, ¿cuál es vuestra opinión? ¿Cómo pensáis que se va a orientar el reto de la actualización y adquisición de nueva tecnología en el futuro?, ¿cómo se percibe la adquisición de tecnología desde los grupos profesionales?, ¿quién debe ostentar el liderazgo tecnológico, el sector público, privado o compartido?

C. Martínez: Creo que estas nuevas fórmulas de gestión compartida no son buenas ni malas, sino que hay que valorarlas y analizar los datos en su momento. Sin embargo, por las experiencias de otros países, creo que existen riesgos que habría que valorar. Por ejemplo, Inglaterra es de los países con más experiencia en colaboraciones y en un trabajo de 2011 concluía que estos contratos tipo CPP, o PPP, casi siempre se encarecían más de lo que un principio habían previsto las Administraciones públicas.

En nuestro país esto es muy nuevo y hay que estar un poco a la expectativa.

L. Martí-Bonmatí: Creo que el liderazgo tecnológico tiene que ejercerlo quiEn lo conoce, que son las empresas tecnológicas, probablemente con el apoyo y la colaboración de las universidades tecnológicas y politécnicas, porque ahí es donde está el conocimiento. Para que la medicina y los especialistas de imagen no tengamos una brecha en el conocimiento de lo que la tecnología puede ofrecer, no queda más remedio que hacer iniciativas conjuntas de colaboración y desa-

rollo: hay que trabajar juntos. Hay que promover la colaboración público-privada entre empresas del sector tecnológico y modelos sanitarios. Todos querríamos estar en un centro donde tuviéramos a los ingenieros y empresas con los que tuviéramos convenios tecnológicos a tres minutos.

C. Martínez: La cuestión es si nos quedamos en la colaboración sociotecnológica, o si ya hacemos el paso a la gestión de colaboración asistencial, y ahí es donde hay más problemas.

I. Ayerdi: La colaboración público-privada, como se planteó en Inglaterra, es fundamentalmente una colaboración para la construcción de hospitales, y para gestionar los servicios no médicos, lo que se sale un poco del marco de este foro. Voy a referirme a la parte de incorporación a la tecnología porque, si no, hablamos de cosas diferentes.

Estamos en una situación de crisis económica, la industria va a seguir innovando, porque es una de nuestras misiones y porque ahora mismo hay más gente trabajando en innovación tecnológica que en toda la historia de la humanidad.

Ahora bien, la industria tiene también su responsabilidad, porque es un agente del sistema, en cómo orientar su innovación. Tiene que hacer innovación que tenga sentido para el sistema, no innovar por innovar. Hay que buscar innovaciones que aporten valor al sistema. El siguiente problema es cómo se incorporan estas innovaciones de manera que el sistema sea sostenible. Ante este reto, las fórmulas de contratación del concurso tradicional no me parecen adecuadas, porque son muy rígidas, sobre todo cuando se trata de proyectos de envergadura. Existe una alternativa, el diálogo competitivo, que es una figura a mi juicio

más adecuada. Sin embargo, en mi experiencia su puesta en marcha es mejorable, en la mayoría de los casos es prácticamente un monólogo. El diálogo tiene sentido si al final ambas partes se respetan y se hace una alianza entre iguales. Salvo excepciones, no ha funcionado todo lo bien que podía porque hay mucha desconfianza y falta transparencia.

M. Guerrero: Creo que el diálogo competitivo es un paso hacia otro escenario, que cambia el sistema de compra y se comparten riesgos. Nosotros apostamos por la financiación capitativa como sistema más equitativo y justo, porque elimina los sesgos de la financiación por producción. Si las comunidades autónomas, que son las que tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios sanitarios, se financian capitativamente, no entiendo por qué el resto de servicios no se financian así.

El paso siguiente será la financiación capitativa de los subproductos que se pueden identificar dentro de la prestación sanitaria, por lo que habrá una cápita oncológica, neurológica, radiológica, etc. Creo que ese es el camino en el que nos tenemos que dirigir, pero hay que hacerlo con mucha prudencia y con la colaboración de los que más saben de esto. Tenemos que entender que, tal y como estamos, no se va a comprar más tecnología porque no hay dinero. En este momento, el endeudamiento de los que tienen que comprar tecnología es de tal calibre que no va a poder ocurrir; por tanto, hay que buscar la fórmula más adecuada. Aquellos que lo puedan resolver a través de un diálogo competitivo, tendrán suerte, pero en otros sitios habrá que buscar una colaboración de otro tipo, público-privada e inclusive compartir riesgos.

Además, ahora mismo me parece que no hay que comprar tecnología, sino comprar servicios y establecer áreas ágiles con riesgos compartidos. Hay que empezar a mentalizarse de esto y cambiar los estereotipos de los concursos, que son un tema del pasado y que no van a volver a ocurrir. Ahí los radiólogos son los que tienen que dar las claves de cómo se va a adquirir esta tecnología.

E. Fraile: Quería apuntar que probablemente la compra de la tecnología o la innovación de la tecnología no va a ir en función de la demanda ni de lo que quiera el paciente, sino en función de lo que es capaz de innovar la propia tecnología en sí; es decir, muchas veces se introducen tecnologías que no están suficientemente maduras o cuyas aportaciones al proceso clínico están en duda y eso tiene que cambiar. Deberíamos adquirir la tecnología en función de las patologías y qué tecnologías te las solucionan. Por eso, tenemos que cambiar el paradigma de la compra pública o privada, dependiendo de los equipos que se necesiten.

Creo que la introducción de la tecnología será mayor a medida que aporte realmente valor al proceso patológico que estemos valorando. En cuanto a eso, también veremos cómo la innovación de una tecnología es capaz de complementar a otra o añadirse a otra. Si hacemos varias pruebas innecesarias para la misma patología, no hay economía que lo soporte. Por eso, la tecnología tiene que ser capaz de complementar o suprimir otras técnicas que no sean eficaces, lo que aporta valor tanto al paciente como a la economía.

L. Martí-Bonmatí: No sé qué tipo de modelo será el que hay que poner, pero sí tengo claro que la situación "yo compro y tú vendes" ha desapare-

cido si queremos que esto tenga continuidad.

Apuntando a lo que decía Eduardo, ahora mismo es muy difícil hacer una evaluación de la eficacia de la tecnología si queremos usar herramientas de Medicina basada en la Evidencia, porque no tenemos suficiente capacidad. Por tanto, podemos actuar desde el conservadurismo, en el que no vamos a dar un paso hasta que no tengamos suficientes datos, o desde la innovación y la estrategia, que es lo que yo creo y para eso la colaboración empresarial es crítica.

M. Á. Trapero: Quería hacer referencia no solamente a la incorporación de nueva tecnología, sino al día a día, que es la reposición de lo que tenemos. En los últimos años no hay inversión y cada vez va a ser más difícil. Cada vez hay más equipos de más años y nos empezamos a encontrar equipos fuera de lo que consideramos óptimo, porque no hemos sabido encontrar una vida útil razonable para cada equipo que nos diera una seguridad jurídica. Creo que poder hacer planes de renovación razonables para cada equipo exige tener una cierta certeza de cuánto es el tiempo aproximado de reposición.

En segundo lugar, soy consciente de que con el dinero que hay la incorporación de nueva tecnología se va a hacer cuando se haga la reposición de la máquina ya sin remedio, a no ser que aparezcan nuevas modalidades que ofrezcan cosas diferentes que yo no tenga, pero es raro. En los tiempos futuros, no creo que haya perspectiva de aumentar el equipamiento como ha ocurrido en los años anteriores; lo que me preocupa es asegurarme la renovación de aparatos en unas condiciones razonables, que permitan la incorporación de innovaciones.

G. Madrid: En cuanto a la figura del socio tecnológico, que, por cierto, es evidente que en nuestro medio no ha calado suficientemente, ya que aún a pesar de los diferentes proyectos de colaboración público-privado iniciados en nuestro país en los últimos años, seguimos manteniendo una relación tradicional proveedor-cliente, ¿cuál es vuestra opinión?

M. Guerrero: El tema del socio tecnológico se tiene que entender en un nuevo modelo de relación. Si pretendemos tener el socio tecnológico y seguir evaluando el modelo sanitario de una forma cuantitativa, basada fundamentalmente en la producción, nunca veremos a este socio como tal, sino como alguien que te vende bienes. Por tanto, para que se produzca la auténtica figura del socio tecnológico, que es el que asume riesgos contigo, no podemos basar la calidad del sistema sanitario en la producción, sino en el valor que aporta, que es la salud.

No tenemos que inventarnos el indicador de valor, que es la salud, sino que tenemos que investigar cómo desarrollar este indicador, en términos de eficacia, de salud percibida y de seguridad de los pacientes. Ya hay herramientas buenas que no estamos usando.

I. Ayerdi: Suscribo totalmente que hay una falta de documentación en cuanto a la innovación y su valor. Sin embargo, quiero resaltar que hay un estudio de Oeppen & Vaupen, publicado en *Science* en 2002, que constata que la longevidad ha aumentado en seis horas/día en los últimos 170 años y manifiesta que en los últimos 15 o 20 años, quien mantiene el crecimiento de la esperanza de vida es la tecnología.

Respecto a la obsolescencia hay que distinguir entre obsolescencia técnica y tecnológica. La industria garantiza,

en términos generales, repuestos por un periodo mínimo de diez años, hoy en día la informática juega un papel clave como componente de muchos equipos, y en general, por su rápido ciclo de innovación, es el elemento limitador para extender ese periodo. Creo que diez años es una vida útil razonable. El problema está en la obsolescencia tecnológica, porque ahora en dos o tres años un equipo es tecnológicamente obsoleto. La fórmula que tenemos que explorar es cómo se pueden actualizar los equipos sin gastar una fortuna.

P. Valdés: Creo que el problema es la rigidez de normativa y la visión de los gestores políticos, porque ahora mismo es muy difícil que convenzas a un gerente para que tenga una visión de socio tecnológico. Ahora mismo, lo que prima es el precio y al final coges la peor tecnología simplemente porque resulta más barato.

Creo que no hay una adecuación real de la tecnología que necesita un centro a lo que se le da. Tristemente, pienso que eso irá ahora a más por la crisis, lo que es una pena, porque estamos invirtiendo mucho dinero en equipos que no son adecuados a lo que se necesita.

G. Madrid: El próximo bloque se refiere a formación, universidad e investigación. En cuanto a la formación, parece que los avances tecnológicos de los últimos años han puesto de manifiesto la necesidad de cambios en el perfil formativo de los profesionales. Por eso, os planteo: ¿Son suficientes los actuales programas de los médicos

residentes en Radiología, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, para afrontar los retos tecnológicos del futuro? ¿Cómo puede afectar el previsible modelo de troncalidad, diseñado por el Ministerio de Sanidad y Consumo?

La presencia e influencia de la Radiología en la Medicina moderna no tiene la correspondiente correlación con su actual papel en la Universidad, como asignatura estructurada e impartida por profesionales acreditados en la materia. ¿Qué pensáis acerca de las causas de este fenómeno? ¿Puede deberse a resistencias corporativas por parte de la Universidad o a la escasez de vocaciones para la carrera universitaria de los médicos radiólogos?

En cuanto a la investigación, es evidente que la Radiología no está representada de manera merecida en nuestro país. ¿Creéis que es suficiente la formación profesional en metodología para la investigación que reciben los radiólogos? ¿O si quizás podría deberse a un excesivo aislamiento y a cierta reticencia para el trabajo en equipo? ¿Se percibe suficiente liderazgo en este aspecto por parte de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)?

L. Martí-Bonmatí: Con respecto a investigación, creo que va a haber una reducción de recursos y de la gratificación de la investigación. Además, los radiólogos tienen dificultad para acceder a la investigación por exceso de trabajo clínico. Eso va a implicar que haya una concentración de centros donde se pueda hacer una investigación de calidad. Creo que todo el mundo debe hacer investigación clínica asistencial o investigación para cambiar modelos de flujos de trabajo. Esa investigación debería ser obligatoria.

Lo importante del radiólogo no es hacer mejor informe o mejor imagen, sino gestionar bien todo el proceso
Pablo Valdés

Con respecto a la Universidad, creo que cada vez hay más radiólogos y más carga docente relacionada con la Radiología. Las universidades son lentas en asumir los cambios en los procesos sociales, pero ahora mismo estamos en el proceso en el que la presencia de la Radiología está creciendo. Creo que es necesario que reconozcamos que eso requiere un esfuerzo, una modificación de las pautas, un trabajo extra y una voluntad por parte de los radiólogos para poner en práctica estas iniciativas. Pienso que tanto en investigación como en formación, nuestro reto es tomárnoslo en serio.

C. Martínez: Creo que hay que cambiar la cultura, sobre todo los profesionales que están en los hospitales medios y pequeños. Parece que la investigación tiene que estar siempre relacionada con la tecnología y con la alta tecnología, pero hay una gran cantidad de investigación que se puede hacer orientada al paciente y que no es costosa. Hay que incidir en eso en las mentalidades de los profesionales, porque creen que eso no es investigación.

E. Fraile: En cuanto a los planes de formación actuales de nuestro país, tienen un periodo de especialización de cuatro años, que es claramente insuficiente. Creo que somos uno de los pocos países europeos que contempla un periodo de especialización en diagnóstico por imagen de solo cuatro años. Desde las Unidades de Radiología, se ha insistido en que es imprescindible que la formación del radiólogo tenga una duración de cinco años como mínimo.

Las posibilidades de reforma que conocemos a día de hoy en relación con la troncalidad dicen que sería bueno entroncar la Radiología con la Medicina nuclear, pero igualmente con una

Los radiólogos estamos en una de las mejores posiciones para poder efectuar la sincronización de procesos, tanto en el propio hospital como en la integración con atención primaria

Carmen Martínez

duración mínima de cinco años. Dentro de la asociación, se ha llegado a plantear la creación de una nueva superespecialidad que una a ambas especialidades, porque son más los puntos que nos acercan a los que nos separan. Esto parece que será el futuro del diagnóstico por imagen.

M. Guerrero: Hay que revisar cómo se enseña la Radiología en las facultades de Medicina, porque ese es un problema sin resolver. Creo que uno de los mayores avances en nuestro país ha sido el crecimiento tecnológico y el conocimiento que han tenido los radiólogos. Sin embargo, queda sin resolver la cuestión de cómo explican la Radiología en las universidades.

Creo que, maliciosamente, tenemos unida la investigación a la alta tecnología. Creo que hay una investigación, que será el paradigma de la investigación en tiempo de crisis, que es la investigación sobre la indicación clínica, evaluando la gestión de la indicación clínica, y no hay ningún clínico que esté incapacitado para hacerla. El gran reto actual en el entorno europeo está en torno a la indicación clínica, porque muchos nos empeñamos en hacer eficientemente lo que hacemos y producimos, pero el paso previo a la producción es la indicación. Si fuéramos capaces de hacer solo lo que está indicado, probablemente no tendríamos que ser tan eficientes en lo que producimos.

En referencia a las especialidades, creo que teóricamente debemos juntar muchas especialidades, porque

probablemente estemos separando mucho los conocimientos. Pienso que hay que apostar claramente por las capacitaciones específicas, y es hacia donde tienen que ir los profesionales, porque están relacionadas con los conocimientos que van adquiriendo a lo largo de su propia carrera profesional. Lo veo como una especie de pasos que uno va realizando en razón al conocimiento, la capacidad, el esfuerzo, etc.

M. Á. Trapero: Creo que la visibilidad del radiólogo se empieza a gestar en cómo tratemos las asignaturas en la universidad. Pienso que el tema ha cambiado, al menos en las nuevas universidades. En el examen MIR empiezan a aparecer muchas preguntas de imagen y eso moviliza a las nuevas universidades, que saben que tienen que manejarse con la Radiología.

También hemos cambiado el sistema, que es un sistema de aprender casos fundamentalmente, con muchas prácticas y muchos seminarios, donde se implica mucho a los alumnos. Creo que eso cambia la percepción de todos los alumnos de Radiología, porque es una asignatura muy gráfica y práctica. Sin embargo, hay más cosas que hacer, como incentivar que prácticamente todos nuestros residentes acaben con el doctorado y que nuestros adjuntos den clases en la universidad y se impliquen en ella.

Con respecto a la investigación, al 90% de radiólogos nos toca la investigación de validez de pruebas diagnósticas, porque no hay suficiente evidencia muchas veces sobre la validez de una prueba. Hay mucho que hacer. Nosotros hemos propuesto que se constituya un organismo autónomo que permita a todos los hospitales de la comunidad estar interconectados para hacer esta investigación.

P. Valdés: Los estudiantes que empiezan el MIR tienen claro que tienen que estudiar evidencia y que tienen que hacer una tesis doctoral. Para los radiólogos, faltan las herramientas básicas para hacerlo. Los radiólogos tienen que crecer en conocimientos, pero a veces en casi imposible porque cada vez ejercen más labor asistencial. Investigar es un esfuerzo añadido, en las horas libres que tienes.

C. Martínez: Me gustaría introducir los sistemas de información. En relación sobre todo a la cuestión de la investigación, ahora mismo los sistemas de información nos dan una base muy buena, lo que pasa es que es una asignatura pendiente, porque todo está basado en indicadores de actividad y de productividad y no hay indicadores de calidad.

I. Ayerdi: Desde el lado de la industria, a pesar de las dificultades, la industria va a seguir investigando, y además de forma más abierta a otros socios. Creo que España debería potenciar más la investigación en Imagen, se están haciendo cosas, pero no de manera estructurada.

En cuanto a la comunicación, tendríamos que hacer pedagogía a la ciudadanía. La SERAM tiene que hacer más para que los ciudadanos conozcan del valor de la imagen y para estimular y establecer criterios de uso.

G. Madrid: En el siguiente bloque, me gustaría conocer vuestra opinión sobre un asunto que tienen un impacto con-

Como estamos en una situación de crisis, hay gente que cuestiona si realmente la tecnología está aportando a la salud del paciente el coste que lleva implícito

Ignacio Ayerdi

siderable en el ejercicio profesional de la Radiología. Se trata de la telerradiología; sus oportunidades y fortalezas son bien conocidas, pero tiene debilidades y amenazas, sobre todo por la forma en la que se ha implantado, por cómo se está extendiendo y, por supuesto, por la carencia de normativa clara que la controle. Me gustaría conocer vuestra opinión acerca de cómo se debería regular este fenómeno, ¿cuál debería ser el papel de la SERAM y de las Administraciones públicas? ¿Tienen algo que decir los pacientes? ¿Se tiene bien claro que la telerradiología ha de ser una reproducción fiel del proceso radiológico integral?

C. Martínez: La telerradiología no puede ser el fin, sino que debe ser el medio para solucionar carencias o para mejorar estrategias.

E. Fraile: Creo que la telerradiología es una herramienta del futuro, que va a demostrar la capacidad de los radiólogos para saber organizarnos y para ser los líderes en su utilización. Uno de los puntos más importantes es la falta de legislación que hay en torno a este concepto. Si somos capaces de conseguir una legislación clara que diga quiénes son los responsables de todo el proceso tecnológico, todo irá a mejor. La telerradiología es una herramienta que será de gran utilidad y será de implantación generalizada en todos los departamentos de diagnóstico por imagen. Se ha comentado la escasez de radiólogos y de medios y cómo hay que innovar para dar respuesta a la demanda de la sociedad.

L. Martí-Bonmati: La telerradiología no es solo una herramienta, sino que también es un acto médico y es un punto del proceso de diagnóstico. Creo que no es solo telerradiología, sino que entra dentro de la telemedicina, donde sí hay una normativa que regula todas esas acciones, hay una

legislación sobre telemedicina y medicina transfronteriza. Al menos en el entorno europeo eso sí está regulado.

G. Madrid: Pasamos entonces a otro tema también de actualidad, cual es la externalización. El proceso de externalización empezó hace ya unos años para tratar de neutralizar o solucionar el problema de las demoras, pero que poco a poco se ha ido convirtiendo casi en una solución estructural que, a veces, tiene un impacto no deseable sobre la integridad del proceso asistencial. ¿Pensáis que estamos ante un fenómeno creciente e irreversible? ¿Qué criterios deberían regular su práctica? ¿Es la externalización de pruebas diagnósticas compatible con una formación posgraduada de calidad? ¿Se pueden externalizar todas las pruebas? ¿Quién debería decidirlo y con qué criterio?

M. Á. Trapero: Creo que hay que analizar un poco lo que ha pasado en estos años. La titularidad del servicio sanitario público la tienen las Administraciones y ellas pueden prestar directamente los servicios o prestarlos a través de terceras empresas o personas. Otro debate nos llevaría a ver qué es lo que ha pasado cuando se externaliza un hospital entero y compararlo con el sistema tradicional. Creo que ha habido dos fenómenos en Radiología que fragmentan el servicio radiológico y que creo que se ha demostrado que crean más problemas de los que resuelven, que son costosos y que crean una interferencia en el servicio en la concepción que tenemos de un Servicio de Radiología. Cuando se externaliza una modalidad del Servicio de Radiología sin externalizar el resto, trae problemas, porque los límites entre una modalidad y otra no existen.

Otro ejemplo es cuando se externaliza solo una parte del proceso radiológico-

co. El proceso radiológico es un todo global: sentar las indicaciones, trabajar con los clínicos para la adecuación de ellas, controlar la calidad de las exploraciones, realizar un informe y las consultas posteriores. En algunos sitios, como en la Clínica de la Moncloa, se externaliza solo la realización de informes y creo que eso también es fragmentar el acto radiológico y no da buenos resultados.

Por lo tanto, diría que las experiencias parciales que hemos vivido de externalización de una modalidad o de una parte del proceso radiológico no son positivas ni razonables.

P. Valdés: Creo que la externalización es inevitable, porque no hay dinero y habrá que hacer alianzas para que funcione. Otro problema es que habrá que asegurar la calidad y las agencias de evaluación te exigen que un paciente que vaya a hacerse una prueba a un centro externalizado tenga la misma calidad y seguridad que si va al hospital. Esto es muy complicado, porque estos servicios quieren sacar el máximo beneficio y el precio que vamos a pagar no es rentable para que tengan la máxima calidad. Lo ideal es que aseguremos la calidad para el médico y para el paciente, que ninguno de los dos sepa si el servicio se hace dentro o fuera. Eso es lo ideal porque es a lo que vamos, ya que las inversiones son cada vez menores y hay que aprovechar lo que hay.

M. Guerrero: Creo que hay que intentar buscar economías de escala, sobre todo para aquellos procesos que puedan ser externalizados. El problema de la externalización es que hay que evaluar el contrato con el que se produce. Sin ninguna duda, hay que mirar la calidad de la prestación, pero añadiría también la calidad de la indicación. Cuando se externaliza sujeto a la producción, se produce inmediatamente

una hiperindicación y una hiperproducción, lo que genera un efecto muy perverso desde el punto de vista de la calidad y de la economía.

No hay que tenerle miedo al tema de la externalización, porque al fin y al cabo lo hacen también profesionales, residentes, adjuntos o jefes de servicio, pero hay que intentar que la externalización no tenga perversidades como la hiperproducción o la hiperindicación.

P. Valdés: Si diseñas un sistema de externalización, tienes que controlar la hiperdemanda, porque si no controlas lo que se hace fuera, tampoco puedes controlar lo que se hace dentro. Por tanto, el problema que hay es la falta de control. Además, cuando hay externalización, el concurso se lo va a llevar casi seguro el que dé el producto más barato, sin tener en cuenta la calidad, porque ahora mismo el coste es la eficiencia principal.

M. Guerrero: Hay muchos más problemas relacionados con la hiperproducción sanitaria que con la lista de espera y en consecuencia es uno de los elementos clave a tener en cuenta en la eficiencia, porque es uno de los elementos que más daño está haciendo a la calidad de los servicios y al impacto económico que tiene sobre el sistema.

L. Martí-Bonmatí: Creo que la externalización tiene un secreto y es quién decide qué externalizar: si son los propios profesionales los que no pueden dar un servicio y deciden el coste y la mercancía que van a externalizar, está bien, pero si son los gestores los que deciden externalizar un producto, quitándole todo el valor añadido que tiene, mercantilizándolo y encareciéndolo, estoy en contra y se ha demostrado que es la medida más perversa que tiene el político para destrozar los Servicios de Radiología de este país.

I. Ayerdi: La externalización en el mundo industrial no es una novedad. Ahora bien, externalizar no supone delegar responsabilidad, sino todo lo contrario; cuando se externaliza, se hace en búsqueda de más eficiencia y en general estimulada para ser más competitivos. En la política de Philips, lo que llamamos “Core Business” –actividades fundamentales– no se externalizan; como norma solo se externalizan aquellas actividades que no implican pérdida importante de conocimiento de actividades clave.

M. Á. Trapero: No tendría ningún inconveniente en que se externalizara un área sanitaria entera, toda la prestación, para controlar todas las herramientas de gestión. Lo que no se puede hacer es pensar nada más que en la producción. De esta manera, controlo las herramientas y puedo ver si son capaces de producir un nivel de salud y de satisfacción semejante a la pública con un menor gasto: ese sería un reto que estaría dispuesto a controlar.

G. Madrid: A lo largo de los últimos 20 años se ha venido produciendo un creciente, incesante y a veces incontrolado éxodo de equipamiento radiológico, fuera de los confines del propio Servicio de Radiología. Me gustaría conocer vuestra opinión sobre cómo deberíamos actuar los profesionales, si con actitud de cierre corporativo o de apertura y colaboración para poder participar activamente en todas las etapas del proceso asistencial.

Hay un desarrollo tecnológico espectacular: las imágenes son mejores cada vez, con mejor resolución, con diagnósticos más brillantes, pero es algo parejo a la pérdida de sensibilidad de la protección de radiación

Ginés Madrid

L. Martí-Bonmatí: Tal como lo veo yo, lo que debemos garantizar es el proceso médico en toda su extensión y eso debemos hacerlo con todas las herramientas que tenemos a mano, y dentro de esto están el resto de profesionales del hospital. Creo que hacer partícipes al resto de profesionales del proceso de la imagen médica es tener el control, la gestión y la supervisión del área de imagen. Mi visión es que si intentamos poner otra vez muros a las especialidades eso solo genera distanciamientos, roturas de comunicación, desconfianzas y fracaso. Nuestra capacidad es la gestión, el conocimiento y la información entendida como la capacidad de predecir el futuro.

C. Martínez: Creo que hemos pasado de la descentralización absoluta que existía en los hospitales clínicos a todo lo contrario, al servicio unicentralizado, y ahora los profesionales tienen miedo de volver a lo antiguo, pero no tiene que ser así, sino que se trata de hacer un planteamiento de tú a tú con los profesionales de las distintas áreas.

P. Valdés: Además, lo ideal sería que consiguiéramos que el paciente demandara que el proceso lo viera un radiólogo y creo que si trabajamos mucho puede ser real. Si el paciente demanda que el informe de una prueba de imagen lo haga un radiólogo, eso nos va a dar poder.

M. Guerrero: La especialidad es conocimiento, pero lo que hay que hacer en la prestación de servicios sanitarios es crear equipos multidisciplinares. El radiólogo es fundamental en el equipo clínico y debe tener capacidad y liderazgo en él, pero la historia de los servicios clínicos separados pertenece a los episodios de mayor perversidad de la sanidad española. Esa estructura tan arcaica no puede vivir con un conocimiento tan extraordinario y noble

Creo que en las últimas décadas ha habido un énfasis en pasar por 'policía sanitaria' que los políticos han puesto como paradigmas de la calidad sanitaria, como la lista de espera, y esto es un gran error

Ignacio Ayerdi

como el que se consigue a través de la colaboración.

I. Ayerdi: Hace un par de años, Philips hizo una encuesta masiva entre Radiólogos, Gestores, Clínicos... para ver donde debería ponerse el énfasis desde el punto de vista de la innovación tecnológica y cómo debería evolucionar el diagnóstico por imagen. La encuesta fue muy concluyente; decía, primero, que la imagen tenía que facilitar la integración clínica; segundo, que el paciente tenía que adquirir un protagonismo que no había tenido hasta ahora, y tercero, que tiene que haber un resultado en salud que justifique el coste de la tecnología. Como colofón sugería que el radiólogo liderara el cambio.

E. Fraile: Creo que eso se consigue liderando y compartiendo, que serían las claves para el papel del radiólogo: liderar el conocimiento y compartirlo con el resto de la sociedad.

El gran reto es si somos capaces de adaptarnos a lo que nos pide el paciente y la sociedad, y yo estoy convencido de que sí somos capaces, porque tenemos el conocimiento y prestamos el servicio, pero a lo mejor hay que reorientar cómo se presta ese servicio

Eduardo Fraile

G. Madrid: No deberíamos terminar sin conocer vuestra rápida opinión sobre un tema candente y que está generando una creciente inquietud social; la protección radiológica de los pacientes. Hay un desarrollo tecnológico espectacular; las imágenes son cada vez mejores, con mejor resolución, con diagnósticos más brillantes, pero todo ello se va acompañando de una pérdida de sensibilidad hacia la radioprotección. Hace 20 años, los radiólogos eran muy cuidadosos con este asunto, pero ahora y sobre todo las nuevas generaciones de profesionales, creo que no lo son lo suficiente. Las organizaciones supranacionales expertas en protección radiológica apuntan hacia un hipotético problema de salud pública en el futuro, caso de que no recuperemos el rigor en la justificación para el uso de las pruebas radiológicas, sobre todo de aquellas que mayor dosis suponen para los pacientes. ¿Cuál es vuestra opinión en este sentido?

P. Valdés: Creo que, a pesar de eso, sí está aumentando la sensibilidad entre la gente de la comunidad y hay iniciativas para disminuir dosis. Creo que los residentes lo van viviendo y la industria también debe tener en cuenta los protocolos. Se busca tener una imagen cada vez mejor, pero con menor dosis.

L. Martí-Bonmatí: Es cierto que hacemos cada vez más exploraciones, pero también damos cada vez menos dosis en cada una. El esfuerzo, tanto de la industria como de la parte médica, para que esa menor dosis sea real en los últimos cinco años es brutal: estamos diez veces por debajo que hace cinco años. Por otro lado, hay una legalidad con respecto a las dosis de radiación y todos los Servicios de Radiología nos estamos reorganizando para ver cómo llegamos a ese nivel y damos esa formación. Además, la industria

nos está dando las herramientas para el control individualizado de dosis por paciente. Por otro lado, las sociedades están muy involucradas en la formación de la población para minimizar un riesgo que todavía es totalmente desconocido. Pienso que ahora nos estamos tomando la dosis de radiación mucho más en serio que hace 20 años.

C. Martínez: La prueba que menos irradia es la que no se hace, por lo que

tenemos que incidir ahí: eso es lo más importante.

G. Madrid: Y cumplido nuestro tiempo y con la seguridad de que muchas cosas habrán quedado en el tintero, os agradezco, en nombre de la Fundación Signo y en el mío propio, vuestra participación y las interesantes aportaciones con las que habéis contribuido al éxito de este Punto de Encuentro.

