

Competencias profesionales: del conflicto a la oportunidad

J.J. Martínez-Rodrigo y L. Martí-Bonmatí

Servicio de Radiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

El conflicto con otras especialidades que tienden a apropiarse de la práctica radiológica y de algunas de nuestras áreas de interés es uno de los problemas más importantes con los que la Radiología y los radiólogos debemos enfrentarnos actualmente. La Radiología Vascular Intervencionista es el último y más reciente ejemplo de este fenómeno extendido a nivel mundial. Lejos de actitudes derrotistas, debemos aprender de los errores pasados, transformando este escenario actual en una oportunidad para evolucionar hacia una especialidad más competitiva y acorde con lo que de la imagen médica se debe demandar. Los autores revisan la situación actual de los conflictos de la Radiología con otras especialidades, incidiendo en sus posibles causas y proponiendo estrategias de resolución.

Palabras clave: conflicto, Radiología Intervencionista, estrategias de resolución.

Professional competencies: from conflict to opportunity

The turf battles with other specialties that tend to take control of the radiological practice and some of our areas of interest are one of the most important problems that Radiology must face at the present time. Interventional Radiology is the last one and the more recent example of this phenomenon that spreads world-wide. Far from defeatist attitudes, we must learn from our past mistakes to turn this scenario into an opportunity to evolve towards a more competitive and updated specialty according to our time. The authors review the present situation of the turf battles of Radiology with other specialties, pointing to their possible causes and proposing the resolution strategies.

Key words: conflict, Interventional Radiology, resolution strategies.

“Usted demuéstreles que posee algo que es realmente beneficioso, y entonces el reconocimiento de su talento no tendrá límites”.

Joseph Conrad. *El corazón de las tinieblas*

Introducción

El debate entre radiólogos y cirujanos vasculares sobre quién debe ser el responsable del manejo fundamental de las intervenciones vasculares ha sido amplio objeto de discusión en la literatura médica, y en congresos y reuniones científicas de estos últimos años. Este no es un problema aislado de la Radiología Intervencionista.

Ninguna reunión radiológica que se precie es ajena a los conflictos entre especialidades por la posesión de las técnicas de diagnóstico y terapéutica por la imagen^{1,2}. La cuestión de quién invade el campo de quién es claramente un punto de vista que depende principalmente de la afiliación profesional individual^{3,4}. Los radiólogos tendemos tradicionalmente a defender nuestro campo basándonos en la capacitación tecnológica y la habilidad técnica adquirida para desarrollar los estudios y las técnicas de

imagen, y no en la atención integral del paciente. Nuestra frustración se hace evidente frente a la opinión de otros especialistas que no comparten estos puntos de vista⁵.

La especialización en Medicina ha cambiado el panorama en las últimas décadas. La especialización es una respuesta a la expansión de los mercados y a los avances en el conocimiento. La Radiología no está exenta de estas necesidades.

En este artículo se analiza esta problemática profesional planteada en nuestra especialidad, y las posibles soluciones cuya implantación tal vez permitiera mantener la radiología como especialidad de referencia en las técnicas de imagen médica.

Planteamiento del problema

En numerosos congresos hemos vivido reuniones enfervorizadas clamando contra otros especialistas porque asumían nuestras técnicas tras aprenderlas en muchas ocasiones de nuestras propias manos! Todos nos hemos preguntado por qué motivo no se ha podido evitar la migración de estas técnicas a estas especialidades, y por qué, aunque nosotros estamos ahora más capacitados técnicamente y las desarrollemos en el seno de nuestra especialidad, acabamos en manos de otros especialistas amparados en la posesión de los pacientes.

Precisamente esto último es lo que tradicionalmente más nos ha diferenciado: la carencia de pacientes propios. El hecho clave es que, a diferencia de otros especialistas, nuestra implicación con los pacientes dentro del sistema sanitario ha sido mínima, y ha estado centrada en una parte aislada del acto médico completo: el diagnóstico. Además, el radiólogo no ha tenido implicación real en las decisiones sobre los pacientes dentro del proceso

Correspondencia:

JOSÉ J. MARTÍNEZ-RODRIGO. Servicio de Radiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Avda. Gaspar Aguilar, 90. 46017. Valencia. jmrod@telefonica.net

Recibido: 12-V-06

Aceptado: 19-X-06

sanitario. Este hecho, que ha sido utilizado por algunos radiólogos como excusa para eludir problemas asistenciales, es un arma de doble filo que acaba volviéndose en nuestra contra. En otras especialidades el diagnóstico es una parte del total de los servicios que se ofrecen. Asociado al diagnóstico los médicos controlan y proporcionan asistencia de principio a fin, desde la recepción inicial y valoración de los pacientes, incluyendo la prevención, hasta el producto final, que es el paciente tratado. Evidentemente este tipo de servicio es mucho más competitivo y tiende a mantenerse y aumentar su competitividad, agrupando todas las diferentes etapas del proceso sanitario que quedan dentro del área de conocimiento específico. Así, garantizan la necesidad de especialistas propios y el control total y cerrado del acto médico, sin interferencias externas que pudieran distorsionar la uniformidad de una asistencia basada en servicios únicos.

Para adquirir las técnicas de imagen algunas especialidades procura absorberlas dentro de sus propias carteras de servicios una vez han demostrado su utilidad. Así, la ecocardiografía, la ecografía obstétrica y ginecológica, y la urológica y abdominal se realizan en proporción variable por médicos prescriptores no radiólogos. Esta forma de actuación les proporciona la ventaja de mantener un control absoluto de todos los pasos dentro de la cadena de producción sanitaria y, por tanto, dota de un mayor poder individual a la especialidad y al especialista que la ejerce. Las agendas de estos recursos técnicos en manos de estos especialistas no radiólogos son significativamente más laxas que las nuestras, con una organización de su franja laboral muy diferente de la nuestra (con sesiones clínicas, consultas, planta, etc.).

Cabría ahora preguntarse, desde nuestra perspectiva como radiólogos, qué es lo que motiva la migración de las técnicas radiológicas fuera de los Servicios de Radiología. Analicemos primero el perfil de los radiólogos como especialistas. Nos hemos visto atraídos por una especialidad con una gran preponderancia de la técnica, en la que son los métodos y el dominio y posesión de los equipamientos lo que nos atrae y tradicionalmente supedita. El desarrollo de la informática, la electrónica y las técnicas de imagen de los últimos años (resonancia magnética [RM], tomografía axial computarizada [TAC], ecografía, digital) y su implicación económica derivada de su coste es un hecho evidente. Estos avances, casi milagrosos, han atraído hacia la especialidad a residentes brillantes que han contribuido al desarrollo exponencial vivido en estos años. Este fenómeno técnico y profesional no ha pasado desapercibido a otros especialistas, que han visto cómo parte de su competitividad se veía mermada por el dominio que los radiólogos tienen, a través de estas tecnologías, sobre sus áreas de conocimiento⁵.

Los radiólogos intervencionistas han manifestado tradicionalmente cierto rechazo hacia el resto de sus compañeros radiólogos, considerándolos en algunos casos como diferentes especialistas que no asumían tratamientos. Sin embargo, la diferencia real entre unos y otros ha sido mínima, pues la realidad es que ambos, radiólogos intervencionistas y diagnósticos, cumplían la misma tarea: realizar técnicas para terceras partes sin decidir en el manejo global de los pacientes. Actualmente todos los radiólogos pueden realizar técnicas intervencionistas (por ejemplo, los pediátricos realizan sus punciones y drenajes, los de músculo-esquelético sus biopsias y vertebroplastias) y los intervencionistas han asumido técnicas diagnósticas no invasivas (por ejemplo la RM vascular). Los radiólogos vasculares intervencionistas clásicos deben asumir las técnicas que corresponden a su parte dentro del esquema de órganos-sistemas (angio-TC, angio-RM, eco-doppler, clínica), colaborando con el resto de radiólogos para asumir las partes del intervencionismo de menor nivel de complejidad que puedan ser llevadas a cabo dentro del modelo orga-

nizativo clínico. Este es un gran reto al que se enfrenta el radiólogo vascular.

Históricamente, diferentes especialistas reaccionan ante esta amenaza de pérdida de su competitividad de la misma manera: incorporan estas nuevas técnicas a sus propias carteras de servicios, integrándolas en su modelo de práctica médica. Así, a pesar del dominio y la superioridad técnica inicial de los radiólogos, muchas de estas exploraciones han terminado fuera de la Radiología e integradas en otras especialidades. Los argumentos aducidos para justificar esta apropiación de las técnicas suelen centrarse en el interés y la comodidad de "sus" pacientes, y en la dejadez y escasez de los radiólogos⁶. La tradicional exploración clínica y anamnesis ha sido sustituida por las exploraciones complementarias por los especialistas mal llamados "clínicos". Su evidencia es más sólida y defendible en casos conflictivos. Los ecógrafos sustituyen a los fonendoscopios en muchas consultas.

Es cierto, y está asumido, que los radiólogos nos hemos encontrado en las últimas décadas con un aumento de las técnicas a nuestra disposición, y con un desarrollo del resto de especialidades médicas frente a la tradicional Medicina Interna y Cirugía General, lo que ha llevado a demandarnos un mayor conocimiento e integración clínica de la información, que se obtiene con los medios de diagnóstico y tratamiento basados en la imagen.

Para solventar los problemas a los pacientes y ser competitivos frente a otros especialistas se requiere de una capacitación radiológica muy especializada. Hoy en día no es concebible dominar toda la Radiología y a la par mantener un nivel de conocimientos competitivos con los del clínico especialista. Aunque la especialización muy marcada no es imprescindible para ejercer una Medicina de calidad, necesitamos como colectivo ser siempre competitivos, es decir, aportar un nivel de conocimiento superior al de nuestro entorno. Si el radiólogo no resuelve adecuadamente las incertidumbres diagnósticas y los problemas terapéuticos sobre los que tiene competencia y conocimiento, evidentemente no haremos falta para nada.

Otra clara causa de la pérdida de competitividad es la inadaptación a la demanda. La exigencia de la alta disponibilidad que se requiere de nuestro Servicio por parte de los demás médicos no está satisfecha en numerosas ocasiones, bien por carencia de radiólogos, lo que obliga a otros especialistas a asumir ellos mismos el Servicio, bien por falta de una cobertura adecuada del Servicio durante las 24 horas, acabando también el especialista por asumir finalmente la prueba.

El desarrollo tecnológico nos ha hecho un gran favor (nuestro desarrollo como profesión), pero también nos tiende una trampa (no se cuestiona la imagen médica, sino a los radiólogos). Los avances médicos se han publicitado mayoritariamente como progresos tecnológicos. El éxito médico de la tecnología, próximo a lo milagroso, es fuente de orgullo profesional y de admiración por parte del público. Su alto coste y engañosa publicidad (no se perciben como utensilios, sino como productos finales) ha provocado reformas en los métodos de financiación y prestación y cambios políticos y burocráticos, con debates sobre el papel del mercado, la privatización de la oferta, la carencia de incentivos, el difícil control del gasto y el más difícil todavía análisis coste-beneficio.

Desgraciadamente, los radiólogos hemos ahondado mucho en este aspecto tecnológico, pero hemos pasado casi de puntillas por el entorno clínico. De nuestras publicaciones científicas la mayoría tratan de nuestro "fonendoscopio" (léase cualquier técnica radiológica) y pocas de enfermedades (léase series clínicas sobre nuestra relevancia en los diagnósticos, los tratamientos y sus evaluaciones). Irónicamente, el vigor del debate técnico nos ha servido para enmascarar nuestra ausencia en el foro clínico.

La falta de implicación clínica y en investigación y publicaciones de los radiólogos es una razón que explica en parte la migración de las técnicas radiológicas hacia otras especialidades.

Estrategias de solución

La Radiología es una especialidad que se ha ido adaptando a lo largo de su historia. La especialidad pasó de justificarse por la obtención de radiografías de alta calidad a ser la disciplina que interpreta las imágenes y las usa en beneficio del paciente. Este salto cualitativo se debe a grandes especialistas de los Servicios radiológicos en los que se ha desarrollado el concepto clínico de la Radiología, manteniendo la cohesión de las técnicas de imagen dentro de la especialidad.

Especialización

El salto cualitativo que la Radiología ha dado para asentar su competitividad es la organización clínica de nuestro trabajo, en gran medida asociada a la estructuración de los servicios por órganos y sistemas. Con nuestra especialización clínica, por ejemplo, el radiólogo de tórax, o con especial dedicación al tórax, no sólo domina las técnicas de imagen en tórax sino que, además, conoce las estrategias terapéuticas y puede discutir y orientar al neumólogo y al cirujano torácico sobre los pasos a seguir para llegar a solucionar el problema por el que el paciente solicitó la actuación médica. El radiólogo es capaz de realizar procedimientos invasivos, como una punción de tórax, para obtener material para un diagnóstico, drenar un absceso torácico o realizar una ablación por radiofrecuencia de un tumor pulmonar. Este salto cualitativo afecta significativamente al proceso sanitario, ya que aunque el radiólogo realizaba anteriormente tratamientos (los radiólogos intervencionistas son los que desde hace tiempo adoptaron un modelo más similar), ahora tiene las bases para poder asumir de forma competente responsabilidades clínicas y controlar más fases del proceso sanitario.

Integración diagnóstica y clínico-radiológica: asistencia clínica

Esta especialización clínica tan necesaria no es suficiente. Cuando empezamos a ser competitivos, y por lo tanto competidores, el resto de especialistas nos acaban viendo como una amenaza y asumirán las diferentes técnicas de imagen sin que los radiólogos podamos hacer mucho para evitarlo. ¿Por qué ocurre esto? Esencialmente porque no tratamos con los pacientes y seguimos dando cobertura únicamente a una parte aislada del proceso sanitario, ocupándonos meramente de técnicas y no globalmente del paciente.

¿Cuál es la solución a este problema? Puede que esté en la integración diagnóstica y clínico-radiológica, es decir, en asumir la asistencia clínica. Aunque un gran paso en este sentido es la especialización clínica favorecida por la organización en órganos y sistemas, el siguiente movimiento es la asunción de responsabilidades clínicas⁷⁻⁹. Responsabilizarse de los pacientes pasando de ser meros consultores de los médicos especialistas a asumir un papel más activo en el proceso sanitario implica abrir nuestra cartera de servicios.

Nuestra cartera de servicios, tradicionalmente asociada a la asistencia especializada, debe ampliarse a aquella parte del sistema sanitario que más puede beneficiarse de toda nuestra expe-

riencia como especialistas, es decir, a la asistencia primaria¹⁰. De esta forma podemos asumir la orientación de los pacientes desde la primera consulta, acortando las listas de espera para el especialista y evitando visitas innecesarias mediante nuestra valoración y orientación de la situación del paciente con el uso adecuado del arsenal diagnóstico y terapéutico radiológico. En el caso de que seamos capaces con nuestros medios de resolver problemas debería terminarse aquí el proceso. Ejemplos de este paso son los miomas uterinos y la patología vascular periférica. Con el concepto de radiología-clínica integrada el servicio que se puede proporcionar a la población desde la primaria, sin dejar de lado las prestaciones a la especializada que tradicionalmente damos, es mucho más competitivo. Para que esto sea posible es necesario cuantificar el impacto de esta práctica y modificar no sólo nuestros esquemas de trabajo, sino también la enseñanza de la Radiología.

Abrir la cartera de servicios implica necesariamente ofrecer atención continuada durante las 24 horas del día, y estar presentes en todos los ámbitos y niveles de la asistencia sanitaria. Los radiólogos somos los que debemos ofrecer servicio tanto desde la calidad, como desde la disponibilidad de nuestro trabajo.

Las imbricaciones clínico-radiológicas deben claramente contemplarse en la definición de la especialidad de Radiología (tal vez debería abandonarse definitivamente la denominación de radiodiagnóstico), de forma que quede explícitamente plasmado que la Radiología es la especialidad troncal en la que se diagnostica y tratan las enfermedades, tal y como actualmente se define. En nuestro futuro está la capacidad de ampliar y expandir este objeto de estudio a las diferentes subespecialidades (es decir, el radiólogo vascular diagnostica y trata las enfermedades vasculares, el neurorradiólogo diagnostica y trata las enfermedades neurológicas, y todos desde el conocimiento nosológico de su parcela de conocimiento). Tanto si se opta por un conocimiento troncal (similar a la Medicina Familiar y a la Interna) como específico (similar a otras especialidades clínicas), el diagnóstico clínico y la oferta de un tratamiento basado en la imagen, junto con la vigilancia del paciente, se puede desarrollar desde nuestra especialidad sin necesidad de acreditaciones adicionales. Esta es una labor que debe acometerse rápidamente para garantizar el crecimiento de la especialidad sin derivas hacia otros caminos.

No debemos olvidar que antes que radiólogos somos médicos. Manejar situaciones clínicas complejas puede requerir de la ayuda de otros especialistas (tal y como estos especialistas hacen en todos los hospitales actualmente mediante interconsultas), pero no podemos eludir nuestra responsabilidad como médicos en el manejo básico de los pacientes. La responsabilización directa de los pacientes no implica exclusividad, ni tampoco lo contrario.

Formación continuada y actualizada

Las sociedades científicas, como la SERAM, deben proporcionar a sus miembros el soporte necesario para una formación continua y progresiva. El soporte clínico necesario para manejar pacientes debe fomentarse desde la SERAM, desde sus secciones y desde la SERVEI, mediante la realización de cursos de actualización para sus miembros, con programas de acreditación para el manejo clínico de pacientes y creación de guías de práctica clínica y documentos de consenso³. Estos documentos deberían ser discutidos y publicados en los órganos de difusión de la especialidad, tanto en el ámbito nacional como en el europeo¹¹⁻¹³. Estas guías y documentos darán soporte a aquellos profesionales de la Radiología que emprendan el camino de asumir responsabilidades clínicas y de manejo de pacientes.

Fundamentos legales

La asunción de responsabilidades clínicas plantea problemas de responsabilidades legales que pueden llegar a disuadir a algunos radiólogos para emprender el camino de la integración clínico-radiológica.

La Medicina actual tiene una estructura jerarquizada, donde hay un responsable último para las diferentes patologías que es el especialista. Aunque puede parecer que son otros especialistas los que tienen la última palabra en las decisiones sobre determinadas enfermedades, está poco asumido y difundido el papel final del radiólogo en muchas de ellas, no existiendo conciencia clara de nuestra implicación en este sentido. Hoy en día la Radiología es la última opción para muchos pacientes, y somos el último referente en caso de que otras técnicas no puedan realizarse, no tengan buen resultado o presenten complicaciones. Debe fomentarse y difundirse este papel clínico del radiólogo, por lo que debe quedar bien claro cuáles son nuestras bases legales para la toma de decisiones. Es necesario que las sociedades científicas y la Comisión Nacional de la Especialidad definan estas consideraciones y den a conocer a los demás profesionales y a los propios pacientes lo que sabemos y podemos hacer. Las sociedades científicas deberían proporcionar consultoría y soporte a los especialistas para emprender con seguridad el camino clínico-radiológico.

Integración funcional

Por integración funcional entendemos el mantenimiento conjunto de todas las técnicas de imagen y de los especialistas que las llevan a cabo dentro del Servicio de Radiología. En este sentido conviene evitar la salida de los radiólogos del Servicio de Radiología para integrarse en otras especialidades (el "secuestro") debiendo, cuando fuera necesario, fomentarse la integración e incorporación de especialistas de otras especialidades dentro del propio Servicio de Radiología (la "captación"). Un ejemplo de lo primero lo tendríamos en aquellos radiólogos que se han integrado con equipos de cardiólogos para la realización de las técnicas intervencionistas periféricas y de las carótidas en Estados Unidos. El ejemplo contrario sería la incorporación de cardiólogos en Servicios de Radiología para la adecuación de la RM de corazón en situaciones críticas. La integración tecnológica con ingenieros, informáticos y espectroscopistas también debe considerarse en este apartado. Esta integración activa debe motivar a los residentes a iniciarse en estos campos y a asumir el manejo médico de estos pacientes, fomentando el aprendizaje mediante consensos y actualizaciones clínicas.

La integración en los Servicios de Radiología de profesionales y técnicas de imagen generará un modelo con una mayor competitividad y rendimiento. Es por ello que opciones como crear "servicios" aislados de RM o similares no deberían tener cabida, ya que rompen la unión e imposibilitan un enfoque integrador. Donde estos modelos no existen no deben prosperar, y donde estén presentes deberían buscarse fórmulas para lograr su integración completa en los Servicios existentes de Radiología.

Consulta externa y camas

La necesidad legislada de informar a los pacientes conlleva la responsabilidad por parte de los radiólogos de explicar los procedimientos, los riesgos y los beneficios derivados de ellos, y las alternativas diagnósticas y terapéuticas (incluyendo aquellas que

supongan menor irradiación para el paciente). En el caso de procedimientos complejos (por ejemplo embolización de aneurismas cerebrales, vertebroplastias o endoprótesis vasculares en aneurismas) existe una implicación clínica mucho más obvia. El conocedor exacto de los procesos es el radiólogo que los realiza, y es quien debe indicar o valorar la correcta indicación de los procedimientos. Con todo lo que esto implica está sobradamente justificado y debería ser una práctica extendida en los Servicios de Radiología la existencia de una consulta externa radiológica. Esta consulta debe servir para valorar a los pacientes a los que va a someterse a procedimientos invasivos diversos, para evaluar pacientes remitidos directamente a los Servicios de Radiología solicitando orientación diagnóstica para resolver un problema, para informar a los pacientes, para generar ingresos hospitalarios y para el seguimiento de aquellos procedimientos directamente indicados o realizados desde el Servicio de Radiología.

El Servicio de Radiología debe disponer de camas para los ingresos a su cargo. Los radiólogos con más implicación clínica deberán sustentar esta práctica tal y como en otras especialidades se realiza. En nuestra opinión hoy en día no se justifica la cesión a los especialistas de esta parte de los cuidados médicos, bien por miedo al paciente, bien por falta de personal, bien por comodidad. Está claro que es una tarea que, como el resto de especialidades, se puede y debe asumir en la medida de lo razonable, sin sobrecargar los Servicios, pudiendo mantenerse fórmulas mixtas en las que algunas patologías se asuman totalmente por Radiología y en otras se siga contando con otros Servicios (esta práctica se realiza en otras especialidades). Debemos tener presente que contamos con la asistencia de estos especialistas en caso de necesitarlos mediante interconsultas, tal y como se hace en todos los hospitales de nuestro entorno. Esta última idea, aunque puede parecer una concesión en el concepto de la posesión del paciente, sólo pretende ser una solución más práctica y adecuada a la realidad asistencial de nuestros hospitales, para la asunción de responsabilidades clínicas por parte de los radiólogos de una forma inmediata.

Si afirmamos que la radiología es una especialidad de diagnóstico y tratamiento, tal y como se define nuestra especialidad, hay que asumirla en su totalidad. Para ello los radiólogos intervencionistas pueden sentar una base y ayudar dentro de los Servicios de Radiología realizando este papel inicialmente.

Equipos multidisciplinares

Una forma más dinámica y eficaz de agrupar esfuerzos es la creación de equipos multidisciplinares, formados por diferentes especialistas que aportan el desempeño de sus parcelas individuales, conjuntadas y coordinadas con el resto de los miembros del equipo, con el único interés de realizar adecuadamente el acto médico requerido por el paciente. Un ejemplo de esta aproximación son los comités de tumores de muchos de nuestros hospitales. Este abordaje presenta la ventaja de aumentar la competitividad frente a terceros a través de la consecución de la excelencia mediante la suma de las aportaciones individuales de cada especialidad. Es más fácil que un especialista dedicado a una parcela concreta del conocimiento, e integrado en un equipo multidisciplinario, rinda mucho más que un especialista aislado, que realiza técnicas y analiza problemas que no le son siempre tan cercanos. Hay equipos multidisciplinares más conflictivos que otros. La integridad de la labor del radiólogo no debe tener como base de sustentación principal las afinidades personales (así ha sido y es en muchos casos actualmente) dentro de los grupos, sino la solidez del trabajo, formando parte no como un mero técnico,

sino como elemento fundamental en igualdad de condiciones al resto de integrantes, aportando pacientes, opiniones y argumentos diagnósticos y terapéuticos en la solución de los problemas del grupo.

Potenciar la imagen de la especialidad en la licenciatura de Medicina

Es posible que en algunas facultades la enseñanza de la Radiología sea muy deficitaria por falta de contenido y horario. Recientemente, además, se está extendiendo un modelo de enseñanza universitaria en el que las prácticas y los contenidos de Radiología desaparecen como tales para asumirse dentro de cada una de las asignaturas de las especialidades (por ejemplo, la Radiología de tórax se enseña dentro de Neumología). Esta agresión a la integridad de nuestra especialidad crea en la Medicina universitaria una visión rota de la Radiología, privando a los futuros médicos de la visión global, integral y enriquecedora de nuestra especialidad. Las sociedades y comisiones deben presionar a los órganos rectores y denunciar que estos hechos perjudican la formación de los médicos generales y de los futuros especialistas. Se debe facilitar a las universidades y facultades de Medicina la formación más actualizada y la realización de prácticas integrales en los Servicios de Radiología. Parte de nuestro futuro se juega aquí. El acceso a la formación radiológica fuera de la Radiología debería denunciarse en las instancias nacionales y europeas competentes.

Aumento de las plantillas de radiólogos

Con todo lo expuesto resulta evidente que se requiere un aumento de las plantillas, modificación de las agendas y de los perfiles asistenciales de la especialidad, ya que con la saturación asistencial a la que estamos sometidos se hace difícil dar un servicio competitivo acorde con lo que demanda actualmente nuestra sanidad. Este es un problema común a toda la especialidad y muy evidente en algunas parcelas como la Radiología pediátrica¹⁴ y el intervencionismo. Con planteamientos como los expuestos parece más fácil justificar ante los gestores sanitarios el beneficio que supone aumentar el número de radiólogos. Es labor nuestra y de nuestra Sociedad elaborar recomendaciones, criterios de calidad y guías para que se auditen los actuales Servicios de Radiología, y así justificar una dotación de los recursos humanos y tecnológicos necesarios para un correcto funcionamiento.

Control de calidad

Es responsabilidad nuestra como radiólogos mantener la excelencia en el desarrollo e implementación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas por imagen, cumpliendo con los criterios de calidad establecidos y revisados periódicamente. Debemos ser los responsables del control de calidad de todas las exploraciones que utilicen radiaciones ionizantes, sean realizadas por nosotros o por otros especialistas, conforme a la Ley¹⁵. Además, dado el coste de las inversiones en tecnologías de imagen realizadas en los hospitales, la integración del diagnóstico y la terapéutica por la imagen es la única forma de rentabilizar adecuadamente todos los equipos, ya que su disgregación genera ineficiencia y a largo plazo obsolescencia.

Líderes de la investigación

Hacia la excelencia se camina también manteniendo líneas de investigación en imagen médica, que deben estar estructuradas desde la Radiología y fomentadas mediante reuniones, becas y programas de investigación. Nuestro futuro depende de la innovación, que es el corazón de la Radiología¹⁶. La integración de los

radiólogos como motores de la investigación biomédica en red es una tarea claramente necesaria a muy corto plazo.

La incorporación de la investigación a la práctica clínica debe estar asegurada dentro de modelos integrados, basándose en criterios de calidad, con adecuación de medios, efectividad, eficacia, gestión adecuada de recursos humanos y tecnológicos y participación en el proceso sanitario a todos sus niveles, desde la asistencia primaria a la especializada, de la investigación básica a la clínica.

Conclusiones

La radiología es una disciplina en proceso continuo de adaptación y cambio. Los conflictos con otras especialidades son comunes en múltiples partes de nuestra especialidad. Lejos de enfocarse de modo pesimista deben llevarnos a la reflexión para transformarlos en oportunidades de crecimiento y mejora. Las respuestas a estos retos pasan por la Radiología clínica, la especialización, el control de la formación, la integración funcional, la calidad y, en definitiva, sentar las bases para que los radiólogos encontremos el apoyo necesario para liderar el diagnóstico y la terapéutica por la imagen. Aunque las sociedades científicas son una base fundamental en este escenario, individualmente debemos adaptarnos a este panorama cambiante en la práctica médica, y estar preparados para los retos que el futuro depare.

Los Servicios de Radiología deben estructurarse con la mayor especialización posible. Sus componentes deben avanzar por diversas parcelas del conocimiento. Unos dominarán principalmente un área del conocimiento (una o varias parcelas clínicas), otros serán los responsables de las implantaciones de los desarrollos tecnológicos (una o varias metodologías) y todos desarrollarán la formación y la investigación aplicada. Debemos incorporar en nuestro entorno a los especialistas de áreas relacionadas (ingenieros, físicos, químicos e informáticos) para optimizar todos los procesos en los que la imagen médica sea una pieza clave, todo esto planteado con una mayor relación con la asistencia primaria manteniendo una interrelación estrecha con la especializada.

No deberíamos alejarnos mucho de esta visión. Habrá Servicios en los que el único radiólogo que lo constituye se verá aislado; otros donde será más fácil trabajar centrados en equipamientos que en áreas clínicas; algunos donde falte la relación con los pacientes y los que no implanten carteras de servicios ni control de calidad, pero en ninguno habrá radiólogos de primera ni de segunda si nos reconocemos todos como profesionales, cuyos motivos de orgullo para ser médicos se centran en una especialidad troncal de contenido clínico, de acciones dirigidas al estudio y la enseñanza de la imagen médica y la terapéutica guiada por la imagen, involucrada en promover y realizar ciencia e investigación con eficacia sanitaria, capaces de influir en las instituciones gestoras de nuestros procesos y abiertos a la implantación progresiva de medidas estratégicas de comunicación.

Agradecimientos

Este trabajo arranca de diversas charlas entre los autores que se iniciaron con la problemática entre radiólogos intervencionistas y cirujanos vasculares. La continuidad de ellas con los Dres. R. Hernández (Michigan, EE. UU.), J. Vilar (Valencia, España) y J.

Vitek (New York, EE. UU.) ha permitido ampliar la exposición e incorporar más reflexiones al artículo.

Bibliografía

1. Wexler L, Ginsburg R, Mitchell RS, Mehigan JT. The vascular war of 1988. *JAMA*. 1988;261:418-9.
2. Zarins CK. The vascular war of 1988: The enemy is met. *JAMA*. 1988; 256:1:416-7.
3. Levin C, Vijay M, Bree R, Neiman H. Turf battles in radiology: How the radiology community can collectively respond to the challenge. *Radiology*. 1999;211:301-5.
4. Margulis A, Sunshine J. Radiology at the turn of the millennium. *Radiology*. 2000;214:15-231.
5. Enzmann DR. A different look at turf. *Radiology*. 2005;234:347-92.
6. Lee JKT. In my view a centennial essay. *AJR*. 2000;175:956.
7. Pentecost MJ. Clinical practice of interventional radiology and neurointerventional radiology white paper. ACR task force on interventional radiology; 2003.
8. Murphy TP. American College of Radiology Practice Guideline for Interventional Clinical Practice: a commitment to patient care. *J Vasc Interv Radiol*. 2005;16 2 Pt 1:157-9.
9. American College of Radiology. American society of interventional and therapeutic neuroradiology. Society of interventional radiology. Practice Guideline for Interventional Clinical Practice. *J Vasc Interv Radiol*. 2005; 16 2 Pt 1:149-55.
10. Thomson KR. Interventional radiology. *Lancet*. 1997;350(9074):354-8.
11. Hirshfeld JW Jr, Ellis SG, Faxon DP. Recommendations for the assessment and maintenance of proficiency in coronary interventional procedures: statement of the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 1998;31:722-43.
12. Ryan T, Bauman W, Kennedy J, Kereiakes DJ, King SB 3rd, McCallister BD, et al. Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures (Committee on Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty). *Circulation*. 1993;88(6):2987-3007.
13. Sacks D, Connors JJ. Carotid stent placement, stroke prevention, and training. *Radiology*. 2005;234:49-52.
14. Bramson RT, Taylor G. SOS. Can we save pediatric radiology? *Radiology*. 2005;235:719-22.
15. Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316), artículos 40.7 y 110, disposición final cuarta. BOE 14 julio 2001, núm. 168. p. 25591.
16. Becker GJ. The future of Interventional Radiology. *Radiology*. 2001;220: 281-92.

Declaración de conflicto de intereses.

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.