



RADIOLOGÍA Y PENSAMIENTO

PILAR GALLAR

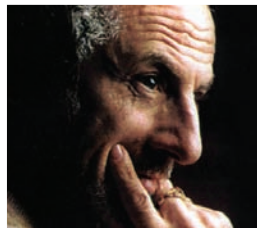
PRÓLOGO:

Marisa Rodríguez
Abanceñs



Entrevistas con Emilio Pascual
y Rafael Álvarez El Brujo:

Herminia Molina



RADIOLOGÍA Y PENSAMIENTO

PILAR GALLAR

Reservados todos los derechos
© 2006 Pilar Gallar



L&C Diseño, S.L.
C/ Juan de Mariana, 19,
28045 - Madrid
Telfs.: 91 468 19 57. Fax: 91 468 28 43
E-mail: publicidad@lycdesign.com

ISBN: 84-611-0812-4
Depósito Legal: M-22067-2006
Impreso en España - Printed in Spain

Las manifestaciones de los autores aquí reseñados o citados, no concuerdan necesariamente con la opinión sustentada por Schering España, S.A.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
PRÓLOGO DE MARISA RODRÍGUEZ ABANCÉNS	7
¿POR QUÉ RADIOLOGÍA Y PENSAMIENTO?	13

PRIMERA PARTE:

DE CÓMO SE HA GESTADO EL PENSAMIENTO COLECTIVO

1. Radiología y cine	17
2. Los primeros cincuenta años	21
3. El eje Barcelona-Madrid	27
4. El prestigio del radiólogo	33
5. Especialización y titulación en Radiología	
Diagnóstica: un largo camino	39
6. Residentes	47
7. Formación continuada	53
8. El lenguaje radiológico	57
9. Enseñanza universitaria	65
10. La SERAM y sus relaciones internacionales	71
11. El Servicio de Radiología como Empresa	75
12. Técnicos en Radiología	87
13. El paciente y el radiólogo	89

3

SEGUNDA PARTE:

DE CÓMO SE VIVE Y SE IMAGINA LA RADIOLOGÍA (ENTREVISTAS)

César Pedrosa	97
Fernando Solsona	103
Carlos Alexander	109
José Cáceres	115
Ricardo Rodríguez	121
Nieves Gómez León	127
Javier Lafuente	133
Luis Martí Bonmatí	139
Francisco Tardáguila	145
Juan Solozábal	151

José Ignacio Bilbao	157
Javier Rodríguez Recio	163
Carmen Pérez Martínez	169
Ginés Madrid	175
Emilio Álvarez	181
M ^a Luisa Martínez González	187
Ignacio Ayerdi	193
Valentín Andrés	201
Javier González Tejera	205
Ana Simó	209
M ^a Jesús Álava Reyes	217
Emilio Pascual	223
Rafael Álvarez El Brujo	233

AGRADECIMIENTOS

A Schering España, S. A. y a Valentín Andrés, que creyó en el proyecto de este libro cuando aún estaba en el aire.

A la abogada y periodista Marisa Rodríguez Abancéns por su espléndido y generoso prólogo.

A la escritora Herminia Molina, por sus continuas correcciones y por regalarme las entrevistas de Emilio Pascual y Rafael Álvarez El Brujo.

A todos los que, a lo largo de los años, plasmaron su pensamiento en la revista RADIOLOGÍA.

Y a todos, radiólogos y no radiólogos, que se expresaron a través de la entrevista.

PRÓLOGO

SI CON EL PENSAMIENTO SE CAMINARA...

“Si con el pensamiento se caminara, cuántas veces al día contigo estara”, dice una canción andaluza. Muy pronto entenderá el lector por qué traemos cita tan sonora a un libro sobre radiología, aunque seguro que ésta, como toda tarea humana, también está hecha de música y letra.

Hace apenas un año vimos salir a la luz un interesante libro de la misma autora: *Sobre las radiólogas españolas*. Entonces nuestra atención se centró en la mirada de aquellas mujeres y su esfuerzo por captar la vida y rescatarla a través de los años. Una carrera espléndida de lucidez y tesón. El libro gustó mucho y sigue gustando. Éxito merecido que se justifica, de una parte, por la palabra clara de su autora y, de otra, por la solidez de las profesionales entrevistadas, el tratamiento de las entrevistas y la cuidada edición.

Si aquel era un “libro río”, en expresión de Pilar Gallar, el que ahora ve la luz tiene algo de “camino”, siguiendo con las imágenes geográficas que, por otra parte, tanto ayudaron a los escritores más clarividentes. El *se hace camino al andar* de Machado cuadra muy bien en estas páginas. Porque por ellas circulan ideas, que son las que hacen avanzar cualquier empresa humana, vislumbrar nuevas rutas, abrir posibilidades de futuro; libro de caminos, pues, porque recoge, como bien dice quien lo escribe, “un pensamiento vivo sobre lo que es y lo que será la radiología española en el futuro”. Por eso es un texto dinámico, en movimiento, en el que pasan y se cuentan cosas.

La primera parte del libro: **De cómo se ha gestado el pensamiento colectivo**, es un recorrido original, y en ocasiones divertido, de la aventura radiológica, desde finales del siglo XIX, desde el descubrimiento del cine y su feliz coincidencia con la aparición de los rayos X. La radiología y el cine. Una historia que avanzó a la par y que la autora sabe –porque entiende muy bien de ambos extremos– que todo depende de la luz de los ojos que miran.

Estamos hablando de una especialidad médica con apenas ciento once años de historia. Da gusto acercarse a aquellos radiólogos pioneros de principios de siglo manejando equipos tan elementales, como verdaderos artesanos de la imagen; a sus logros y conquistas.

Y da gusto porque nos lo cuentan desde dentro, desde la emoción del descubrimiento reciente; así se pregunta la autora cómo fueron y qué pensarían los primeros radiólogos españoles, qué sentirían al extraer con radioscopia el anzuelo del muslo de un pescador.

En el texto se pondera el valor de la palabra, la exactitud de la expresión, la claridad: “El espíritu del paciente se capta con la palabra”, se afirma en estas páginas. No faltan párrafos sabrosos –como un puñado de sal entre líneas– como el de la *flora y la fauna radiológicas* que relaciona el mundo de la botánica y la zoología con el radiológico, tan serio él.

Resulta interesante, también a una profana en la materia, pasear por los primeros cincuenta años de la radiología, por el eje Madrid-Barcelona y el bien ganado prestigio del radiólogo, o el momento en que se opera la separación del radiodiagnóstico y la radioterapia. Hay datos y cifras actualizados al día de hoy sobre los residentes. Se pasa por la enseñanza universitaria, por la importancia de la Sociedad de Radiología y sus relaciones internacionales; se subraya el quehacer de los técnicos, imprescindibles para la marcha de la buena radiología, su necesaria formación. Ellos representan, se dice, la cara visible –a veces única– ante el paciente; y está claro que no se puede, como se afirma aquí, hacer un buen diagnóstico si no hay previamente una buena imagen. Insiste la autora, especialmente, en la homologación curricular con Europa.

La segunda parte: **De cómo se vive y se imagina la radiología**, está dedicada a un género vivo y dinámico en el que la doctora Gallar ha demostrado moverse con la certeza y maestría propias de una auténtica profesional del periodismo: la entrevista.

Abre esta parte una *no entrevista* a César Pedrosa que, sin duda, invita a seguir leyendo el resto de las conversaciones. Vivo, locuaz, profundo y ligero, difusor de ideas, maestro indiscutible. A partir de aquí, una galería de interesantes profesionales recorre *Radiología y Pensamiento*. Desfilan personalidades del mundo de la radiología, especialistas que ejercieron su influencia en el pensamiento radiológico y en el de generaciones posteriores; estudiosos, técnicos, grandes y buenos docentes, profesionales de veras, gente al pie del cañón. También se recoge la voz de la psicóloga, del ingeniero, del farmacólogo, del empresario... Todo ello en un juego de preguntas y respues-

tas que van esbozando la radiología de mañana, las claves del buen profesional. En ellas, afirma la autora, “no se han buscado biografías sino pensamientos, la verdadera protagonista es la propia radiología”.

A través de estos diálogos afloran cuestiones de indiscutible interés como las referidas a la respuesta ante el diagnóstico, el pensamiento que se elabora a partir del mismo, cómo afrontar los errores, el valor de la entrega o el desafío del consentimiento informado –derecho del paciente–, visto como un proceso gradual de comunicación que desemboca en el libre consentimiento, en la libertad de elegir.

Las entrevistas terminan con la palabra del escritor y del artista, en una originalísima aportación a la radiología de la mano de la escritora Herminia Molina. Experta en el género, la entrevistadora sabe adentrarse en el mundo del entrevistado para dejar aflorar lo mejor del mismo, lo más original, humano y simpático. Así la realizada a Emilio Pascual, especialista en *El Quijote*, en la que ambos utilizan el lenguaje propio del hidalgo de la Mancha; o bien el diálogo con Rafael Álvarez *El Brujo*, hombre de teatro que, dice: “Ante el médico interpreto mi propia enfermedad...” Páginas, en fin, que cierran el libro con un toque de desenfado, con esa gracia mínima que deja esbozada una sonrisa –¡tan necesaria!– al terminar la lectura.

9

LA DIFUSIÓN DE IDEAS

Desde mi condición de periodista tengo que subrayar el uso que se hace aquí de las publicaciones periódicas, testigos excepcionales de la historia y del pensamiento radiológico. No en vano los periódicos son la radiografía de la sociedad en un momento dado. Ese es el valor del papel impreso de actualidad, “libre como un pájaro”, como diría Umbral, capaz de recoger el palpito diario de la vida. En eso consiste la paradoja del periodismo cuya nota esencial es la inmediatez, su naturaleza efímera, rápida, fungible y, sin embargo, a la postre, resulta ser la columna vertebral que soporta los avatares de la historia cotidiana, la radiografía del momento de cada época.

La doctora Gallar lo sabe bien y acude a las publicaciones periódicas del momento, auténticos hervideros de ideas, palabras arriesgadas, opiniones novedosas, ensayos que hacen avanzar el pensamiento. Desde la revista *Radiología* hasta la prestigiosas páginas de *Cuadernos para el Diálogo*, pasando por diferentes diarios de tirada nacional y revistas especializadas.

La autora busca y encuentra los primeros artículos sobre la dignificación del radiólogo español, el intrusismo, la formación sólida, cómo mejorar la imagen, o demandar recursos. Artículos –verdaderas Tribunas de Opinión– que ponen en debate cuestiones de interés provocando distintas respuestas, en ocasiones en la sección de *Cartas al Director*, sobre el nombre de la especialidad. Radiólogos y técnicos difunden sus ideas y muestran sus demandas. Ese el valor de la letra impresa, siempre ganando terreno, yendo por delante de las realizaciones.

Es en esas coordenadas que definen la actualidad de cada época en las que el periodismo cobra toda su eficacia, en las que su efecto multiplicador se muestra más evidente. De ahí las palabras de Thomas Jefferson: “Es preferible una sociedad de periódicos sin gobierno que una sociedad de gobierno sin periódicos”. O bien: “Dadme la libertad de hablar, de argüir, de pensar libremente según mi competencia por encima de todas las libertades”, como escribió John Milton en 1644.

Pues bien, estas páginas rezuman formación, pensamiento y libertad para expresarlo en esta especialidad concreta de la medicina que es la radiología. Se aboga por la formación a lo largo de toda la vida laboral. La formación es tarea definitiva y para siempre; la autora ha entendido que, como dice un pedagogo contemporáneo, “La formación es el único negocio de nuestra vida”.

EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO

A lo largo de estas páginas se habla –no podría ser de otra manera– del pasado y del presente pero, sobre todo, se habla del futuro; de los cambios que se avecinan –ya están siendo– de la radiología; de la impronta de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información. Avanza el conocimiento y avanza por delante la transmisión del mismo: la comunicación, gran factor de cambio de la realidad mundial porque ha pasado de la escasez a la abundancia, de la lentitud a la rapidez en un tiempo récord. Si desde antiguo se afirmaba que la información, el conocimiento era el poder, ahora se cumple con todas sus consecuencias. Cada sociedad da nombre al fenómeno más significativo que produce, y la actual se llama con acierto “Sociedad de la información y del conocimiento”.

Es evidente que las formas de comunicar han cambiado, sobre todo en lo que se refiere a los modos de transmisión, a los códigos, a

las posibilidades de impacto. La misma página web de la Sociedad de Radiología registra hoy más de dos mil entradas diarias. Se celebran congresos *on line* con herramientas virtuales; *poster* electrónicos, comunicaciones digitales, bibliotecas virtuales, telerradiología, forman ya parte del entorno radiológico. La información en tiempo real, el trabajo en red que ahorra tiempo y personal, y arrastra mil palabras conectadas, interactivas, enganchadas y virtuales. Naturalmente que todo este progreso influirá mucho más aún en la manera de trabajar en radiología, pero lo que seguirá siendo necesario es el pensamiento del radiólogo, la relación humana, el intercambio auténtico. Aunque a veces parezca algo así como caminar a contracorriente.

Se ha hablado mucho, y con preocupación, entre los estudiosos contemporáneos, del llamado *pensamiento único*, esto es, el dominio de las ideas al servicio de una concreta concepción del mundo. Una especie de colonialismo cultural que Ignacio Ramonet, Director de *Le Monde Diplomatique*, expresa con acertada agudeza cuando escribe: “En las democracias actuales cada vez son más los ciudadanos que se sienten atrapados, empapados en una especie de doctrina viscosa que, insensiblemente, envuelve cualquier razonamiento, lo inhibe, lo perturba, lo paraliza. Esta doctrina es el pensamiento único, el único autorizado por un invisible y omnipresente policía de la opinión”.

Alguien ha dicho que nunca como ahora el ser humano ha tenido más posibilidades de conducir al mundo hacia la destrucción o hacia la armonía.

Por eso resulta de sumo interés un libro que invita a *atreverse a pensar*, que pondera y valora la formación del pensamiento propio. Que pretende usar la mente para el mejor de sus posibles cometidos: construir el mañana con las ideas y, lo que es mejor, con los ideales de hoy.

POR QUÉ ME GUSTA EL LIBRO Y POR QUÉ LE GUSTARÁ AL LECTOR

A estas alturas el lector tiene ya un puñado de razones para contestar a este epígrafe. Pero aún puedo añadir algunas más.

Me gusta este libro, y gustará al lector, porque es riguroso, serio. En él hay datos fehacientes y palabras de testigos que justifican los avances de la radiología. Palabras de otros tiempos y afirmaciones de hoy; es decir, hay objetividad y un punto de visión crítica, siempre tan constructiva.

Radiología y Pensamiento es único en su especie. La originalidad le viene por el género mixto que sabe combinar reflexión y actividad, al tiempo, en una simbiosis natural; porque hace pensar y sentir con lucidez. Parece que quien lo escribe ha entendido bien que “la mitad de nuestras equivocaciones nacen de que cuando debemos pensar, sentimos y cuando debemos sentir, pensamos”, como dice el proverbio británico. Pues no; aquí se trata de una invitación a pensar, con la pasión justa.

Es un libro ágil. Una bella edición facilita su lectura. Se leerá con gusto por el dinamismo de las entrevistas hechas *in situ* en diversas ciudades de España, en distintos centros sanitarios, universidades, despachos; encuentros *vis à vis* en los que se expresan verdades y sueños sobre el mundo de la radiología, el radiólogo y el paciente. Aún siendo muy consciente de que no es el campo propio de quien escribe este Prólogo, llama la atención la calidad profesional y humana de los entrevistados, a quienes no es necesario nombrar aquí, pues el lector se encontrará con todos enseguida. Ellos apuntan salidas, pensamiento, innovaciones, riesgos. El presente acelerado del futuro que viene, imprevisible y atrayente.

El libro gusta porque refleja una coherencia entre autor y obra. A la autora de *Radiología y Pensamiento* alguien la enseñó muy pronto a pensar y aprendió enseguida, y esto la mantuvo siempre empeñada en trabajar por una ciencia humanística, constructiva, centrada en la persona. Y supo combinar esa otra ciencia que consiste en hacer fácil lo complicado y natural la excelencia.

El libro interesa, en fin, porque está escrito con tino y sobriedad y, sin embargo, el lector encontrará en él un toque especial de humanismo del bueno, bienpensante, no de última hora sino fruto de una tarea bien hecha, de una profesionalidad cabal, de una vida anclada en valores sólidos y consistentes que siempre disfrutaron los de al lado, en este caso los pacientes, los compañeros y, desde luego, los amigos.

Por estas y muchas más cosas, gustará este libro: mitad reconocimiento hacia el ayer radiológico y, sobre todo, mitad utopía y camino hacia el mañana.

MARISA RODRÍGUEZ ABANCÉNS
Periodista

¿POR QUÉ RADIOLOGÍA Y PENSAMIENTO?

Se dice que no hay nada más antiguo que un periódico de ayer. ¿Y qué decir de una revista de radiología de hace sesenta, o incluso, diez años? Salvo en hemerotecas –o en escasas colecciones particulares– han desaparecido; también es el destino de la tecnología y de la ciencia: en poco tiempo quedan superadas y se vuelven obsoletas. Pero esas revistas –en ocasiones perdidas u olvidadas– contenían, y aún contienen, algo más. Entre sus páginas palpitaban pensamientos expuestos en editoriales, artículos de opinión, noticias o cartas al director. Pensamientos individuales que, a lo largo de los años, se han diluido en el pensamiento colectivo.

Rescatar el pensamiento de los radiólogos españoles es el objetivo de la primera parte del libro. Porque la radiología no está por encima de aquellos que la hicieron. Creer que la radiología se justifica por sí misma es un error; tuvo y tiene un contenido humano de proyectos, éxitos y errores. Este libro citará nombres y fechas para dejar constancia “cuando muera de olvido la memoria”.

El recuerdo del pasado nos permitirá ver la construcción paulatina de la radiología que hoy conocemos y, desde el presente, intentar anticipar el futuro porque, en palabras de María Ángeles Durán, “la historia pretende superar el mito: pero difícilmente puede renunciar o negarse a alimentar la utopía”.

En las entrevistas –de selección intuitiva y sin método– no se han buscado biografías, sino pensamientos. El verdadero protagonista es la propia radiología vivida desde dentro y contemplada desde fuera. Con las entrevistas se pretende conseguir el segundo objetivo de este libro que es **recoger un pensamiento vivo sobre lo que es y lo que será la radiología española del futuro**. Porque el pensamiento actual dará forma al mundo del mañana.

LA AUTORA

PRIMERA PARTE:

DE CÓMO SE HA GESTADO EL PENSAMIENTO
COLECTIVO

1. RADIOLOGÍA Y CINE

Una fecha clave: 28 de diciembre de 1895. Sí, ya sabemos que el descubrimiento, o alumbramiento, de los rayos X tuvo lugar en la madrugada del 8 de noviembre. El propio Wilhelm Conrad Röntgen lo cuenta en una entrevista periodística¹:

“—Observé algo nuevo. Trabajaba con un tubo de Hittorf-Crookes, completamente envuelto con un papel negro. Hice pasar a través del tubo una corriente y noté una curiosa línea fluorescente sobre una pantalla recubierta de platinocianuro de bario que estaba a un lado de la mesa.

—¿De qué se trataba?

—Con arreglo a las ideas de entonces, solamente podía ser luz. Pero era totalmente imposible que la luz proviniera del tubo, puesto que el papel que lo envolvía no dejaba pasar luz alguna... Descubrí por accidente que esos rayos penetraban el papel negro”.

17

El descubrimiento de los rayos X fue un afortunado hallazgo, inesperado y casual, (*serendipity*)² en el curso de las investigaciones de Röntgen. —Picasso decía: “La inspiración existe, pero tiene que encontrarte trabajando”—. Y prosigue la entrevista.

“—¿Qué pensó usted entonces?

—No pensé nada, sino que seguí experimentando”.

Parece ser que Röntgen tenía una de las características que Kirklin³, de la Clínica Mayo, pedía en la selección de los futuros radiólogos: una imaginación contenida. Además, por supuesto, de una mente preparada, agudeza de observación y una notable habilidad analítica.

El 28 de diciembre de 1895 relaciona Radiología y Cine. Es la fecha del documento en donde Röntgen entrega el resultado de sus laboriosas investigaciones en la Sociedad Físico-Médica de Wurzburg. Ese mismo día, Auguste y Louis Lumière presentan, en un salón del *Grand Café* de París, el *Cinématographe Lumière*.

1.- Dam HJM. The new marvel in photography. McClure's 1896; 6:403-420.

2.- Meyer MA. Science, creativity and serendipity. AJR 1995;165:755-64

3.- Kirklin BR. J.A.M.A. 1937;109:633-4.

La mano del profesor Kölliker así como los temas de las películas proyectadas (salida de los obreros de una fábrica, riña de niños, llegada de un tren...) eran más bien prosaicos, pero los espectadores de Wurzburg y París quedaron “boquiabiertos, estupefactos y sorprendidos más allá de lo que pueda expresarse”.



Radiografía de la mano del profesor Kölliker



¡Una luz que atraviesa los cuerpos opacos, que fotografía lo invisible! ¡Imágenes en movimiento: pura fantasmagoría!

Según Román Gubern⁴, es el tiempo de la civilización de la imagen. La exigencia de realismo de finales del XIX –literatura naturalista y pintura impresionista– se plasma en los rayos X y en el cine,



Auguste y Louis Lumière



La llegada del tren a la estación de La Ciotat

que tanto debían a la fotografía. Descubrimiento e invento causaron tal impacto social que se expandieron con enorme rapidez a través de la prensa. Y así comenzó la historia de la radiología y la del cine, tantas veces entremezcladas: desde las imágenes en movimiento

4.- Román Gubern. *Historia del cine*. Editorial Lumen, 2001.

tipo cine en las estaciones de trabajo hasta las exploraciones y radiografías en secuencias de películas y en series de televisión. Pero esto es otra historia, que otros contarán; aunque la autora no se resiste a relatar la primera vez que, en su recuerdo, se encontraron radiología y cine.

A finales de 1966, alguien le pidió al doctor Francisco Gálvez Galán una exploración funcional de deglución, con radiocinematografía, para injertarla en una película de Carlos Saura. Se trataba de *Peppermint Frappé*, cuyo protagonista era José Luis López Vázquez, en el papel de un radiólogo de Cuenca.

Gálvez, que era un caballero, aceptó la petición. Entre los que llegaron a la sala de digestivo para el *rodaje*, con falso paciente incluido, había una chica de mi edad. Cuando mi jefe y yo acabamos la exploración, charlé un rato con ella.

—Estoy formándome en radiología — le comenté.

—Yo me estoy preparando para realización y dirección.

Era Pilar Miró... *que estás en los cielos*.



Pilar Miró

2. LOS PRIMEROS CINCUENTA AÑOS

La radiología apenas tiene ciento once años de historia, a diferencia de otras especialidades médicas que cuentan con siglos de existencia. Su reciente historia ha sido ampliamente recogida –en especial durante 1995, con motivo del Centenario del descubrimiento de los rayos X– por autores de todo el mundo.

Varios autores españoles⁵ han abordado la historia de la radiología en nuestro país desde diversas perspectivas y abarcando diferentes épocas.

Nos situamos en 1945. Acaba de finalizar la Segunda Guerra Mundial. La Radiología tiene cincuenta años de historia, de avances técnicos y científicos imparables. Pero ¿cómo fueron y qué pensaron los primeros radiólogos españoles? No es posible entrevistar a ninguno: la fecha de alta del miembro en activo más antiguo de la SERAM es de principios de 1946. Por tanto, la autora recomienda, entre otros

5.- Pueden consultarse en la Biblioteca de la SERAM:

- J. J. Piquer y Jover. *Contribución al nacimiento de la Radiología en España. Monografía de la Sociedad Española de Radiología y Electrología Médicas y de Medicina Nuclear*. Editorial Garsi, 1972.
- Lueje C. *Historia de la Sociedad Española de Radiología (1915-1995)*. *Radiología* 1995;37:13-88.
- Felip Cid. *La obra de César Comas en el contexto de la radiología ibérica (1896-1950)*. Expaxs, Publicaciones Médicas, 1998.
- Lueje C. *Los congresos de Radiología en España*. Mallinckrodt, 1999.
- César S. Pedrosa. *¡Hola y adiós! Evolución histórica del radiólogo (1949-2002)*. *Radiología* 2002. Vol. 44. Núm. Extraordinario, XXVI Congreso Nacional de la SERAM, Maspalomas (Gran Canaria)
- También han aparecido Notas Históricas en la revista Radiología:*
- Martínez A, García T, Larrosa R, Montserrat E y Clotet M. *César Comas y Agustín Prió: Pioneros y Mártires de la Radiología Española*. *Radiología* 1995;37:507-19.
- Pinto I. *Antonio Espina y Capó: un pionero de la radiología*. *Radiología* 1999;41:235-8.
- Villanueva AJ, Rozúa L, Garzón M et al. *José de la Vega: un médico de la Armada autor del primer libro español de radiología*. *Radiología* 1999;41:547-51.
- Villanueva AJ, Ramírez JM, Acuña I y Sánchez J. *Orígenes del servicio de radiodiagnóstico del Hospital Naval de Cartagena (1896-1909)*. *Radiología* 2000;42:73-7.
- Villanueva AJ, Rozúa L, Acuña E, Ramírez JM y Gómez F. *Relación de los primeros radiólogos de la Armada y del Ejército con el Dr. Antonio Espina y Capó*. *Radiología* 2000;42:317-22.
- Villanueva AJ, Rozúa L. *Publicaciones sobre radiología en el Boletín de Medicina Naval y la Revista de Sanidad Militar (1896-1905)*. *Radiología* 2000;42:533-9.

citados, el libro del catedrático de Historia de la Medicina, Felip Cid⁶, cuya lectura sosegada permite entrever la evolución del pensamiento radiológico español durante esas cinco décadas.

LA EDAD DE PLATA

A finales del XIX y durante el primer tercio del siglo XX se vivió en España una edad de plata cultural con la alianza de científicos y humanistas⁷. Se integraron los conocimientos médicos con las ideas políticas de regeneración y progreso. Era una cultura de la precisión basada en el rigor, la objetividad y la crítica⁸.

En 1906 se concede el Nobel de Medicina y Fisiología al español Santiago Ramón y Cajal. En 1907 se crea la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE) para estimular la creatividad de los científicos y europeizar la ciencia española. Este fue el ambiente que vivieron los radiólogos pioneros.

ACREDITANDO EL DESCUBRIMIENTO DE RÖNTGEN

Los primeros radiólogos emplearon su patrimonio en abastecerse del rudimentario material radiológico. Con una formación autodidacta, se adiestraron con los equipos existentes y realizaron las primeras verificaciones técnicas.

La dependencia de los equipos era absoluta. Los resultados técnicos dependían de su destreza y se adquirían con la experiencia personal.

El tiempo de exposición era un problema. Muy al principio las exploraciones eran radioscópias porque, salvo en las extremidades, los dilatados tiempos de exposición –entre dos y tres minutos– impedían obtener radiografías válidas. Cuando era posible, se plas-

6.- Libro imprescindible para conocer los inicios. *Actas de Congresos, Archivos diversos. Revisión exhaustiva de la literatura radiológica internacional y española de la época. Bibliografía crítica de artículos de prensa y de revistas médicas, entre ellas:*

- *El Siglo Médico* (1896-1916)
- *Revista de Medicina y Cirugía Práctica* (1896-1915)
- *Revista General de Roentgenología* (1900-1913), sección fija de la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*
- *Revista Española de Electrológica y Radiología Médicas* (1912-1919)
- *Revista de Diagnóstico y Tratamiento Físico* (1925-1936)
- *Archivos de Radiología y Electrológica Médicas* (1933-1935)

7.- Un ejemplo. Hipólito Irigaray Goizueta (1888-1976), electrorradiólogo de San Sebastián, contó entre sus amistades con Pío Baroja, Ramiro de Maeztu, Miguel de Unamuno... (De la nota necrológica aparecida en la *Carta Circular de la SEREM* 1976; nº 9).

8.- Leoncio López-Ocón Cabrera. *Breve historia de la ciencia española*. Alianza Editorial, 2003.

maban las imágenes en placas de vidrio o de cartón –que los radiólogos sujetaban con sus manos– bañadas en platinocianuro de bario.



Radiografía sobre cartón del Gabinete de César Comas y Agustín Prió en la calle Cortes 613 de Barcelona



Pan-arteriografía de un feto. Hospital de San Pablo, Barcelona

PELIGROS Y CRÍTICAS

Fueron artesanos y artistas de la imagen, con perseverancia e ingenio para mejorar la información que cada radiografía podía encerrar.

Pronto tuvieron conciencia de que su apasionante aventura con los rayos X entrañaba el peligro inherente a las radiaciones ionizantes. La radiodermitis y las mutilaciones no eran accidentales, eran el tributo por enfermedad profesional. La prensa les llamó *heroicos mutilados*, pero quedaron desatendidos por el Estado y no cubiertos por las compañías de seguros.



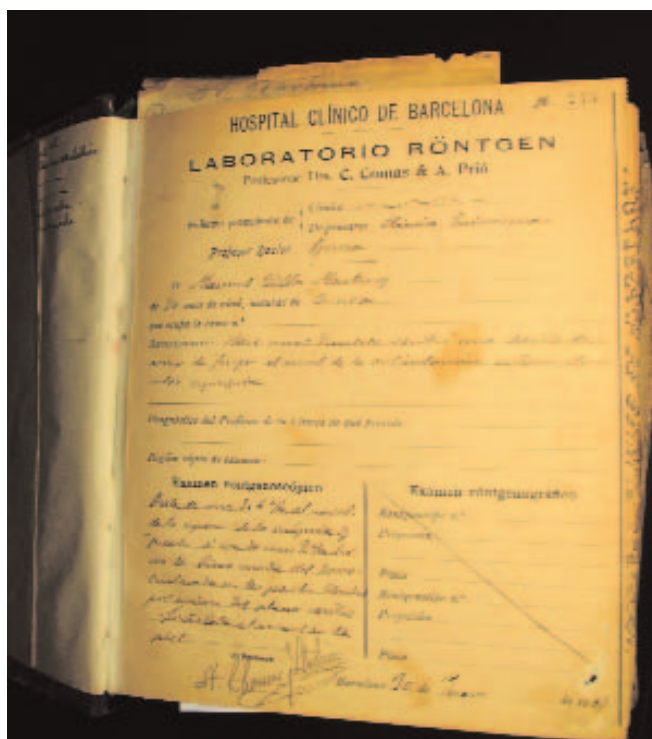
Placa conmemorativa en el Hospital de San Pablo, Barcelona

Sufrieron críticas de algunos prestigiosos médicos, enemigos de la nueva tecnología. “Ni los rayos X acusan una novedad tan grande como se cree, ni mucho menos representan en la medicina un descubrimiento tan útil como se piensa” (Ricardo Royo Villanova, catedrático de Patología de Zaragoza, 1896). “Sombras chinescas sin candil” (José Letamendi, 1907).

SIGNOS, SEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONISMO

La imagen se fundió en el proceso de percepción del radiólogo. Sistematizaron un nuevo modo de ver, de reconocer, de identificar las enfermedades conocidas de la época.

Los signos radiológicos eran inéditos. La semiología no estaba establecida. “Los rayos X no se equivocan jamás; somos nosotros los que nos equivocamos interpretando mal su lenguaje o pidiéndoles más de lo que pueden dar” (Antoine Beclère, 1897).



Registro de pacientes de los Dres. Comas y Prió en el Hospital Clínico de Barcelona (Cortésia del Dr. José M^a Rovira Fius, del H. Clinic de Barcelona)

Así pues, los primeros radiólogos adquirieron la responsabilidad del diagnóstico. Al principio, sólo de confirmación –fracturas y luxaciones– o de localización –cuerpos extraños en partes blandas–. Algo más tarde, ¿qué pensarían cuando diagnosticaban un proceso insospechado? Una moneda en el esófago de un niño con disfagia, una osteoartritis tuberculosa en la rodilla de un adolescente... ¿Qué satisfacción sentirían al extraer, con radioscopia, el fragmento de una aguja de la mano de una costurera o el anzuelo del muslo de un pescador?

Más tarde, ordenaron y sistematizaron las prescripciones de la radiología general: cálculos vesicales, renales y biliares; tamaño del corazón y aneurismas de la aorta; la tuberculosis, los quistes y los tumores del pulmón; los derrames de la pleura... (De la Circular sobre el Gabinete Médico de Radioscopia y Radiografía de César Comas y Agustín Prió, en la calle Fortuny 13, 1º de Barcelona, sobre 1900).

SE EXTIENDE LA “FIEBRE RADIOLÓGICA”

Evolucionan los progresos técnicos: transformadores, válvulas de rectificación de la corriente, interruptores; del tubo de Crookes al Focus y, en 1914, al Coolidge con cátodo incandescente de tungsteno, una de cuyas variantes, el Philips Metalix, superaba los 100 miliamperios de intensidad. Aumentaba el poder de penetración de los rayos X, se acortaba el tiempo de exposición. En las pantallas fluorescentes, el tungstano de calcio suplantó al platinocianuro. Aparecen medidas de radioprotección. Películas de acetato de celulosa con doble emulsión sensible de yodo-bromuro de plata. Pantallas de refuerzo. Diafragma antidifusor de Potter y Bucky. La fotorradiografía. El primer seriador automático –invento del español Sánchez Pérez, 1935–. La tomografía...



Antiguos tubos de rayos X (Hospital Clínico de Barcelona)



Antiguo porta-tubo en el despacho del Dr. Jordi Ruscadella en el Hospital de San Pablo de Barcelona



Equipo de rayos X con tubo Philips Metalix, en la sede de Philips en Madrid

Como el radiólogo es un *rastreador de contrastes* –la autora no recuerda a quién escuchó esa frase–, la aparición de los contrastes (bario, ácido iopanoico, lipiodol, uroselectán) permitió nuevas exploraciones: el tubo digestivo, las vías biliares, los bronquios, el aparato urinario, el sistema nervioso, los vasos...⁹

En esos años, la radiología mundial se desbordó. La radiología española estaba en manos de una serie de radiólogos que fue siguiendo el ritmo de la radiología europea y estadounidense. Pero la nueva tecnología que iba surgiendo exigía enormes inversiones que no todos los gabinetes privados ni los hospitales podían afrontar.

DE LO ARTESANAL A LO INSTRUMENTAL

Finalizando el periodo convenido –los primeros cincuenta años–, los radiólogos artesanos quedaron superados por equipos cada vez más seguros y más automáticos. Por muchas razones –que no viene a cuento juzgar– surgen dos peligros en la especialidad: el desprestigio y el intrusismo, que serán objeto de revisión más adelante. Pero la autora no puede terminar este capítulo sin expresar el respeto y reconocimiento a los radiólogos, conocidos y anónimos, que le han precedido o que han compartido con ella una época ya superada, a mayor gloria de la Radiología. “La vida siempre dejará tras de sí sombras calladas, restos incombustibles, islas desconocidas” (José Saramago).

9.- Una detallada cronología del desarrollo de la moderna radiología en: Pedrosa C, Pedrosa Moral I. *Diagnóstico por imagen: evolución histórica*. En Pedrosa C, Casanova R, editores. *Diagnóstico por imagen, segunda edición*. McGraw-Hill. Interamericana, 1997; p. 1-20.

3. EL EJE BARCELONA-MADRID

Centralismo y nacionalismo son términos ambiguos y resbaladizos. En este capítulo no se pretende polemizar. Se intenta demostrar –y tal vez convencer– de que la radiología española no es ni fue centralista y que la radiología catalana tuvo su protagonismo desde el principio.

LA RADIOLOGÍA ESPAÑOLA NACIÓ EN BARCELONA

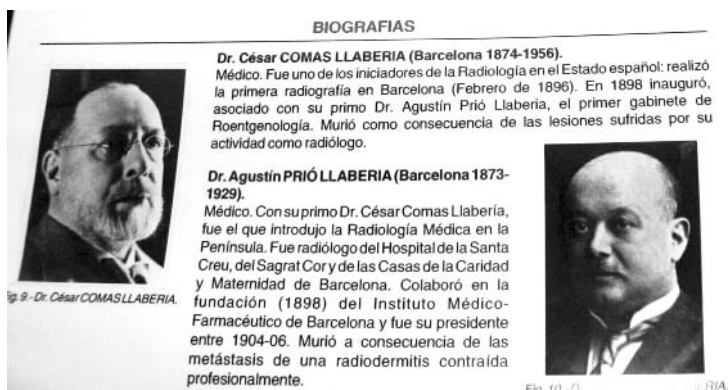
El catedrático de Física de Barcelona, Eduardo Lozano y Ponce de León obtiene, días después del descubrimiento, las primeras radiografías de objetos y seres inanimados.

Las primeras radiografías que se realizaron en el país con intencionalidad médica –un brazo y unos pies– fueron obtenidas en febrero de 1896 por César Comas Llavería, por entonces estudiante de último curso de medicina y fotógrafo de la Facultad de Medicina de Barcelona.

El que luego sería eminente radiólogo madrileño, Antonio Espina y Capó, publica en 1896 el primer escrito médico sobre *La radiografía o estudio de los rayos X del doctor Röntgen*.

J. Pujol i Camps, de Barcelona, fundador en 1897 del primer Gabinete Radiológico para emitir diagnósticos clínicos, asume el triste privilegio de inaugurar la lista de radiólogos españoles víctima de los rayos X.

27



De un póster en el Hospital de San Pablo de Barcelona

Las primeras publicaciones radiológicas con carácter periódico aparecieron en una sección fija de la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona, bajo el título de *Revista General de Roentgenología* (1900-1913), a cargo de César Comas y Agustín Prió.

El primer congreso internacional que tuvo lugar en el país –el V Congreso Internacional de Electrología y Radiología Médicas– se celebró en Barcelona, del 13 al 19 de septiembre de 1910. Su Secretario ejecutivo y redactor de Actas, César Comas, presentó tres ponencias radiológicas: sobre el segmento abdominal, procesos pleuro-pulmonares y corazón. También la escuela madrileña estuvo presente: Enrique Mateo Milano expuso el papel de la radiología en las afecciones quirúrgicas, y Julián Ratera Botella mostró la importancia de la radiología en las fracturas de la rótula y en los cuerpos extraños en el esófago.

UNOS ESPECIALISTAS ESPECIALES

Como balance final del Congreso de Barcelona 1910, en palabras de Felip Cid: “Los radiólogos ganaron terreno firme, pasando a ser desde entonces unos especialistas especiales, valga la paradoja, en los que recayó una responsabilidad diagnóstica hasta exagerada, calibrando los recursos que tenían al alcance de la mano”.

LOS PRIMEROS SOCIOS

El 16 de marzo de 1916 se constituye la Sociedad Española de Electrología y Radiología Médicas –se inaugura oficialmente el 11 de febrero de 1917–, presidida por Joaquín Decref y Ruiz. De los ocho miembros de la Junta Directiva, cinco son de Madrid, y dos de Barcelona: Luis Cirera y Salse, vicepresidente primero, y César Comas Llavería, vocal primero. Respecto a los socios, su número por ciudades está más equilibrado. En el primer listado, de 1918, se consignan 90 socios de número: 18 de Madrid, 19 de Barcelona y el resto repartidos por la geografía española.

PRIMERA LAGUNA EN LA HISTORIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA

Agotado el periodo (1917-1921) de la Junta que preside Celedonio Calatayud Costa, se produce un vacío corporativo en la radiología española. No fue así en Cataluña. Se edita en Barcelona

la *Revista de Diagnóstico y Tratamiento Físicos* (1925-1932) y se constituye en 1930 la Societat de Radiologia y Electrologia de Catalunya, cuyos sucesivos presidentes fueron César Comas Llavería, Ramón Torres Carreras —*el primer Felson español*—, Vicente Carulla Riera y Tomás Ángel Pinós y Marsell.

También en Madrid se produce un sentimiento asociativo de los radiólogos, al principio de carácter local, que pronto se hace de ámbito nacional. Tres cortas Juntas Directivas presididas por Bartolomé Navarro Cánovas (1931-1933), Julio Orensanz Tarongi (1933-1935) y Antonio Piga Pascual (1935-1936). En este año da comienzo la segunda laguna de la radiología española.

UN BUEN GESTO DE LOS COLEGAS BARCELONESES

En la primavera de 1945 se vuelve a constituir la Sociedad con el nombre de Sociedad Española de Radiología y Electrología Médicas (SEREM), con Carlos Gil y Gil como presidente. En el Acta de la Sesión, celebrada en Madrid, el 3 de noviembre de 1945¹⁰, se reseña que los radiólogos catalanes Manchón y Modolell tenían el proyecto de editar en Barcelona una revista cuyo título sería *Revista Española de Radiología y Terapéutica Física*. Se les invitó a aunar los esfuerzos de todos los radiólogos españoles para fundar la revista que fuera portavoz de la Sociedad. Manchón y Modolell no sólo aceptan colaborar con la revista que se va a editar en Madrid sino que envían los artículos originales que ya tenían preparados.

29

SE TIENDE A DESCENTRALIZAR

Tras la toma de posesión de una nueva Junta Directiva de la Sociedad, el 11 de noviembre de 1955, y bajo la presidencia del radiólogo catalán Vicente Carulla Riera, su primera actuación es la de celebrar elecciones para Delegados Regionales, el equivalente a los actuales Presidentes de Filiales. Éstas fueron las primeras Regiones y sus Delegados¹¹:

1. Castilla la Nueva y Extremadura: Juan Cruz Esteban, de Badajoz
2. Cataluña y Baleares: José María Vilaseca Sabater, de Barcelona

10.- Boletín SEREM 1946; vol. I, nº 1.

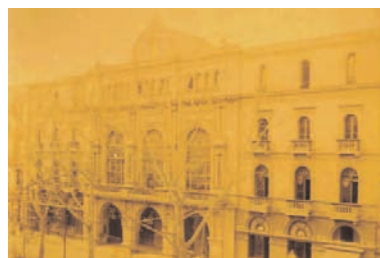
11.- Boletín SEREM 1956; II época, nº 3

3. Andalucía y Canarias: Luis Salvador Gallardo, de Sevilla
4. Valencia y Murcia: Julián Celma Hernández, de Valencia
5. Castilla la Vieja: Joaquín Díaz de Rábago, de Santander
6. Aragón: Fernando de Yarza García, de Zaragoza
7. Vascongadas y Navarra: Sebastián Córdoba Machimbarrena, de San Sebastián
8. Galicia: Felipe García Cabezón, de La Coruña
9. Asturias y León: Manuel Roiz Noriega, de Oviedo
10. África Española: Servando Frieyro Amor, de Tetuán

BARCELONA RECIBE A TODA ESPAÑA

Del 2 al 8 de abril de 1967 tuvo lugar en Barcelona un gran acontecimiento: la celebración del VII Congreso de Electrorradiólogos de Cultura Latina y el Primer Congreso de la Asociación Europea de Radiología, bajo la presidencia de Francisco Gálvez Armengaud. Los radiólogos catalanes, con Fernando Manchón Azcona como secretario ejecutivo, lo organizaron espléndidamente.

Contiene un cierto gracejo madrileño la recomendación del entonces Tesorero de la Sociedad¹²: “A la fiesta del Gran Teatro Liceo de Barcelona no podemos ir de trapillo porque si nuestros amigos catalanes se esfuerzan por ofrecernos un acto grandioso, nosotros no podemos tener la indelicadeza de desvirtuar la fiesta”.



El antiguo Gran Teatro del Liceo de Barcelona

12.- José M^a Espinosa. Al margen y dentro del Congreso de Barcelona. Radiología 1966;292.

REQUISITOS DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA

Es curiosa la sugerencia de la Junta Directiva de la Sociedad en su reunión del 5 de octubre de 1964¹³ sobre las condiciones que debe reunir el Presidente de la Sociedad:

1. Residir en Madrid.
2. Haber demostrado amor desinteresado hacia la Sociedad.
3. No estar ligado a ningún grupo significativo.
4. Disponer del tiempo necesario para realizar su importante trabajo.
5. Disponer de buenas amistades en las esferas sociales.
6. Tener buenas relaciones con los personajes de la radiología extranjera.
7. Estar dispuesto a llevar la vida de relación nacional e internacional que requiere el cargo.
8. No dedicar la Presidencia a intereses particulares.

La primera condición nunca se cumplió ni se iba a cumplir. Por lo que respecta a los radiólogos catalanes, Vicente Carulla Riera ostentó la presidencia de 1955 a 1957; José María Vilaseca Sabater, desde 1959 a 1961; Fernando Manchón Azcona, de 1963 a 1965. Y también es catalán el actual presidente, Lluís Donoso i Bach.

31

4. EL PRESTIGIO DEL RADIOLOGO

Actualmente, la radiología diagnóstica española tiene prestigio y buen crédito tanto en el mundo sanitario como en la sociedad. Pero no siempre ha sido así.

Reconstituida la Sociedad de Radiología en 1945, en la primera Asamblea General el 5 de diciembre de 1946, su presidente, Carlos Gil y Gil, expresaba su opinión: “No obstante hallarse reconocida la Radiología como especialidad, pocas veces disfruta el radiólogo la plenitud profesional del especialista que practica una determinada faceta de la clínica médica o quirúrgica [...] No aparece con los contornos nítidos del especialista, más bien aparece desdibujado, [...] ocupa un lugar intermedio entre el médico y el ingeniero electricista [...] Domina en la catalogación profesional del radiólogo un criterio de subordinación al especialista médico o quirúrgico [...]”¹⁴.

Duele leer estas palabras. En otros países ya existían soluciones. Lo documentan varias reseñas: En Estados Unidos, Arthur C. Christie¹⁵ propone separar los aspectos técnicos de la radiología –que quedarían bajo la supervisión del radiólogo– de los propiamente médicos. Varios radiólogos universitarios, entre ellos Eugène Pendergrass¹⁶, establecen métodos de enseñanza pregrado, intercalando la radiología con las asignaturas preclínicas y clínicas. Gösta Forsell¹⁷, desde Estocolmo, aboga por la separación del radiodiagnóstico y la radioterapia. Aunque escrita en 1937, la relación que propone Kirklin sobre las responsabilidades del radiólogo es la que hoy día se suscribe:

“Considerarse un médico consultor que da la asistencia más eficiente eligiendo el tipo de exploración. Mantenerse al día leyendo la literatura radiológica y asistiendo a reuniones, cursos, congresos nacionales e internacionales, porque el mayor peligro del radiólogo es el provincianismo de miras estrechas. Enseñar y educar a los radiólogos de futuras generaciones. Promover el progreso de la

14.- Boletín SEREM 1946. Vol. I, n° 3-4.

15.- AJR 1935;33:237.

16.- J.A.M.A. 1937; 109:634-7.

17.- Radiology 1938; 30:12-8.

radiología porque, aunque son muy amplios los conocimientos, es necesario seguir investigando”¹⁸.

En los años cuarenta y cincuenta, los radiólogos españoles tenían acuciantes preocupaciones de orden económico y laboral. Se entiende que la Sociedad de Radiología intentara solucionar esos asuntos como un objetivo prioritario. Podría considerarse que era una Sociedad más gremial que científica. A partir de los Boletines de la SEREM se repasarán tres asuntos que explican el panorama de la radiología española de esas épocas: las tarifas, las películas y los concursos-oposiciones.

LAS TARIFAS

Las primeras cartas que dirigen muchos radiólogos de todas las ciudades españolas a la Junta Directiva de 1945 tratan sobre la urgencia de elevar las tarifas que mantienen con las diversas entidades aseguradoras¹⁹. (Pero hay un radiólogo con otro interés más sublime: pregunta quién es el Patrono de la Radiología. Se le contesta que es san Miguel Arcángel)²⁰.

Dos tercios de la población española estaba acogida a la Caja Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Los radiólogos prestaban sus servicios, a tanto alzado, en base a considerar que practicarían, en su propia consulta, 75 radiografías y 200 radioscopias por cupo de 10.000 familias, cada mes.

Durante varios años, y en sucesivos boletines, se aborda el asunto tarifas con resultados más o



San Miguel Arcángel, guerrero con armas de luz

18.- AJR 1937;38:677.

19.- Boletín SEREM 1946, vol. 1, nº 1.

20.- Pío XII, a instancias de la Sociedad Italiana de Radiología Médica, designó Patrono de la Radiología universal a san Miguel Arcángel (En el Acta Apostolicae Sedis, año 1941, vol. 33, pág. 112, figura el Decreto de la Sagrada Congregación de Ritos referente a la materia en cuestión).

menos satisfactorios. Pero más que un estudio económico, interesa la repercusión asistencial: el exceso de radioscopias, por supuesto, sin intensificador de imagen.

LAS PELÍCULAS

Se hacía mucha radioscopia. No tenían otro remedio debido a la escasez de películas radiográficas que los gabinetes privados obtenían, en gran parte, de reventa o estraperlo. Las que se importaban por el Ministerio de Industria y Comercio, y que eran distribuidas por la Sociedad Española de Radiología, seguían siendo insuficientes.

Un radiólogo de Lugo denuncia la precaria situación de los Hospitales Provinciales: se dispone de una cantidad *limitada rigurosamente* de películas radiográficas, de forma que agotada esa cantidad no pueden hacerse radiografías en lo que resta del año. Los *expertos* de la Caja Nacional establecen indicaciones limitantes; como ejemplo: “Tan sólo el 10% de los enfermos con hemoptisis necesitan radiografía”. Sin comentarios.

LOS CONCURSOS-OPOSICIONES

35

Siempre ha habido concursos-oposiciones. Es un tema muy manido en el ruedo nacional. Algún dato chocante de los años cuarenta y cincuenta:

- En el baremo de méritos tenía un importante peso “las oposiciones aprobadas al Estado, Provincia, Municipio, Centros Culturales o Fundaciones de reconocida solvencia científica”²¹.

- En el concurso para ocupar plaza de radiólogo en Ambulatorios del SOE²², Francisco Campoy Vidal, radiólogo especializado en Estados Unidos, con Diploma del *American Board of Radiology* –el primer *Board* de un español–, obtuvo cero puntos, a pesar de haber enviado copia legalizada de su título y de su estancia durante cinco años en el Hospital Universitario de Filadelfia²³. Por aquel entonces, la Sociedad no intervenía en la valoración de méritos en los concursos-oposiciones.

21.- Boletín SEREM 1946, vol. 1, n° 2.

22.- El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se implantó a principios de los 40. Una curiosa definición del Ministro de Trabajo en 1956: “No es, como se ha dicho, un instrumento de socialización de la medicina, sino un sistema de canalizar el torrente social de la salud” (¿?).

23.- Boletín SEREM 1959, n° 18.

DENUNCIAS Y BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

En la I Reunión Anual de Radiólogos Españoles, Madrid 1957, se propone la creación de Tribunales de Honor para juzgar las faltas de deontología profesional de los radiólogos. Entre ellas el esquiroalismo –ofrecer el trabajo por debajo de las tarifas oficiales– y la competencia ilícita.

El primer artículo que la autora ha encontrado sobre la dignificación del radiólogo español lo firma, en 1959, José M^a Vilaseca Sabater, jefe del Departamento Central de Radiodiagnóstico de la Facultad de Medicina de Barcelona:

“El radiólogo ha adoptado una política acomodaticia de dejación que ha permitido al clínico infiltrarse en su campo [...] Se conceptúa al radiólogo como un mero colaborador técnico [...] Contadas individualidades han podido sustraerse a esta depreciación [...] ¿Cuáles son las causas de esta subestimación? La formación del radiólogo es incompleta, deficiente y difícil de conseguir [...] Muchos radiólogos tienden, por razones económicas, a ocupar diferentes cargos, lo que les obliga a delegar sus funciones en personal subalterno [...] ¿Soluciones? Para reclamar una posición de igualdad, de cooperación, no de subordinación sólo hay un camino: la formación integral del radiólogo [...] Implantación, con carácter oficial, del título de radiólogo que requiere la formación, al menos de tres cursos, en los Servicios Centrales de las Facultades de Medicina o en cualquier otro Servicio extra-universitario de reconocida capacidad educacional y utillaje adecuado [...] Creación de cátedras de Radiología Clínica [...]”²⁴.

OTRA DENUNCIA

En 1972, Carlos Lueje, delegado regional de Asturias y León, denuncia que muchas conferencias y publicaciones de clínicos o cirujanos se ilustran con exploraciones radiológicas, omitiéndose el nombre del radiólogo que las obtuvo e informó. Apela a la ley de Propiedad Intelectual porque el radiólogo ha creado una obra científica. “No es pedir cortesía, es pedir un compromiso obligado”²⁵.

24.- José María Vilaseca Sabater. *Dignificación de la especialidad radiológica*. Boletín SEREM 1959:55-63.

25.- Carlos Lueje. *La propiedad intelectual del radiólogo*. Radiología 1972;14:193-4.

EL RESPETO DE LOS DEMÁS

El artículo de opinión de César Pedrosa²⁶ fue un aldabonazo para los jóvenes radiólogos de mediados de los sesenta que querían ser –y que los consideraran– radiólogos clínicos. Pedrosa analizó las causas por las cuales la radiología no estaba valorada por otros especialistas. Con realismo, propone soluciones:

- Departamento de Radiología hospitalario central y único. “Solamente un país pobre como el nuestro se permite la pululación monstruosa de aparatos”.
- Luchar contra el intrusismo mediante la formación sólida del radiólogo y del personal técnico. “La toma correcta de un cliché radiográfico y su interpretación no es un arte casual”.
- Enseñanza de la radiología durante la licenciatura. “El estudiante está convencido de que sólo el clínico está capacitado para la interpretación diagnóstica, dejando para el radiólogo el papel de fotógrafo”.
- Programa de formación de radiólogos y exigencia de titulación. “Solamente se puede formar radiólogos donde se hace Radiología”.
- Elevar el nivel científico con la ayuda de la Sociedad de Radiología.
- La consideración de consultores. “Es preciso convencer de que el radiólogo es un consultor del que, al solicitar un estudio radiológico, se está solicitando una opinión” [...] “Nuestra mejor arma es el informe radiológico”.
- Mejorar la imagen que el paciente tiene del radiólogo.

El artículo finaliza: “Luchemos para conseguir un puesto de honor en la familia médica. Consigamos el respeto de las demás especialidades, pero intentémoslo juntos, a través de la Sociedad que nos representa”.

MÁS SOBRE EL RADIOLOGO COMO CONSULTOR

José Bonmatí, delegado científico de la Sociedad, glosa el primer artículo editorial del *AJR* de 1906, que en uno de sus párrafos dice:

26.- César S. Pedrosa. *El respeto de los demás (Hacia una radiología mejor)*. *Radiología* 1965:327-35.

“El radiólogo debe mantener siempre la posición de consultor, que emite conclusiones diagnósticas basadas en métodos especiales de investigación”²⁷.

El director de la revista RADIOLOGÍA, Luis Ramos, en un artículo que despertó muchos ecos, expresa una opinión compartida por muchos: “La radiología, concebida como un servicio central en el que el radiólogo es un mero lector de imágenes, abocará a la desaparición progresiva de la especialidad. Hay que potenciar al Servicio de Radiología como un consultor dinámico del resto del hospital [...] Es imprescindible participar en comités multidisciplinarios, acudir a las sesiones de los Servicios, a las sesiones generales del Hospital y a congresos de otras especialidades”²⁸.

Y más recientemente, el delegado internacional de la Sociedad, José Ignacio Bilbao: “En muchas ocasiones, el valor añadido que un radiólogo puede ofrecer en el proceso asistencial de un paciente es discutir, intercambiar opiniones, con los colegas de otras especialidades”²⁹.

COMPROMISO ÉTICO Y ESTÉTICO DEL RADIOLOGO

Lluís Donoso³⁰ enumera las características que debe tener el radiólogo y que no están directamente relacionadas con los aspectos técnico-científicos de la especialidad, pero que aumentan su prestigio:

1. Tener una buena capacidad de trabajo y una actitud positiva en el seno de equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.
2. Adquirir el compromiso de excelencia con el aprendizaje permanente.
3. Mostrar dedicación y servicio a los intereses del paciente.
4. Tener conciencia de la repercusión de sus decisiones en relación con la distribución y el uso de los recursos.
5. Capacidad y voluntad para liderar la gestión clínica.

27.- José Bonmatí. *Hace sesenta años. Radiología 1966:1-2.*

28.- Luis Ramos. *Qué hacemos y cómo nos llamamos: reflexiones sobre nuestro trabajo y nuestra denominación profesional. Radiología 1997;39:671-5.*

29.- José Ignacio Bilbao Jaureguizar. *¿Hay que seguir estudiando?: el artículo. Monografía SERAM. Formación, futuro y código de conducta en Radiología. Editorial Médica Panamericana, 2004.*

30.- Lluís Donoso i Bach. *Ética, estética y conflictos: el radiólogo. Monografía SERAM.*

Formación, futuro y código de conducta en Radiología. Editorial Médica Panamericana, 2004.

5. ESPECIALIZACIÓN Y TITULACIÓN EN RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA: UN LARGO CAMINO

CUALQUIER MÉDICO PUEDE EJERCER LA RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

En un editorial de 1955 leemos: “Hasta el presente no existe legalmente establecida la especialización médica, con sus derechos y obligaciones”³¹. Sí lo estaba en otros países. Y, como ejemplo, publican los requisitos indispensables para la especialización en Radiología en los Estados Unidos, que nos llevaba años de adelanto: ya en 1935 quedó establecido el *Board* de Radiología, mediante el sistema de residencia y con un examen nacional de carácter voluntario. Gran Bretaña, Suecia y otros países europeos habían seguido una línea similar.

En la sesión académica de apertura del curso 1956-57, el secretario de la SEREM, declara: “La necesidad de una auténtica especialización nace paulatinamente y coincidiendo con la complejidad del nuevo instrumental y, sobre todo, con la complejidad que la radiología alcanza”. Condena el uso y el abuso de los rayos X por los que considera “radiólogos de generación espontánea”³². Este asunto del intrusismo es una constante a lo largo de los años. “Afecta al prestigio de la profesión, reduce las posibilidades de trabajo –no sólo en gabinetes privados sino también en puestos oficiales– del radiólogo formado e incide sobre el paciente que lo padece”³³.

MEDIADOS DE LOS AÑOS CINCUENTA: COMIENZAN LAS DISPOSICIONES OFICIALES

La Ley de Educación de 20 de julio de 1955 reconoce en nuestro país 33 especialidades médicas, entre ellas la de Electrorradiología.

31.- *Acta Ibérica Radiológica Cancerológica* 1955; vol. 4:389.

32.- Áureo Gutiérrez Churrua. *Boletín SEREM* 1956; 6:7-13.

33.- *El entonces Delegado de Asuntos Profesionales de la SERAM puso al día el estado de la cuestión. Carlos Lueje Casanueva. Intrusismo. Radiología* 1989;31:81-4.

En el BOE de 20 de enero de 1957 se concretan las normas para obtener el título oficial de especialista en Electrorradiología. La Sociedad de Radiología se implica: expide el certificado acreditativo de la condición de radiólogo a quien lo solicite y avale³⁴; también participa en la Comisión Asesora del Ministerio de Educación Nacional. Un dato curioso: la Comisión Asesora de todas las especialidades cuenta entre sus miembros con un representante de la Delegación de Sanidad de Falange Española Tradicionalista y de las JONS y con otro representante de la jerarquía eclesiástica³⁵.

Desde la Sociedad³⁶ se considera que, “salvo fecundas individualidades capaces de mantener el prestigio de la radiología con rango internacional”, el nivel científico medio de los radiólogos españoles es inferior al de sus colegas extranjeros. ¿Dónde reside el problema? ¿Cuál puede ser la solución? Ellos no pueden ejercer sin poseer el título de especialista, que exige una formación, durante un mínimo de tres años, en las Facultades de Medicina con un servicio de radiología centralizado o en centros hospitalarios adecuados.

En 1955 se inicia un primer paso de enseñanza postgrado de electrorradiología con la creación de “médicos becarios del SOE”, con inciertos resultados que no tuvieron continuidad.

En España, la necesidad de formar radiólogos se expresa en diversos foros. “Debemos estimular la formación completa y ordenada de las nuevas generaciones de radiólogos”³⁷.

LOS AÑOS SESENTA: EL RADIODIAGNÓSTICO Y LA RADIOTERAPIA COMIENZAN A SEPARARSE

En 1963 se inicia en el Hospital General de Asturias el primer Programa de Internos y Residentes, claramente diferenciados los de Diagnóstico y los de Terapia. Pero el problema de la formación a nivel nacional no estaba resuelto.

El Colegio Interamericano de Radiología, reunido en Caracas el 5 de octubre de 1964, recomienda³⁸: Un adiestramiento en

34.- También los Colegios de Médicos expedían certificados con tal de figurar inscrito como especialista durante dos años. Un médico podía obtener títulos de diversas especialidades.

35.- Boletín SEREM 1958; 12:37-40.

36.- Carlos Gil y Gil. Pretérito y presente de la radiología en España. Boletín SEREM 1959; 17:5-14.

37.- Fernando Manchón. Estado actual de la radiología. Radiología 1964;36:3-5.

38.- Radiología 1965;37:151.

Radiodiagnóstico y otro en Radioterapia [...] La duración mínima será de tres años en cada una de las especialidades.

La Sociedad Española encarga una ponencia sobre la *Educación en Radiología*³⁹, cuya primera parte trata sobre la formación del especialista radiólogo. Se extractan las conclusiones referentes a la radiología diagnóstica:

1. Debe ser controlada por la Sociedad Española de Radiología que, mediante una Comisión, establecerá el estándar para que el Departamento de un centro hospitalario, sea o no universitario, pueda enseñar radiología.
2. Se tendrán en cuenta ciertas condiciones para que un centro hospitalario tenga el reconocimiento de poder formar especialistas: número de camas y pacientes anuales, número de exámenes anatómo-patológicos y porcentaje de autopsias, actividad científica, biblioteca, archivo central de historias clínicas, etc.
3. Respecto al Departamento de Radiología: número y variedad de exámenes anuales, existencia de personal técnico para evitar que el médico en formación se convierta en *mano de obra barata*, participación del Departamento en las sesiones científicas del Hospital, estrecha colaboración con Anatomía Patológica, la existencia de archivos radiográficos de enseñanza y el informe escrito de los estudios radiológicos.
4. Se precisa un mínimo de tres años de estancia hospitalaria, a plena dedicación, y bajo una supervisión responsable.
5. Se considera absolutamente necesario un examen nacional, tras el periodo de residencia, para la consecución del título de especialista, como paso previo al ejercicio profesional.

Por su parte, la Comisión para la Enseñanza de la Asociación Europea de Radiología, en su reunión de París de enero de 1968, propone lo siguiente⁴⁰:

1. Hay que crear un Diploma de especialista en Radiodiagnóstico y otro de especialista en Radioterapia.

39.- César S. Pedrosa, José Bonmatí, Luis Martín Crespo, Francisco Campoy. *La educación en Radiología. Ponencia encargada por la Sociedad y presentada en la Asamblea General en diciembre de 1965. Radiología 1966;52:272-84.*

40.- Badell-Suriol. *La enseñanza de la radiología: estado actual de las gestiones en la A.E.R. Radiología 1968:5-10.*

2. La formación, en un Servicio de Radiología universitario, durará cuatro años.
3. Al finalizar el primer año y al término de la especialización, el candidato deberá someterse a un examen ante un tribunal nacional o europeo.
4. Para los que deseen dedicarse a una superespecialización se exige un año de formación suplementaria.

CUADERNOS PARA EL DIÁLOGO

En una época ya superada, la revista *Cuadernos para el Diálogo*, fundada en 1963 por Joaquín Ruiz-Giménez, era una ventana abierta al cambio democrático, que contaba con las firmas de la intelectualidad liberal española.

En el número extra XX, de mayo de 1970, R. Alonso-Lej y César S. Pedrosa publican el artículo *La formación de postgraduados en España*. Este fue el primer artículo que se publicó sobre medicina moderna. Los autores denuncian que el médico recién graduado debe optar, para especializarse, por el antiguo sistema del tutelaje o por la radical solución de la emigración. Proponen el internado rotatorio y la residencia en hospitales que hayan acreditado su calidad, sean o no universitarios. Exigen al Ministerio de Educación el reconocimiento oficial de la formación recibida por universitarios españoles en otros países, para evitar su pérdida en menoscabo del nivel científico-médico en España. En conversación informal, César Pedrosa comentó a la autora que ese artículo, en esos años, tuvo gran impacto. “Me tacharon de tecnócrata”.



Cuadro de la promoción de César Pedrosa
(tercero de la columna de la izquierda)

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA TOMA POSICIONES

En 1975, la Sociedad Española de Radiología (SEREM) era una sociedad *mater* que englobaba el Radiodiagnóstico, la Radioterapia, la Medicina Nuclear y la Electrología. En España estaba en proyecto una Reforma Sanitaria. El presidente del Consejo General del Colegio de Médicos solicita a la SEREM un Plan nacional para la formación de especialistas en Radiología. José Bonmatí, presidente de la Sociedad, redacta el Plan basándose en la ponencia sobre Educación de 1966 y en las conclusiones sobre enseñanza del postgrado del XIII Congreso Internacional de Radiología de 1973. ¿Qué aporta de nuevo este Plan?⁴¹:

1. La especialidad puede realizarse en cualquiera de las ramas de la Radioelectrología: Radiodiagnóstico, Radioterapia, Medicina Nuclear y Electrología.
2. El periodo de residencia debe estar sujeto a una contratación formal, ya que los médicos en formación realizan una labor asistencial.
3. Se excluyen las clínicas privadas y los ambulatorios para la formación de especialistas.
4. Sugiere la creación de una Comisión Nacional de Hospitales para que fije las condiciones generales de los hospitales para la enseñanza.
5. Concreta los requerimientos de actividad de los distintos Servicios de Radiología que componen el Departamento. En Radiodiagnóstico, se deben realizar no menos de 25.000 exámenes anuales.
6. Necesidad de una selección nacional para acceder a la residencia.
7. Duración de la residencia: tres años, con un cuarto año opcional para especializarse en Neurorradiología, Radiología Vascular o Radiología Pediátrica.
8. Examen al final de la residencia para la concesión del título oficial de especialista, que será necesario para la adjudicación de las plazas que se convoquen.

41.- Carta Circular de la SEREM 1975, nº 4

En noviembre de ese mismo año, 1975, la Sociedad organiza las Primeras Jornadas Nacionales de Radiología. César Pedrosa, presidente de la Mesa sobre Formación de Especialistas, expone: “La escisión en ramas es dolorosa para los que tienen en sus manos dos o tres de ellas y se consideran unos auténticos dueños de las mismas [...] Solucionar estas situaciones tiene la importancia de estar abriendo camino para la formación del futuro [...] Los médicos en formación tienen mucho que aprender, pero mucho que decir siempre”⁴².

NUEVAS DISPOSICIONES OFICIALES A FINALES DE LOS SETENTA

Con años de retraso, pero al fin, en el BOE del 13 de diciembre de 1977 se publica la Orden por la que se regula la formación de postgraduados médicos.

El 3 de abril de 1978 se constituyen las Comisiones Nacionales de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear. La de Radiodiagnóstico quedó constituida por César S. Pedrosa, José Marcos Robles, Juan Ramón Zaragoza Rovira, Fernando Solsona Motrel, Julián Celma Marín, Luis García Marrero y Justo Marcos López.

En el BOE de 29 de agosto del mismo año, se aprueba un Real Decreto en que se reconocen 51 especialidades médicas. Sigue figurando la *incombustible* Electrorradiología⁴³, además de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear. Sin embargo, desaparece, como especialidad, la Electrología.

El 23 de junio de 1979 se constituye el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Forman parte del Consejo los 42 Presidentes de otras tantas Comisiones Nacionales de Especialidad. Entre ellos, el de Medicina Nuclear (Ortiz Berrocal), Radioterapia (Otero Luna) y Radiodiagnóstico (César S. Pedrosa). No se han constituido la Electrorradiología ni la Oncología porque “su campo de acción no está bien definido o está sujeto a controversia por parte de otras especialidades”⁴⁴. Las misiones de cada Comisión serán:

42.- Carta Circular de la SEREM 1975, nº 10

43.- La Sociedad responde en Junta Directiva y en Junta General Extraordinaria. El presidente eleva un escrito al Ministro de Sanidad y Seguridad Social expresando la disconformidad de la Sociedad por la persistencia de la Electrorradiología y solicitando que la especialidad de Radioterapia se denomine Radioterapia y Oncología.

44.- Carta Circular de la SEREM 1979, nº 38

1. Establecer los objetivos docentes, duración de la especialidad y evaluación.
2. Determinar el número de especialistas necesarios.
3. Acreditar a los centros docentes.

EL PRIMER PROGRAMA NACIONAL DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNÓSTICO

La Comisión Nacional de la Especialidad trabajó rápido. Estableció en 1979 el primer Programa de Formación, que fue completado en 1984⁴⁵.

Pero ya se estaban formando residentes en muchos hospitales del país. Es de justicia reconocer que el primer Manual de Residentes fue de 1963, en el Hospital General de Asturias, de Oviedo y que el primer residente de Radiodiagnóstico fue Juan Ramón Jiménez Fernández-Blanco, que comenzó la especialidad a partir de septiembre de 1963, antes de que se instaurara el programa de formación de residentes en otro centro pionero: la Clínica Puerta de Hierro de Madrid.

Al día de hoy, en la página web de la SERAM, se puede acceder al “Programa docente para la formación médica especializada en Radiodiagnóstico”. (Real Decreto 127/1984) y a la Guía de Formación de Especialistas de Radiodiagnóstico, de 25 de abril de 1986. (Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia).

45

EL FINAL DEL LARGO CAMINO

Por Real Decreto 127/84, de 31 de enero de 1984, desaparece la Electrorradiología como especialidad médica⁴⁶. Se reconocen, como especialidades independientes, Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica y Radiodiagnóstico.

¿QUÉ QUEDÓ TRAS EL LARGO CAMINO?

“La lucha por acercar la España oficial y la España real”⁴⁷. En muchos centros hospitalarios fueron surgiendo Servicios de

45.- Serie Monográfica de Especialidades Médicas nº 37. OMC, Madrid, 1990.

46.- Francia había suprimido la especialidad en 1971; Luxemburgo, en 1982; los Países Bajos, el mismo año que España, en 1984.

47.- César S. Pedrosa. Editorial. Carta Circular de la SEREM 1978, nº 32.

Radiodiagnóstico centralizados –y también de Radioterapia– con un buen nivel asistencial y con programas de enseñanza de calidad. El reconocimiento formal de estas especialidades fue lento y con retraso. Las Comisiones Nacionales de la Especialidad, dependientes del Ministerio de Sanidad, fueron el primer paso para la separación oficial del Radiodiagnóstico y la Radioterapia. Se consagró lo que en la práctica ya era un hecho consumado.

Se alzó la voz contra un peligro crónico: el de la formación insuficiente. Se resume un interesante editorial⁴⁸. “En 1972 se crearon numerosas Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social con las consiguientes convocatorias para radiólogos. Contando con los pocos centros de formación de residentes, y que al año no hay más de veinte que terminan la residencia, ¿de dónde sale el resto que se incorporan a las plazas convocadas? De muchos residentes que interrumpen su formación, solicitan y obtienen fácilmente una plaza de adjunto. Como con dos años se obtiene el título oficial, ¿para qué seguir con la residencia?”

Los radiólogos de Diagnóstico y también los de Terapia⁴⁹ demostraron que sabían lo que debía ser su especialidad. Apostaron por el futuro: “Lo que no es posible hoy, será posible mañana”. Respetaron a ilustres electrorradiólogos que cedieron parte de su patrimonio profesional y apoyaron los cambios con generosidad.

48.- César S. Pedrosa. Puestos de trabajo para radiólogos (Editorial). *Radiología* 1972;14:433-4.

49.- Luis Delclós Soler. La separación del radiodiagnóstico y la radioterapia (Editorial). *Radiología* 1970;12:205-7.

6. RESIDENTES

CIFRAS Y DATOS AL DÍA DE HOY

La autora recoge información del actual presidente de la Comisión Nacional de la especialidad, Ricardo Rodríguez.

En las últimas convocatorias se han ofertado y cubierto unas 200 plazas para especialización en Radiodiagnóstico. Al día de hoy, se desconocen las necesidades de radiólogos del país. Quizá la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud tenga en proyecto hacer un estudio de las necesidades a corto y medio plazo.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud efectúa periódicamente auditorías a las 87 unidades docentes del país para asegurar que mantienen el estándar de calidad convenido. La Comisión Nacional es consultiva, no ejecutiva; no dispone de un presupuesto específico para auditar; lo que sí puede es, a instancias de terceros, sugerir al Ministerio que realice una auditoría a determinada unidad docente.

La especialidad se denomina tan sólo “Radiodiagnóstico”. A mediados de los noventa, la Comisión Nacional presentó la solicitud para reconocer a las tres clásicas áreas de capacitación específica. La solicitud fue denegada. Lo que sí está permitido es pedir un determinado perfil para un concurso público; un concurso-oposición perfilado que permita valorar al candidato idóneo para la plaza.

LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES: UNA PREOCUPACIÓN COMPARTIDA

Los ambiciosos objetivos de la actual Guía de Formación de Especialistas en Radiodiagnóstico⁵⁰ ponen el listón muy alto.

La formación de los residentes no es un asunto baladí porque en ellos está el futuro de la radiología española. Y no es asunto fácil ni para la jefatura, ni para la tutoría y ni para la totalidad de los radiólogos del Servicio.

50.- En la web de la SERAM: www.seram.org

En 1971, César Pedrosa, con años de experiencia en la formación de residentes, incidía de forma rotunda: “Lo más importante es la aceptación consciente de las dificultades que encierra organizar y dirigir un programa de residentes”⁵¹.

La pregunta trascendental ¿cómo formamos a nuestros residentes? ha sido una constante en las unidades docentes del país, incluso en aspectos aparentemente triviales: “¿Enseña alguien a preparar y presentar un currículum a nuestros residentes?”⁵².

EVALUACIÓN DEL SISTEMA MIR

En 1999, Luis Ramos, entonces presidente de la Comisión Nacional de Radiodiagnóstico, denuncia la ineficacia del actual sistema de evaluación continuada –anual y final– de los médicos residentes, regulado en la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995. “Creemos que el examen final, voluntario y premiado con un diploma especial, debe implantarse en España”⁵³.

TEMAS A DEBATE

Aunque siempre ha interesado la formación de los residentes, es en el Congreso Nacional de Maspalomas de 2002, donde por primera vez figura una Vocalía de Formación pre y postgrado. A partir de entonces, se crea una nueva Sección en la Sociedad, denominada FORA (Formación en Radiología), integrada por radiólogos interesados en la formación de los estudiantes universitarios y de los residentes.

Si revisamos los libros de resúmenes de los dos últimos Congresos –Maspalomas 2002 y Bilbao 2004–, y del próximo, Zaragoza 2006, es fácil entresacar diversos temas que invitan al debate:

- El cambio de denominación de la especialidad: de Radiodiagnóstico a Radiología.
- Ampliación de la residencia a cinco años.
- Funciones y formación del tutor de residentes.
- Duración y distribución de las diversas rotaciones a lo largo del periodo MIR.
- Organización del programa teórico, sesiones y lectura de casos.

51.- César S. Pedrosa. *Programa de residentes. Radiología 1971*;13:539.

52.- Ricardo Rodríguez. *Carta al Director. Radiología 1996*;38:151-2.

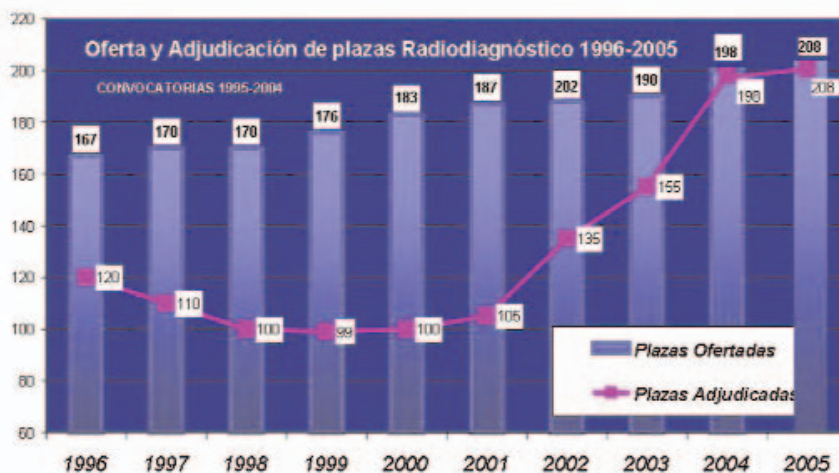
53.- Luis Ramos. *Evaluación del sistema MIR. Propuesta de examen final. Radiología 1999*;41:693-4.

- Troncalidad y radiología general.
- Formación en subespecialidades. Áreas de capacitación específica.
- Formación en nuevas tecnologías.
- ¿Examen a nivel nacional al finalizar la residencia?
- ¿Cuántos residentes al año para cubrir las necesidades de radiólogos del país?
- ¿Mantienen el estándar de formación las unidades docentes acreditadas?

LOS RESIDENTES VALORAN LA SITUACIÓN

En el Congreso de Bilbao 2004, los dos representantes de los residentes en la Comisión Nacional de la Especialidad presentaron un interesante curso de refresco⁵⁴. La autora se ha puesto al habla con uno de ellos –José María Maiques Llácer– quien, con toda generosidad, le ha facilitado las fuentes originales, las bases de datos actualizadas y las reflexiones de su exhaustivo estudio. Lo que se expone a continuación es una parte de su trabajo.

Desde 1978, la formación MIR sólo se puede realizar en Centros acreditados públicos o privados. Las Comunidades Autónomas y los Centros acreditados determinan su oferta anual de plazas. El Gobierno, a través de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, fija el número de las que se adjudican en cada convocatoria.



Algunas Comunidades Autónomas piden al Ministerio de Sanidad que amplíe la oferta de especialistas en Radiodiagnóstico. Algunos centros docentes solicitan elevar su número de plazas acreditadas. Hospitales y clínicas privadas solicitan radiólogos generales o con capacitación específica a través de la prensa o a través de la Sociedad de Radiología. En los últimos años, todas las plazas ofertadas se adjudican.

La pregunta clave es: ¿deberían ofertarse anualmente más plazas de formación MIR en Radiodiagnóstico? La oferta anual de plazas debería adecuarse a la capacidad y calidad formativa de los Centros acreditados, pero también a la demanda, es decir, a las necesidades reales de especialistas del Sistema Sanitario, tanto para evitar el déficit –que ocasionaría sobre-explotación e intrusismo–, como para evitar el exceso, con el subsiguiente paro de especialistas.

Tras un riguroso estudio estadístico, los autores exponen una serie de reflexiones. La más interesante –según la autora– es la siguiente: Al ritmo actual de adjudicaciones de plazas MIR (200/año) podría cubrirse una hipotética demanda que equilibrara la actual situación estatal en un plazo inferior a 10 años.

NUEVAS FORMAS DE ENSEÑAR Y DE APRENDER

Aún siguiendo el Programa de Formación de Residentes, en vigor desde 1996, los programas de residencia tienen pequeñas variaciones de uno a otro hospital. Como ejemplo: el Hospital Miguel Servet⁵⁵ de Zaragoza propone las últimas tendencias dentro del concepto *currículum básico*, como son: ética, socio-economía, metodología docente e investigadora, bioestadística y revisión crítica de la literatura. También considera *el más allá de la interpretación radiológica*: gestión clínica, garantía de calidad, tecnologías de la información y comunicación, RIS y PACS, derecho sanitario, auto-enseñanza y formación continuada, etc.

Las nuevas tecnologías radiológicas coinciden con la revolución de los métodos educativos. La aplicación de estos métodos es clara

54.- José María Maiques Llácer y Pablo Domínguez Echávarri. Distribución y evolución de la oferta de plazas de formación especializada en Radiodiagnóstico 1995-2002.

55.- Luis Humberto Ros Mendoza. Formación en radiología. ¿Cómo formamos a nuestros residentes? Radiología 2004;46:383-6.

obligación de los docentes. En un reciente artículo de opinión⁵⁶, se señalan las diferencias entre los actuales residentes de primer año y los de hace tres décadas: poseen conocimientos informáticos, dominan la búsqueda bibliográfica por internet, saben idiomas, tienen gran facilidad para el manejo de los equipos más sofisticados. Por querer llegar rápido quieren saltarse aquellas etapas iniciales de la interpretación de las técnicas convencionales. “Vayamos del estudio seccional a la placa radiográfica y no al revés, como tradicionalmente se ha hecho, y pronto veremos el interés de los residentes por aprender fundamentos”.

No hay duda de que los residentes son adultos con diferentes estilos de aprendizaje, pero existen unos principios generales del aprendizaje del adulto que deben ser aplicados a la formación en radiología⁵⁷: conectar sus experiencias y conocimientos previos a la nueva información; los residentes son autónomos, deben implicarse y participar activamente en el aprendizaje; los programas educacionales deben buscar objetivos definidos y prácticos; como todo discente, debe ser respetado y estimulado; se deben promover grupos de interacción, etc. La sesión de Lectura de Casos es el paradigma del aprendizaje centrado en la resolución de problemas.

Estas nuevas formas de enseñar y de aprender no son tan nuevas para los radiólogos. Hace treinta y seis años se escribió: “La actividad pedagógica máxima es, tal vez, la que se desarrolla ante los negatoscopios”⁵⁸. Ante las estaciones de trabajo, se diría hoy.

Los radiólogos del Servicio y los residentes mayores deben aprender a compartir sus conocimientos con los que empiezan el camino. “Los conocimientos son un bien intangible que no se pierde; al contrario, se aprende al enseñar”⁵⁹.

¿ESTAMOS O NO ESTAMOS EN EUROPA?

En una reciente publicación⁶⁰, la Asociación Europea de Radiología y la Sección de Radiología de la Unión de Médicos

56.- César S. Pedrosa. *¡Los fundamentos!, estúpido, ¡los fundamentos!* Radiología 2004;46:52-4.

57.- Jannette Collins. *Education techniques for lifelong learning. Principles of adult learning.* RadioGraphics 2004;24:1483-9.

58.- José Bonmatí y José María Espinosa. *Didáctica de la patología radiológica.* Radiología 1970;12:277-81.

59.- Gunderman RB. *Learning to share.* AJR 2005;185:844-7.

60.- AER and UEMS. *European Training Charter for Clinical Radiology.* Viena, noviembre 2005. www.ear-online.org

Especialistas Europeos reiteran –sin lugar a dudas– que el periodo de formación en radiología clínica es de cinco años por la amplitud de conocimientos y habilidades que se requieren.

RETRATO DEL RESIDENTE PERFECTO

A partir de las hojas de evaluación ¿cómo sería el residente perfecto que obtuviese las máximas puntuaciones? Este podría ser su retrato robot:

- El nivel de conocimientos teóricos adquiridos es excelente, con un óptimo ritmo y calidad en el aprendizaje.
- En el enfoque diagnóstico de los problemas, siempre elige la hipótesis más razonable; aunque también es capaz de considerar hipótesis sofisticadas, pero lógicas.
- Toma decisiones con rapidez, conoce sus límites y evita decisiones que sabe que le sobrepasan; en ocasiones, decisiones intuitivas pero oportunas.
- Utiliza con racionalidad los recursos; piensa siempre en términos de eficiencia: elige la exploración o tratamiento decisivo entre los menos arriesgados y menos caros. Valora con otros profesionales el significado de ciertos resultados o la evolución de los enfermos.
- No sólo tiene una dedicación excepcional, sino que profundiza en el conocimiento de la patología de los pacientes y en otras actividades del Servicio. Propone al resto del equipo y dinamiza la puesta en marcha de actividades asistenciales, docentes y de investigación.
- Tiene una dedicación horaria por encima de su jornada laboral. Alto nivel de responsabilidad. El residente conecta perfectamente con las familias y los pacientes, es tolerante, toma interés por sus problemas personales y sociales, y dedica tiempo extra a discutir aspectos médicos y otras preocupaciones en el entorno familia-paciente.
- Relaciones amigables con el equipo de trabajo; toma interés y participa activamente en los problemas, actividades, toma de decisiones e iniciativas que implican al equipo; está totalmente integrado.

7. FORMACIÓN CONTINUADA

La formación profesional debe ser un todo continuo a lo largo de la vida laboral. La formación continuada es una exigencia personal, una responsabilidad que sería difícil cumplir sin ayudas y sin estímulos. Desde el principio, los radiólogos más comprometidos hicieron un gran esfuerzo de aprendizaje a lo largo de su vida profesional. Existieron grandes docentes. Se escribieron libros, artículos en revistas, se convocaron cursos y congresos. Pero la autora cree que la primera vez –o al menos la más general– que la Junta Directiva de la Sociedad se preocupó de la formación continuada de todos sus miembros fue cuando nombró presidente del Comité Científico a José Bonmatí, el 22 de junio de 1966. Renació el auge de lo científico.

EL SEGUNDO VIERNES DE CADA MES, A LAS OCHO DE LA TARDE, EN VILLANUEVA 11

53

Así empezaron las sesiones mensuales de interpretación de casos clínico-radiológicos, como única actividad oficial y periódica, con carácter científico, de la Sociedad. Bonmatí estableció unas sencillas reglas de juego: Cualquier asistente podría presentar su caso, siempre que estuviera probado y viniera precedido de un breve resumen clínico. Se invitará a los participantes a la lectura de las radiografías para orientar el diagnóstico. El presentador comentará el diagnóstico definitivo. “Creemos que estas sesiones de interpretación señalan un camino para prestigiar y reivindicar el radiodiagnóstico y quien a él se dedica [...] Son los radiólogos los que han de sentirse decididos a demostrar en los centros la verdadera función del Radiodiagnóstico [...] El continuo intercambio de información entre los diversos servicios hospitalarios nos acerca a la base común de que partimos: somos médicos que miramos al enfermo desde ángulos distintos, pero no distantes”⁶¹.

En la Asamblea General del 30 de junio de 1967, el presidente de la Sociedad, Pedro Melendo Abad, “felicitó al Dr. Bonmatí y

⁶¹.- José Bonmatí. *Sobre las reuniones mensuales de la Sociedad de Radiología. Radiología* 1966:133-7.

resalta la constancia en la asistencia de radiólogos de fuera de Madrid: Dr. Pedrosa, de Oviedo; Dr. Campoy y Dr. Salvador, de Sevilla”.

Las sesiones de lectura de casos pasaron a los segundos sábados de mes y “aumentó la asistencia de forma impresionante, llueva o nieve [...] Para muchos ha representado una novedad: desconocían el verdadero alcance de estas reuniones [...] En dos horas verás una colección de casos increíbles y difíciles de mejorar; tu nivel científico se elevará y tú elevarás el del resto”⁶². La lectura de casos se extendió a la actividad científica cotidiana de los centros hospitalarios y, a partir del Congreso de Zaragoza 1968, la Sesión de Lectura de Casos ha sido una de las estrellas en los Congresos Nacionales de Radiología.

LA SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA, MOTOR DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

En los años setenta, continuó la formación continuada de los radiólogos con actividades organizadas o apoyadas por la Sociedad: los Seminarios Nacionales e Internacionales de Radiología, los Sábados Radiológicos del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid; por toda España, numerosos cursos de Filiales, Secciones y hospitales. Con una justa referencia a la Fundación “XIII Congreso Internacional de Radiología” en la formación de los radiólogos a través de los clásicos cursos de Correlación Radio-Patológica.

En 1980 se pone en marcha la Biblioteca en el piso adquirido para la sede social de la Sociedad. Se realizan suscripciones a las principales revistas de la especialidad. A los tres años de funcionamiento, Luis Ramos, presidente de la Comisión de la Biblioteca, expone el registro de actividades: número de socios, fotocopias de artículos, prestamos de material científico... Actividades “para todos los miembros de la Sociedad que tengan alguna ambición científica”⁶³.

En el Congreso Nacional de La Manga del Mar Menor, en mayo de 1980, se incorporan por primera vez en el país los Cursos de Perfeccionamiento, como parte esencial de un congreso. “Para los que quieran renovar sus conocimientos, un curso de este tipo pretende condensar en una hora los conocimientos prácticos que ofre-

62.- *Los segundos sábados de mes* (Editorial). *Radiología* 1970; 12:741.

63.- Luis Ramos. *La biblioteca de la SEREM ¿inefcaz y centralista?* *Radiología* 1983;25:1-4.

ce un radiólogo que conoce bien el tema [...] El congresista tendrá donde escoger entre 41 cursos de Diagnóstico [...] Es éste un intento serio de convertir nuestros congresos en la máxima manifestación científica de nuestra Sociedad”⁶⁴.

En 1990, el entonces presidente de la Comisión Nacional de Radiodiagnóstico, José Manrique, informa sobre el borrador del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores en donde se nombran “los sistemas de acreditación de actividades de formación continuada [...] que permitan obtener recertificaciones oficiales del título”⁶⁵.

¿QUÉ ES SEAFORMEC?

Pasan los años. El 29 de enero de 2003 se crea el Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC) integrada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas⁶⁶. Las cuatro instituciones que integran SEAFORMEC pueden someter a acreditación aquellas actividades de formación médica continuada que organicen ellas mismas o las organizaciones que las componen.

En el Boletín de la SERAM⁶⁷ se aclara que la acreditación interna de la Sociedad no es suficiente a efectos oficiales y que debe tramitarse a través de SEAFORMEC.

En un reciente artículo de Luis H. Ros⁶⁸ se resalta la tendencia al concepto de desarrollo profesional continuo que sustituye al de formación médica continuada. El autor se pregunta, entre otras dudas, cómo se van a financiar las actividades de formación continuada.

José Luis del Cura⁶⁹ se permite, según él, una reflexión heterodoxa tras describir las diferentes sesiones en los Servicios de Radiología y las conjuntas con otros Servicios. Las considera la fuente principal de formación continuada para el radiólogo, pero ¿cómo se acreditan?

64.- César S. Pedrosa. Editorial. Carta Circular de la SEREM 1980, n° 47.

65.- J. Manrique Chico. Aspectos legales de la formación médica continuada. Radiología 1990;32:719-22.

66.- A la autora le dan excesivo respeto tantas mayúsculas.

67.- Radiología 2004;46: 122-3.

68.- Luis H. Ros. Formación continuada: un reto ante un futuro próximo. Radiología 2005;47:37-41.

69.- José Luis del Cura. Las sesiones en radiodiagnóstico. Radiología 2005;47:145-51.

FORMACIÓN CONTINUADA EN LA WEB SE LA SERAM

Hace unos años, Jaume Pomés –un radiólogo del Hospital Clinic de Barcelona, a quien la autora tuvo el gusto de saludar en su reciente viaje a Cataluña– puso en marcha la página web de la SERAM. En la actualidad, su coordinador es Francisco Javier Rodríguez Recio. La web es una fuente de formación continuada: monografías SERAM con cuestionarios que sirven para obtener créditos no presenciales, diversos cursos, guías y protocolos de autores españoles, portal docente y congreso virtual (www.radiologiavirtual.org), selección de casos de la Asociación Europea de Radiología (EURORAD), cursos de formación de la Sociedad Radiológica de Norteamérica...

8. EL LENGUAJE RADIOLÓGICO

RELATIVIDAD LINGÜÍSTICA

En 1940, Benjamín Whorf defendió la relatividad lingüística: el lenguaje que utilizamos determina la forma en que percibimos y conceptualizamos el mundo; y también, la forma como describimos, afecta a la forma cómo lo percibimos y recordamos.

Pensemos en la palabra *masa*. Puede ser masa atómica, masa de harina, conjunto de personas... Pero al radiólogo le sugiere algo muy diferente. La palabra *masa* refleja determinada realidad propia del colectivo radiológico. Existe una relación entre la palabra *masa* y la realidad percibida, o entre una imagen percibida y el término como se la describe.

En el diagnóstico radiológico se relacionan imágenes con su significado y se recombinan los significados individuales en un razonamiento lógico.

Para el radiólogo, el lenguaje es un código de referencia para constatar un significado, una pretendida verdad. Si se equivoca, el lenguaje del radiólogo pierde su valor. –Es la diferencia con el poeta, tal como lo plantea Luis Landero: “El poeta siempre dice la verdad, aunque mienta”–.

UN LENGUAJE FLORIDO

En todas las épocas el lenguaje ha tenido su propio estilo: ampuloso, retórico, preciso, conciso, telegráfico... También el lenguaje radiológico ha evolucionado con la cultura de su tiempo. Y así navegaba por los años cuarenta:

“La Radiología, como ciencia de rápida floración y de ostensibles frutos en el marco de la medicina [...]”⁷⁰. “España, país rico en individualidades radiológicas, debe manifestarse con plenitud, llevando a Lisboa lo mejor del archivo radiológico y lo más sazonado por la experiencia terapéutica”⁷¹.

70.- Boletín SEREM, diciembre 1945.

71.- Boletín SEREM, marzo-junio 1949. En relación con el I Congreso Luso-Español de Radiología, Lisboa 1949.

FLORA Y FAUNA RADIOLÓGICAS

Muchos de los clásicos signos radiológicos⁷² pertenecen al mundo de la botánica o de la zoología: hoja de trébol, granos de mijo, orejas de perrito, ojo de buey, cabeza de cobra... Incluso ha habido símiles diferentes para una misma entidad: las metástasis pulmonares múltiples se comparaban con la festiva *suelta de globos* o con la bélica *balas de cañón*.

Carlos Lueje alzó la voz contra un lenguaje repleto de “símbolos míticos, confusión babélica, descripción figurativa de líneas y sombras, términos pintorescos. [...] Debemos emplear un lenguaje con la máxima traducción objetiva a términos de anatomía y clínica, sin perder por ello la originalidad ni la eficacia”⁷³.

¿(EL) RADIODIAGNÓSTICO O (LA) RADIOLOGÍA?

El nombre de los rayos X, denominación provisional al desconocer su naturaleza, ha pasado a ser una de tantas *interinidades eternas*. Sin embargo, el nombre de nuestra especialidad sí que evolucionó con el tiempo, incluso cambia de género gramatical por una norma arbitraria en cuanto a la terminación –o (masculina) a –a (femenina).

Röntgendiagnóstico o Roentgendiagnóstico pasaron a la historia a pesar de la literatura germánica⁷⁴ que seguía conmemorando a Röntgen, fallecido en Munich el 10 de febrero de 1923.

A finales de 1997, Luis Ramos abrió un debate con su ya mencionado artículo de opinión⁷⁵. La especialidad: ¿Radiodiagnóstico? ¿Diagnóstico por Imagen? ¿Radiología? ¿Y el especialista? ¿Radiólogo?

Como respuesta, diversas opiniones extractadas de Cartas al Director:

- Soy y me siento radiólogo⁷⁶.
- Neurorradiología versus neuroimagen⁷⁷.
- Diagnóstico radiológico por la imagen⁷⁸.

72.- Ronald L. Eisenberg. *Atlas of signs in Radiology*. J.B. Lippincott Company, 1984.

73.- Carlos Lueje Casanueva. *Roentgendiagnóstico y semántica* (Editorial). *Radiología* 1970;12:455-7.

74.- *Roentgendiagnóstico del intestino delgado*. Ponencia oficial de la XXXI Jornada Alemana de Roentgenología. Hamburgo, 1949.

75.- Luis Ramos. *Qué hacemos y cómo nos llamamos: reflexiones sobre nuestro trabajo y nuestra denominación profesional*. *Radiología* 1997;39:671-75.

76.- Juan Sabaté. *Radiología* 1998;40:70.

77.- J. Solé-Llenas. *Radiología* 1998;40:70-1.

78.- Juan Fernández Sánchez. *Radiología* 1998;40:283-284.

- No es un tema de denominación, es un problema de contenido⁷⁹.
- Radiología: ¿por qué dudamos?⁸⁰

Pero el nombre oficial es el de Radiodiagnóstico. Así queda definida la especialidad en la web de la Sociedad: “El Radiodiagnóstico o Diagnóstico por Imagen es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes, y otras fuentes de energía.”. Y se nombra tanto al *especialista en Radiodiagnóstico* como al *radiólogo*.

EL INFORME RADIOLÓGICO

El informe radiológico es el resultado de la interconsulta que realiza el médico responsable de un paciente al radiólogo. El radiólogo posee los medios, las técnicas, el conocimiento y la experiencia de su competencia. Así se entendió desde el principio, aunque a veces alguien lo haya olvidado.

En el Boletín de la SEREM de mayo de 1947, se hace referencia al informe radiológico: “Sería conveniente que la indicación del especialista al médico radiólogo se limitase a pedir una exploración radiológica, indicando el diagnóstico más probable de la enfermedad [...] Nadie más autorizado que el que realiza la exploración para discriminar el método más conveniente a utilizar en cada caso [...] Al colega que ha ordenado la exploración solamente le interesa el informe radiológico y no los procedimientos exploratorios que ha realizado el radiólogo”.

En el discurso inaugural del curso 1968-69 de la Academia Médico-Quirúrgica Española, su presidente, el prestigioso radiólogo Francisco Gálvez Armengaud, se refirió, entre otros temas, al informe radiológico: “El informe es un documento interprofesional, rigurosamente privado, destinado a dar información al clínico que lo ha solicitado”. En ese mismo parlamento, diserta sobre cómo plasmar en el informe el grado de seguridad diagnóstica. El final de su exposición dice así: “El informe traduce una opinión responsable, camino lleno de dramatismo pues corre entre los linderos de la verdad y el error, que son, al propio tiempo, los de la vida y la muerte”⁸¹.

79.- J. Ortiz Berrocal. *Radiología* 1998;40:283-8.

80.- Julio Castedo Valls. *Radiología* 1998;40:498.

81.- Francisco Gálvez Armengaud. *Lo verdadero y lo falso en radiodiagnóstico*. *Radiología* 1969:471-7.

A principios de los setenta, la radiología diagnóstica está en pleno auge. El informe radiológico se ha puesto de moda. César Pedrosa cree que es momento de valorar de nuevo su enfoque y así deja escrito: “Es necesario el informe pero también es necesaria la capacitación del que lo firma. El informe encierra responsabilidad, expresa la opinión seria y razonada en base a unos supuestos científicos [...] El radiólogo debe velar por su rigor científico y el lenguaje utilizado”⁸².

Juan Ramón Jiménez —el poeta, no el radiólogo— lo exige en una de sus poesías puras: “*Intelijencia*, ¡dame el nombre exacto de las cosas!”.

Como siempre, el problema es de fondo y forma. O, como expresan varios autores en su reciente actualización, de filosofía⁸³ y de estilo-contenido⁸⁴. El siguiente diálogo, en parte real y en parte imaginario, intenta extractar los dos artículos anteriormente referidos:

Se informa sobre una exploración concreta, que debe explicitarse como preámbulo al informe. Una sencilla: radiografía posteroanterior y lateral de tórax.

—“En el informe debe quedar reflejada la información clínica remitida”.

—Es un protocolo preoperatorio: varón de 70 años, fumador y broncópata, programado para prótesis de cadera; hace quince años, nefrectomía derecha por carcinoma renal. (¡Qué difícil que se aporten tantos datos!)

—“En el informe debe quedar reflejada la técnica utilizada, el tipo, dosis y flujo de contraste, las reacciones adversas y cualquier limitación de la exploración”.

—No viene al caso.

—“¿Qué hallazgos se ven? Descripción de los hallazgos”.

—A partir de aquí comienza la verdadera elaboración mental del informe. Gracias a la percepción visual, se detecta un nódulo pulmonar, visible en las dos proyecciones. Se busca otros nódulos en las zonas donde es más fácil que queden ocultos y en donde suelen localizarse con más frecuencia. Tras el peregrinaje por los

82.- César S. Pedrosa. *El informe radiológico*. Radiología 1973;15:71.

83.- Francisco Tardáguila, Luis Martí-Bonmatí, José Bonmatí. *El informe radiológico: filosofía general*. Radiología 2004;46:195-8.

84.- Luis Martí-Bonmatí, Francisco Tardáguila, José Bonmatí. *El informe radiológico: estilo y contenido*. Radiología 2004;46:199-202.

campos pulmonares, no se encuentran más. Se continúa con una valoración sistemática del resto del tórax, especialmente del mediastino en busca de adenopatías. No se encuentra nada patológico. El radiólogo se detiene en el nódulo y se comienza a dictar: *Nódulo pulmonar... de forma, bordes, tamaño, localización...* Pero la mera descripción no es suficiente. Se requiere un análisis discriminatorio. Se sabe que si en el centro del nódulo se visualiza calcio, el nódulo será posiblemente benigno y el paciente sólo requerirá controles. Se añade en la descripción: *No se aprecia calcio en su interior*. En el estudio comparativo con una radiografía de hace un año, el nódulo en cuestión no era visible.

—“¿Qué causa estos hallazgos? Establecer o, al menos, sugerir un diagnóstico, conclusión o impresión. Se espera del radiólogo una implicación en el diagnóstico”.

— Se trata de *un nódulo pulmonar de naturaleza indeterminada*. La indeterminación diagnóstica, la incertidumbre sobre la naturaleza del nódulo puede seguirse de un elevado coste de penalización. El nódulo puede no tener trascendencia, pero puede representar un pequeño carcinoma primario de pulmón, supuestamente resecable, o una metástasis de su anterior cáncer de riñón.

—“¿Qué se sugiere hacer? Proponer, si es preciso, otros estudios o técnicas adicionales o una actitud de seguimiento”.

—Hay que llegar a un diagnóstico certero. Se decide el paso a seguir, planteándose una sencilla senda o algoritmo diagnóstico. Se refleja en el informe: *Se ha citado al paciente para una TC de tórax con objeto de confirmar que el nódulo es único y descartar patología asociada. Si es único, se recomienda punción percutánea bajo control de TC para obtener una muestra*. La conclusión es la quintaesencia del informe: *Nódulo pulmonar, aparentemente solitario, que requiere estudios adicionales*.

¿Y sobre el estilo del informe? Los autores mencionados nos ofrecen la *regla de las seis “ces”*: claro, correcto, conciso, completo, consistente y lleno de conocimiento. Debe estar estructurado y debe ser revisado. No se olvide que es un documento legal.

La Guía de buena práctica profesional para radiólogos europeos (Asociación Europea de Radiología) recomienda: “Se deben emitir informes precisos, explícitos y comprensibles, haciendo constar en ellos los hallazgos radiológicos relevantes y facilitando al médico

remitente una orientación clara sobre el posible diagnóstico, así como las pruebas complementarias recomendadas. Si en algún caso existen dudas, deberá quedar reflejado claramente en el informe”⁸⁵.

EL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Los errores cometidos por *el duende de la imprenta* son casi imposibles hoy día. Se reseña un antiguo gazapo: El título de un magnífico artículo firmado por César S. Pedrosa, José Bonmatí, Francisco Campoy y Juan Ramón Jiménez figuraba como *La reducción de las investigaciones intestinales por el enema opaco*⁸⁶. (En el número siguiente se aclaró que se trataba de *invaginaciones*).

Dejando aparte otras anécdotas, a los editores de RADIOLOGÍA siempre les ha preocupado el tema del artículo científico y de la terminología.

Sobre la técnica del artículo científico había mucho por decir. En 1969, César Pedrosa describe las normas generales y analiza las partes de que consta una publicación. Se entresacan algunas frases: “Un artículo científico debe tratar de comunicar resultados de importancia en el menor número posible de palabras [...] El título de una publicación es ciertamente importante [...] La práctica frecuente de jefes que acaparan el primer nombre de todas las publicaciones, aunque no hayan tenido parte en el trabajo, debe desaparecer [...] Se debe sacrificar la belleza literaria en favor de la concisión, veracidad y fácil comprensión”⁸⁷.

La revista de la Sociedad recoge, en 1972, la *Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación* que estableció la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura⁸⁸.

En un Editorial⁸⁹, José Cáceres, al hacerse cargo de la revista RADIOLOGÍA, ruega que los artículos eliminen al máximo la información superflua.

Con cada nueva tecnología, en concreto con la resonancia magnética, los términos ingleses –con sus abreviaturas– hay que adaptarlos al castellano para facilitar su comprensión y utilización. Este

85.- En la web de la SERAM.

86.- Radiología 1967;54:27.

87.- César S. Pedrosa. El artículo científico (Editorial). Radiología 1969:93-5.

88.- Radiología 1972;14:1-8.

89.- Radiología 1986;28:1.

fue el objeto del glosario que aparece en el artículo encabezado por Luis Martí-Bonmatí⁹⁰.

Al comité de redacción de RADIOLOGÍA, a los revisores científicos y a casi todos los radiólogos les interesa la precisión de su lenguaje. Se suceden varias Cartas al Director sobre gramática y terminología radiológica⁹¹. En 1997 se acuerda que Julio Castedo sea el corrector de estilo de la revista. Aparece un nuevo glosario de términos⁹² y unos estándares de nomenclatura, abreviaturas, etc.⁹³.

La revista RADIOLOGÍA recogió en sus páginas, tanto en 1993 como en 1997, los *Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas*⁹⁴. A fecha de hoy, estos Requisitos están actualizados a noviembre de 2003 y están impresos en las *Instrucciones para los autores* en las últimas páginas de la revista.

CONFERENCIAS RADIOLÓGICAS

—“Pilar, prepararla bien lleva mucho tiempo y cuesta mucho trabajo”— me reconocía el profesor Pedrosa cuando le felicité al término de su conferencia *Historia del diagnóstico e intervencionismo de la mama* en el curso de la SEDIM, el 19 de octubre de 2005.

Por ser una elaboración personal, también las conferencias deberían tener *derechos de autor*. El mismo César Pedrosa lo defendió muchos años antes⁹⁵: “Hay obligación moral de señalar adecuadamente la fuente de donde se extrajo dicho dato (con magnetófono o máquina fotográfica), al igual que se hace con la palabra escrita. El conferenciante no ha vendido su material [...] El armazón de una conferencia es aún más importante que los casos o datos que se utilicen en ella. No se puede reproducir como si fuera propia [...] El conferenciante tiene el mismo derecho que el escritor a que se respete su propiedad intelectual”.

90.- Luis Martí Bonmatí, Bernardo Celda, Isidro Vizcaino, José Vilar y Cecilio Poyatos. Glosario de los términos más utilizados en RM. Radiología 1990;32:527-36. Alberto Muñoz González hace algunos comentarios y puntualizaciones en Radiología 1991;33:713-4.

91.- José C. Gallego. Radiología 1995;37:579.- Luis Martí-Bonmatí. Radiología 1996;38:522.- Alberto Muñoz. Radiología 1996;38:522-3.- Santiago Gil Sánchez. Radiología 1997;39:75.

92.- Julio Castedo, Luis Ramos. Glosario de términos de utilización frecuente y conflictiva en las revistas médicas. Radiología 1997;39:513-15.

93.- Julio Castedo, Luis M. Sánchez Gómez, Carmen Rodríguez-Sainz, Luis Ramos. Estándares científico-técnicos en las publicaciones relacionadas con las ciencias de la salud. Radiología 1998;40:687-92.

94.- Radiología 1993;35:379-85. Radiología 1997;39:516-24.

95.- César S. Pedrosa. La propiedad intelectual del conferenciante. Radiología 1974;16:1-2.

En 1992, –el *PowerPoint* comenzaba a alcanzar su gloria–, Víctor Pérez Candela da una serie de consejos sobre cómo preparar y presentar una conferencia⁹⁶. “Se dice que el científico es la única persona que, teniendo algo que decir, no sabe cómo hacerlo [...] Una presentación audiovisual es como una representación teatral en la que el radiólogo es a la vez autor y actor de la obra”. Años más tarde, el mismo autor, junto con otros, sigue ofreciendo prácticos consejos para una buena presentación científica⁹⁷. Y como inciso, y fuera de tema, la autora no puede dejar de consignar los *Consejos prácticos para el viaje a la RSNA 2005*⁹⁸, en donde Víctor supera a William Hurt –un escritor de guías de viaje para gente que se ve obligada a viajar– en la película de 1988, *El turista accidental* de Lawrence Kasdan.

Desde siempre los radiólogos *han hablado más* que lo que han dejado por escrito. Y han tenido el peligro de alargar el tiempo concedido a su exposición. Carlos Alexander, presidente del Comité Científico del XXIII Congreso, recordaba las tres famosas reglas que se daban a los principiantes en retórica: “Tener algo que decir. Decirlo. Abandonar cuanto antes la tribuna”⁹⁹.

Los sucesivos directores de RADIOLOGÍA han pedido a los conferenciantes de los congresos nacionales que envíen sus trabajos para publicarlos. Por indicación del Comité Científico del congreso, las conferencias debían tener el mismo rigor que una publicación¹⁰⁰.

La normativa ha ido depurándose con el tiempo. Sirva como ejemplo, las normas que se exigen a los ponentes y a los congresistas que presenten sus trabajos científicos, como póster electrónico o como comunicación oral, en el próximo Congreso Nacional de Radiología, Zaragoza 2006¹⁰¹.

96.- Víctor Pérez Candela. *Presentación y preparación de conferencias radiológicas*. Radiología 1992;34:209-25.

97.- Francisco Javier Rodríguez Recio (coordinador), Manuel García Urbón, Javier Azpeitia Armán, Jaume Pomés Talló, Víctor Pérez Candela, José Carmelo Albillos Merino, Joan M. Giménez Ruiz, Ángel Sánchez Guerrero. *Manual de Presentaciones Científicas y nuevas tecnologías*. SERAM, 2001.

98.- En la web de la SERAM.

99.- Carlos Alexander Dupleich. *Un respeto, por favor (Carta al Director)*. Radiología 1996;38:151.

100.- Luis Ramos (presidente del Comité Científico del XXIV Congreso). Salamanca 98: Radiología eterna. Radiología 1996;38:449-52.

101.- En la web de la SERAM.

9. ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

PROTOHISTORIA

En la solemne sesión inaugural de la Sociedad Española de Electrología y Radiología Médicas el 11 de febrero de 1917, con la presidencia del Rey Alfonso XIII, Celedonio Calatayud, Secretario de la Sociedad, pronunció su discurso sobre la necesidad de instituir en España la enseñanza de la especialidad¹⁰². En diversos países europeos existían institutos oficiales para impartir la docencia electro-radiológica. En España, no los había ni dentro ni fuera de la universidad.

BUENAS INTENCIONES Y RECOMENDACIONES

Holzknacht, refiriéndose a la Röntgenología, admitía ya en 1921 la anatomía, la fisiología y la patología radiológica. No era así en nuestras Facultades. “Estas facetas no son cursadas en nuestra Universidad, se hallan todavía inéditas en nuestro plan de estudios de la carrera de medicina. El conocimiento de estas facetas en el periodo preclínico colocaría a los alumnos en mejores condiciones que las actuales al llegar al periodo clínico y disponer de una orientación de la que hoy carecen en el diagnóstico de los diferentes procesos”¹⁰³.

El Colegio Interamericano de Radiología, reunido en Caracas el 5 de octubre de 1964, aprueba esta recomendación: “La radiología médica debe ser considerada, dentro del currículum de las Facultades de Medicina, como una cátedra independiente, con docencia en el ciclo preclínico y clínico”. Esta recomendación viene avalada por las firmas de diversos radiólogos, entre ellos Eugène Pendergrass, por Estados Unidos¹⁰⁴.

UN CÍRCULO VICIOSO

En 1966, José Bonmatí examina algunos aspectos de la enseñanza pregrado¹⁰⁵. “En nuestro país no existen cátedras para la ense-

102.- Felip Cid. *La obra de César Comas en el contexto de la radiología ibérica (1896-1950)*. Expaxs, Publicaciones Médicas, 1998.

103.- Carlos Gil y Gil. *Acta Ibérica Radiológica-Cancerológica 1944*;2:135-43.

104.- *Radiología 1965*:151.

105.- José Bonmatí. *Sobre las reuniones mensuales de la Sociedad de Radiología. Radiología 1966*:133-7.

ñanza del radiodiagnóstico [...] Es hora de afirmar que el radiodiagnóstico no puede ser enseñado competentemente más que por radiólogos [...] Este es el círculo vicioso y nocivo de la práctica del radiodiagnóstico en España. Sin la enseñanza adecuada, no pueden existir especialistas competentes, ni puede, el médico general o especialista, conocer siquiera que exista tal especialidad. Si no existen competentes especialistas, no puede hacerse patente la necesidad de que se reconozca tal especialidad y se reglamente su enseñanza”.

NO EXISTEN CÁTEDRAS DE RADIODIAGNÓSTICO

A principios de los sesenta, existían en España algunas cátedras de Terapéutica Física –*chispas* llamaban los alumnos a la asignatura que se impartía–. Se recuerda a los profesores Gil y Gil en Madrid, Carulla Riera en Barcelona, Belloch en Valencia, Badell-Suriol en Valladolid, Ferreirós en Santiago...

Es por entonces cuando la Sociedad de Radiología encarga a varios radiólogos la Ponencia sobre *La educación en Radiología*, que se presenta en la Asamblea General de diciembre de 1965. En lo que respecta a docencia universitaria, se plantea la necesidad de crear cátedras específicas y auténticos departamentos centralizados de Radiología Diagnóstica, bajo la responsabilidad del Catedrático. “Negar la enseñanza del diagnóstico radiológico a los estudiantes de Medicina es ridículo y anacrónico”¹⁰⁶.

En la enseñanza de la radiología diagnóstica, la Universidad francesa era tan arcaica como la española. En 1966 escribía Coliez: “La enseñanza de la radiología no ha tomado todavía el lugar que le corresponde en los estudios médicos”¹⁰⁷.

LA OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES

En junio de 1969, se celebró en Valladolid –donde ostentaba la cátedra de Terapéutica Física el profesor Fernando Solsona– el *Primer Simposium Nacional sobre la enseñanza del Radiodiagnóstico*. En este simposio participaron los doctores Segovia, Duránte, Belloch, Marcos López, Rojo, Petrement, Salvador, Pedrosa y Marcos

106.- Tercera parte de la Ponencia “La educación en Radiología”. Presidente de la Ponencia: César S. Pedrosa. Ponentes: José Bonmatí, Luis Martín-Crespo y Francisco Campoy. *Radiología* 1966:272-84.

107.- *Acta Ibérica Radiológica-Cancerológica* 1966;21:275-99.

Robles. Meses después, en febrero de 1970, al finalizar el *III Curso Monográfico de Radiodiagnóstico de Tórax* –dictado por César Pedrosa, por invitación de Fernando Solsona– se realizó una encuesta muy amplia entre los asistentes: estudiantes de distintos cursos de carrera¹⁰⁸ y médicos jóvenes¹⁰⁹. Las conclusiones fueron similares en ambos grupos:

1. La enseñanza del Radiodiagnóstico en el periodo de licenciatura contribuye a la formación médica.
2. Existe un evidente interés por la anatomía radiológica y que ésta sea enseñada por radiólogos, al término de la enseñanza de la anatomía tradicional.
3. Parece preferible la enseñanza del Radiodiagnóstico por el sistema semiológico que por el pato-radiológico.
4. Se estima que la tarea asistencial y docente se hallan conexas. Ello exige Servicios centrales de Radiodiagnóstico y no los mini-Servicios actuales.

MÁS VOCES A FAVOR

67

Luis Alonso de Santos escribía en 1975: “La falta de criterio es uno de los graves problemas con los que el médico recién graduado se encuentra [...] La radiología, como ciencia integral que funde la mayor parte de las especialidades en el problema del diagnóstico, debe ser activamente utilizada en la enseñanza de la Medicina”¹¹⁰.

Víctor Pérez Candela: “La radiología debe ser impartida por radiólogos mediante una enseñanza activa, con diapositivas y radiografías”¹¹¹. Realmente, las lecciones magistrales no son útiles en nuestra especialidad.

¿ES ESPAÑA DIFERENTE?

Un artículo, aparecido en la revista *RADIOLOGÍA*, sobre Radiología y Medicina Física –*de cuyo nombre no quiero acordar-*

108.- Fernando Solsona y César S. Pedrosa. *La enseñanza del Radiodiagnóstico. Valoración de una encuesta entre estudiantes. Radiología* 1970;12:611-8.

109.- César S. Pedrosa y Fernando Solsona. *La enseñanza del Radiodiagnóstico. Valoración de una encuesta realizada entre médicos jóvenes. Radiología* 1970;12:619-24.

110.- Luis Alonso de Santos. *El papel de la radiología en la enseñanza de la medicina. Radiología* 1975;17:237-40.

111.- Víctor Pérez Candela. *Aplicación de la radiología a la enseñanza de la medicina. Radiología* 1978;20:257-62.

me—, provoca una respuesta contundente de César Pedrosa, por entonces presidente de la Sociedad de Radiología, y suscrita nominalmente por veintidós miembros de la Junta Directiva. Se extractan algunas frases: “Hoy por radiólogo se entiende en todo el mundo al profesional de la radiología diagnóstica, mientras que los profesionales de la Medicina Nuclear y de la Radioterapia recaban para sí otros nombres. La separación existe en los hospitales universitarios exclusivamente en el plano asistencial, pero no en el docente [...] Para enseñar hay que saber, tener el conocimiento, ser competente en la materia que se enseña. Nadie duda de la necesidad de conocimientos pedagógicos, técnica de la enseñanza, etc., pero todo ello es el ropaje con que se viste la competencia y no su sustituto [...] En lo que respecta al Radiodiagnóstico, hay muchas instituciones fuera de la Universidad que han demostrado un rigor académico envidiable y que han sido el motor que ha situado la especialidad en su nivel actual [...] Hoy las especialidades son tres gracias al esfuerzo de mucha gente y, triste es decirlo, a pesar de la Universidad [...]”¹¹².

CONTINÚA EL INTERÉS POR LA ENSEÑANZA PREGRADO DE LA RADIOLOGÍA

Ya no se discute que la radiología la deben enseñar los radiólogos. Pero quedan otras cuestiones: ¿Qué enseñar? ¿Cuándo? ¿Cómo? Fernando Solsona reflexionó sobre éstos y otros puntos. Teniendo en cuenta la extensión de la materia, dice así: “Pocas ideas, solidamente aprendidas, bien sistematizadas, en las que pueda el médico futuro injertar sus conocimientos posteriores; que sirvan incluso como primer peldaño en el aprendizaje de la especialidad. Todo lo que se enseña al estudiante no debe ser la maqueta o andamiaje que se abandona, sino los cimientos que se aprovechan”¹¹³.

¿SOMOS CAPACES LOS RADIOLOGOS ESPAÑOLES DE HACER UN PROGRAMA COMÚN DE RADIOLOGÍA EN NUESTRA UNIVERSIDAD?

Éste fue el tema central de debate de la Sección FORA (Formación en Radiología) en el Congreso Nacional de Bilbao 2004. El tema fue

¹¹².- César S. Pedrosa. *¿Es España diferente?* (Editorial). Radiología 1981;23:1-4.

¹¹³.- Fernando Solsona. *La enseñanza de la Radiología en la licenciatura de Medicina*. Radiología 1984;26:367-73.

elegido siguiendo la corriente del Programa de Convergencia Europea sobre el diseño del Plan de Estudios que se está elaborando actualmente. Benjamín Pérez Villacastín, presidente de FORA dio cuenta del borrador del Plan de Estudio, en lo que se refiere a radiología¹¹⁴.

114.- Benjamín P. Villacastín. *Proyecto ANECA. Radiología* 2004;46:394.

10. LA SERAM Y SUS RELACIONES INTERNACIONALES

Actualmente, la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) forma parte de la *International Society of Radiology (ISR)*, de la *European Association of Radiology (EAR)* y del Colegio Interamericano de Radiología (CIR). Además, la SERAM tiene firmados acuerdos de colaboración científica con la Sociedad Argentina de Radiología (SAR), con la Federación Mexicana de Radiología e Imagen (FMRI) y con la *Sociedade Portuguesa de Radiología e Medicina Nuclear (SPRMN)*. También está asociada a *HONCODE (Health on the Net Foundation)*, con sede en la Universidad de Ginebra, que representa un Código de conducta para sitios web de Salud y Medicina.

¿Qué encontramos en los escritos sobre las primeras relaciones internacionales de la Sociedad de Radiología?

71

Se recuerda que en 1945 se crea la revista Radiología-Cancerología, como órgano de expresión de la Sociedad Española de Radiología y Electroradiología Médicas (SEREM). Su fundador y director es Carlos Gil y Gil; los secretarios de redacción, el lisboeta Pereira Caldas y el madrileño Romero de Arcos. Su cuadro de redacción está integrado por radiólogos y cancerólogos españoles y portugueses. Entre los redactores, resalta el radiólogo que ideó la angiografía cerebral y que más tarde sería galardonado con el Nobel: Egas Moniz.

GRAN DECEPCIÓN

En 1947, a instancias de los radiólogos estadounidenses y con el respaldo del presidente Truman, se constituye la Comisión Internacional de Investigación del Cáncer. La gran decepción es comprobar que España no figura entre ¡las cuarenta y dos! naciones representadas en la Comisión.

REGRESO A EUROPA

En París, como colofón al VII Congreso de Radiólogos de Lengua Francesa –del 10 al 16 de octubre de 1949–, se crea la

Federación de Radiólogos de Cultura Latina, “que asocia a los radiólogos de los países donde la raigambre cultural procedente de Roma constituye el nexo común de todos ellos: Francia, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá, Italia, Portugal y España [...] El régimen de apartamiento y de lazareto injustamente impuesto a España, y a muchas de sus instituciones científicas y culturales, a raíz de la gran guerra mundial, hubo de romperse al pretender constituir la Federación”¹¹⁵.

En 1964 se crea la Asociación Europea de Radiología, con sede en Estrasburgo. Su primer presidente fue Rayewsky. Francisco Gálvez Armengaud, insigne radiólogo madrileño con gran vocación europea, formó parte de la Junta Directiva. En 1969, al renovarse la Junta Directiva, la presidencia recayó en Von Ronnen y Gálvez ocupó la vicepresidencia¹¹⁶.

UNA EUROPA CON NOSOTROS: LOS DIPLOMAS EUROPEOS

En 1979 se realizaron en diez países europeos los exámenes para la obtención del Diploma Europeo de Radiología. España fue el país con más candidatos al examen y con una media de aprobados algo superior a la media europea. La segunda convocatoria tuvo lugar al año siguiente. Un tiempo después, llegó la convocatoria para el Diploma Europeo de Ecografía.

España se integró en la Unión Europea en 1986; la radiología española, unos años antes. En 1979, el entonces presidente de la Sociedad, César Pedrosa escribió: “La creación de un examen supranacional para toda Europa es un paso más en la inexorable marcha del viejo sueño de la Europa unida”¹¹⁷.

CONGRESO SEREM-CLAR

En los años ochenta se intensificaron los intercambios científicos con Sudamérica. Con el apoyo de la Sociedad y gracias a las buenas relaciones de José Marcos Robles, entre otros radiólogos, se celebró en Madrid, del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1982, el XVI Congreso Nacional de Radiología junto con una reunión del Club Latino-Americano de Radiólogos (CLAR).

¹¹⁵.- *Radiología-Cancerología* 1949; vol. 4, n° 4.

¹¹⁶.- *Radiología* 1969:353.

¹¹⁷.- *Carta Circular de la SEREM* 1979, n° 39.

CONGRESO SERAM-CIR

Las buenas relaciones entre el viejo y el nuevo continente nunca se perdieron. Y continúan. Buena prueba es Zaragoza 2006. Nuestro Congreso, que ya es el XXVIII, se realizará conjuntamente con el XXIII del Colegio Interamericano de Radiología (CIR). En la carta de presentación de este Congreso se lee: “Nos proporcionará una extraordinaria ocasión para aumentar nuestros conocimientos y mejorar los vínculos científicos y humanos de la radiología entre Europa y América”¹¹⁸.

¹¹⁸.- En la web de la SERAM, Carta de Presentación del Congreso.

11. EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA COMO EMPRESA

EL RADIOLOGO ES UN MÉDICO, NO UN EMPRESARIO

“La misión de un Servicio de Radiología es la realización e interpretación de pruebas radiológicas, de forma integrada y secuencial, para conseguir una orientación diagnóstica de los pacientes y para la realización de tratamientos mínimamente invasivos guiados con dichas pruebas. Genera productos asistenciales intermedios que son necesarios para el producto final que es la mejora de la salud del paciente”¹¹⁹.

De estas frases se deduce que la principal misión del radiólogo es la asistencial. El radiólogo es un médico, no un empresario, pero entre sus funciones está la de gestionar los recursos disponibles, que son limitados. Por decirlo de una manera más clara: se debe convertir, en el ámbito de su responsabilidad, en el gestor de toda la actividad: asistencial, docente, investigadora y de formación continuada. Gestionar implica: planificar, organizar, dirigir, vigilar y rectificar... y vuelta a empezar.

75

¿CÓMO SE HAN IDO ORGANIZANDO LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA?

Por los años sesenta y setenta, coexistían diversas organizaciones hospitalarias, por ejemplo, el Radiodiagnóstico como Sección –al igual que la Radioterapia, la Medicina Nuclear y la Electrología– dentro del Departamento de Radioelectrología¹²⁰. Con el tiempo, el Servicio de Radiodiagnóstico adquirió autonomía. En la Seguridad Social fue un caso especial la Clínica Puerta de Hierro de Madrid que, en 1964, ya tuvo una estructura jerarquizada con jefaturas de Servicio de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear.

La dedicación de los radiólogos a la sanidad pública ha tenido diferentes modalidades: radiólogos de hospital; jerarquizados y de cupo, con una dedicación de dos horas diarias en la red de ambula-

119.- *Guía de Gestión de los Servicios de Radiología. Radiología 2000;42, supl.2:1.*

120.- *Solsona, Fernando. La radiología hospitalaria y su organización. Valladolid, 1971.*

torios de la Seguridad Social. Fue una época difícil, de recelos y desencuentros¹²¹.

Pasan los años y ya no se cuestiona que el Servicio de Radiología deba ser autónomo, “el perfecto engranaje entre un grupo humano suficientemente conjuntado y unos recursos materiales adecuados, todo ello en el marco de una planta física con personalidad propia, funcional, humanizada y dotada de unas características específicas y diferenciadoras”¹²².

LOS ÓRGANO-SISTEMAS FRENTE A LAS TÉCNICAS

A partir de los noventa, se defendió la organización por órgano-sistemas y no por técnicas¹²³, y se puso en práctica¹²⁴. “Aunque, de hecho, ambas organizaciones tendrán que convivir porque los centros sanitarios son muy diferentes”¹²⁵.

En un monográfico sobre el centenario de los rayos X, el periódico *Diario Médico* (29 de junio de 1995) recoge opiniones similares de dos prestigiosos radiólogos. Así, Francisco Lecumberri, de la Clínica Universitaria de Navarra declara: “La subespecialización por órganos ofrece mayor contacto del radiólogo con el clínico, con sesiones conjuntas en las que se habla el mismo idioma acerca de los mismos procesos”. Y José Manrique, del Hospital Doce de Octubre de Madrid: “El futuro es crear buenos radiólogos generales, aunque luego todos tendremos que optar por dedicarnos a un órgano concreto”.

Si se consideran áreas específicas la Neurorradiología, la Radiología Pediátrica y la Radiología Vascular-Intervencionista; si en algunos Hospitales están diferenciadas la radiología torácica, abdominal, músculo-esquelética, etc., ¿qué contenido queda para la, todavía, llamada radiología general?

¿Cómo evolucionarán en el futuro los campos de actividad de los radiólogos? Un estudio estadístico sobre 1.244 radiólogos clínicos norteamericanos¹²⁶, dio el siguiente resultado: el 28% se dedican a

121.- Alastuey F, Pardo J, Madrid G. Jerarquización, coordinación y otras incógnitas en el diseño de la radiología de un área sanitaria. *Radiología* 1987;29:565-8.

122.- Guía de Gestión de los Servicios de Radiología. *Radiología* 2000;42,supl.2:31.

123.- Rafael Salvador. Mi concepción de un Servicio de Radiodiagnóstico. *Radiología* 1994;36:471-4.

124.- Velayos Sahún A. El servicio de radiodiagnóstico organizado por órgano-sistema. *Radiología* 1994;36:475-7.

125.- Francisco Fernández Latorre. (Carta al Director). *Radiología* 1998;40:212-3.

126.- Crewson PE, Sunshine JH. Diagnostic radiologist subspecialization and field of practice. *AJR* 2000;174:1203-9.

áreas específicas; en general, son radiólogos jóvenes que trabajan en grandes centros.

Pero volvamos a las opiniones que algunos radiólogos han vertido en la revista RADIOLOGÍA sobre sus áreas específicas, denominación que a la autora le parece más correcta, por no lesiva, que la de super o subespecialización.

NEURORRADIOLOGÍA

En la reunión de Junta Directiva de la Sociedad Española de Radiología del 11 de diciembre de 1964 “se acuerda aceptar la integración de la rama de Neurorradiología en nuestra Sociedad”. En la Asamblea General del 30 de junio de 1967¹²⁷, se crea la Sección de Neurorradiología, que también queda bajo los auspicios de la Sociedad Española de Neurología. En representación del grupo de neurorradiólogos, están presentes: Juan Solé Llenas, Manuel Subirana Cantarell, Víctor García Queimadelos, Carlos Parera Simonet y Mariano Rovira Molist.

Se recogen las palabras de García Queimadelos: “Hay que considerar a la neurorradiología como rama sustancialmente radiológica, pero con autonomía, personalidad propia y mayoría de edad, íntimamente ligada a la neurocirugía, la neurología y la radiología, pero de ninguna manera supeditada a ellas [...]”¹²⁸.

El actual presidente de la Sociedad Española de Neurorradiología, Sección de la SERAM, Luis Nombela Cano, en 1990 escribió: “[...] la neurorradiología es la rama que históricamente ha mantenido una situación más clara como superespecialidad [...] desde donde se han impulsado los más importantes avances en las técnicas de imagen: CT, RM [...] Requiere para un desarrollo de alto nivel una dedicación exclusiva [...]”¹²⁹.

RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

En la reunión de Junta Directiva de la Sociedad Española de Radiología de 13 de septiembre de 1969 se crea la Sección de Radiología Pediátrica.

127.- *Radiología* 1967;56:212-21.

128.- Víctor García Queimadelos. *Entresijo de la Neurorradiología. (Editorial). Radiología* 1971;13:391-8.

129.- Luis Nombela Cano. *Neurorradiología. Área de especial dedicación. Radiología* 1990;32:207-8.

Klaus Knapp opina: “Hasta ahora la colaboración de un radiólogo pediátrico podía considerarse como suerte, mientras que hoy el no disponer de esta colaboración ha de considerarse como una desgracia”¹³⁰.

En 1977, en una reunión nacional, los radiólogos pediátricos consideran que la radiología pediátrica tiene identidad propia en cuanto a formación, titulación y obtención de plazas¹³¹.

RADIOLOGÍA VASCULAR E INTERVENCIONISTA

Posiblemente el primer artículo de vascular-intervencionismo aparecido en RADIOLOGÍA es el que firma Jesús Zornoza desde el M. D. Anderson de Houston¹³².

“Cuando el diagnóstico era una auténtica exhibición, los radiólogos vasculares eran el *gold standar*”, escribía Manuel Maynar en 1986. Pero con la disponibilidad de ultrasonidos, tomografía computarizada y resonancia, aunque el diagnóstico sigue siendo imprescindible en ciertos procesos, “ahora comienza la etapa terapéutica”. En el mismo artículo, defiende la radiología vascular-intervencionista como una especialidad claramente definida, dentro de un Servicio de Radiología, que obliga a una dedicación exclusiva¹³³.

Tres años después, Maynar¹³⁴ expone las razones por las que hay que formarse en el uso correcto de las diferentes técnicas “si queremos guardar dentro del capítulo de la radiología la denominada radiología vascular intervencionista”.

Recientemente, Antoni Segarra Medrano, presidente de la SERVEI, hace unas declaraciones a *Diario Médico*¹³⁵: “Si queremos mantener los niveles de calidad ya alcanzados, parece que lo más lógico es potenciar las unidades de radiología vascular intervencionista y centralizar los procedimientos, evitando la dispersión de técnicas y de aparataje radiológico [...] Una vez más, trabajemos en equipo y evitemos los enfrentamientos innecesarios y los conflictos territoriales”.

130.- Klaus Knapp. Radiodiagnóstico pediátrico. *Radiología* 1970;12:313-314.

131.- Carta Circular de la SEREM 1977, n° 23.

132.- Jesús Zornoza y Richard Carnovale. Radiología intervencionista en el diagnóstico y tratamiento del enfermo con cáncer. *Radiología* 1976;18:161-4.

133.- Manuel Maynar. Radiología vascular-intervencionista. *Radiología* 1986;28:255-6.

134.- Manuel Maynar. Por qué especializarse en radiología vascular intervencionista. *Radiología* 1990;32:287-9.

135.- *Diario Médico*, 30-11-2005.

ULTRASONIDOS

La Junta Directiva, reunida el 16 de julio de 1981, aprueba la Asociación de Ultrasonografía Diagnóstica como Sección de la Sociedad Española de Radiología.

La formación de los radiólogos en ultrasonografía fue apoyada desde un principio por la Sociedad. Aunque es una técnica transversal, de enormes posibilidades diagnósticas en todos los campos, muchos radiólogos, en especial los pioneros de la técnica, se han dedicado a ella casi en exclusividad.

Desde las páginas de RADIOLOGÍA se ha denunciado en varias ocasiones su problemática extrahospitalaria¹³⁶ y de intrusismo en diversas áreas de actividad¹³⁷, incluso desde Atención Primaria¹³⁸. También se defiende la adquisición de equipo de altas prestaciones para los Servicios de Radiología¹³⁹.

RADIOLOGÍA DE URGENCIAS

Sobre los noventa, la urgencia *de calle* comienza a desbordar la actividad de los hospitales. En 1998, Ginés Madrid hizo una lúcida reflexión sobre la radiología de urgencia en los hospitales¹⁴⁰. “La degradación de la radiología de urgencia comienza en el mismo momento en que el radiólogo deja de ejercer directamente el control de calidad de la imagen y de cumplir con su obligación de responder por escrito a la consulta realizada desde cualquier área clínica del hospital”.

Ese mismo año, en el XXIV Congreso Nacional de Salamanca, tuvo lugar una Mesa Redonda sobre Radiología de Urgencias. Sus conclusiones fueron las siguientes: control de la demanda, adecuación de medios técnicos y humanos, agilidad en la respuesta, con-

136.- Encarnación Ramírez. *El ultrasonido diagnóstico en el área extrahospitalaria*. Radiología 1983;25:109-10.

137.- Juan Jiménez Gutiérrez. *Problemática de la ultrasonografía en la actualidad*. Radiología 1989;31:159-60.

138.- *Sucesivas Cartas al Director*: M. Herrera Savall. Radiología 1997;39:731-2.- *Gerencia de Atención Primaria de Mallorca*. Radiología 1998;40:355-6. M. Herrera Savall. Radiología 1998;40:356-7.- *Junta Directiva de la SEUS*. Radiología 1998;40:357.

139.- Martínez Noguera A. *Equipos de ecografía de altas prestaciones para los Servicios de Radiología. (Carta al Director)*. Radiología 1999;41:229.

140.- Ginés Madrid. *La radiología de urgencias en nuestros hospitales: Una reflexión obligada*. Radiología 1998;40:193-5.

trol de la calidad técnica, emisión sistemática del informe radiológico y aprovechamiento docente.

Existe un interés creciente por la radiología de urgencia. Su actividad se plasma en un dato que es apabullante: en la urgencia de grandes hospitales, se realizan más del 40% del total de exploraciones de todo el Servicio. Todos los radiólogos que hacen guardias saben que las urgencias se saturan porque los pacientes se han dado cuenta que son la puerta más rápida y resolutive para acceder al sistema de salud.

Desde varios hospitales¹⁴¹ se pretende que el área radiológica de urgencias sea una sección más dentro del Servicio y que se cree la correspondiente Sección en el seno de la Sociedad de Radiología.

La Sociedad de Radiología es permeable a estas inquietudes. La última Monografía SERAM se dedica a la Radiología de Urgencias¹⁴². En el prólogo, el presidente de la Comisión Científica de la SERAM, Francisco Tardáguila, resalta la oportunidad de la radiología de urgencia para el desarrollo de la especialidad. “La nuestra es una especialidad sometida a tensiones centrífugas permanentes; muchos especialistas demandan el empleo de la tecnología de imagen para uso exclusivo en los diagnósticos de su especialidad [...] Sin embargo, todas esas demandas de equipamiento de otras especialidades suelen desaparecer en la guardia. [...] Si asumimos ese trabajo con dedicación y profesionalidad habremos ganado un espacio crucial en el desarrollo de la especialidad”.

LO QUE SE GASTA...

Los conceptos económicos no son nuevos. En el BOE del 2 de septiembre de 1978, se publicó una Orden Ministerial por la que se establecía el sistema de indicadores del rendimiento y rentabilidad de los hospitales de la red pública. Los que afectaban a un Servicio de Radiología eran los siguientes:

1. Como rendimiento cuantitativo: promedio de placas por enfermo asistido y por estudio radiológico, y porcentaje del tiem-

141.- Milagros Martí, Paloma Chimeno, Juan A. Rosselló, Agustina Vicente, Marina Bertólez, José Roldán y Susana Bomel. *Situación y necesidades de la radiología de urgencias (Carta al Director)*. *Radiología* 2005;47:223.

142.- Monografía SERAM. *La Radiología de Urgencias. Temas de actualidad*. Varios autores. Coordinadores: José Luis del Cura Rodríguez y Laura Oleaga Zufiría. Editorial Médica Panamericana, 2006.

po de los facultativos dedicado a asistencia, docencia, investigación y gestión.

2. Como indicadores económicos: coste del Servicio en relación con el coste total del hospital, gastos del personal del Servicio por grupos, absentismo laboral, dotación técnica inmovilizada, demora en pacientes ingresados y pacientes ambulantes en lista de espera con su demora máxima.

Los radiólogos al servicio de la sanidad pública, no sólo los que regentaban consultas privadas, comenzaron a preocuparse por los costos que ocasionaba su actividad.

Encarnación Ramírez Pérez, en aquel momento Asesora y Coordinadora del Insalud de Madrid, efectuó un análisis riguroso y crítico de costos, con sus medidas correctoras, sin dejación del control de calidad más exigente¹⁴³.

Desde el Departamento de Radiodiagnóstico del Hospital de Valme de Sevilla aparece otro artículo¹⁴⁴ sobre el modelo de imputación y distribución de costes en el Departamento y determinación del coste por proceso. En su comentario a este artículo, Ginés Madrid, informa sobre el proyecto Signo II, en cuyo diseño participan varios radiólogos, y que pretende elaborar una guía básica de gestión y organización radiológica y un catálogo codificado de exploraciones diagnósticas y terapéuticas con sus correspondientes unidades relativas de valor.

... Y LO QUE SE PRODUCE.

Desde varios Servicios se comenzó a trabajar en el coste relativo de las exploraciones¹⁴⁵, incluso introduciendo las unidades relativas de valor¹⁴⁶. El documento definitivo llegó en septiembre de 2000, como publicación oficial de la Sociedad¹⁴⁷. A la Guía de Gestión se incorporaba la primera edición del Catálogo de Exploraciones; cada pro-

143.- Encarnación Ramírez Pérez. Control de calidad y costos. Radiología 1984;26:415-24.

144.- Fernández López M, Bardón Rafael IM, Navarro Caballero JA y Prieto Rodríguez A. Departamento de Radiodiagnóstico. Estudio de costes. Radiología 1994;36:545-9.

145.- Salvador Barluenga y J. Penalva. Valoración económica de las exploraciones radiológicas. Radiología 1977;19, supl. 2:275-8.

146.- Félix Martín, Arturo Estañ, Alberto Cuñat, Teresa Diago, Raquel García y Salvador Selfa. Cálculo del coste por exploración en un Servicio de Radiodiagnóstico basado en unidades relativas de valor (URV). Radiología 1998;40:291-8.

147.- Guía de Gestión de los Servicios de Radiología. Radiología 2000;42,supl.2.

cedimiento, diagnóstico o terapéutico, con su tiempo de ocupación de sala, tiempo médico, unidad de actividad y unidad relativa de valor.

En el prólogo a la 4ª edición del Catálogo, de junio de 2004, se hace una exhaustiva aclaración:

“El catálogo de exploraciones radiológicas diagnósticas y terapéuticas es una relación consensuada, exhaustiva, normalizada y ordenada de los procedimientos que se llevan a cabo en un Servicio de Radiología. Nace de la necesidad de utilizar una terminología común en la denominación de las diferentes pruebas. El catálogo constituye una herramienta de gestión imprescindible en un Servicio de Radiología, en primer lugar, para dar a conocer la cartera de servicios a nuestros clientes los médicos y al usuario; en segunda lugar, sirve de base para calcular parámetros de actividad y de rendimiento; en tercer lugar, permite conocer el coste aproximado de cada prueba cuando se utiliza la información económica basada en la contabilidad analítica y, por lo tanto, contribuye al conocimiento del coste de un proceso hospitalario.

Conocer y medir la actividad de los servicios de radiología es sentar las bases para la toma de decisiones con menor grado de incertidumbre; no se puede decidir sobre lo que no se conoce y no se conoce lo que no se mide, elemento imprescindible en la mejora continua de los sistemas de calidad”¹⁴⁸.

DE LA UPA A LA UCH

Antes de 2002, la financiación hospitalaria se medía en UPAs –un día de hospitalización médica *valía* 1 UPA, una Unidad Ponderada Asistencial–. Ahora, los gestores utilizan la Unidad de Complejidad Hospitalaria –UCH–. La financiación por UCHs considera el número de altas y la complejidad de los procesos. El quid para *ganar* UCHs es conseguir una estancia media baja. Y es aquí donde tiene un gran protagonismo la Radiología, como Servicio central para todo el hospital. El tiempo de respuesta es crucial.

DEMANDA Y RESPUESTA

La demanda al Servicio de Radiología exige una respuesta de calidad y ágil en todo el circuito.

148.- *Prólogo a la 4ª edición del Catálogo, junio 2004. www.seram.org*

¿Sólo a base de mayor y mayor actividad? Radiología no es cualquier empresa: un incremento indiscriminado de la actividad es peor que un error, es una necesidad. Sólo la actividad necesaria –valorar las indicaciones– y toda la necesaria –disminuir la lista de espera–. Y aquí sí, con espíritu empresarial, gestionando los recursos disponibles.

Si se acude al *Diccionario del Español Actual* de Manuel Seco para buscar la palabra *respuesta* se encontrarán varias acepciones, todas ellas muy positivas: contestación, actuación garantía, solución. Cuando se busca *demanda*, el espectro de acepciones es más amplio y con significado diverso: solicitud, petición, búsqueda, pregunta; pero también: reclamación y acusación. En este caso le doy la razón a Francisco Umbral cuando dice: “Del idioma español se puede sacar un soneto o un cuchillo”.

ANTES DEL RIS Y EL PACS

En los noventa, las tecnologías de la información y comunicación asomaban en el panorama de los Servicios de Radiología. Pero hubo pioneros: Rafael Casanova y César Pedrosa intuían el papel de la informática. “La radiología es un campo donde tiene enorme cabida el ordenador”¹⁴⁹. Ante la pregunta ¿el número de estudios realizados es adecuado a la capacidad del Departamento?, los mencionados autores ofrecen soluciones racionales para mejorar el rendimiento, mediante lo que hoy llamaríamos agendas de trabajo y tiempo de ocupación de sala. “Con objeto de mejorar el rendimiento, el módulo basado en el ordenador permite simular soluciones para los problemas particulares de cada sala y para los generales del Servicio”¹⁵⁰.

DONABEDIAN

En 1966, Donabedian definió las actividades sobre las que se debe construir la *calidad total* en el ámbito de la salud pública. Su precepto clásico dice así: “Si somos capaces de diseñar y controlar correctamente la estructura, y conseguimos lo mismo para el proceso, las posibilidades para alcanzar un resultado final satisfactorio serán muy altas”.

149.- César S. Pedrosa y Rafael Casanova. Automatización parcial de los informes. *Radiología* 1975;17:149-51.

150.- César S. Pedrosa y Rafael Casanova. Análisis de la capacidad real de un Departamento de Radiología. Descripción de un nuevo módulo basado en el ordenador. *Radiología* 1978;20:315-20.

Tal vez sin aplicar una estricta metodología, como ahora es preceptivo para la Certificación, los radiólogos españoles han ido a la búsqueda de la calidad del proceso asistencial, analizando los factores que influyen en la calidad de cada una de las fases del acto radiológico, desde la petición de la exploración hasta la entrega de resultados¹⁵¹.

EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA INMATERIAL

Existen numerosos monumentos y lugares en el mundo declarados Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO. También la UNESCO ha recogido noventa Obras Maestras del Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad para proteger determinadas culturas de gran riqueza y longevidad. De España, el Misterio de Elche y la celebración popular del Corpus. Todas ellas son obras inmateriales.

Es de lamentar que el flamenco no haya sido seleccionado en la tercera edición del 25 de noviembre de 2005. Sin duda porque el flamenco no es de escenario, es de esencias que se intuyen en la sangre y que necesita un *tablao* espontáneo, unas palmas inesperadas, un *quejío* que no se sabe de dónde llega y, desde luego, una copa en la mano para mojarnos la garganta y empezar a comprender.

También un Servicio de Radiología tiene un patrimonio inmaterial en conocimientos y actitudes (afán de superación, respeto, colaboración...).

NIVELES DE EFICACIA DE LA RADIOLOGÍA

Es práctica habitual la evaluación y validación de los productos y las tecnologías porque cualquier empresa tiene un largo camino de ida y vuelta desde el caos hasta la excelencia. La Radiología tiene diferentes niveles de eficacia que, resumidos y adaptados de Friback y Thornbury¹⁵² pueden ser:

Nivel 1. Eficacia técnica. Se consigue si, con la mínima dosis de radiación y riesgo para el paciente, las imágenes alcanzan la calidad necesaria para que el estudio pueda ser interpretado. El responsable directo es el técnico.

^{151.-} César S. Pedrosa. Control de Calidad en los Departamentos de Radiodiagnóstico. Radiología 1973;15:235-54.

^{152.-} Friback DG, Thornbury JR. The efficacy of diagnostic imaging. Med Deci Making 1991;11:88-94.

Nivel 2. Eficacia diagnóstica. Se relaciona con la sensibilidad y especificidad de cada técnica y con la lectura e interpretación del estudio por parte del radiólogo.

Nivel 3. Eficacia pronóstica y terapéutica. Evalúa el impacto de la radiología en las decisiones del clínico, en especial respecto al pronóstico y tratamiento del paciente.

LAS RELACIONES CON LA INDUSTRIA

Desde siempre, el avance de la radiología científica ha ido pareja a la investigación industrial y farmacológica. Y así se ha reconocido en los sucesivos Estatutos de la Sociedad de Radiología:

“El título de miembros adjuntos se reserva para los no médicos: ingenieros, constructores, etc.” (1917, primeros Estatutos).

“Serán Socios Corresponsales aquellas personas científicamente cualificadas, de profesiones afines y relacionadas con la radiología”. (17 de noviembre de 2005, Estatutos actuales).

En general, la relación profesional y humana de los radiólogos con los profesionales de las diversas empresas ha sido fluida, amable y provechosa. Y es de ley reconocer que la industria ha sido el gran mecenas de la actividad científica en radiología, tanto de forma colectiva –a través de la Sociedad: becas, congresos, cursos– como individual.

También la *Empresa Servicio de Radiología* se relaciona con otras empresas de equipos, registros de imagen y farmacológicas, siendo el jefe de Servicio el *negociador* habitual, valedor de los intereses del Hospital y del propio Servicio.

12. TÉCNICOS EN RADIOLOGÍA

Los Técnicos en Radiología (TER) –cuya denominación actual es la de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico– son, desde hace muchos años, un colectivo imprescindible en los Servicios de Radiología. Dedicar un capítulo a los técnicos no significa olvidar el reconocimiento debido a otros profesionales: ATS/DUE destinados en los Servicios para los cuidados de enfermería a los pacientes –imprescindibles en ciertas áreas de trabajo–, secretarías asistenciales, personal administrativo, celadores...

Los TER –perdón, siempre los he llamado así– son compañeros inseparables de los radiólogos en la asistencia directa a los pacientes. Son la cara visible, a veces la única, del Servicio ante el paciente. De ahí la importancia de su formación en todos los órdenes. Así lo expresó César Pedrosa, fundador de la primera Escuela de Técnicos en el Hospital General de Asturias, a mediados de los sesenta: “La mejora de nuestra calidad científica está en relación estrecha con la formación de los Técnicos”¹⁵³. ¿Cómo se puede hacer un buen diagnóstico sin obtener antes una buena imagen?

A principios de los setenta, en diversos hospitales del país –en Madrid, el Hospital Clínico de San Carlos, la Clínica Puerta de Hierro y el Hospital Gregorio Marañón–, los radiólogos comienzan a crear Escuelas de Técnicos.

Pronto surge en los Técnicos la necesidad de asociarse para defender sus intereses como colectivo. La Sociedad de Radiología apoya desde su principio a la Asociación Española de Técnicos en Radiología: “Han conseguido en 1973 crear la sociedad nacional que los agrupa [...] La presencia de los técnicos a nuestro lado es de la más importante ayuda que el radiólogo pueda recibir”¹⁵⁴.

Los radiólogos con mayor dedicación a los técnicos siempre consideraron que el lugar idóneo para su formación teórico-práctica era un Servicio de Radiología hospitalario. Pero –incomprensiblemen-

153.- César S. Pedrosa. *La Sociedad de Técnicos de rayos X. Radiología* 1971;13:399.

154.- César S. Pedrosa. *La Asociación Española de Técnicos Radiólogos. Radiología* 1973;15:611.

te— comienzan a crearse otras escuelas oficiales extra-hospitalarias. “El decreto sobre Ordenación de la Formación Profesional abre claramente las vías para la creación de escuelas [...] Es importante que existan mecanismos de control para impedir la creación de escuelas con el único fin de obtener mano de obra barata”¹⁵⁵.

Hay problemas sin resolver sobre la situación académica y profesional de los técnicos. La revista RADIOLOGÍA abre su Tribuna de Opinión¹⁵⁶ a un artículo de la entonces Presidenta de la Asociación de Técnicos, Ana Simó. Tras un recorrido por la legislación europea, expone el retraso en la consolidación de los programas docentes (Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 23-5-80) y en el reconocimiento laboral de los técnicos especialistas de nuestro país (Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 14-6-84). Solicita a la Sociedad de Radiología un apoyo decidido para que el técnico en radiología ejerza plenamente las funciones, competencias y actividades que tiene asignadas por ley. Pero donde la autora pone su énfasis es en la homologación curricular con Europa.

Con el transcurrir de los años, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reconoce la figura del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico como un profesional del área sanitaria de formación profesional de grado superior. Pero la formación teórico-práctica sigue siendo de dos años y comprende, además del Radiodiagnóstico, la Medicina Nuclear. Con argumentos contundentes se sigue defendiendo la formación de los técnicos y su papel en los Servicios de Radiología¹⁵⁷.

A finales de 2005, cuando ya es una realidad el ir y venir de profesionales por Europa, se agudizan —y saltan a todos los medios de comunicación— las antiguas reivindicaciones de los técnicos —de todas las especialidades sanitarias— para solicitar su homologación, en igualdad de condiciones, con sus colegas de la Unión Europea.

155.- César S. Pedrosa. Escuelas de Técnicos de Radiodiagnóstico. *Radiología* 1974;16:389-90.

156.- Ana Simó Muerza. Situación académico-profesional del Técnico en Radiología ante la entrada en vigor del Acta Única en 1992. *Radiología* 1990;32:113-5.

157.- Santiago Méndez Alonso, Mª Desamparados Estaban Peris. La LOPS y los TER. *Radiología* 2004;46:55-6.

13. EL PACIENTE Y EL RADIOLOGO

El médico e historiador Pedro Laín Entralgo señaló tres rasgos de la medicina actual: tecnificación instrumental, colectivización de la asistencia pública y personalización del enfermo en cuanto tal¹⁵⁸. En este capítulo se abordará el tercer rasgo. ¿Personaliza el radiólogo al paciente?

SE CONSTATA UNA REALIDAD

“El médico radiólogo no suele dejar impronta personal ni profesional en sus relaciones con el paciente [...] Entre los servicios hospitalarios menos conocidos y, por ello menos valorados, se encuentra la Radiología”¹⁵⁹.

Esta realidad preocupó siempre a los radiólogos. Sobre la mitad del siglo pasado ya se alertó de este riesgo: “La Radiología es una especialidad que no debe considerarse como un fin, sino como un medio. La Radiología debe ser clínica; separemos la radiología mecanicista y démosle sentido humano”¹⁶⁰.

LA SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA SE COMUNICA CON LOS PACIENTES

En 1979, la Sociedad publica y distribuye, en centros hospitalarios y consultas privadas, dos folletos divulgativos: *¿Viene a hacerse una radiografía?* y *La radiación, fuente de vida nueva*, con texto de la escritora Herminia Molina y dibujos de la profesora M^a Francisca Piñero. Con ellos se intentó dar a conocer las aportaciones de la Radiología a la ciencia médica, prestigiar la figura del radiólogo y del radioterapeuta, y dar una visión comprensible de cuál debe ser la actuación del paciente ante una exploración radiológica o ante un tratamiento con radioterapia. En aquel momento, se cumplieron los objetivos.

158.- Laín Entralgo, Pedro. *Historia Universal de la Medicina. Tomo VII (Medicina actual)*. Salvat Editores S.A., 1976.

159.- Francisca Muñoz Zambudio, José María García Santos y Ginés Madrid García. *La comunicación y las relaciones con el entorno en la Radiología. Monografía SERAM. Formación, futuro y código de conducta en Radiología*. Editorial Médica Panamericana, 2004.

160.- Aleu Saldánha, en la conferencia inaugural del III Congreso de Electrorradiólogos de Cultura Latina, Roma 1954.



Folleto divulgativos, año 1979

En la actualidad, todo está en la red. A través de la página web de la SERAM¹⁶¹, se accede a InfoRadiología, donde se ofrece la información para los pacientes y familiares sobre los procedimientos y terapias radiológicas. Se navega por las áreas de la radiología, la descripción de las diversas pruebas, el personal, la protección... Vale la pena visitar la página. Está coordinada por Javier Rodríguez Recio y escrita por prestigiosos radiólogos españoles.

¿Y LA COMUNICACIÓN PERSONA A PERSONA?

En 1989, Maximiliano Lloret opinó sobre el acto médico radiológico y sus peculiaridades¹⁶². “El paciente, cuando acude a un especialista en radiodiagnóstico, no suele hacerlo por libre elección, sino más bien dirigido por su médico, que es al que conoce y en el que confía [...] El paciente mira al radiólogo como a un médico que le está haciendo pasar un mal rato y con el que tiene un escaso intercambio de relaciones, por lo técnico de la exploración”. Este artículo de opinión aborda también el problema de las reclamaciones por mala praxis¹⁶³. Pero dejemos este penoso asunto. Cada vez se exige a los médicos una mayor responsabilidad civil. “Los elementos básicos para una buena práctica son: la competencia profesional,

161.- www.seram.org

162.- Maximiliano Lloret Llorens. El acto médico radiológico. *Radiología* 1989;31:521-25.

163.- La autora recomienda una revisión sobre el tema mencionado: José Antonio López y M^a Carmen López. Aspectos médico-legales y deontológicos del diagnóstico mamario. *Radiología* 2001;43:371-80.

una buena relación con pacientes y colegas y el cumplimiento de las obligaciones éticas y profesionales. No obstante, para que se dé una buena práctica radiológica es esencial que el hospital o institución sanitaria ofrezcan el respaldo necesario en cuanto a personal y equipamiento”¹⁶⁴.

EL SENTIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la promulgación en 1986 de la *Carta de los Derechos y Deberes de los Enfermos*, el consentimiento informado entró definitivamente en el entramado de la relación médico-paciente. Significa una nueva forma de entender esa relación.

Es un proceso gradual de comunicación por el que el paciente acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de reflexionar sobre lo que se le va a hacer, su beneficio, su riesgo y las posibles alternativas.

El paciente tiene el derecho a recibir la suficiente información para, que de una manera libre y autónoma, pueda dar o negar su consentimiento.

Se debe informar por escrito y aclarar toda duda, si es necesario, al pedir el consentimiento para todos aquellos procedimientos que conlleven un riesgo frecuente o, que siendo infrecuentes, sean muy graves.

El Documento del Consentimiento Informado es la evidencia legal de que el paciente ha sido informado y otorga su consentimiento. Pero no debe ser la simple firma de un formulario.

A partir de 1993 comienzan a elaborarse los protocolos de Consentimiento Informado específicos para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que impliquen riesgo¹⁶⁵. Se validan y se aplican. Subyace un nuevo talante, se reconoce el derecho del paciente a la información. Los pacientes cada vez tienen un mayor protagonismo en el proceso de toma de decisiones.

¿Cómo han recibido los pacientes el Consentimiento Informado? En 1999, dos artículos de RADIOLOGÍA abordan este asunto. Tras valorar las contestaciones de 182 cuestionarios, se llega a la con-

164.- En la web de la SERAM: *Guía de buena práctica profesional para radiólogos europeos*. Asociación Europea de Radiología.

165.- Isabel Pinto, Dolores Vigil, Laura Paúl, Paloma Chimeno y J. Luis Fernández. *¿Qué opinan los pacientes sobre el consentimiento informado?* *Radiología* 1999;41:165-8.

clusión de que los documentos de Consentimiento elaborados, para procedimientos de radiología vascular e intervencionista, son aceptables para los pacientes tanto en cantidad como en calidad de información¹⁶⁶. Sólo el 8,6% de 442 pacientes se negaron a firmar el documento para la administración de contraste intravenoso¹⁶⁷.

El artículo *El paciente se ha vuelto impaciente* (*El País*, 5 de julio de 2005) resume la situación: “Diferentes estudios revelan que el perfil de los pacientes que acuden a los hospitales está cambiando. Los enfermos están más informados, son más exigentes y quieren participar más en la toma de decisiones. Pero la estructura sanitaria y la cultura médica tradicional se resisten a los cambios. La relación entre el médico y el paciente se resiente”.

LO INTANGIBLE EN RADIOLOGÍA

Los pacientes esperan del radiólogo una exploración fiable y segura, en un tiempo razonable. Pero también quieren ser tratados como personas, con el respeto que merecen a su dignidad e intimidad, no quieren ser un caso radiológico aunque sea interesante o excepcional. Quieren empatía, comunicación. Donald H. Davidson, filósofo del lenguaje, escribía: “La comunicación con los demás es lo que define mi realidad”. Somos y nos hacemos personas cuando nos comunicamos.

LA IMAGEN Y LA PALABRA

La autora no recuerda en qué cultura se creía que fotografiar a una persona era robarle el alma. Quizá sería porque consideraban que tener su imagen era poseer su alma. Si es así, el radiólogo ha robado muchas almas, porque recuerda con toda claridad la imagen radiológica de casos interesantes, de pacientes conocidos, de amigos y familiares.

Pero ¿dónde se refleja el alma? Con toda certeza, no en la imagen que permanece, sino en la voz que es imposible de recordar con el tiempo. La palabra, el modo de decirla, es la expresión más destilada del verdadero yo. El radiólogo seguirá capturando imágenes como la representación más fidedigna de la realidad. Es su obligación. Pero

166.- Isabel Pinto, Dolores Vigil, Laura Paúl, Paloma Chimeno y J. Luis Fernández. *¿Qué opinan los pacientes sobre el consentimiento informado?* Radiología 1999;41:165-8.

167.- José Martel y Juan de Dios García-Díaz. *Consentimiento informado para la administración de contraste intravenoso. Importancia y factores determinantes del rechazo por los pacientes.* Radiología 1999;41:621-4.

para captar el espíritu del paciente hay que usar una herramienta común: la palabra. “Al principio ya existía la Palabra” (Juan, 1,1).

LA RADIOLOGÍA DEL FUTURO

El futuro no es lo que está por venir, es lo que vamos a buscar. Y el futuro de la radiología será lo que los radiólogos actuales quieran que sea.

En base a las aspiraciones de la medicina del futuro¹⁶⁸, ¿cuáles podrían ser las aspiraciones de la radiología de las siguientes generaciones?:

1. Una radiología honorable que conduzca su propia vida profesional.
2. Una radiología moderada, prudente.
3. Una radiología asequible y sostenible.
4. Una radiología socialmente sensible y pluralista.
5. Una radiología justa y equitativa.
6. Una radiología que respete las opciones y la dignidad humana.

168.- The Goals of Medicine. Hastings Center Report, 1996.

SEGUNDA PARTE:
DE CÓMO SE VIVE Y SE IMAGINA LA RADIOLOGÍA
(ENTREVISTAS)

CÉSAR PEDROSA



“Transmitir los conocimientos que tanto han costado aprender es un asunto de generosidad”

Presentar de forma original al doctor Pedrosa es misión imposible, aunque también innecesaria. Reseñar que es Catedrático Emérito de Radiología de la Universidad Complutense y que sigue recibiendo todos

los honores de la radiología internacional es un pobre resumen de su biografía, ya que, durante cuarenta años, su fuerte personalidad ha influido en la radiología española y en el pensamiento de los radiólogos.

Con toda amistad y cercanía me recibió en su pequeño despacho del Clínico de San Carlos, donde sigue preparando su clase semanal para los residentes. Mi propósito era describirle la estructura general de este libro y decirle con qué personas contaba para las entrevistas. Me interesaba mucho conocer su opinión. Aunque no fui en ese momento a entrevistarle, sino a consultarle, tuve la previsión de llevar la grabadora y recogí sus comentarios a varios de los temas de este libro. Transcribo la cinta de esta *no-entrevista*.

Cuando regresas de Estados Unidos en 1963, te encontraste con una radiología que debía mejorar.

En ese momento había radiólogos bien formados y, en general, autodidactas. Lo que no existía era una formación estructurada a nivel general en el país. Había ignorancia en asuntos tan importantes como la protección radiológica. Incluso apareció un artículo en RADIOLOGÍA, a finales de los sesenta, de un fisiólogo que se deleitaba mirando el bazo porque “¡qué bien se ve el bazo en la

radioscopia de tórax de los niños!” Presenté una queja formal contra ese artículo.

Recuerdo el escrito de Ignacio Pueyo Landa en Carta Circular: un minuto de radioscopia de todo el tórax, aún con intensificador de imagen, equivalen a quinientas radiografías de tórax.

Sí, yo también recuerdo esa “hoja parroquial” que escribías. Desde la Sociedad hicimos una campaña contra la radioscopia de tórax en los colegios. Se había dado el caso de hacerle la radioscopia a una niña, a pesar de que ésta llevara al colegio una radiografía de tórax, con su informe, realizada por su padre, que era radiólogo.

A veces decisiones colectivas han partido de anécdotas. Ésta voy a contarla.

Pero no des mi nombre.

El libro tratará sobre la formación en radiología. A ti se te considera un gran docente, un maestro de la radiología.

Creo que transmitir los conocimientos que tanto han costado aprender es un asunto de generosidad. El individuo que está aprendiendo necesita de alguien que le estimule, que le indique el camino a seguir; eso requiere gente que sepa. La creencia de que tus conocimientos son personales y no pertenecen al común se está yendo al garete con esto de la informática. Al conocimiento no se le pueden poner fronteras ni debería tener precio. La clave está en compartir.

Pero hubo épocas en que se guardaban los conocimientos; hubo conocedores, oficiantes...

Sí, porque el conocimiento es poder. En las grandes empresas, los que tienen el poder son los que tienen el saber, no los que poseen el capital. Importa el “saber del saber”, es decir, saber dónde y quién conoce lo que te interesa saber. En lo científico, el conocimiento pertenece a la humanidad, no pertenece al individuo. Vamos a tener que variar el concepto de propiedad intelectual. La red está abierta y eso va a ser difícil de parar. Sobre los derechos de autor habrá que cambiar las reglas del juego; si aceptas que una conferencia tuya esté en la red, aceptas que esté al alcance de cualquiera, deja de pertenecerte en sentido estricto. Aunque se espera que quien la use mantenga una cierta elegancia al decir a quién pertenece; es

un justo reconocimiento. Es duro, es difícil renunciar a todo lo que has hecho. Una conferencia a mí me lleva horas, muchas horas...

... Se hablará sobre los residentes. Por cierto, ¿qué opinas sobre un examen nacional al finalizar la residencia?

Yo fui testigo de cuando lo eliminaron el año en que iba a empezar. Era el año 1982, el de la entrada de la administración socialista. El ministro de Sanidad era Ernest Lluch y el subsecretario Pedro Sabando. Yo formaba parte de una comisión –éramos cinco o seis: Bravo, Portera, Segovia...– que representábamos al Consejo Nacional de Especialidades. Comenzó una huelga de médicos de familia para evitar el examen. Un supuesto experto vino a decir que no había examen en ningún sitio de Europa. Yo dije que eso no era cierto. Llamé a Amparo, mi hermana y secretaria, y le pedí que, en un taxi, viniera al Ministerio con el libro del Consejo de Europa. Pedí la palabra y enumeré los países europeos en donde había examen: Inglaterra, Alemania... más países que sí que que no; en la Europa-Europa, todos. No me hicieron ni ... caso. Se rindieron ante la huelga y no hubo examen.



Sobre los actuales residentes...

¿Has leído mi artículo...?

¿El de “¡Los fundamentos!, estúpido, ¡los fundamentos!”? Sí, hago referencia a él en el libro.

Las facilidades para hacer ahora radiología son muy superiores a los que había en mi época. No hay ni color. Si eso es ahora, fíjate cuando esté todo más desarrollado.

Ningún tiempo pasado fue mejor.

Yo creo que ahora la gente es mejor, sabe más.

Sigo con el guión: lo que se escribe, lo que habla... ¿cuántas conferencias habrás dado en tu vida?

Más de quinientas... Pero ahora tengo, en formato digital, más de veinte horas sobre tórax. Doy una clase todas las semanas, y todas diferentes. Estoy pensando qué hago con todo ello...

Sobre el lenguaje radiológico...

El impacto fundamental de las primeras sesiones de lectura de casos, a finales de los sesenta, fue el de la lectura semiológica; se desmontó aquello de “cisuritis”, “hilios empastados”... El lenguaje radiológico lo inventamos unos pocos en este país y, claro, con errores porque no conocíamos la palabra castellana adecuada. Yo soy el responsable de la mitad de los errores, lo reconozco. Fui el padre de traducir *gutter* –canal, gotera, en inglés– por gotiera; lo correcto es canal parieto-cólico. Cuando escribí el primer libro, me pasé horas con la gramática.

Sobre el RIS y el PACS...

Es un punto clave. Es espectacular el que ahora puedas ver, a toque de tecla, los estudios previos de un paciente. Antes, tener el seguimiento de un caso era impensable. Traer la historia clínica... radiografías que se perdían: un desastre. Ahora es más fácil, se puede entrar en la base de datos del hospital... Es una forma diferente de trabajo, pero requiere un tiempo. El papel del radiólogo es primordial, pero necesita más tiempo y eso la administración no lo sabe. Hay un problema conceptual de cuál es el papel del radiólogo en la radiología moderna. Tendremos que hacer un esfuerzo para hacérselo comprender a nuestras autoridades. Por otra parte, el RIS está creado para que el Servicio de Radiología gestione su labor. Y eso es lo contrario a la filosofía actual de los que mandan, que quieren que el sistema del hospital controle todo, de tal manera que les interesa que las citas se hagan en otro sitio; pero eso no invalida el RIS, siempre que haya una buena conexión con el HIS. Los HIS no están preparados para gestionar el Servicio; los RIS, sí.

En las entrevistas, pienso preguntar sobre el futuro de la radiología y de los radiólogos.

Stecher, mi primer jefe, con el que trabajé en Washington, decía que nuestra misión, como radiólogos, era estar “un síndrome” por delante del clínico. Mantenerle a la cabeza, y avanzar cuando salgan nuevas técnicas. Si ahora hay que estudiar biología molecular, pues se prepara uno. El futuro está en nuestras manos.

Te he hablado de la estructura general del libro. ¿Qué te parece?

Te diré que yo introduciría un capítulo, o una parte importante, sobre radiología y “el mundo mundial”, sobre los avances y problemas que la red plantea. ¿En qué mundo nos vamos a mover de aquí a veinticinco años? Es posible que entremos en una medicina globalizada. El conocimiento está avanzando a una velocidad brutal, la transmisión del conocimiento es casi instantánea. Todo eso va a cambiar nuestra forma de ver las cosas, de trabajar. No somos conscientes de adónde vamos a llegar. Creo que con nosotros está terminando lo que yo llamaría “la edad de oro de la radiología”. En cuanto mañana salga un frasquito con un producto –marcador molecular o lo que sea– que lo inyectes... No sé adónde vamos.

Y así acaba la “no-entrevista” con el profesor César Pedrosa. Ha escrito mucho sobre la radiología clínica, ha gastado mucha tinta y voz en su defensa, aunque en cierta época no fuera políticamente correcto. Tuvo la generosidad de asumir su papel en la historia de la radiología. Estuve unas horas con él en amigable charla. Le pregunté de qué le apetecería hablar en la entrevista. “De lo que quieras. Te echo una mano en lo que necesites. Las claves son la enseñanza, el quehacer profesional, el futuro...”

FERNANDO SOLSONA



“Todo hay que situarlo en su época”

Del amplio currículum del doctor Fernando Solsona Motrel, se reseña que ha sido Catedrático de Radiología y Medicina Física de la Universidad de Valladolid y Jefe del Departamento de Radioelectrología y Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Es Miembro de Honor de la Sociedad Ita-

liana de Radiología y Medicina Nuclear.

103

Has conocido a grandes maestros de la radiología mundial.

He tenido el honor de conocer personalmente a grandes radiólogos: en Italia a Pistolesi, Oliva, Di Guglielmo, Luigi Turano –que acuñó el término fisiorradiología–, Vallebona y Biagini; a Margaret Snelling en Londres; a los franceses Lamarque y Gros...

Veo que tienes una fotografía dedicada de Charles Gros.

La radiología debe a Charles Gros sus estudios sobre el ánodo de molibdeno y el *Senograph* –el primer equipo dedicado a la mama–, ambos inventos de Gros y de la *Compagnie General de Radiologie (CGR)*. Fue un gran docente, buen conversador, un *bon vivant*. El primero que incorporó la ecografía y la termografía al estudio de la mama y acuñó el concepto de senología. Gros había sido discípulo de Paul Lamarque –el gran radioterapeuta de Montpellier y autor del libro de radioterapia más importante de todos los tiempos–. Pues bien, Paul Lamarque contrató a Charles Gros, que era licenciado en Exactas, para enseñar matemáticas a su hijo Jean Louis. Ahí empezó todo. Gros se licenció en Físicas y en Medicina y llegó a Catedrático de Estrasburgo en 1945.

En 1970, becados por la Sociedad, varios radiólogos españoles asistimos al curso que impartió Charles Gros en el hospital de Estrasburgo. Le vi hacer la transiluminación de la mama; le llamaba la diafanoscopia.

Para él era la fase final. Tenía todas las exploraciones sobre su mesa, exploraba a la mujer y daba ese toque de magia con la diafanoscopia.

¿Magia?

Ten en cuenta que Gros –hijo de viticultores– nació en Aigues-Mortes, muy cerca de Saintes-Maries-de-la-Mer, patria mundial de los gitanos. Su último *invento* fue el estudio de las rayas de la mano. El gran afecto que me tenía Gros parte de una tontería: le dije que para no entintar las manos, ¿por qué no hace fotocopia de las palmas?

Charles Gros fue el profeta de la mama en Europa, como lo fue Egan en Estados Unidos. Tú te has dedicado mucho a la mama, ¿por qué?

La mama permite una visión desde el Radiodiagnóstico y desde la Radioterapia. Me centré en el cáncer de mama porque uno debe combinar lo que le gusta con el ejercicio profesional divertido –por diverso– y con la utilidad.

“El dolor que causa las dolorosas cesiones en la especialidad”. Escribiste sobre esto en 1975.

Es una servidumbre de la Radiología, con tan gran avalancha de conocimientos nuevos a lo largo de la vida profesional, que se tiene que ir renunciando a parcelas de la especialidad. Al menos a su ejercicio, no a su conocimiento, como proclamase Gracián, hace más de tres siglos: “Saberlo todo no se censura; practicarlo todo puede pecar contra la reputación”... Por cierto, ¿de dónde eres tú?

De Alicante de toda la vida.

Una de las personas más grandes y más señor que yo he conocido en el mundo de la radiología era de Alicante, don Ramón Zaragoza Puelles, el padre de José Ramón Zaragoza Robira. Encargado de Cátedra en Valencia, era un maestro del bien hacer. Recuerdo que me echó una pequeña bronca por no distinguir los términos *arroz* y *paella*.

Sé de tu prodigiosa memoria. Te pregunto: papel del Radiodiagnóstico en las primeras cátedras de Terapéutica Física.

En los años veinte y treinta, el Radiodiagnóstico de los hospitales era llevado por el Profesor del Gabinete de Radiología. Posteriormente se fueron creando las cátedras de Terapéutica Física: Carlos Gil y Gil, en Madrid; Vicente Carulla Riera, en Barcelona en 1947. En ese momento no había más porque quedó desierta la cátedra, no concedida, a García Zarandieta porque era algo “rojillo”. Prosigo: en 1962, Belloch y Badell-Suriol obtienen la Cátedra. —A Badell le recuerdo por su inteligencia y generosidad, ésta traicionada por un regular temperamento—... La Cátedra reunía la enseñanza de la terapéutica física natural y artificial, la física de las radiaciones, la radiobiología y radioprotección y la técnica radioterápica. La enseñanza del Radiodiagnóstico se hacía de una manera voluntaria, y el primero en su docencia fue Badell-Suriol, en Barcelona, porque reunió a Teixidor, a Vilaseca y a Blajot. Todo hay que situarlo en su época y hubo gente que hizo un esfuerzo sobrehumano por enseñarnos lo que luego abriría caminos. En febrero de 1969 me incorporé a la Cátedra de Valladolid y en octubre de ese mismo año invité a

César Pedrosa a que dictara un curso completo...

¿Aconsejarías que se especializara en Radiodiagnóstico un médico recién aprobado el examen MIR?

Ahora lo veo más fácil por el gran desarrollo hospitalario, que da cabida a muchos especialistas. Pero mucho antes, el Radiodiagnóstico se

aprendía para ejercerlo en la calle y, como hacía falta mucho dinero para instalarse, ¿quién podía ser *radiodiagnosticador*? Sólo el que tenía medios económicos. Ahora hay puestos hospitalarios. En el libro que se está imprimiendo, y en donde he puesto un gran interés, *Historia del decisivo Departamento de Radioelectrología y Medicina Nuclear del Hospitalario Universitario Miguel Servet*



(*Casa Grande*) de Zaragoza, figuran más de ciento cincuenta ex-residentes de Radiodiagnóstico, todos bien colocados. Se hace muy buena medicina en los hospitales.

¿Los radiólogos utilizan con propiedad el lenguaje radiológico?

Me he preocupado mucho por el lenguaje, incluso presenté en un congreso de lingüística románica una comunicación acerca del lenguaje científico, de raíces más latinas que griegas. Hay que reconocer que la radiología tiene un lenguaje muy preciso. Pero se cometen errores; te comentaré dos. No se distingue suficientemente entre el concepto de semiología y el de patología radiológica, y ante una hiperclaridad pulmonar se habla de enfisema. No se hace una adecuada conclusión diagnóstica y la muletilla “compatible con”, que podría que ser el complemento de un diagnóstico que ya se ha dicho, nunca debe ser el comienzo del diagnóstico principal.

El libro que te convoca a esta entrevista lleva el título de Radiología y Pensamiento. Háblame de la imagen y del concepto que encierra.

Marañón, en su *Diagnóstico Etiológico*, defendía la ausencia de imágenes en su libro para incrementar la imaginación. Pero la imagen no tiene por qué estar reñida con el concepto. El radiólogo no debe concretarse a la imagen, debe abstraerse para crear conceptos. “Pensar sin observar es tan peligroso como observar sin pensar”: es una frase compartida por Claude Bernard y por Cajal.

El último capítulo de tu libro *La jota cantada* trata de *La jota y el carácter aragonés*. ¿Influye la radiología en el carácter de los radiólogos?

La respuesta va en ambos sentidos. La radiología influye en el carácter del radiólogo y el temperamento del radiólogo influye en el modo de ejercitar la radiología. Pero vayamos al sentido de tu pregunta. La radiología modera o atempera el carácter del radiólogo: el orden con que tienen que hacerse las exploraciones, la calma, el rigor y la precisión, el saber valorar todas las posibilidades, la tenacidad, la técnica al servicio del método...

Ahí me he perdido...

La técnica, según Aristóteles, es un saber hacer, sabiendo lo que se hace y por qué se hace. En su comienzo, la radiología fue *desnuda manualidad técnica*. El método es una vía, un camino para alcan-

zar una verdad, es la línea que anima el examen radiológico y que incluye la elección de la técnica más adecuada, el reconocimiento de los signos, su interpretación crítica y la consideración final como respuesta al problema clínico del paciente. El propio descubrimiento de los rayos X, la radiología diagnóstica, representa el ideal de la *endoscopia incruenta*, una manera de acercarse a la realidad del enfermo. Pues bien, ese afán por indagar lo que ocurre en el organismo humano viene muy bien para educar la mente del radiólogo.

Se te reconoce como un servetiano. ¿Qué mensaje podría dar Miguel Servet a un radiólogo del siglo XXI?

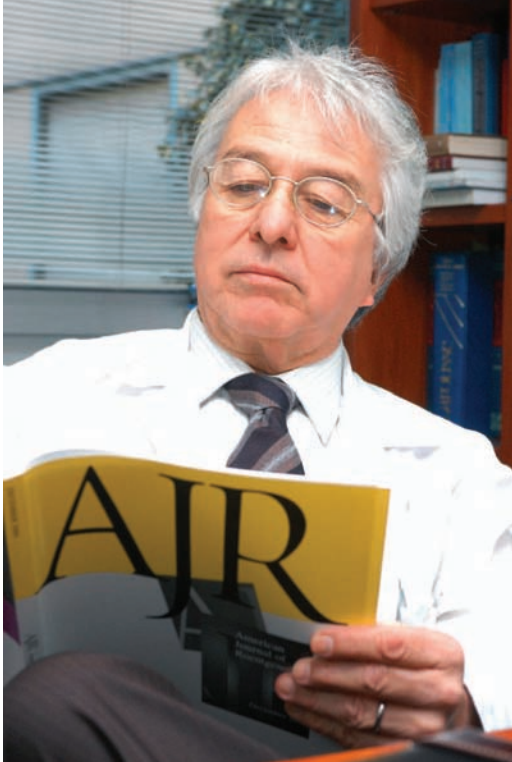
El afán por no renunciar a ningún conocimiento. Fue un número uno en fisiología, en filosofía, en teología, en geografía... Hoy la gente tiene conocimientos limitados y no quiere saber nada del campo de al lado. Pues no, si se hace radiología de trasplantes, estúdiese lo que es la inmunidad.

¿Algún mensaje más?

El gran legado de Servet a la humanidad ha sido la defensa de la libertad del pensamiento y de la expresión de su verdad. Murió –además de por el rencor de Calvino– porque no quiso *aparearse del burro* sobre el Misterio de la Trinidad. Él decía que Jesucristo no era *hijo eterno de Dios*, sino *hijo de Dios eterno*. Cuando iba camino de la pira, en Champel, el 27 de octubre de 1553, un ayudante de Calvino le instaba a que cambiara el orden del adjetivo. No quiso. Cuando una persona cree en su verdad, cuando un radiólogo está convencido de su diagnóstico, debe discutir, pelearse con los clínicos, acudir al quirófano para demostrar que tenía razón...

Catedrático de profesión, la cultura de Fernando Solsona es la de un hombre del Renacimiento. Académico de las Reales Academias de Medicina, de Ciencias y de Bellas Artes de Zaragoza. Presidente del Ateneo de Zaragoza desde 1980. Comisario del 150 Aniversario del nacimiento de Ramón y Cajal. Medalla de Oro de las Cortes de Aragón... Aragonés en ejercicio, zaragozano y, por ascendencia desde el siglo XVIII, parroquiiano de san Pablo. Tras la entrevista, durante la comida, las aguas del Ebro fueron testigo de la interesante conversación entre Gema Riazuelo, Luis Ros, “el jefe” y la autora.

CARLOS ALEXANDER



“Mi agradecimiento a aquellos colegas y maestros de la radiología y de la vida”

Carlos Alexander Dupleich es el Director del Departamento de Diagnóstico por Imagen del Institut Clinica Corachan de Barcelona, y preside la Fundación Resonancia Corachan. Es co-director, junto a Javier Beltrán, de los cursos internacionales sobre *Avances en TC y RM*, que se celebran en Barcelona.

Desde que comenzaste la residencia, ¿cómo ves la evolución de la radiología?

109

Esta es una pregunta de largo recorrido. En el transcurso de una vida, más de 30 años son muchos años. Pero en el desarrollo de la

ciencia y la tecnología representan un tiempo mínimo. No debería extenderme en lo que todo el mundo conoce y comenta: que si la radiología de las densidades y las formas unidimensionales han cedido paso a los estudios seccionales tri y cuatridimensionales; que si la radiología meramente descriptiva ha crecido con una riquísima semiología que ha permitido ver la anatomía y las patologías directamente, y no sólo intuir las; que si los sistemas de digitalización, archivo y transmisión de las imágenes médicas junto con los de comunicación y consulta –internet– han convertido nuestra especialidad en una de las actividades más estimulantes...

¿Y desde el punto de vista de la Sociedad de Radiología?

He vivido también otra historia cotidiana que me gustaría comentar como indicador del cambio en estos largos y, a su vez, fugaces años. Nuestra Sociedad se denominaba SEREM (por lo de

Radiología y Electrología Médicas, según rezan todavía muchos títulos de especialista); hoy ya se conoce en todo el mundo como SERAM: sólo Radiología Médica, lo cual ya indica una evolución conceptual y de contenido, con personalidad propia. Hace treinta años no tenía tan siquiera un lugar propio; tenía cedido un espacio que funcionaba como Secretaría en la calle Villanueva 11 de Madrid, sede de Previsión Sanitaria. En el año 1980, siendo presidente de la Sociedad César Pedrosa, se obtuvo un crédito, con el aval de la Fundación “XIII Congreso Internacional de Radiología”, para adquirir la actual sede, en la calle Goya. Luego se fueron produciendo otros hechos que hoy conforman y vertebran nuestra Sociedad: el desarrollo de la revista RADIOLOGÍA que ha llegado a tener un alto nivel de calidad, la Biblioteca Virtual, la espléndida página web, la potenciación y desarrollo de las diferentes Secciones, el apoyo que la Sociedad proporciona a la formación continuada en el ámbito local y nacional, la concesión de becas para actividades formativas... Todo ello, y mucho más, representa un enorme estímulo para los radiólogos en formación y para los radiólogos jóvenes. Prueba de ello es el papel de alta calidad que tienen en el ámbito de los Congresos Internacionales (Europeo en Viena, RSNA en Chicago...) atesorando premios y menciones que les colocan en el primer plano de la radiología mundial.

Qué lejos y qué cerca quedan aquellos Sábados Radiológicos del Clínico de Madrid que tanto aproximaron, enseñaron y estimularon a más de una generación de radiólogos de este país, y que representó nuestro primer paso globalizador.

Carlos, en mis visitas a varios Hospitales de Barcelona he podido constatar el respeto que tenéis a la historia de la radiología.

Hay que ser agradecidos con los que nos precedieron. Me quedé sorprendido, e incluso desilusionado, porque pensaba que en Estados Unidos también rendían culto a sus grandes figuras. Pues no es así. No conocían a sus clásicos de la radiología. Eso sí, leían lo último que se publicaba.

En este libro puedes expresar tu vivencia.

Quisiera rendir mi muy modesto tributo de gratitud, en algunos radiólogos, a todos los que han hecho posible este recorrido.

Habría que citar a muchos y ello no es posible. Pero sí quiero manifestar mi nostálgico recuerdo al entrañable amigo Rafael Casanova, que tuvo el mal gusto de marcharse demasiado pronto. A César Pedrosa por su ejemplo, su docencia y, sobre todo, por su amistad. Y me gustaría citar a otro insigne gran hombre, amigo de sus amigos y amigo de casi todos, por lo que representa como persona, no sólo como radiólogo: Ignacio Blajot Pena.

Yo también tuve el honor de conocerle.

No sólo fue un adelantado de nuestro país entre los radiólogos dedicados al Tórax. Dedicó muchas horas a la entonces enfermedad de moda, la tuberculosis. Nos regaló con esa su excelente obra, *Radiología Clínica del Tórax*, el primer libro de radiología del tórax escrito en español. El doctor Blajot tuvo devoción por aprender a lo largo de su dilatada existencia; le agradaba que le consideraran el “eterno residente”. Pero el doctor Blajot fue mucho más lejos: era un intelectual entusiasta, amante de la música y sobre todo de la ópera –un tío suyo tradujo toda la obra de Wagner al catalán y hubo varias representaciones en el Liceo de Barcelona–; admirador y estudioso de los poetas de la generación del ventisiete; formó grupo de una élite intelectual vinculada a través de la revista *Destino* (Néstor Lujan, Eugenio D’Ors, Vergés, José M^a Valverde, Opisso, Montsalvatge, entre muchos otros), en la que incluso llegó a escribir crónicas taurinas. Y, como remate a sus inquietudes, fue autor de un

ensayo sobre la teoría de la Cosmogénesis de Teilhard de Chardin que publicó en francés.

Volvamos al presente.
¿Cuál crees que ha sido la innovación tecnológica más importante en estos últimos treinta años?

Los sistemas de información y comunicación y la digitalización de la imagen.

Las nuevas generaciones no tienen problemas en la aproximación a todo el conocimiento a través de internet, manejan a la perfección el RIS y el PACS, les es tan natural como el hablar. Para mí supuso una experiencia increíble, de la que no



podría prescindir. Recordarás que Felson y su escuela decían que la respuesta al diagnóstico estaba dentro del sobre; sacabas todas las radiografías para hacer el estudio comparativo y no tenías suficientes negatoscopios. Ahora, obtienes toda la historia radiológica de un paciente a tecla de ordenador.

Eres un experto en TC. ¿Qué representó el TC para los de tu generación?

Nos permitió ver lo que intuíamos por los signos indirectos de la radiología convencional. Ahora, la tomografía ha vuelto a resurgir y todavía no ha tocado techo. Se ha pasado de 16 a 64 cortes. En cardiología, con 64 cortes, la imagen es perfectamente superponible a la de una coronariografía, que será el último reducto de la angiografía diagnóstica.

¿Son conscientes los radiólogos del gasto sanitario que ocasionan?

No lo suficiente. A veces se sigue pensando “como no lo pagamos nosotros...”, lo cual no es cierto. Muchos saben que tienen que ahorrar en el consumo, como saben que, para obtener una imagen diagnóstica, tienen que irradiar lo menos posible. Sin embargo, es necesaria una cultura generalizada del gasto público. En el programa de residentes se recoge esta inquietud. No se debe sobre-actuar ni incurrir en gastos innecesarios; y esta formación en gestión básica se debe dar a lo largo de los años de especialidad, no como un conocimiento marginal; a pequeñas dosis, como la gota malaya que al final deja su huella, para que sea un hábito tan natural como el publicar o empezar a preparar la Tesis Doctoral.

¿Por qué se te ocurrieron los Cursos de la Corachan?

Porque había pasado veinticinco años en hospitales, aprendiendo, y no quería enclaustrarme en un centro privado. Porque quería seguir estableciendo relaciones con la radiología internacional. Porque quería desarrollar un programa de formación continuada –lo que es infrecuente en la sanidad privada– que tuviera utilidad e importancia, aunque lo tuviera que pagar yo de mi bolsillo. En la inauguración del primer curso, Xavier Trías, Conseller de Sanidad, dijo que organizar un curso es una labor

valiosa, pero que lo que importaba era darle continuidad. Me emplazó, y seguimos con los cursos que ya han cumplido la octava edición.

Antes de especializarte en radiología eras internista...

Sí, y cerré mi consulta porque me deslumbré al escuchar unas conferencias y lectura de casos a Pedrosa, Marcos Robles, Castelló, Cáceres, Lucaya y Ganau. Me especialicé en radiología. Soy un clínico que tiene en sus manos unas herramientas inmejorables para el diagnóstico, manejo y tratamiento del paciente.

Háblame de la relación del radiólogo con el paciente.

Debemos respetar y ser respetados. Respetar al paciente, a tu grupo de trabajo y a los otros profesionales. Reconozco que el radiólogo habla poco con el paciente, aunque eso, en gran parte, depende de la personalidad de cada cual. A mí me gusta conversar, no me gusta tener a una persona tumbada en una camilla y que sólo oiga una voz a través de un micro: “¡No respire... respire!”. El paciente está limitado emocionalmente y agradece una voz cálida que le pregunte con interés “¿Tiene frío? ¿Está cómodo?” Ni las máquinas ni los ritmos de trabajo deben crear barreras entre las personas.

Carlos Alexander es un radiólogo emprendedor. En su haber, amplios conocimientos tecnológicos y científicos. Se puede decir que está “a la última”. Pero lo que la autora fue a buscar, lo encontró con creces: su entrañable recuerdo histórico y lo que él mismo expresó: “Mi agradecimiento a aquellos colegas y maestros de la radiología y de la vida que han abonado el camino para esta cosecha”.

JOSÉ CÁCERES



“El mayor capital está en el conocimiento”

José Cáceres Sirgo es un radiólogo experto en imagen torácica. Es el Jefe del Servicio del Área General, Unidad de Diagnóstico por la Imagen (UDI) del Hospital Vall D'Hebron de Barcelona y

Jefe de Radiología del Centro Médico Teknon.

¿Aconsejarías que se especializara en radiología un médico recién aprobado el examen MIR?

Le diría que ha escogido una especialidad con fecha de caducidad.

[Sorprendida] ¿Va a desaparecer la radiología?

No. La radiología, no. Lo que va a desaparecer es el radiólogo, el interpretador; en último término, “el intermediario”. Porque la imagen estará ahí y para qué van a preguntar al radiólogo si ellos ya van a saber su significado. Por ejemplo, hoy día con el PET-TAC, si se ve un punto brillante y se conoce a qué corresponde, ¿para qué se necesita a un radiólogo? Se precisará de alguien que maneje la máquina, de un técnico. Pero al radiólogo como interpretador, no. Pero no te preocupes, estoy hablando a veinte años vista.

Entonces, a la pregunta que te tenía preparada sobre cómo deberán ser los radiólogos del futuro, me contestarás “pues no habrá”.

Exactamente, así de claro.

Volvamos al presente. ¿Los radiólogos manejan bien el lenguaje en sus artículos?

¿Es que alguien utiliza bien el lenguaje?

¿Y en los informes radiológicos que tanta trascendencia tienen?

Le sugeriría a la Sociedad de Radiología la realización de cursos para enseñar a hacer informes. Yo les digo a los residentes que lo más importante lo escriban al principio, porque quien recibe el informe puede tener pereza de leer más de cuatro líneas.

¿Qué fallo encuentras en la organización del Servicio por órgano-sistema?

Que es una organización obsoleta, quizá justificada sólo en grandes centros. Hoy día hay que pensar en radiólogos con una buena formación básica y en una buena red de comunicaciones.

¿Y sobre las áreas de capacitación específica?

Creo en el radiólogo general bien formado y considero con autonomía la radiología pediátrica y el vascular-intervencionismo.

Me estás rompiendo el esquema de la entrevista.

¿Y la organización de los hospitales? También está caduca: que si medicina, cirugía, servicios centrales... Los estructuraría en tres grandes áreas asistenciales: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El área de seguimiento tendrá cada vez más importancia por el envejecimiento de la población, con sus habituales enfermedades crónicas, y porque ciertos procesos –el sida, los oncológicos– los estamos cronificando. En las tres áreas tiene su papel la radiología, especialmente en el diagnóstico inicial.

En los hospitales se utilizan equipos de mucho coste ¿Crees que se les saca todo el rendimiento?

Si la pregunta se refiere a si son necesarios tantos equipos tan caros, te diré que no. Con disponer de un TC o de una resonancia de última generación, sería suficiente, porque el 80% de los problemas se resuelve sin necesidad de que el equipo sea de última generación.

¿Se hacen excesivas exploraciones radiológicas?

Al contrario, hacemos demasiado pocas. Creo que un buen estudio radiológico soluciona muchos problemas y ahorra tiempo y dinero. Otra cosa son los estudios mal indicados.

Un servicio de Radiología es una empresa. Háblame de los recursos humanos.

El personal supone el 75% del gasto total del Servicio. Hay que

cuidar los recursos humanos porque el mayor capital está en el conocimiento.

¿Están motivados los radiólogos que trabajan para la sanidad pública?

Depende de lo que se entienda por estar motivado. Los jóvenes radiólogos buscan una mejor calidad de vida. La pregunta podría ampliarse: ¿Está motivada la actual generación?

¿Por qué elegiste la especialidad de radiología?

Francisco Campoy nos daba clase a los estudiantes de la Facultad de Medicina de Sevilla y, a Juan Castelló y a mí, nos facilitó nuestra ida a Estados Unidos para la especialización. Llegamos allí y, como los dos queríamos formarnos con Benjamín Felson, presentamos la solicitud. Felson entrevistó a Juan, que estaba más cerca –yo estaba en Chicago en ese momento– y le comunicó que las dos solicitudes estaban aceptadas, pero que sólo le quedaba una plaza disponible; le preguntó: “¿A cuál de los dos se la debo dar?”. Juan le respondió: “A Cáceres porque es mejor que yo”. Felson no se esperaba esa contestación; quedó tan emocionado que creó otra plaza y nos admitió a los dos. Esta anécdota es una obligación moral de agradecimiento a Juan Castelló.



Y quedará reflejada en el libro porque no es tan frecuente tanta generosidad entre colegas. ¿Algo sobre lo que no te haya preguntado?

Sí, sobre enseñanza. Soy un gran creyente en la enseñanza y la tenemos muy abandonada.

¿Me hablas de estudiantes de la Facultad o de residentes?

De la enseñanza a todos los niveles. Nadie se preocupa. Por motivos bien sencillos: está mal pagada, no considerada y no da puntos para “el Seguro”. Así de claro. Yo puedo enseñar muy bien; puedo tener una escuela en Cataluña de la que me sienta muy orgu-

lloso, pero qué puntos me da eso. Lo que cuenta es escribir un artículo o dar cuatro conferencias. Enseñar no da puntos.

Sin embargo, ser Titular de la Universidad Autónoma, sí.

Pero ser Profesor no significa enseñar. Te diré que, cuando estaba en el Hospital de San Pablo, enseñaba en tercero de carrera. Al venir aquí, tuve que hacer una nueva oposición y, como el tercer curso ya estaba “cogido”, pregunté “¿Qué es lo que no quiere nadie?” Me dijeron que había una electiva en sexto, de Diagnóstico por Imagen. Se apuntaron unos treinta, y el primer día de clase le dije al delegado del curso: “Todos vais a salir con notable, así que sólo quiero que acudan los que estén motivados”. Y me encuentro con un núcleo duro de unos diez alumnos, que vienen a las 8 de la mañana, a la 1 y de 3 a 5. Vienen porque sí y yo les doy clase porque sí; y disfruto con ellos porque sé que están interesados.

¿Y con los residentes?

Yo creo que la docencia es un oficio para el que todo el mundo no está cualificado. Me parece ridículo que algunos radiólogos vayan a la sesión de residentes como si fuera un castigo. Habría que seleccionar a los cuatro o cinco que quieran formarlos. A los residentes les tiene que enseñar: primero, el que quiera; y segundo, el que esté cualificado. Hay un radiólogo, Gunderman, que escribe mucho en *Radiology*, y da ideas bastante claras sobre docencia. Enseñar es una de las cosas más nobles que podemos hacer; lo que enseñas no muere contigo. Que uno de mis alumnos favoritos –y tengo varios– sea un número uno en España, con proyección internacional, es una gran satisfacción.

¿Establecen buenas relaciones los radiólogos con los pacientes?

Depende. Hoy día, la radiología es tan amplia que hay de todo. Los que venimos de la medicina interna establecemos buenas relaciones. Me gusta hablar con los pacientes, enterarme de lo que les pasa. Pero sí es cierto que muchos radiólogos intentan no ver pacientes. No se dan cuenta lo importante que es.

Se dice que el paciente te puede “dar” la mitad del diagnóstico.

Sí, sigue siendo cierto lo que decía un gran clínico –no recuerdo si Marañón o Jiménez Díaz–: “No hay enfermedades, sino enfermos”. Los radiólogos nos adelantamos al mundo virtual porque

desde el principio teníamos al “enfermo virtual”, que era su radiografía. Y por eso nosotros ponemos la radiografía de tórax de manera que “nos mire”. Estamos mirando al paciente –a su radiografía– que nos está “contando” lo que le pasa. Y con el escáner, hacemos reconstrucciones y lo seguimos mirando de frente.

¿Y por qué en los cortes axiales lo miramos desde abajo y no desde arriba, como en los antiguos cortes anatómicos?

Para que su derecha siga estando a nuestra izquierda. Otra vez el paciente de frente. Somos “médicos virtuales”.

Es original. ¿Alguna otra idea?

Me las puedes robar todas porque a estas alturas... aunque algunas ya me gustaría ponerlas en práctica.

Pepe Cáceres es un sevillano que ha creado escuela en Barcelona y que se siente orgulloso de sus antiguos residentes, ahora ya, radiólogos de prestigio. La autora lo considera como una de las personas de más vivo ingenio con las que ha tenido la suerte de relacionarse.

RICARDO RODRÍGUEZ



“El paciente es inteligente y sabe cómo se comporta la enfermedad dentro de él”

En la entrega de la Medalla de Oro de la Sociedad de Radiología, en el Congreso de Maspalomas 2002, se definió a Ricardo Rodríguez González como un castellano viejo que sigue dejando lo mejor de sí mismo en el Hospital Clínico de San Carlos de Madrid. Es un radiólogo con muchos conocimientos y registros.

Conoces bien la Sociedad de Radiología, ya que has sido Secretario General desde 1994 hasta 1998 ¿qué papel deberá tener esta Sociedad en el futuro?

Lo básico seguirá siendo lo científico y la formación a lo largo de toda la vida profesional del radiólogo. Desearía que estuviera presente en determinados foros... [Le interrumpo]

¿Te refieres a la presencia de la Sociedad en los foros donde se toman decisiones que afectan a los radiólogos?

No. Las sociedades científicas no están oficialmente reconocidas; por lo que conozco sólo tiene nombramiento oficial la Comisión Nacional de la Especialidad en el área de su competencia. Me refería a una mayor presencia en la ciudadanía a través de los medios de comunicación –no sólo en la página web de la SERAM–. No se sabe quiénes somos porque no tenemos una relación tan estrecha y duradera con el paciente como ocurre con el médico que prescribe. Por otra parte, desearía mayor implicación de los radiólogos jóvenes en la organización de la Sociedad de Radiología; la Junta Directiva tiene que tener el apoyo de una amplia base para funcionar; cualquier sociedad sin jóvenes sería horrible.

Con tu experiencia por haber participado en la formación de veintiséis promociones de residentes ¿crees que se les da suficientes conocimientos en “el más allá de la interpretación radiológica”?

Ahora, con los nuevos programas MIR, habrá una parte común a todas las especialidades, que se desarrollará por hospitales. Incluye: metodología de la investigación, habilidades de comunicación con el paciente y gestión clínica.

¿Eres partidario del internado rotatorio antes de empezar la residencia?

Sí, para cualquier especialidad. Yo creo que, por encima de especialista, uno debe ser médico. El internado rotatorio, que existió en algún momento, daba una visión general de lo que es la profesión médica. El problema es que las especialidades —entre ellas, la nuestra— son cada vez más complejas y contienen mayor cantidad de conocimientos. Entonces, uno se pregunta ¿dónde pongo el corte? Y es que todo va concatenado. De entrada, la carrera de medicina es larga, con demasiada materia, con temario que es casi de especialista, muy teórica... Probablemente debería ir a cinco años.

¿Y sobre la enseñanza del Radiodiagnóstico durante la licenciatura?

Nunca he tenido muy claro cómo se debe organizar. Debería darse en todas las asignaturas de la carrera, pero, ¿cómo se articula? ¿El radiólogo en los cinco últimos minutos de cada clase? Sería imposible. Entonces, el dar teoría en nuestra asignatura no tiene mucho sentido; tampoco hay tantas horas lectivas, ni de prácticas para desarrollar las indicaciones radiológicas de los grandes síndromes.

¿Entonces?

Volvemos al concepto general. Si la licenciatura fuera más práctica y si los alumnos tuvieran un tutor clínico todo el tiempo, vivirían el hospital, verían cómo funciona la medicina, irían allí donde está el radiólogo... Conseguiríamos una docencia diaria de la radiología.

Volvamos a la especialización. Como actual presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad, te pregunto ¿cuántos años de duración debería tener la residencia?

Desde la Comisión se ha defendido, desde hace tiempo, que sean cinco años, pero el Ministerio no lo ha considerado.

¿Por cuestión económica?

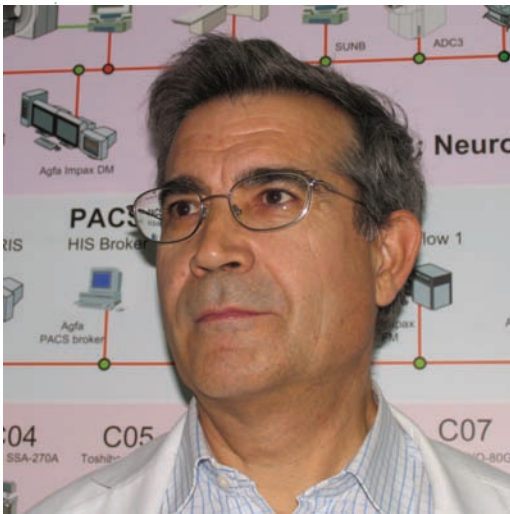
No tiene por qué salir más caro. Hacer una especialización en un área concreta durante el cuarto y quinto año supondría tener un *fellow* que, a efectos prácticos, actúa como un *staff* a un precio inferior. Nacho Bilbao podrá hablarte, con gran conocimiento, de la especialización en Radiología en los países europeos.

¿Examen nacional al final de la residencia?

Yo creo que sí, de carácter voluntario, no imprescindible para ejercer. El que lo apruebe recibiría una mención especial en el título de especialista o un diploma aparte con valor curricular.

¿Qué opinas de la recertificación de los médicos cada cinco años?

En la LOPS se dice que la formación continuada es obligatoria. La idea es “demostrar” a la sociedad que se sigue siendo competente a lo largo de toda la vida profesional.



[Con ironía] ¿Se les exige también a los jueces, arquitectos...?

[Sonríe] Sólo se exige para las profesiones sanitarias. Como en nuestra carrera siempre ha sido tradicional el seguir estudiando, ha sido más fácil ponerlo en el papel. Pero todo empieza en algún sitio. Si esto supone que se aplique a las demás profesiones... Pero volviendo a la formación continuada de los radiólogos, hay un asunto difícil de regular. Una sería la formación

formal –cursos presenciales o no presenciales, estancias en otros hospitales...–, y luego está la formación informal del día a día –como la discusión de un caso con otro especialista– que tiene una gran incidencia práctica porque estás recibiendo y distribuyendo información. Es muy enriquecedor, pero ¿cómo se contabiliza? Ahí está el problema.

En el lenguaje del radiólogo al paciente ¿no hay mucho eufemismo, doble juego de palabras? Si al finalizar una exploración el paciente pregunta “¿Tengo recidiva?”, ¿el radiólogo le escamotea la verdad?

Es complejo. Si un paciente aborda a un radiólogo y le dice “yo quiero saber la verdad”, ¿hasta qué punto puedes negarle esa información que tiene derecho a conocer? El problema es que el radiólogo puede entrar en conflicto con el médico solicitante. Si te relacionas con tu entorno, sabrás cómo es ese médico y deducirás de qué manera puedes hablar con el paciente. En caso de duda, acudes al teléfono: “¿Hablas tú con él o le hablo yo?” El paciente es inteligente y sabe cómo se comporta la enfermedad dentro de él.

¿Qué piensan los radiólogos sobre su profesión?

Durante un tiempo necesitábamos definir nuestro papel dentro del sistema sanitario porque partíamos de ser considerados como fotógrafos, no como médicos. La energía para asentar la especialidad como una disciplina clínica supuso, en cierta medida, desentenderse de la Universidad, y de ahí viene esa carencia de profesores universitarios. Todos los esfuerzos se centraron en la identificación de “quién soy yo” y en que los “otros” reconozcan lo que soy. En ese aspecto, se fue un poco agresivo con otras especialidades, que también eran agresivas con nosotros. Tal vez no hubo más remedio que ser así. Creo que, en el momento actual, esa agresividad ha desaparecido porque los radiólogos son conscientes de la importancia que tienen en el proceso de atención al paciente.

En frase de santa Teresa, “la humildad es la verdad”. ¿Son humildes los radiólogos?

No estoy seguro. A veces nos creemos demasiado trascendentes, más de lo que realmente somos. Decimos que nuestro informe es muy importante; pero, en ocasiones, pensamos que la incidencia de nuestro informe en el manejo del paciente es mayor de lo que en realidad es; no tiene tanto peso en la decisión del médico responsable que está obteniendo datos de muchas fuentes y del propio paciente. Somos importantes, pero, ¡jojo!, sólo un eslabón y ni siquiera el último eslabón.

¿Desaparecerá la radiología como hoy la entendemos?

¿Cómo será la radiología del futuro?

Probablemente no será como hoy la entendemos. Los cambios son inevitables en cualquier sistema que tenga vida. La única cuestión es adaptarse o tomar la iniciativa para que no te pille fuera de juego. Decía Albert Camus –más o menos– que “la mejor forma de abordar el futuro es ser generoso con el presente”. Mirar el pasado, ir a las fuentes, pero dar todo al presente.

Ricardo es reflexivo y coherente en su pensamiento; tranquilo y riguroso en la conversación. Se aprende escuchándole. No intenta convencer; expone con toda honradez sus dudas. Es un radiólogo que no gusta de cargos oficiales, pero al que “han metido” en muchos; por algo será.

NIEVES GÓMEZ LEÓN



“Si queremos que nos consideren con prestigio, tenemos que estar al mismo nivel que los mejores”

Nieves Gómez León es una radióloga competente que demuestra, en el día a día, su compromiso con la gestión de un gran Servicio de Radiología madrileño, el del Hospital de La Paz. Es una pionera de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones

en los servicios de radiología. Pero en esta charla-entrevista no se busca al personaje, más bien se busca el pensamiento que el personaje tiene sobre la radiología.

127

¿Aconsejarías que se especializara en radiología un médico recién aprobado el examen MIR? ¿Por qué?

Lo he hecho, lo hago y lo haré siempre. ¿Por qué? Al que le guste la medicina, le va a encantar la radiología porque cubre todas las áreas. Es una especialidad en constante cambio y, por tanto, necesita mucho estudio; si no, pierdes el norte. Es para gente que le guste el cambio y estudiar.

¿Está la especialidad muy solicitada por los primeros números del MIR?

Sí, en este momento en La Paz tenemos el número 2 y el 8... Pero son más importantes las personas en sí que el número.

Fuiste tutora de residentes y te interesa su formación. ¿Cómo se les debe tratar para ayudarles en su desarrollo profesional?

Me permito hacer una comparación con la pedagogía de los hijos. Cuando algo está mal, hay que decírselo; pero no para hundirlos, sino para corregirlos. Pero cuando está bien, hay que felicitarlos. Sin embargo, los que enseñamos debemos ser auto-críticos, porque ¿quién evalúa a los que evaluamos a los residentes? La sociedad ha cambiado, no se transmite el esfuerzo y el trabajo; los

residentes también han cambiado, aún así, traducen cómo va un Servicio: si los residentes se hacen unos “señoritos”, ¿no será que los del *staff* son unos “señoritos”? En general, los radiólogos se quejan de que trabajan mucho debido a la gran presión asistencial. Y es verdad, pero es que, Pilar, estamos para trabajar. En el mundo de la medicina, si queremos que nos consideren con prestigio, tenemos que estar al mismo nivel que los mejores, estudiar, dedicar nuestras horas libres a publicar... Cuando no investigamos, y lo seguimos achacando al exceso de trabajo, miremos a otros Servicios –como puede ser Traumatología– con la misma presión y que, por tradición, investigan. ¿Cuántos radiólogos hacen su Tesis Doctoral como primer paso hacia la investigación?

Sigamos con formación. Radiología general y áreas de capacitación específicas.

Tenemos que formar radiólogos generales porque es lo que exige nuestra sociedad –la pública y la privada–. El tener una perspectiva generalista de la especialidad no es incompatible con ser un experto en un área anatómica y ser un interlocutor con el clínico a su misma altura. El experto en un área concreta debe defender su identidad, pero sin olvidar los orígenes. No se puede informar de todo en la privada y exigir informar sólo de un área en la pública.

Como secretaria de la Comisión Nacional de la Especialidad: ¿Se sabe cuántos radiólogos necesita el país?

Los dos residentes de la Comisión han hecho un trabajo ímprobo sobre el número de radiólogos que se necesitan, en base a diferentes fuentes, teniendo en cuenta la pirámide de edades, los nuevos hospitales que van a crearse, los radiólogos que se necesitan para cubrir la privada –no nos olvidemos de la privada, está ahí–. Pues bien, si ahora salen 209 especialistas al año, se necesitaría el doble. El problema está en la financiación, igual que ocurre con los solicitados cinco años de residencia. Hay que ir a lo máximo, que la vida ya se encarga de darte mínimos.

¿Eres partidaria del examen al final de la residencia?

Sí, siempre que sea voluntario, tenga un valor y sirva para obtener un mejor puesto de trabajo. En ese caso, sí.

¿Qué opinas del tutor de residentes?

En el nuevo Programa, la figura del tutor se va a contemplar de manera especial. El tutor debe ser una de las personas más importantes del Servicio. Tutoría con valor curricular, con liberación asistencial ya que exige una dedicación casi exclusiva, y con deseable reconocimiento económico –la gente no puede trabajar gratis–.

Cambiamos de tercio. Como jefa ¿has tenido algún modelo?

No tengo ningún modelo. Aunque he procurado copiar lo bueno, y no lo malo, de los jefes que he tenido. Estoy muy orgullosa de haber hecho la residencia en el Clínico de San Carlos; pero –como ocurre cuando sales de casa de tus padres... ¿te he dicho que soy de León?– tienes que volar. Reconozco que me considero una radióloga clínica todo-terreno gracias al doctor Rafael Casanova –trabajé con él desde 1990 en el Hospital de la Princesa–. Orientó mis directrices. Ahora tengo una mayor participación en la gestión, pero si en un momento dado tuviera que reconvertirme, no tendría ningún problema.

¿Qué fallo encuentras en la organización del Servicio por órgano-sistema?



El clásico: que el radiólogo pierde la perspectiva global de la especialidad, tan necesaria en los pequeños hospitales donde tienes que resolver todo. Pero defendiendo esa organización. El primer Servicio de Madrid que la adoptó fue el de La Princesa, ya en el 93, con Rafa Casanova al frente, y me encargó montar varias unidades. Aunque es fundamental que los radiólogos roten por las distintas secciones.

¿Qué sección es más difícil de organizar?

Sin duda, el abdomen. Porque contiene muchas localizaciones anatómicas y técnicas de exploración –desde las convencionales hasta la eco, la TC, la RM...–. Y si encima los radiólogos no quieren rotar den-

tro de esa sección, al final puede darse la paradoja de que la organización vuelve a ser por técnicas dentro del órgano.

El radiólogo dedicado al área de abdomen ¿debería hacer también el vascular-intervencionismo correspondiente?

No la parte vascular puramente terapéutica de la especialidad, que tiene una entidad propia. Sí el pequeño intervencionismo: punciones, drenajes...

¿Consideras alguna sección más importante que otra?

No se debe mitificar ningún área de actividad, eso es historia.

Un servicio de Radiología es una empresa. Háblame de la inversión.

Es obvio que hay que invertir en tecnología, aunque puede darse la paradoja de que los hospitales periféricos estén mejor dotados que los grandes hospitales en donde se concentra la patología compleja —por ejemplo, los trasplantes—. Los hospitales que son referencia deben contar con el aparataje necesario para resolver la cartera de servicios que acometen. —Ocurre lo mismo que con las áreas de capacitación específica de los radiólogos; habrá que estudiar en qué hospitales se necesitan—. La inversión en tecnología es un medio, no un fin. Y los equipos deben renovarse paulatinamente, no tanto en relación con su vida media, sino más bien por el número de estudios anuales que realizan.

¿Lo entienden así los gestores?

[Con seguridad] Hay que hacérselo comprender. Hay cosas que no son discutibles: ahora no se puede comprar una resonancia con menos de 1,5 teslas ni un escáner con menos de 16 detectores. Es de sentido común. Si se lo demuestras con un buen informe, lo consigues. Otro asunto es que el sistema público pueda comprarlo. Pero, para mí, los recursos humanos tienen mayor importancia que los equipos; los buenos profesionales pueden utilizar un Seat como un Mercedes; qué decir si disponen de un Mercedes. Luchemos por ello a muerte.

Un asunto que sé que te interesa: ¿optimizamos adecuadamente las nuevas tecnologías?

A veces, no. ¿Un 3D en ecografía? ¿Para luego hacer un TC multicorte y luego una resonancia? Lo importante es sustituir pruebas,

no acumularlas. Además, ninguna prueba puede sustituir a la historia clínica y a la exploración física. A veces, un paciente llega con diez resonancias en la bolsa de El Corte Inglés y nadie le ha historiado ni explorado. La secuencia tiene que ir de menos a más, hasta hacer lo más complejo para resolver el problema del paciente.

¿Hay algo que creas que le falta al radiólogo?

El radiólogo debe tener más implicación clínica. Es muy importante que los pacientes sepan que existimos, conozcan lo que es un radiólogo. En ocasiones, la responsabilidad es nuestra porque no nos presentamos: “Soy la doctora tal, responsable de su exploración, le voy a explicar en qué consiste, si tiene alguna duda...; luego hablaré con el clínico...”. Debemos hablar con los clínicos de los problemas de los pacientes. Y algo más: debemos hacer una auto-crítica como colectivo; cuando nos equivocamos, hay que reconocerlo; el enemigo lo tenemos dentro, no lo busquemos fuera.

¿Cómo será la radiología del futuro?

El futuro próximo ya está aquí: espectroscopía, biología molecular... La parte terapéutica de la especialidad –stent, embolización, angioplastia...– se consolidará y será cada vez más importante. Avanzará el diagnóstico asistido por ordenador en todos los órganos y patologías...

[Le interrumpo] Pero ¿llegarán a desaparecer los radiólogos?

El radiólogo o evoluciona o desaparece. El radiólogo “de silla y negatoscopio” tendrá que cambiar. La vía internet podría hacernos desaparecer como consultores porque cualquier caso complejo se puede enviar a un grupo de radiólogos expertos, de cualquier lugar del mundo, que lo va a resolver *on-line*. Pero yo soy por naturaleza una persona optimista, seguiremos si demostramos que tenemos un valor añadido. Debemos llegar a algo más que a ser un servicio intermedio. Debemos dar resuelto al clínico el problema del paciente.

Nieves es una enamorada de la radiología, una entusiasta luchadora con seguridad en sus respuestas. Cree que el haber conocido cómo trabajan en otros hospitales –La Paz es el sexto al que pertenece– es enriquecedor. Además, tiene la rara habilidad de separar su vida personal de la profesional.

JAVIER LAFUENTE



“Como método innovador, sin duda, la resonancia”

Javier Lafuente Martínez es el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Profesor Asociado de la Complutense. Es Presidente de la Filial de Radiólogos de la Región Centro y de la Sección de Imagen Abdominal (SEDIA).

Eres un radiólogo con mucha experiencia ¿cómo crees que ha ido evolucionando la radiología desde que comenzaste la residencia hasta hoy?

En 1971 –que es cuando yo empecé– el radiólogo era un morfólogo muy elemental, incluso los había que eran meros “fotógrafos”. Conforme se fueron ampliando las modalidades diagnósticas, el radiólogo pasó a ser un experto en técnicas. Hace años que hemos llegado a una radiología clínica; se ha huido de las técnicas salvo una excepción, la resonancia magnética, porque es tecnológicamente muy compleja y en todos los hospitales del mundo hay gente dedicada específicamente a ella. Aunque todas las técnicas –incluida la resonancia– las realicen los radiólogos de cada sección, dentro de una organización por órgano-sistema, sí se precisa de un experto en resonancia. Y esa es la experiencia en todo el mundo.

¿Crees que esta situación se irá superando?

Por ahora, yo creo que no. La tecnología de la resonancia magnética está evolucionando muy rápidamente, incluso se dice que está iniciándose, que está “en pañales”. Viene a ser como ocurría al principio del automovilismo, en que se precisaba ser mecánico para conducir un coche. La experiencia dice que cuando a la resonancia accede todo el mundo sin que haya ningún experto, el provecho no es el mismo.

Pero eso igualmente te lo podría decir un ecografista “puro”, por ejemplo.

La tecnología de los ultrasonidos o del escáner es importante, pero está al alcance de cualquier radiólogo. Estoy hablando sólo desde el punto de vista de la tecnología.

¿Se llegaría a diagnósticos más precisos si se optimizara todo lo que un equipo da de sí?

Probablemente, sí. Pero, como con una exploración estándar resuelves casi todos los casos, alguno en concreto sería muy costoso en conocimientos y en tiempo y, ya sabes, priman los criterios economicistas. Con equipos cada vez más automáticos, estudiar a fondo la tecnología se está convirtiendo en una afición.

¿Cómo crees que ha evolucionado la figura del radiólogo español en el mundo de la sanidad?

La radiología empezó a ser una especialidad clínica a finales de los setenta, porque antes sólo contaban unos cuantos pioneros. Coincidió cuando empezaron a ejercer con cargos de responsabilidad las primeras generaciones fuertes de residentes bien formados; entonces, la radiología moderna se extendió a todas las ciudades españolas. El radiólogo clínico fue el “distribuidor” de pacientes, todo el mundo le consultaba, se convirtió en una figura muy importante en los hospitales. Incluso se podía decir que le restó un cierto protagonismo al anatomopatólogo, que en los años setenta era un dios, lo que decía “iba a misa”. ¿Recuerdas que presentar un caso radiológico con una preparación microscópica era el no va más en una conferencia? Ahora, nosotros, con la imagen, nos aproximamos mucho al diagnóstico; disponemos de una serie de técnicas cuya suma caracteriza una patología con bastante precisión, ya sea un liposarcoma mixoide de partes blandas o un carcinoma hepatocelular y su posible grado de diferenciación. Estabas perdido cuando, hace años, no disponías más que de la radiología simple y sólo te manejabas por signos indirectos.

¿Qué aspecto negativo tiene la radiología clínica?

Que es un terreno que nos va a costar mucho defender, porque si nosotros hacemos radiología clínica, el clínico quiere hacer “clínica radiológica”. Un ejemplo de que el escáner, con los multicortes,

puede ser territorio de otros es la cardiología, y no sólo centrada en las coronarias sino para el estudio de la función. Con la RM ocurre tres cuartos de lo mismo. Los procedimientos intervencionistas constituyen otra zona de peligro porque van “en detrimento” del especialista quirúrgico; el cirujano los quiere y dice que es igual de apto para ese tipo de procedimientos que el radiólogo. Nos defiende el que, en los centros, no hay suficiente dinero para tener un equipo para el radiólogo y otro para el cirujano.

¿Cuál crees que ha sido la innovación tecnológica más importante en estos últimos treinta años?

Todas han tenido su importancia. La ecografía abrió la ventana al interior. Tal vez la TC es la que ha tenido más incidencia en el diagnóstico. Pero como método innovador, sin duda, la resonancia.

¿Hacemos hoy en día los radiólogos demasiadas exploraciones y, por ello, encarecemos los diagnósticos?

Creo que se hacen las razonables, entre otras cosas porque no tenemos tantos equipos y porque se tiene un buen contacto y entendimiento con los clínicos, de lo que nos sentimos muy orgullosos los radiólogos de este Hospital. En Estados Unidos gastan más porque tienen más medios y porque ejercen una medicina muy defensiva.



Siempre has trabajado para la sanidad pública y tienes la experiencia de otros países. ¿Qué opinas de nuestra sanidad?

Otros países que tienen mayor capacidad económica que el nuestro y dedican mayor porcentaje de su producto interior bruto a la sanidad ofrecen

menos prestaciones sanitarias a sus ciudadanos. España es uno de los países con una medicina más social: cubre a toda la población, con un nivel de cobertura muy amplio y sin limitaciones. Existe un decalaje y los responsables económicos de la sanidad están asustados. Por eso, los objetivos, desde hace años, son objeti-

vos económicos, no son objetivos clínicos. Prima la cantidad, no la calidad.

¿Están suficientemente motivados los radiólogos que trabajan para la sanidad pública?

En medicina antes se tardaba toda una vida en “quemarse”. Hoy día, un médico que se dedique a fondo se “quema” en cinco o diez años. A los radiólogos también les está pasando. ¿Cómo se puede compensar? Por supuesto con una mayor motivación económica, pero también con una mejor educación respecto al trabajo. [Irónico] Aquí –que todos somos muy creyentes– una mayoría considera que el trabajo es un castigo de Dios. Si tuviéramos una mentalidad anglosajona, pensaríamos que el trabajo es algo que te dignifica.

Querido Javier, también aquí hay gente que lo considera así e incluso le divierte. Y ya que estamos trascendentes, ¿cómo crees que será la radiología del mañana?

No soy futurólogo. Gente muy entendida se equivoca. Y siempre habrá gente que invente para desarrollar los métodos de imagen que ya hay o que descubra otros nuevos. Pero si hablamos del futuro inmediato en España, lo veo mal porque no hay radiólogos. Ahora se van a abrir siete nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid y un problema grave es la falta de radiólogos. Se tenderá a la tele-radiología y eso es “una fábrica de churros”. La radiología –la medicina en general– no se atiene a las leyes de la oferta y la demanda de las empresas: cuando faltan profesionales, se les paga más. Si en España faltan médicos, no se aumenta su salario para motivar que los españoles estudien medicina, se contrata a médicos polacos. Es una noticia de *El País* del 20 de enero.

¿Qué opinas del lenguaje de los radiólogos?

Hablamos una jerga que intenta ser precisa, pero llena de muletilas: “a nivel de”, “compatible con”... No tenemos un lenguaje rico ni fluido. Cada vez escribimos peor, porque cada vez se escribe menos. ¿Quién coge hoy día una pluma? El ordenador te corrige lo que sabe corregir, pero nos falta la obligada sintaxis.

¿Tienes alguna clave personal para ser un buen docente en radiología?

Empezar desde el principio, recordando lo más elemental. Y otra

regla de oro: debes describir para escribir. Te explico: cuando invito a un residente que lea una exploración, cierro los ojos y le pido “dime lo que tú estás viendo”. La descripción debe ser tal que yo, con los ojos cerrados, debo “ver” toda la exploración y sus imágenes significativas. Si está bien descrito, hasta se podría hacer el diagnóstico. Así aprenden la terminología precisa y lo más sencilla posible; aprenden a hablar y a escribir.

La charla con Javier Lafuente es una más de las que la autora y él han mantenido durante treinta años de compañerismo y amistad sin altibajos. A Javier se le llega a apreciar más por sus pequeños defectos –tan queridos– que por sus grandes virtudes.

LUIS MARTÍ BONMATÍ



“Los artículos importantes son aquellos que modifican las pautas de actuación”

Luis Martí Bonmatí es Jefe de Sección de Radiología del Hospital Universitario Doctor Peset y Jefe de Servicio de la Clínica Quirón de Valencia. Está considerado como una de las referencias nacionales en resonancia magnética; sus conocimientos los aplica preferentemente al área abdominal.

Sé que eres un gran docente en el campo de la resonancia magnética.

Jaume Gili, Javier Lafuente y yo –que ya participábamos, mediante cursos, en la difusión de la resonancia– hemos creado la Escuela Superior de Resonancia Magnética Clínica en donde se imparte un curso con tres módulos: biofísica, tecnología y semiología; los hemos acoplado con la perspectiva de que el alumno pueda hacer los tres módulos en un par de años, con continuidad y coherencia, desde lo más básico a lo más avanzado.

¿Es atractiva la resonancia?

Sí, es atractiva. Pero que es más atrayente en un entorno clínico, también. Porque si no estamos en ese escenario, nos movemos en el filo de la navaja. La tecnología es lo que nos ha hecho tener un papel preponderante en la medicina, el gran salto que nos ha hecho diferenciarnos y progresar. Pero no me cabe ninguna duda de que también la tecnología nos puede dejar ciegos si no damos el paso siguiente, que es mucho más importante: aprender a amar lo que haces y conseguir que tu trabajo se plasme en el paciente.

¿Qué lugar debe tener la resonancia magnética en una orga-

nización hospitalaria por órgano-sistema? ¿Técnica integrada o con cierta autonomía?

La opinión del entorno en el que vivo es que la resonancia no es más que una técnica de imagen que permite al radiólogo desarrollar su trabajo. Y el trabajo del radiólogo está basado en la utilidad clínica de su diagnóstico, en el seguimiento de la enfermedad y en la evaluación de la terapéutica. ¿Eso qué quiere decir? Que todas las técnicas –incluida la resonancia– deben estar integradas, manejadas e informadas por radiólogos que tengan una orientación clínica.

Pero en el colectivo de radiólogos de un hospital terciario ¿no debería haber expertos en ciertas tecnologías?

Sí, un radiólogo experto que esté al tanto de los últimos adelantos y actualizando los protocolos. Siempre un experto en resonancia o en TAC o en eco, pero que además participe en el proceso clínico. Quiero insistir en que si el resultado final es que sepamos lo que tiene el paciente o cómo podemos tratarlo, no podemos limitarnos a la adecuación tecnológica porque tenemos que valorar las peticiones, ajustar las exploraciones y entregar un informe clínico.

En general, ¿no se hacen demasiadas exploraciones radiológicas?

Opino que no. En un Servicio que se implique, y a poco que se comunique, se ajustan las peticiones. Aunque también es cierto que, en ocasiones, puede haber sobre-utilización por motivos poco controlables –como puede ser la medicina defensiva o cuando se sabe que la repercusión terapéutica va a ser baja–, pero en los que no se justifica el riesgo y el esfuerzo de oponerse. En el otro extremo: ¿Hacemos menos de lo que tendríamos que hacer? Sí. Por ejemplo: no estamos haciendo de forma rutinaria espectroscopía de próstata, ni pruebas funcionales cerebrales para localización de áreas motoras antes de cirugía... Por este lado también habría que exigir a la administración mayor colaboración.

Tal vez la sanidad pública no puede ofertar tanta cobertura.

Pero ello se debe a la sobrecarga de trabajo tan enorme que tenemos. Se necesitaría el doble de radiólogos.

¿Y si en la sanidad pública no se puede hacer lo que el radiólogo considera conveniente?

Se debe seguir negociando en este matrimonio que es la gestión sanitaria y la gestión radiológica. Es un continuo: presentar bibliografía, resultados, proyectos... No podemos tirar la toalla. Es un proceso que se plantea a largo plazo.

Te veo luchador.

Con todo el mundo. Con los rectores de las universidades, para que reconozcan la formación en radiología; con los gestores de las redes de investigación públicas y de los institutos de salud, para que financien la investigación radiológica; tenemos que luchar con los ministerios, para que den a la formación de residentes el peso que corresponde; con los compañeros para que se motiven...

¿Están motivados los radiólogos que trabajan para la sanidad pública?

Siempre pensamos que falla el sistema y lo que tenemos que hacer es cambiar nuestra percepción de la profesión para lograr una ilusión permanente. Si no nos limitamos al papel tecnológico,

si nos acercamos más al paciente, si participamos en la docencia y en programas de investigación y conseguimos financiación para el Servicio... muy necio tienes que ser para no ilusionarte. Si eres un “radiólogo escoba” que sólo quita trabajo, al que todo le da igual, que no participa en ningún proceso ni en ningún avance, que además cobra una miseria... pedir que esté ilusionado es un ejercicio demasiado optimista.

Has demostrado tu interés por la terminología y el lenguaje radiológico. En los informes ¿qué fallos encuentras en los radiólogos?

Nuestro común amigo Paco Tardáguila me decía que los informes –más que la tecnología o la organización– es lo que más diferencia a un hospital de otro. Tenemos que darnos cuenta de que el



informe radiológico es una pieza importante de nuestro trabajo y que debemos transmitirlo con corrección gramatical, exactitud, nitidez, concisión...

Y ¿con qué nivel de seguridad?

Se deben considerar las categorías de exactitud. Puede ser que la complejidad del caso –o el grado de conocimientos– hagan decir “es posible este diagnóstico”; pero por qué no lo elevamos a “probable” y, muchas veces, a “seguro”. Si, por ejemplo, yo diagnostico “Hepatocarcinoma nodular expansivo con lesiones satélites y trombosis portal”, ya sé que, excepcionalmente, podría ser otra cosa; claro que sí, la medicina no es exacta, pero nunca lo diré como otra opción. Desde nuestra infancia, jugamos a lo “posible”. Como tenemos miedo al error, ampliamos nuestra inseguridad con “pero tal vez sea otra cosa...”, “no se puede descartar...”. Este discurso no va a ninguna parte. Todos nos podemos equivocar, lo que hay que hacer es minimizar los errores.

¿Qué influencia tienen las publicaciones de los radiólogos españoles?

La pregunta es muy traicionera, pero entraré al trapo. Si los radiólogos no publicamos, de alguna manera, no existimos; no sólo a nivel internacional, tampoco a nivel local, porque indicaría que no nos preocupamos de revisar ni de controlar. Tenemos que publicar aunque sólo sea como ejercicio intelectual y docente. Hay que diferenciar niveles de publicación en función de la calidad del trabajo. A las revistas de prestigio les da igual que un buen artículo llegue de Pensilvania o de Móstoles; mi opinión es que los editores no hacen sesgo por autor o por país; el que se queja de ese sesgo excusa su incapacidad y echa la culpa a los hados. Cada vez es mayor el número de publicaciones de calidad firmadas por radiólogos españoles en revistas internacionales y cuantos más artículos, mayor será la influencia. Es una relación lineal.

Pero ¿no crees que hay artículos totalmente prescindibles?

Me gusta esa pregunta. Si hacemos muchos artículos –y son aceptados en el *European Radiology*, en el *Radiology* o en el *AJR*–, pero, si nuestro impacto en el progreso de la radiología es muy bajo, indica que no optimizamos nuestro trabajo. Sin embargo, eso es un problema

de toda la comunidad científica. No estamos peor que otros. Los artículos importantes son aquellos que modifican las pautas de actuación o que iluminan un asunto que en ese momento estaba opaco.

Desde el Congreso de Bilbao 2004 al de Zaragoza 2006, dos años de avances. ¿Cómo se reflejarán en el próximo Congreso?

No me cabe duda de que las presentaciones aún serán de mayor calidad. Como hito, el área central de cardiología que Rafaela Soler ha estructurado muy bien.

¿Y avances a nivel mundial en estos dos últimos años?

Tenemos nuevos contrastes en ecografía y en resonancia. No ha habido ninguna técnica de adquisición de imagen que no haya mejorado. La digitalización de la imagen se ha extendido. En un futuro próximo se irá a la homogeneización de los post-procesos, que aún no están estandarizados; para hacer colonoscopias virtuales o para visualizar las coronarias tenemos múltiples herramientas, pero ¿cuál es la más ventajosa para el diagnóstico? Las empresas –de la mano de los institutos tecnológicos y las universidades politécnicas– tienen unas ganas enormes de hacer cada vez mejores equipos. Nuestra responsabilidad es sacarles el mayor partido posible. Pero no es infrecuente que algún grupo de radiólogos esté haciendo estudios de muy alta calidad y con un alto nivel de eficacia clínica y que, sin embargo, su equipamiento esté muy ajustado.

En un futuro algo más lejano, ¿cómo crees que serán los Servicios de Radiología?

Siempre que imagino el futuro, fracaso. ¿Cómo me gustaría a mí que fueran? Que los Servicios de Radiología fueran muy potentes en el Hospital, que estuvieran imbricados en todos los procesos y que los radiólogos fuésemos respetados por el beneficio que aportamos al sistema sanitario. Entiendo que los Servicios de Radiología no deben estar limitados, que hay que abrir el campo porque tienen que entrar los físicos, los informáticos, los químicos, los ingenieros... En un futuro habrá que incluir en los Servicios a un “super-tecnólogo”, especialista en calidad de imagen, porque cada vez las técnicas son más complejas y hay que optimizarlas. La formación y actividad de los radiólogos es y será clínica.

Con un extenso currículum, donde la radiología europea se ve muy presente, Luis está en el punto más alto de su producción científica. En la entrevista sigue manifestándose sobre el papel de la Sociedad Española de Radiología, sobre investigación...Con un hablar pausado, metódico, en donde la pasión contenida pulsa por salir.

FRANCISCO TARDÁGUILA



“Si no se consigue la motivación, falla el sistema sanitario”

Francisco Tardáguila Montero es el Jefe del Servicio de Radiología del Hospital POVISA de Vigo. Es un radiólogo clínico con especial dedicación al área abdominal. Actualmente desempeña el cargo de Presidente de la Comisión Científica de la Sociedad Española de Radiología Médica.

145

¿Cómo ha evolucionado la radiología en los últimos veinticinco años?

No ha habido una evolución, sino una revolución. Por los años setenta y tantos –con las primeras imágenes del Emi-Scanner y de la ecografía estática– tuvimos que aprender, no sólo las nuevas técnicas de imagen, sino también la fisiopatología de órganos que antes eran casi invisibles. Pero creo que hubo un cambio mucho más importante: aquellos fueron años de consolidación de la especialidad, de identificación del papel del radiólogo.

¿Cuál crees que ha sido la técnica con más repercusión clínica?

Recordarás que hace unos años se realizó una encuesta entre profesionales americanos de todas las especialidades y se les preguntó sobre los diez inventos más relevantes de la medicina. Ganó la tomografía computarizada. Yo estoy de acuerdo. Es la técnica general de elección en cualquier área.

¿Aconsejarías que se especializara en radiología un médico recién aprobado el examen MIR?

Esa es la situación en la que se encuentra mi hijo. Acaba de hacer el MIR, ha sacado un número entre los 50 primeros y va a hacer radiología. Esta es una especialidad que tiene futuro y que es diferente a otras. Es evidente que otras especialidades siempre tendrán su campo de acción: los pacientes de una patología determinada. Sin embargo, una especialidad que surge como una técnica diagnóstica en medio de muchas especialidades, y que no tiene una patología o unos enfermos que le son propios, siempre va a ser una especialidad sujeta a tensiones y, aunque su desarrollo tecnológico ha sido impresionante, eso sólo no basta; tiene que continuar con una proyección clínica mayor, que es lo que nos hará cada vez más importantes. La época de un Servicio de Radiología cerrado sobre sí mismo ha acabado; se ha terminado esa forma de entender la especialidad. Tenemos que estar dispuestos a aceptar un papel de mayor contacto con el clínico de cada área y formar parte de comisiones y equipos.

Soledad y responsabilidad del radiólogo en la urgencia. Estoy segura que te interesa este asunto.

Sí, la urgencia radiológica me parece fundamental. El radiólogo de guardia está sometido a un grado mayor de responsabilidad –pacientes graves, que muchos no son de su área de conocimiento– y a menudo está solo. Cuando esto ocurre, “todos los ojos le miran” y el radiólogo no puede inhibirse, tiene la obligación de comprometerse; no sólo debe hacer la exploración y dar un diagnóstico, sino que debe, en ocasiones, alertar para que se instaure la terapia adecuada. Recuerda que nuestra especialidad está sujeta a tensiones centrífugas y que hay muchos clínicos que quieren acaparar parte de ella, pero ningún clínico demanda atender la urgencia radiológica a las cuatro de la mañana. Y ahí estamos nosotros. Si ganamos protagonismo en un campo tan complicado, la especialidad sale muy reforzada.

¿Y en el día a día?

Los radiólogos tenemos la obligación de ir hacia el trabajo; si huimos, el hospital se nos echa encima, y surge la petición de los clínicos, ante la gerencia, para hacer ellos sus propias pruebas. Nosotros tenemos que estar dispuestos a trabajar y a dar resultados. Los clínicos nos dicen a veces: “Es que yo soy el médico del pacien-

te”; les contesto “Y yo también, aunque el paciente no me conozca”. El deber del radiólogo es luchar por el paciente. Hay sitios en donde se niegan exploraciones sin sentido, donde no se comprende que el clínico está bajo una tensión importante y debe tomar una decisión. Decir por sistema “¡Eso no está indicado!” acaba condicionando una visión negativa hacia el radiólogo.

El título de una conferencia tuya fue *Médicos y Gestión: ¿De qué estamos hablando? ¿Algún comentario sobre un Servicio de Radiología como empresa?*

Como organización que tiene un objetivo y cuenta con unos medios, el hospital, desde siempre, ha sido una empresa; y siempre se hizo gestión, aunque no se hablara de ello; como el personaje de Molière que hablaba en prosa sin saberlo. Ahora, la Gestión está de moda, y yo pienso que, para juzgar la gestión de cualquier empresa, lo primero en lo que hay que fijarse es en el producto final. Tengo la sensación que a nosotros no nos están valorando por lo fundamental –nuestros conocimientos y capacidad diagnóstica–, sino por lo que accesorio –cuánto se gasta, cuánto se produce, en qué tiempo–. Para mí, Calidad en la Gestión de un Servicio de Radiología es que todos estemos al día en nuestra especialidad y seamos unos profesionales competentes. Eso es lo que garantiza el mayor grado de calidad. Un curso sobre hígado es un curso de Calidad. Los cálculos numéricos son marginales, nos los deben dar hechos; nuestro papel no es coger una calculadora.

¿Influye en la calidad final la motivación de los profesionales?

La sanidad se mueve con recursos humanos porque es una empresa basada en el conocimiento, y el conocimiento está en las personas. Lo más importante, en una empresa así, es

conseguir la motivación del equipo, que la gente quiera ir hacia adelante, dispuesta a arrimar el hombro desde el punto de vista asistencial, docente y de investigación. O estamos motivados, y nos gusta y estimula nuestro trabajo, o somos extraordinariamente infelices y



lo puede pagar el paciente. Si no se consigue la motivación, falla el sistema sanitario.

Dame tu opinión sobre las áreas de dedicación específica.

Según un estudio, cada diecinueve años se duplica el número de conocimientos exigibles en radiología, lo que nos lleva a una conclusión lógica: para mantener un buen nivel, hay que reducir el campo de lo que aprendemos, porque no podemos crecer a ese ritmo en todos los ámbitos. Pero no debemos perder nuestro espíritu troncal. En el momento en que la fuerza centrífuga sea lo suficientemente grande, podemos acabar con un rescoldo de especialidad. Somos radiólogos y actuamos en todos los terrenos, aunque luego cada uno avance por un camino concreto.

Conozco alguno de tus cuentos. Se “ven” como el *story board* de un guión de cine. Las descripciones son vivas, el argumento interesa porque tiene ritmo... Háblame del lenguaje radiológico.

Hay una cierta relación entre la literatura y un informe, artículo o charla. Aunque la finalidad sea distinta, debe ser entendible y fácil de leer o escuchar. Estamos obligados a razonar y todo lo que escribimos, los informes y las conferencias tienen que tener una estructura coherente y una lógica argumental a medida que avanza “el relato”. Todos los puntos tienen que tener un significado y un valor de cara al paciente, sin ambigüedades. Y en cuanto a la docencia, la obligación del que habla o del que escribe es entretener; si uno no entretiene, la gente desconecta y, aunque se sepa mucho, no se enseña nada.

No sé dónde he leído una frase que me ha inquietado: “La penúltimidad del saber científico”. ¿Cómo se aplicaría a la radiología?

La posibilidad de estar a la última es escasa. Puedes creer que lo sabes todo porque te has leído la última revisión de alguien de primera línea, pero ese autor ya lo ha superado porque existe un decaje entre el momento en que se produce la investigación y su aparición en la prensa científica; la media es en torno a un año. Por otra parte, hay una superproducción de artículos que sólo sirven para engrosar el currículum de quien los publica. El exceso de información es uno de los males de nuestro tiempo; se hace necesario selec-

cionar, discernir lo importante de lo accesorio. Aunque existe también otra lectura de la *penúltimidad* del saber científico. ¿Estamos alcanzando lo último? Quizá la ciencia esté llegando al conocimiento definitivo de las cosas, conocimiento que se rige por unas leyes cuantificables. Pienso que todo tiene una lógica matemática donde el azar no tiene cabida –“Dios no juega a los dados”– y que el conocimiento humano crece de una forma exponencial... En fin, tengo la impresión de que en radiología estamos llegando a donde queríamos llegar.

Investigación en Radiología.

La investigación es una de las enormes carencias que tenemos. Ni en la Universidad ni durante la residencia nos enseñan la metodología de la investigación; salvo excepciones, tampoco lo aprendemos posteriormente. Apoyados por la Sociedad de Radiología, debemos entrar en las redes de investigación, donde hay una enorme cantidad de recursos económicos y donde la radiología se está quedando fuera.

Radiología y Universidad.

Somos una gran especialidad: por el número de profesionales, por el número de plazas en el MIR, por la trascendencia de la radiología diagnóstica en los hospitales y el número de pacientes que atendemos; y, sin embargo, nuestra presencia en la Universidad es escasa. Aunque no se tenga aspiración personal, creo que la Universidad debe tener radiólogos y los radiólogos debemos luchar por estar en la Universidad: porque nuestro oficio lo merece, porque se debe contar con la Universidad para un proyecto de investigación y porque nuestra influencia en Europa es a través de la Universidad.

¿Cómo crees que será la radiología del futuro?

Aunque predecir el futuro es complicado, de lo que estoy seguro es de que adonde iba la radiología ya ha llegado; tal como la hemos entendido hasta hoy, ya no puede evolucionar más, aunque haya matices de mejora. Como estamos al final de un camino, nos tenemos que preguntar por dónde seguir.

¿Y por qué no mantenerse en el papel de hoy?

Porque la industria seguirá volcando enorme cantidad de dinero en investigar cosas nuevas y la realidad será distinta. Ya no será

suficiente localizar pequeñas lesiones porque habrá un marcador tumoral, unido a una molécula de contraste específico, que identifique la lesión y un anticuerpo que la destruya. La radiología inevitablemente tendrá que cambiar y tal vez en dos direcciones: en cuantificar la función y en la biología molecular asociada a la imagen. Tendremos que adaptarnos a nuevas formas de entender la profesión porque el camino va a ser diferente. Pero estoy confiado porque el radiólogo no ha hecho otra cosa que cambiar de chip, incorporar novedades y seguir adelante.

Con ingenio, irradia optimismo y seguridad, estimula y ejercita el intelecto, de amplios y variados conocimientos con los que nunca se sentirá satisfecho, donde no es posible la rutina ni la monotonía... ¿La autora está hablando de Radiología, de Paco Tardáguila o de ambos a la vez?

JUAN SOLOZÁBAL



“Tendría que haber un montón de radiólogos haciendo la lucha en la Universidad”

Juan Solozábal Pastor es el Jefe de Servicio de Radiología del Hospital de Guadalajara. Desde su prestigioso cargo en la Universidad española –Vicerrector de Relaciones Internacionales de la Universidad de Alcalá de Henares– ofrece una visión muy cualifi-

cada sobre la enseñanza pregrado de la Radiología.

A mediados de 1970, el primer y único Catedrático de Radiodiagnóstico era Eduardo Nogués Pelayo, de Valencia.

En esa época, la Universidad estaba muy cerrada a la creación de cátedras de Radiodiagnóstico en sus Facultades de Medicina, aunque algunos radiólogos lo merecían. No te cito nombres por temor a olvidar a alguno, pero tú y yo los tenemos en mente.

En la Universidad, la antigua asignatura de “Terapéutica Física” cambió la denominación a “Radiología y Terapéutica Física”. Actualmente, es un área de conocimiento que se llama “Radiología y Medicina Física”. ¿Qué significado tiene para ti?

Aunque la situación de la radiología es distinta de la de hace treinta años, todavía no es satisfactoria. A la Radiología diagnóstica le ha hecho mucho daño formar paquete, no ya con la Radioterapia y la Medicina Nuclear, sino con otras especialidades con las que no tiene nada en común. Cualquier profesor del área de conocimiento “Radiología y Medicina Física” puede enseñar cualquier materia de esa área, también radiología. El mal está en la definición de las áreas de conocimiento, que es posible que desaparezcan con la Declaración de Bolonia. Tendría que haber un montón de radiólogos –más de los que somos– haciendo la lucha a pie de obra, en la Universidad.

Háblame del Programa de Convergencia Europea sobre el diseño del Plan de Estudios.

La Declaración de Bolonia establece, de una forma muy genérica, la educación superior en el espacio común europeo. El Programa es el camino que hay que seguir para llegar al objetivo. Estamos en un momento absolutamente decisorio porque se prevén cambios en los planes de estudios que afectarán también a la carrera de Medicina. Seguirá siendo una carrera de seis años, pero con mayor carga práctica; el trabajo docente no se medirá en horas de profesor, sino en trabajo del alumno, en créditos *ECTS* –siglas en inglés del Sistema Europeo de Transferencia de Créditos–. Cada crédito son 25 ó 30 horas de trabajo del alumno, a 60 créditos por curso.

En esos créditos, ¿el Radiodiagnóstico podría tener más peso?

Podría, pero hay que pelear, Facultad por Facultad, porque cada una es autónoma y los conocimientos los distribuyen ellas.

En general, ¿los radiólogos tienen interés por participar en la carrera académica, por la docencia universitaria?

La Facultad de Medicina es dual. Los conocimientos pre-clínicos son un mundo más en relación con la Universidad, pero el área clínica está en relación con el paciente, y el paciente está en el hospital. Al radiólogo de hospital le interesa poco el tema de los departamentos universitarios. La docencia universitaria no está entre sus prioridades.

Sin embargo, le importa la docencia y se vuelca en la formación de los residentes. ¿De dónde proviene esa falta de vocación hacia la docencia pregrado?

Los radiólogos de nuestra generación –que ya va siendo historia– nos encontramos con dos frentes a la vez: el profesional y el universitario. Nos decantamos por el primero; el error fue el abandono del segundo.

¿Por qué lo hicimos?

Es una opinión personal, pero creo que también influyó la Universidad que nos tocó vivir: no apetecía volver allí como docente. Muchas generaciones sufrieron el lastre de muchos catedráticos que no se preocuparon por enseñar, que no abrían la mente; aunque siempre hubo honrosas excepciones a los que se les llamaba don

Manuel, don Francisco, don Julián, don Carlos... con todo el respeto. No tenían mote.

Y además se empezaron a crear los grandes hospitales...

Sí, esa Universidad de estructura cerrada coincidió con la gran aventura de un sistema sanitario público en donde estaba todo por hacer, y en donde los radiólogos clínicos teníamos que ganarnos el prestigio. Era un camino más atractivo.

Ahora los radiólogos viven otra época y parece que miran a la Universidad...

Es que en este campo también se juega el futuro de la radiología.

En las entrevistas se habla mucho del futuro. ¿En qué sentido te refieres al futuro?

Me refiero a la percepción de la radiología por los que en su día serán médicos de otras especialidades. El estudiante percibe que un oftalmólogo es el que le enseña la Oftalmología, pero si todos le hablan de radiología... Por eso, aunque en pregrado hay que ser claro y conciso, conviene que el radiólogo, alguna vez, de una pincelada para que el estudiante entrevea la profundidad de la especialidad.



¿Conoces aquel artículo de Pedrosa sobre cómo ganarse el respeto de los demás? El respeto se ha ganado en el mundo profesional, pero en la docencia pregrado, que hay que contemplarla a medio y largo plazo, nos queda mucho camino por recorrer para alcanzar el objetivo.

Si los radiólogos tienen, en el ejercicio profesional, un reconocimiento –pongamos del 90%– ¿qué porcentaje representa en la Universidad?

No más de un 15-20%; y esa es una actitud que hay que combatir, no desde la torre de marfil del Servicio hospitalario, sino desde la Facultad. En esta Universidad, la radiología está de suerte porque en el área de conocimiento Radiología y Medicina Física no hay

más que un profesor numerario, que soy yo, y soy radiólogo, pero no sé qué ocurrirá una vez esté jubilado.

¿Cuántas facultades de Medicina, con su hospital universitario, has conocido?

Muchas, tal vez unas doscientas. Ten en cuenta que, además de los tres años y pico que llevo de Vicerrector de Relaciones Internacionales, antes estuve doce años de Vicedecano de la Facultad de Medicina y llevaba el área internacional.

Pues la pregunta es: ¿Y cómo se ve por esos mundos la radiología española?

En una amplia mayoría, es que no se ve. En algunos lugares es conocida por la labor individual de algún radiólogo, pero no se detecta una promoción de la radiología española en las universidades extranjeras.

Pero ahora, la Sociedad de Radiología está manteniendo una página web, un portal de educación...

... que estoy seguro de que dará sus frutos. O estás en la web o no existes; el mundo de hoy no es la ciudad donde uno vive, es el planeta entero. También es una idea extraordinaria hacer nuestro próximo Congreso con el Colegio Interamericano de Radiología.

Los cinco años de formación en la especialidad ya son obligatorios en Europa. ¿Por qué crees que en España seguimos con cuatro años?

La formación de especialistas está en manos del sistema sanitario público y, ante la escasez de profesionales, alargar la especialidad a cinco años supondría que en un año no saldrían especialistas. Pero esto es una opinión personal.

Investigación en Radiología. ¿Has leído el artículo de Rinck en el último número de RADIOLOGÍA? ¿Algún comentario?

Creo que en las Facultades de Medicina se hace poca investigación básica, se hace investigación clínica aprovechando el tirón de los hospitales universitarios.

¿Puede un radiólogo compaginar la labor asistencial en un hospital con la investigación?

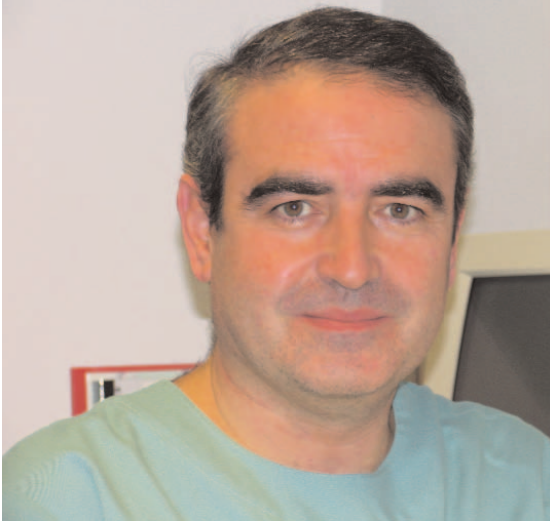
No puedo darte una respuesta global. Hay que conocer antes la capacidad de la persona. Se tiene que mover porque hay una enorme cantidad de fondos europeos para la investigación. La investigación necesita tiempo y el hospital no te lo va a regalar, no interesa a los gestores. Si a un profesional le sobra tiempo, le añaden unos pacientes más.

¿Cómo quieres acabar esta charla?

Diciendo que la docencia pregrado de la radiología –solvente y amena– es muy gratificante.

Acercarse a la cuna de Cervantes y a su Universidad, impone. Allí donde estudiaron o enseñaron Antonio de Nebrija, san Juan de la Cruz, Lope de Vega, Quevedo... da miedo traicionar la Lengua. La amistad de Juan Solozábal, con quien tanta radiología compartió la autora en los inicios, es regresar al presente para intentar mejorar el futuro de la docencia universitaria.

JOSÉ IGNACIO BILBAO



“Lo interesante de Europa es la enorme diversidad”

José Ignacio Bilbao Jauregui es el Jefe de Radiología Vascular e Intervencionista de la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona. Es el Delegado Internacional de la Sociedad Española de Radiología Médica.

Eres miembro de la Junta Directiva de de la Sociedad Europea de Radiología y presi-

des el Comité de subespecialidades radiológicas de la Asociación. ¿Es Europa el espacio científico natural de los radiólogos españoles?

En este momento de globalización, se puede obtener información y publicar en cualquier lugar del mundo, pero también creo que, por raíces, cultura y tradición, es Sudamérica nuestro mundo más cercano de relación. Estamos en una posición única porque somos el enlace entre Europa y los países hispano-hablantes. Y, con el resto de países europeos de los que somos una parte. Lo interesante de Europa es la enorme diversidad, no sólo de idiomas, sino también cultural; el eslogan del Congreso Europeo de este año ha sido *The art of science*.

¿La radiología europea está dominada por el eje franco-alemán?

No, Europa es toda Europa. En radiología es muy llamativo el enorme poder de los británicos, que siguen siendo líderes en gestión, organización y formación. Alemania es muy potente porque es un país de muchos habitantes. Holanda y Austria tienen un alto impacto en relación con el número de radiólogos. La imaginación está más en el sur: Italia, Grecia —que está creciendo como la espuma—...

¿En qué lugar está la radiología española?

En el Congreso de Viena siempre estamos entre los cinco primeros. La diferencia es que otros países participan con comunicaciones orales y nosotros en forma de póster.

¿Crees que es por el idioma?

No te desprecian por no hablar un inglés correcto, el español de muchos de ellos es peor. Lo que se busca en el foro europeo es conectar y comunicarte.

El historiador López-Ocón aplica a la ciencia española el neologismo de “guadanización” por su discontinuidad, porque se oculta subterráneamente y vuelve a emerger impetuosa. ¿En qué momento científico está la radiología española?

Desde que empecé la residencia en 1980, siempre he visto cómo iba creciendo de forma exponencial. La calidad es muy alta, pero –salvo excepciones muy notorias– se publica poco en revistas internacionales. Se hacen escasos trabajos multidisciplinarios cuando todos lo deberían ser, porque la evidencia científica es mayor si participan varias especialidades.

¿Por qué te interesa la docencia universitaria?

En Pamplona, estar en la Clínica Universitaria y en la Facultad viene a ser lo mismo; todos los radiólogos del Departamento participamos en la docencia pregrado. ¿Por qué me interesa? Porque veo necesario que los futuros médicos reconozcan –desde el principio y a lo largo de todos los cursos– a la radiología como una especialidad clínica, con un enfoque asistencial. Son muchos los residentes, distribuidos por toda España, que han salido de esta Facultad. Les habíamos “inyectado el veneno” de la radiología.

Como miembro del Comité Europeo de Formación en Radiología Clínica y de la Comisión Nacional de la Especialidad, hálame de la formación de los residentes. Copio tu expresión: ¿Quo vadis?

Los cinco años de formación ya son obligatorios en Europa. No cuatro, cinco; con una formación progresiva desde la radiología básica hasta las diferentes áreas de dedicación específica. España no lo quiere asimilar y mira para otro lado, y podría ocurrir que un radiólogo quiera ir a trabajar a Alemania y no lo admitan.

¿Qué perfil debe tener un residente de Radiología?

Se da por supuesto que debe tener una amplia formación científica y capacidad para trabajar en equipo. Pero lo más importante es que tenga el convencimiento de que la radiología es una especialidad de asistencia al paciente, con una implicación directa en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. La radiología no está para esconderse del paciente, está para afrontar al paciente. Si los residentes no lo entienden así, podrán ser unos magníficos técnicos en procedimientos de imagen, pero nada más. Se equivocan si han elegido esta especialidad por evitar atender a los pacientes y dedicarse sólo a la investigación.

Pregunta enlazada: ¿Se investiga en radiología intervencionista?

[Cae en la cuenta de que hoy no ha pasado por el animalario] Sí, se hace investigación básica: nuevas partículas embolizantes, nuevas técnicas —ahora estamos trabajando con un sistema de imanes para conexiones vasculares percutáneas...—.

El radiólogo intervencionista ¿dedica mucho tiempo al paciente?

Se tiende a juzgar sólo el tiempo que se emplea en realizar el procedimiento. Pero al paciente se le dedica mucho más tiempo: la interconsulta, la información, la visita a planta o al paciente ambulante que está en observación...



¿Hay algún rasgo característico que se dé en los radiólogos intervencionistas?

Somos aventureros, nos gusta la frontera: el lugar donde está la innovación, la búsqueda y exploración de nuevos territorios. Nuestras herramientas son la prolongación de nuestros dedos; trasmites a la guía o al catéter tu sensibilidad.

¿Habéis perdido la visión tridimensional?

En absoluto. Manejamos muy bien el 3D, sólo que lo vemos de una forma distinta, en planos superpuestos.

¿Tenéis en reserva al cirujano por si el procedimiento no tiene éxito o se complica?

[Me mira con seriedad] El cirujano no está para ayudarnos. Todos estamos para ayudarnos a todos. Si nosotros atendemos a un paciente, lo hacemos de principio a fin. Tenemos que saber que puede existir una complicación y debemos prevenirla, detectarla precozmente y tratarla; y si no podemos o no debemos tratarla, pedimos la colaboración de otros, como los cirujanos nos piden colaboración a nosotros. Todos tenemos una formación muy sólida y sabemos cuándo tenemos que pedir ayuda. Mi compañero y yo vamos muchas veces a quirófano a solucionar problemas. [Se relaja]. Pero no creas que estamos permanentemente en la cuerda floja. Esto no es “a ver si soy capaz...”. La asistencia no es así. La asistencia al paciente no es la aventura del osado.

Se tiene la sensación de que vuestro trabajo suele ser menos rutinario que la de un radiólogo general.

Muchos procedimientos pueden considerarse “rutinarios” porque son habituales –la colocación de un acceso venoso central–, pero si un día bajas la guardia, puedes tener un problema.

Tampoco puede bajar la guardia el que está diagnosticando, aunque tal vez sea menos estresante.

[Sonríe] A los intervencionistas nos gusta la adrenalina, para qué nos vamos a engañar.

¿Cómo crees que será la medicina del futuro?

De aquí a no muchos años, la medicina va a converger en dos puntos fundamentales: en los procedimientos mínimamente invasivos –endoscopia, laparoscopia, cirugía por láser, radiología intervencionista– y en la imagen médica. Como ejemplo, con el TC-body-chequeo, la aproximación exploratoria al paciente adulto está cambiando: cuantificación del calcio coronario como predictivo, detección precoz... Una enorme cantidad de información almacenable, repetible y comparable. La responsabilidad de la imagen será cada vez mayor en la toma de decisiones. Si la realidad virtual con imágenes en 4D –el volumen que gira en todos los ejes– es de lo más intuitivo, me preguntarás qué papel tendrá el radiólogo.

Sí. ¿Desaparecerán los radiólogos interpretadores de la imagen?

No, no desaparecerán, se transformarán. De hecho ya lo están haciendo. El puesto de trabajo tiene que ser como la cabina de un avión –¿conoces algo más ergonómico?–: un asiento cómodo con todos los paneles a la vista: la imagen actual del paciente, las imágenes anteriores, un ordenador para consulta en la base de datos, luz adecuada, otros asientos cercanos para los alumnos...

¿Cuál será el valor que añade el radiólogo a la imagen?

Varios. El conocimiento relacional y funcional de la anatomía que no tiene ningún otro profesional. Su versatilidad al saber las posibilidades de los equipos y de las técnicas. La implicación absoluta y decidida en la asistencia global del paciente...

Me estás hablando de radiología clínica.

Sí, pura y dura.

Radiología, intervencionismo, docencia, investigación: intereses con un horizonte supra-nacional. Pero José Ignacio tiene otras muchas pasiones: el mar, la historia, los libros, el Camino de Santiago, el románico, la arquitectura... El día en que se realizó la entrevista –con un tiempo reservado, sin guardia ni alerta– tuvo que atender a varios pacientes en el quirófano y en la sala. Con el móvil en el bolsillo, sacó tiempo para enseñarme la Clínica Universitaria de Navarra e invitarme a comer en la propia Clínica. Queda pendiente el prometido bacalao al pil-pil.

JAVIER RODRÍGUEZ RECIO



“El peligro es olvidar nuestro papel médico y humano”

Javier Rodríguez Recio es el Jefe del Servicio de Radiología del Hospital General de Segovia y Profesor Asociado del Departamento de Radiología de la Universidad de Valladolid. Es el coordinador de la página web de la Sociedad Española de Radiología.

Lo digital y lo electrónico nos ha cambiado la vida. Dame algún dato para la historia: ¿cuándo comenzó este cambio para la Sociedad Española de Radiología Médica?

163

En el Congreso Nacional de Madrid 2000, el Comité de la Exposición Científica hizo el famoso CD de los póster; fue el primer CD con imágenes. Para el Congreso de Maspalomas 2002, se preparó el cambio radical: pósteres electrónicos, comunicaciones digitales y, por supuesto, nada de diapositivas.

¿Cuándo se creó la página web de la Sociedad de Radiología?

El creador fue Jaume Pomés –un excelente radiólogo del Clinic de Barcelona– que estaba de vocal en la anterior Junta Directiva, la que presidía Joaquín Fernández Cruz. Jaume nos requirió a una serie de radiólogos que estábamos haciendo algo de informática y, entre todos, fuimos mejorando la página inicial. En 2002, con la actual Junta, de la que soy miembro, la responsabilidad de la tecnología de la información recayó sobre mí; Lluís Donoso, el Presidente, me pidió que desarrollara el proyecto, para lo que solicité la ayuda de Joan Jiménez, radiólogo de Manresa. La página fue ampliándose, cambió de formato, se contrató un servidor... fue cobrando vida.

¿Dedicáis mucho tiempo a la página web?

Joan y yo la actualizamos todas las noches; le dedicamos muchas horas. La página ha crecido de forma espectacular, con unas 2.200 entradas diarias, lo que es un éxito tratándose de una sociedad científica. El 40% de las entradas son de fuera de España. La web de nuestra Sociedad es la referencia, en castellano, de las páginas web radiológicas. Pero el primer objetivo es el servicio al socio, no sólo al que está en una gran ciudad, sino también al que está en un apartado rincón. Pretendemos darles la ayuda que puedan necesitar: correo electrónico, conexiones a sitios de interés, foros, biblioteca... La biblioteca virtual es un éxito de Enrique de Miguel, un radiólogo del Gregorio Marañón de Madrid, que es el Bibliotecario de la Junta Directiva. Para los radiólogos, la Sociedad se ha hecho más cercana, ya no es aquel ente ajeno que estaba en Madrid.

El Colegio Interamericano de Radiología (CIR) te ha propuesto para coordinar el Departamento de Educación por Medios Electrónicos (*e-education*), en razón de que se has sido uno de los creadores del portal de educación www.radiologia-virtual.org ¿Qué alcance tiene esta noticia?

Además de una satisfacción personal, supone el reconocimiento del liderazgo de nuestra Sociedad en el desarrollo de la radiología latino-americana. Pero ninguna herramienta de educación virtual tendría sentido sin un buen material docente –casos, cursos– aportado por excelentes radiólogos. El portal se inauguró, en junio de 2005, con el primer Congreso Virtual, que tuvo mayor éxito del esperado. Mi papel es dar soporte, idear cómo volcar toda esa enseñanza para ofrecerla a la comunidad de habla hispana.

¿Podrías explicar lo que es IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*) en plan divulgativo?

Antes de que nos avasalle la tecnología digital, las sociedades científicas tienen que decir a las empresas de sistemas de información y comunicación: “Nosotros queremos trabajar de esta forma”. Hay protocolos –como puede ser DICOM– pero también hay formas de aplicarlos. Nosotros somos los que manejamos la información del paciente y los que sabemos cómo queremos conectar la información.

Pon algún ejemplo.

Cosas tan simples como que necesitamos la eñe o alguna parti-

cularidad de la tarjeta sanitaria española. El presidente de IHE en España es Pepe Alvillos, un radiólogo de Alcorcón.

Dejemos estos asuntos. Te acabas de incorporar a la jefatura de un Servicio de Radiología. ¿Cómo te preparaste para esa responsabilidad? ¿Qué decisiones son urgentes para un nuevo jefe de Servicio?

Aproveché la experiencia de los diez años que estuve en Soria donde fui Jefe de Sección de TC, encargado de otros asuntos de gestión en el Servicio, responsable de la formación de todo el Hospital... Antes de venir a Segovia sufrí la típica “tormenta de ideas”. Al final, encontré mi primera prioridad como Jefe de Servicio: intentar extraer lo mejor de la gente con la que iba a trabajar.

¿Cómo piensas motivar a los radiólogos?

Un Servicio se hace con el impulso todas las personas, no sólo de los radiólogos. ¿Qué se puede ofrecer a una persona para motivarla? Hacerla sentir que su trabajo es importante, aunque la estructura sanitaria no se lo reconozca. Que sepan que su Jefe está ahí, con una dedicación absoluta; que sus decisiones intentan ser justas; que su deseo es el bien del Servicio, en beneficio de todos. Quiero que los radiólogos vayan a otros hospitales –comprobarán que tienen los mismos problemas que nosotros–, que asistan a cursos, a congresos...

¿Qué planes tienes con los residentes?

Segovia va a renacer de sus cenizas. Los hospitales pequeños vamos a dar mucha guerra en la formación de residentes. Yo parto del siguiente planteamiento: después de una buena formación en radiología general aquí, deben realizar rotaciones específicas en los mejores centros. Es lo que yo viví con Eugenio Malillos.

¿Cómo es tu relación con los otros médicos del Hospital?

Se resume en una palabra: colaboración. Los equipos y las técnicas no son ni de unos ni de otros. Escuchar sugerencias, ofrecer



las nuestras, no encerrarse en los propios problemas y creer que todo son agresiones externas. Trato cercano, distancias cortas. Es lo beneficioso de los hospitales pequeños.

Háblame de los protocolos en radiología.

Somos españoles y, cuando se plantea un protocolo, pensamos que ya tendremos ocasión de incumplirlo. Pero redactamos el protocolo y, al hacerlo, estamos pensando qué es lo mejor. Y eso es lo importante: pensar y decidir en conjunto.

Te estás comprometiendo con tus objetivos.

En los proyectos pongo mucho entusiasmo y tengo la “mala costumbre” de llevarlos adelante. Hay que llegar al Hospital optimista y trabajar con pasión, a pesar de los problemas. Hay que saber estar, pero también saber retirarse, como Jefe, cuando se note menos entusiasmo.

¿Crees que, en general, se hacen demasiadas exploraciones radiológicas?

La respuesta es complicada. Todos sufrimos mucha presión en sanidad, aunque tal vez un espíritu defensivo oculta falta de decisión. No debe ofertarse una amplia cartera de servicios de forma despersonalizada, hay que concretarla en cada paciente.

¿Qué opinas si, en un futuro, se instaure el tele-trabajo del radiólogo en su domicilio, recibiendo las imágenes y enviando los informes?

Las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina son imparables; nos arrollan. Podría decirte que soy un defensor de la telerradiología porque creo que los radiólogos somos los que tenemos que liderar esa técnica para su aplicación en nuestro trabajo. Pero, por otra parte, tengo una formación de radiólogo general, cercano al paciente y a los clínicos; llevo veinticuatro años haciendo guardias y reconozco que durante ese día es cuando más disfruto y cuando más médico me siento. Esta es mi dualidad: una formación clásica y un espíritu innovador. Todavía no la he resuelto.

¿Cómo crees que serán los radiólogos del futuro?

Si somos capaces de asumir los retos –como puede ser ahora la resonancia cardíaca–, y estamos al día en lo científico y en lo tec-

nológico, veo al radiólogo como el coordinador de todos los esfuerzos diagnósticos que se hagan en sanidad; como el elemento integrador de otras especialidades. Para nosotros, el peligro es olvidar nuestro papel médico y humano. Si lo olvidamos ¿qué haremos aquí, Pilar?

¿Quieres decir algo más?

Sí. Reivindico que no todo está en los grandes núcleos de conocimiento; que hay radiólogos muy bien formados en los pequeños hospitales del país, gente excelente haciendo muy buena radiología y, a veces, a uno de provincias se le ocurre una idea genial...

Vivimos en el seno de un mundo en marcha y lo que hoy es actualidad pronto será historia. Por eso busqué en Javier Rodríguez Recio la aventura de la radiología española en su encuentro con el universo electrónico y digital. Pero me encontré mucho más: seguridad y optimismo. Finalizo con una de sus frases: “Quiero seguir haciendo guardias porque si no me podría perder”. Poner los pies en el suelo es la mejor forma de impedir el vértigo de este “mundo-mundial”.

CARMEN PÉREZ MARTÍNEZ



“El perito radiólogo se debe limitar a dar una opinión totalmente profesional, sin ninguna valoración ni problema de conciencia”

Carmen Pérez Martínez es Jefe Clínico de la Unidad de Radiología Abdominal del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona. Es radióloga y también abogada. *Es justo y bueno, equitativo y saludable* que sea la Coordinadora de la Comisión Jurídica de la Sociedad Española de Radiología Médica.

169

Eres una radióloga peculiar ¿por qué hiciste la carrera de Derecho?

Quise tener una visión jurídica de la gestión hospitalaria e hice la carrera de Derecho en la Universidad Central, compatibilizándola con el trabajo. El jurista Manuel Sacristán –que creó una importante escuela en Madrid– decía que la carrera de Derecho tenía que cursarse tras poseer otra licenciatura, porque ésta daba el conocimiento de “esto es lo que hay”, mientras que el Derecho es la ordenación del “cómo debería ser, pero no es”.

Háblame sobre la Comisión Jurídica de la Sociedad de Radiología.

Más que jurídica, debería existir una Comisión socio-profesional en la que los radiólogos puedan opinar. Otro asunto es el de las consultas estrictamente jurídicas que no son opinables, a las que sólo puede responder el profesional del derecho, y que constituyen un

problema por la dispersión normativa de las diecisiete autonomías y sus transferencias sanitarias. Las respuestas son diferentes según la comunidad autónoma.

¿Qué problema de orden laboral suele llegar a la Comisión?

El tema eterno es el del mal entendido intrusismo. Intrusismo es un término legal, regulado por el Código Penal, que significa “Ejercer actos reservados a una profesión sin título que lo habilite, o bien, atribuyéndose un título del que se carece”. Ejemplo clásico: “Hay médicos que no son radiólogos que están haciendo ecografías”. Pero esto no es intrusismo: con el título de Medicina y Cirugía se puede realizar cualquier acto médico, no hay reserva de acto médico. Lo que no se puede es atribuirse un título del que se carece: ese médico no puede decir que es radiólogo. A posteriori, se le podría preguntar si tiene la adecuada formación o experiencia; si no, pecaría de imprudencia.

¿Qué puede hacer la Sociedad de Radiología contra ese supuesto intrusismo?

Como no sea una campaña de concienciación sobre el papel del radiólogo... Es complicado conseguir una reserva de actos a través de la Comisión Nacional de la Especialidad de Radiología porque cada una de las otras Comisiones tiene *los pies muy delicados*. Por otra parte, hay una falta de coherencia en algunos radiólogos –que al tiempo son empresarios– que defienden la pureza de la especialidad en la sanidad pública y, al tiempo, en sus consultas privadas, contratan a médicos sin título vía MIR o a extranjeros sin homologación porque son más baratos.

¿Se hacen más exploraciones de las necesarias por “radiología defensiva”?

El Real Decreto 815/2001 deja muy claro que el radiólogo es el máximo responsable para determinar si la prueba solicitada cumple los criterios de justificación exigibles. Pero, a veces, se hacen ciertas exploraciones porque es más fácil hacerlas que discutir. No es por “radiología defensiva”. Nuestros cirujanos son de la época en que se creían dioses todopoderosos y asumen toda la responsabilidad, aunque debería ser compartida; no se les ocurre pasar la responsabilidad al radiólogo, porque sería reconocer que han actuado conforme al informe radiológico. En España no se ha generalizado

la medicina defensiva; la gente no tiene espíritu reivindicativo. Eso sí, reclama por cuestiones de información o de trato.

Para evitar reclamaciones, ¿está preparado el radiólogo o el técnico en “habilidades con el paciente”?

En general, no. Antes de formarse en radiología, se deberían tener unos conocimientos básicos sobre el trato al paciente y su familia. Ciertos comportamientos y actitudes constituyen lo que se ha dado en llamar el “currículum oculto”.

Cuando un juez solicita un informe al radiólogo, ¿qué margen de prudencia aconsejas?

No podemos trabajar pensando que el juez nos pueda pedir algo; hundiríamos la profesión. Seríamos como el periodista que escribiese pensando en una censura externa. Si un juez pide un informe, debe hacerse sin pensar en que nos pueda llegar una demanda. El radiólogo tiene que actuar de una manera profesional, prudente pero decidida.



Sé de radiólogos que han actuado como peritos de la defensa en juicios contra otro radiólogo. ¿Conoces algún caso de radiólogo como perito de la parte fiscal?

Sí. Se puede acudir de perito de dos formas: o porque te cite el juez, que requiere a un perito neutral; o bien, a instancia de parte, ya sea el que acusa –normalmente, el paciente– o el que se defiende –el médico o la institución–. Es más incomodo ir contra un compañero por el sentido de corporativismo que todos tenemos. Pero el perito radiólogo se debe

limitar a dar una opinión totalmente profesional, sin ninguna valoración ni problema de conciencia. Si su opinión tiene o no relevancia jurídica, no es asunto que le concierna.

Eres una experta en la gestión de las instituciones sanitarias públicas. ¿Podrías hablar del tema?

La gestión de las instituciones es como la normativa sanitaria: la

dispersión es absoluta. Cada autonomía ha creado su peculiar organización sanitaria que, en el fondo, pretende lo mismo: huir del derecho público y del corsé funcionarial, con el objetivo de ahorrar.

A ti, ¿qué te parece?

¿Es bueno o malo? Depende. Lo que tiene es muy poca coherencia. Los diversos sistemas de gestión crean diferencias retributivas —no tanto en el salario base como en los complementos—, diferencias de promoción, dificultad en los traslados... El tema de la retribución es un problema general que afecta a todos los profesionales sanitarios; la demanda en sanidad es ilimitada; no están controlados los precios porque estamos en un libre mercado; lo único controlable es el salario de los profesionales.

¿Y sobre la gestión de los Servicios de Radiología?

Los radiólogos sufren una estructura organizativa caduca, con un sistema jerárquico obsoleto, donde las plazas se obtienen por el currículum científico y profesional y no en función de las habilidades directivas y de gestión. Los Servicios de Radiología son como grandes empresas y cualquier jefe debe tener formación en recursos humanos.

En la relación de los Servicios de Radiología con las casas comerciales, con unos beneficios mutuos, ¿qué preceptos éticos se deben seguir?

La normativa es clara: no se puede recibir dinero ni obsequios, salvo que éstos tengan un valor simbólico. Pero la ley permite, y es legal, recibir ayudas para investigación y formación profesional. En un Servicio se pueden crear problemas si no hay transparencia, si las ayudas no están bien gestionadas por el Jefe de Servicio... Es evidente que el radiólogo tiene que estar al día; se debería asumir como un costo del sistema, con un presupuesto directamente adscrito. Las instituciones públicas son las que deberían financiar la formación de sus profesionales, canalizando las ayudas de la industria; pero eso no les interesa a las casas comerciales que desean el “tú a tú”.

¿Algún otro problema en el entorno de la radiología?

Sí. Más espinoso y transversal es el problema de los ensayos

clínicos. Suponen un sobrecosto notable para el hospital y repercuten en radiología. Los ensayos plantean un problema ético: las exploraciones radiológicas que se solicitan están muy acotadas en el tiempo y se tienen que priorizar sobre las de otros pacientes en lista de espera, que tal vez requieran esa misma exploración con carácter más urgente.

¿Qué puede hacer la dirección de un hospital?

Las instituciones pasan de puntillas sobre el tema de los ensayos clínicos. No se puede hacer que recaiga la responsabilidad sobre los radiólogos en temas que la administración ha abandonado y no ha regulado. La dirección del hospital debería decir: “Vamos a hacer tal número de ensayos porque no se tiene capacidad para más, ya que hay retraso en ciertas pruebas”. Lo ético es que las exploraciones radiológicas se hicieran en horario fuera del circuito asistencial, con una retribución independiente. Y si no, que la industria envíe las pruebas a la privada y las pague a precio de mercado.

173

Se conocen las ventajas de la telerradiología como consulta a un experto, en las guardias, etc. ¿Qué problemas plantea?

La telerradiología fuera del ámbito hospitalario no es radiología clínica, es más bien un negocio. Es un riesgo prescindir del radiólogo clínico, que trabaja en equipo, y comparte el caso del paciente. Puede resultar una desventaja para el radiólogo desde el punto de vista profesional y laboral: se deja de fomentar la formación de radiólogos o su incorporación a pequeños centros. La Sociedad de Radiología debería anticiparse y dar algunas normas; hay que minimizar los riesgos.

No olvido que eres una experimentada radióloga clínica. Bajo esa faceta te pregunto: ¿Desaparecerá la radiología como hoy la entendemos?

Tal como la entendemos ahora, desaparecerá. Se tiende a una sobre-tecnificación que sobrepasará a los radiólogos; tendríamos que ser físicos, ingenieros, informáticos y farmacólogos. En los hospitales terciarios, el radiólogo se encamina hacia la super-especialización, a la visión global del paciente en procesos trans-

versales; formará parte de equipos multidisciplinares. Tendremos que saber más clínica, ser más expertos en las indicaciones de las pruebas de imagen y dejarlas de ver como exclusivamente nuestras. El clínico entrará un poco más en las pruebas básicas de imagen y el radiólogo se aproximará más a la clínica. Todo el hospital tiene que estar centrado en el paciente.

Carmen habla con la seguridad y precisión de la jurista que es. Demuestra bien a las claras su interés por la vida profesional, la legislación sanitaria y la gestión. Con ironía, Carmen dejó caer esta frase durante la entrevista: “Me gusta ganarme enemigos”. Me enseña el Servicio, presentándose a todo el mundo. Paseamos por su histórico Hospital, Patrimonio de la Humanidad, y son muchos los que la detienen para hablar. A título personal, debo decir que sólo percibí afecto hacia ella.

GINÉS MADRID



“Muchos problemas desaparecerán si aprendemos a trabajar en equipo”

Ginés Madrid García es el jefe del Servicio de Radiología del Hospital Morales Meseguer de Murcia. Es Vicepresidente de la Sección de Gestión y Calidad (SEGECA) de la SERAM y Vicepresidente del Comité Científico de Zaragoza 2006.

En 1998 publicaste en RADIOLOGÍA *La radiología de urgencias en nuestros hospitales: Una reflexión obligada*. ¿Cómo te surgió ese interés por la Urgencia radiológica?

175

La Urgencia dio un cambio cualitativo con el famoso informe del Defensor del Pueblo a mediados de los setenta. Con aquel aldabonazo necesitábamos pocos mensajes más para prever un escenario diferente. La Urgencia se convirtió en el mejor cliente de los Servicios de Radiología, con una actividad –en este Hospital– del 60% de la total del Servicio. Otra cosa es que hayamos cumplido nuestro compromiso con la Urgencia; todavía no es así. Te doy un dato general: casi el 70% de los estudios radiológicos que se realizan en el país no son vistos por un radiólogo; y eso significa: que esos estudios no se validan –primera obligación del radiólogo–, no se establecen criterios de calidad de imagen y no se informan.

¿Toda la responsabilidad es del radiólogo?

No sólo nuestra. La radiología de Urgencias es responsabilidad de tres: de quien la prescribe –adecuada o inadecuadamente–, de quien la realiza e informa y de quien la financia, en la medida que provea a la Urgencia del personal y equipos adecuados.

¿Interesa a los radiólogos la radiología convencional de Urgencias?

Algunos radiólogos piensan que la radiología de Urgencias no es cosa de ellos. Incluso he oído con estupor referirse a la convencional como “radiología basura”, porque no añade prestigio. Te dicen con asombrosa naturalidad “En mi hospital se informa todo menos la convencional”. Y estamos despreciando lo que supone el 80% de nuestra actividad. Hay una pérdida progresiva de pericia en la radiología general. La radiología moderna ha introducido diferentes caleidoscopios, pero los fundamentos siguen siendo los mismos: la anatomía, la semiología y la pato-radiología.

Cuando hiciste la residencia, a principios de los setenta, ¿podías imaginar adónde iba a llegar la radiología?

El cambio ha sido espectacular: de manualidad técnica a auténtica ciencia. Nunca, como ahora, la imagen ha tomado un protagonismo tan grande, invadiendo todas las parcelas de la medicina: la OMS dice que el 80% de las decisiones médicas se toman apoyadas en la radiología. Esto tiene un aspecto negativo ya que la medicina puede entrar en una fase en que se pulverice la relación médico-paciente, ya que la tecnología de la imagen tiende a suplantar las habilidades y las relaciones interpersonales. Una caricatura: paciente con dolor abdominal que entra por la Urgencia; antes de tocarlo –por si muere–, se prescriben estudios que dan con el diagnóstico, y se pone en la mesa del internista.

¿Cómo se debe aprovechar la situación de radiólogo-dependencia?

Nos debe hacer reflexionar sobre nuestro papel en la medicina actual, pero no debemos morir de complacencia. Debemos aprovechar ese impulso para salir del Servicio de Radiología, ir al terreno “del otro”, ir a los procesos compartidos. El crisol de este Hospital es la Unidad de Mama; es un ejemplo de colaboración, entendimiento y disciplina, con el resultado del mejor conocimiento con escasísima variabilidad. Participamos en varios procesos con distintos Servicios del Hospital.

Si todo lo “procesáis”, no vais a tener horas para tanta reunión...

Este momento es una especie de sarampión por la novedad. Al final quedarán como procesos compartidos aquellas patologías de

manejo muy complicado; todo lo que sea sencillo, se manejará fuera de los procesos. No podemos mirarnos más el ombligo, no podemos perder esta oportunidad histórica de reencontrarnos con los conocimientos clínicos. Muchos problemas desaparecerán si aprendemos a trabajar en equipo.

En el próximo Congreso de Zaragoza, Concha Bru y tú vais a debatir sobre “Órganos-sistemas o técnicas: uno, otro o ambos”. Adelántame tu opinión.

Es cierto que, aunque pasamos a la organización por órgano-sistema a ultranza, –como hicimos aquí hace cinco años– consideramos absolutamente imprescindible al compañero conocedor a fondo de la tecnología del escáner o de la resonancia, que pueda ser el soporte del resto de los radiólogos y de los técnicos. Pero nunca debemos prescindir de lo básico porque podríamos llegar a la famosa definición de Bernard Shaw: “El superespecialista es el que sabe más acerca de una cosa cada vez más pequeña, y termina sabiéndolo todo de nada”.

Tenéis doce residentes. Háblame de su formación.

En el Programa de Residentes hemos introducido una serie de módulos: técnicas radiológicas generales, legislación, bioética, relación con el paciente, cómo se organiza un Servicio, cómo se elabora un programa de calidad básico... Con José María Santos, hacemos dos sesiones al mes, muy simpáticas. A nuestros residentes les tenemos que enseñar muchas más cosas que la pura radiología. Se tienen que desenvolver en la vida.

¿Existe vocación hacia la radiología?

Cuando vienen los chavales recién aprobado el MIR a pedir opinión, les digo que la vocación es algo discutible. Se empieza a sentir placer cuando se conoce la especialidad. Se le atribuye a Voltaire la frase “La vocación no es hacer lo que uno quiere, si no ser feliz con lo que uno hace”. No confundamos la vocación con el



flash que sentimos al leer *Sinuhé el Egipcio*, *Cuerpos y almas*, *La espada y el bisturí...* y si la lectura nos coincidía con la serie del doctor Gannon...

Un tema de tu interés: la calidad percibida por el paciente. En general, ¿qué idea tienen los pacientes sobre los radiólogos?

Los radiólogos entonamos nuestro pesimismo diciendo que no tenemos el reconocimiento social que merecemos, pero, para lograr ese reconocimiento, antes nos tienen que conocer. Y, en esa cuestión, los radiólogos hacemos muy poco. Nos encerramos en un bunker en donde, nadie lo duda, hacemos muy bien nuestro trabajo pero no hablamos con los pacientes. Tanto me preocupa, que hicimos un programa de divulgación –patrocinado por la Fundación Séneca– y estuvimos presentes en el *stand* sobre Ciencia y Tecnología para explicar lo que es la radiología y el papel del radiólogo en la medicina moderna; hemos hecho jornadas de puertas abiertas para los jóvenes, paneles en la salas de espera... Tenemos que darnos a conocer también a los políticos porque la comunicación con el financiador es fundamental. La sociedad nos conocerá y reconocerá en la medida en que el radiólogo salga de su lugar de trabajo y dé la mano a la gente.

Según tu experiencia, ¿qué beneficios aporta la comunicación interna en un Servicio de Radiología?

Pocos Servicios tienen tanta variabilidad profesional. En Radiología convivimos seis o siete profesiones distintas y es complejo conjugar los intereses de todos. Se requiere el interés decidido de la jefatura del Servicio por comunicarles con diligencia lo que sucede en el propio Servicio y en el resto del Hospital. La comunicación es el ingrediente para la cohesión corporativa, para que nos entendamos. Los problemas hay que hablarlos. Hemos elaborado un Plan de Comunicación Interna –que incluye a todo el personal– con un calendario que se cumple rigurosamente.

Ponte imaginativo: ¿Cómo serán los radiólogos del futuro?

Yo he vivido la Radiología como se entendía en la época de don Gregorio Marañón, la época del desarrollo de los Servicios Centrales que tanto han influido en la práctica médica... Pero el modelo de Servicio amurallado con mucha tecnología y muchos profesionales tiene los días contados. Nuestra supervivencia está en

la apertura, en la incardinación con actividades compartidas. ¿Un futuro más lejano? Pocos radiólogos y dedicados a técnicas muy depuradas y a investigación; y una gran cantidad de otros profesionales cualificados.

¿Qué puede hacer un jefe de Servicio para motivar a los radiólogos?

Toda la sociedad está en un mal momento en cuanto a humor básico, en cuanto a motivación. Al profesional le motiva: primero, el trabajo bien hecho –y mucho más si lo puede hacer sin agobio– y si goza de determinada tecnología que le permita estar en la cresta de la ola. Un Jefe de Servicio debe hacer cuanto pueda en la Dirección del Hospital, en la Consejería, con la industria, con alianzas con otras organizaciones... pero el protagonismo de todo lo bueno que sucede en este Servicio es de mis compañeros; la asunción de la responsabilidad de lo menos bueno, es sólo mía. Nuestro Plan Estratégico 2005-2010 consta de diecisiete planes de actuación que van a definir cómo quieren los profesionales que sea su futuro en este Hospital...

179

¿Hay algo que tú no protocolices?

[Se ríe] Un sabio del Renacimiento decía que hay que medirlo todo y aquello que no se pueda medir hay que hacerlo medible. Me gusta protocolizar y establecer normas, pero sin obsesión. Ya sé que no se van a cumplir en su totalidad, pero siempre quedarán unas directrices básicas sobre nuestro comportamiento y forma de trabajar para acotar la variabilidad. La variabilidad es uno de los cánceres de la medicina.

Ginés Madrid es un radiólogo riguroso en el proceso asistencial y con una clara vocación por relacionarse con todo el entorno radiológico. Es un perfeccionista que experimenta el placer de hacer lo que sabe que está bien.

EMILIO ÁLVAREZ



“No se puede aplicar al médico normas de rigor sin mejoras laborales”

Emilio Álvarez Fernández no es sólo un fiable anatomopatólogo y amigo. Es, desde hace muchos años, jefe de estudios de posgraduados y presidente del Comité de Docencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Es Profesor Titular de la Universidad y ha sido Director

Médico. La entrevista tiene lugar en un amplio despacho donde recibe las llamadas o visitas de médicos preocupados por un paciente.

181

Esta vez no acudo a ti para buscar un diagnóstico. Vengo a charlar sobre Radiología y Pensamiento porque, cuando te conté mi proyecto, me dijiste: “¿Es que los radiólogos piensan?”. Como tantas veces, me sorprendió tu fina y rápida ironía. ¿Es que has conocido –y conoces a mucha gente– a algún radiólogo que no se pare a pensar en lo que hace, para qué, por qué y cómo lo hace?

¡Cómo no vais a pensar! [Sonríe, como disculpándose de la broma] ¡Pues claro que pensáis! Como que sois anatomía patológica complicada, en blanco y negro.

Los radiólogos queremos nuestro puesto bajo el sol. Tal vez sea el efecto péndulo: de simples fotografías a excesivos protagonistas. ¿Te surge algún comentario? ¿Nos “pasamos” en nuestros diagnósticos?

Creo que cuando una técnica, o una persona es joven tiene enfermedades infantiles. Y una de ellas es pensar que tienes más capacidad de percepción de la que tienes.

Entonces, ¿crees que los radiólogos más formados y con más

experiencia son más prudentes?

Creo que sí. Lo mismo ocurre con un patólogo o un cirujano.

¿Porque reconoce sus límites? ¿Porque recuerda sus errores?

Ha vivido más circunstancias de las cuales ha aprendido.

Ahora, los radiólogos disponemos de técnicas que nos permiten diagnosticar con más precisión que hace unos años. Supongo que a vosotros os ocurrirá igual, gracias a la inmunohistoquímica, al microscopio electrónico... ¿Qué opinas?

Sí, supongo que la senda diagnóstica es similar. La orientación del patólogo va desde el examen a simple vista de la pieza hasta la precisión bioquímica o genómica. En esa senda hay una serie de bifurcaciones en donde hay que ir tomando decisiones racionales para indicar una técnica más compleja.

Estás hablando de nuestro algoritmo diagnóstico. ¿Nos parecemos los radiólogos y los patólogos?

Sí, [Ríe] pero habéis elegido mal.

Nosotros podemos tener dos tipos de errores: de percepción y de interpretación. ¿Tenéis los patólogos errores en vuestros diagnósticos? ¿No pueden tener distintas interpretaciones las mismas imágenes?

Los tipos de errores son similares, pero el índice de error es muy bajo. El primer motivo es la propia actitud del patólogo: sabe que no se va a recurrir a otro especialista más; que el último criterio para un pronóstico y un tratamiento va a ser la anatomía patológica; eso te obliga a una mayor exactitud en lo que dices. En segundo lugar, las técnicas nuestras, como las radiológicas, se pueden examinar inter pares.

Vuestra imagen ¿es imagen pura?

No, tiene más componentes. Al patólogo le gusta mover el microscopio para ver el porta completo, hacer otras preparaciones del bloque de parafina, otras técnicas de tinción...

¿Hacemos hoy en día los radiólogos demasiadas exploraciones y, por ello, encarecemos los diagnósticos?

Yo creo que no. Los casos que nos llegan aquí, y que en teoría son los procesos más graves, vienen con las exploraciones indica-

das y correctamente realizadas. Creo que no existe un exceso.

Mediante técnicas de imagen, el radiólogo localiza la lesión y, con aguja, obtiene una muestra. ¿Cómo ha contribuido su actuación en el manejo diagnóstico de los pacientes?

De una manera trascendente. Ha sido una revolución en el diagnóstico de la patología neoplásica de todo tipo de masa profunda, que antes sólo era accesible con cirugía.

Se dice que la menor distancia entre dos puntos es la aguja de punción. ¿Qué grosor de aguja recomiendas?

La aguja de mayor calibre que permita el estado del paciente. La punción-aspiración con aguja fina tiene muchas limitaciones; tal vez esté indicada en órganos sangrantes, en tiroides... Mejor obtener cilindros que aspirar células; el cilindro permite un diagnóstico histológico y efectuar técnicas de inmunohistoquímica.

¿En qué área es más efectiva la punción?

En todas. Por ejemplo, en patología neoplásica pulmonar es efectiva, prácticamente en el cien por cien.

¿Con qué criterio el radiólogo debe proponerse puncionar una masa?

Pues depende. Si, según lo que sea esa masa, va a variar la indicación o la técnica quirúrgica, la punción es adecuada; si sea lo que sea, no va a variar la cirugía, es un trabajo inútil.

Una de las satisfacciones del radiólogo es que un patólogo le consulte antes de decidir sobre una biopsia.

Se consulta muchas veces. En cantidad de neoplasias: lesiones óseas, tumores encefálicos, de

pulmón, de partes blandas... Lo que debería haber es una sesión semanal, específica de correlación radiopatológica, en todos los hospitales. Recuerdo que en 1982, en Boston, al residente de radiología que acertaba le daban un chupa-chups.



[Le sigo la broma] ¿Y qué le daban al residente de anatomía patológica que se equivocaba? [Ya en serio]. Sabes que los radiólogos consideramos un excelente índice de calidad la correlación radiopatológica y que todos los años se organiza el Curso de Correlación... [Me interrumpe]

Sí, lo sé. Pero también esos cursos se podían hacer con radiólogos y patólogos españoles. En estos momentos, en cualquier hospital grande, tenemos series tan largas como las americanas y magníficos *discursores*.

En 1964, un hombre renacentista, el profesor de radiología de Estrasburgo, Charles Gros, proclamaba que el médico práctico adquiere antes un negatoscopio que un microscopio. ¿Quieres comentarlo?

Entiendo que el médico práctico abandonó antes la pretensión de ser patólogo que la pretensión de interpretar exploraciones radiológicas y tomar decisiones en base a su propia interpretación. Se rindieron antes a los patólogos que a los radiólogos.

¿Qué es más difícil: ser un buen patólogo o un buen radiólogo?

[Lo piensa] La anatomía patológica es una especialidad muy extensa, como la radiología. De forma que, entre diferentes especialistas, se debe hablar en paridad de conocimientos.

Una respuesta muy diplomática. ¿Cómo entendéis los patólogos las subespecialidades?

Como una competencia profunda en prácticamente todo; y una todavía más profunda en un campo determinado. No debe haber nadie que se dedique a una única cosa y abandone lo demás. Te pondría muchos ejemplos de patólogos que son autoridades mundiales en una determinada materia, pero que pueden diagnosticar cualquier cosa.

Otro tipo de pregunta: ¿eres partidario de un examen nacional al final de la residencia?

Siempre se ha discutido y nunca se ha hecho. Mi opinión es que sería una obligación más tras una selectividad, una carrera, un examen MIR, unas condiciones de trabajo duras y mal pagadas durante la residencia, un porvenir incierto... Si al final hay un examen, debería ir acompañado de una compensación. No se puede aplicar al médico normas de rigor sin mejoras laborales.

¿Formación médica continuada? ¿Desarrollo profesional continuo? ¿Recertificación?

Por supuesto. Pero es un problema de financiación. Si cualquier empresa paga la formación de sus empleados, ¿por qué el empleador de médicos no?

Con Emilio Álvarez se ve la radiología desde fuera, contrastada con otra especialidad cercana y que estimula tanto a los radiólogos. En medicina, ¿acaso existe la verdad absoluta?

M^a LUISA MARTÍNEZ GONZÁLEZ



“Los radiólogos captan el perfil clínico del Hospital”

Marisa Martínez González es subdirectora médica de un gran hospital de la Comunidad de Madrid, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con más de 1.700 camas. Entre sus responsabilidades, los Servicios Centrales, uno de los motores de cualquier centro sanitario.

¿Por qué una buena geriatra, con oportunidades en su especialidad, opta por la gestión?

Soy de la primera promoción MIR de Geriatría. Al finalizar la residencia, mi especialidad aún no estaba implantada en el ámbito hospitalario, que era donde quería desenvolverme. Siempre me he sentido médico de hospital. Me ofrecieron un puesto de gestión en un hospital y acepté sin dudar. Creo sinceramente que mi trabajo es positivo para los pacientes.

¿Por qué crees que es positivo para los pacientes?

Yo no veo pacientes directamente, pero, en la medida que facilite medidas de gestión y de organización, trabajo para ellos.

¿Qué tipo de relación deberían tener los gestores y el Servicio de Radiología?

De total naturalidad; a nadie del Servicio le debe extrañar que una subdirectora esté por allí y cualquiera le comente el problema del día a día; no se puede ver la marcha de un Servicio sólo desde el despacho. De respeto mutuo; reconozco que los conocimientos están en los profesionales, saben qué técnica nueva quieren implantar, qué equipo se necesita adquirir, deben saber qué futuro buscan. Si el jefe de Servicio sabe lo que quiere y para qué, su opinión es defendible siempre en cualquier mesa de decisión.

¿Preocupa a los gestores el Servicio de Radiología?

Sabemos que es un Servicio intermedio de alto costo; y eso preocupa a los gestores. Pero también sabemos que es un Servicio indispensable en la toma de decisiones médicas. Entendemos la obsolescencia de los equipos por los avances tecnológicos y las nuevas líneas que los radiólogos quieren implantar.

¿Qué porcentaje del presupuesto de un hospital consume Radiología?

Aproximadamente, un 5% del presupuesto global. En un gran hospital como éste, supone unos 18 millones de euros al año.

El estándar de calidad asistencial en lo público ¿va a poder mantenerse en el futuro?

Tiene que ser un compromiso de todos –de los profesionales en sanidad y de los gestores– para optimizar los recursos y abrir líneas de colaboración con la industria para la investigación y el desarrollo.

Los gestores siempre habláis de esfuerzo a costa de los profesionales. Desde la gestión, ¿cómo podéis motivarlos?

Si te refieres a incentivos económicos, debo recordarte que esos incentivos no mantienen la motivación. Algo más tiene que motivar, porque tenemos los mejores profesionales en la sanidad pública; además de elevado conocimiento, tienen un gran compromiso ético. Esa es nuestra ventaja.

[Interrumpo] De eso se vale la administración.

... La motivación depende mucho del liderazgo y generosidad del Jefe de Servicio que sabe lo que cada radiólogo necesita para seguir adelante. Pero puede haber alguno al que no le interese nada, que busque excusas, que no incorpore lo mejor de sí mismo; el problema es qué se hace con él.

¿Qué características debería tener un Jefe de Servicio de Radiología?

Tiene que tener conocimientos porque tiene que debatir con sus iguales y no puede ser una medianía. Pero puede elegirse al mejor radiólogo y “ganar” al peor Jefe de Servicio. Hay que buscar un punto de equilibrio entre la competencia profesional y otras carac-

terísticas: capacidad de liderazgo y de delegación, sentido común, habilidad para lograr el consenso, saber conseguir un buen clima laboral, encontrar el papel de cada persona del Servicio, conseguir promocionar, dejar que la gente crezca aunque tengan un espíritu crítico...

Un Jefe de Servicio ¿debe saber mucha gestión?

La gestión no es una señora que nadie conoce. La gestión es cuestionarse si lo que se hace se puede hacer de otra forma mejor, que evite errores y obtenga la satisfacción del paciente y del profesional. La gestión debe descender hacia toda la organización. Para ello, es vital la comunicación con la dirección y con todo el personal del Servicio.

¿Eres partidaria de la externalización de algunas pruebas?

Es un tema muy sensible. Para que no ocurra, tiene que existir un compromiso del Jefe de Servicio con la demora en las exploraciones.



¿Qué prueba puede hacer el sector privado que no podamos hacer nosotros? ¿Que hay mucho trabajo en los Servicios hospitalarios? El quid reside en hacer sólo lo necesario. El tiempo del radiólogo está bien empleado si protocoliza, si organiza las agendas, si prioriza, si dice “esta exploración no está indicada hacerla”.

Ensayos clínicos y Radiología. Dame tu opinión.

Como subdirectora de Servicios Centrales, veo que estamos detrás de los ensayos...

[Le interrumpo] Detrás e incluso “tapados”.

... y no siempre se hace partícipe a los Servicios Centrales. Lo ético sería que, cuando algún Servicio abra un proyecto de investi-

gación, se acordaran de los Centrales porque, sin la curva de parámetros biológicos o sin las imágenes, ¿podrían culminarlos con éxito? Los Servicios Centrales están ahí siempre, aunque no hagan ruido; son la plataforma por donde entran y salen los pacientes. Los radiólogos captan el perfil clínico del Hospital.

Hace ya treinta y cinco años, dos grandes maestros, César Pedrosa y Marcos Robles, escribieron: “La formación integral de un radiólogo no puede prescindir de un conocimiento adecuado de la marcha administrativa de un Departamento de Radiología Diagnóstica”. ¿Te merece algún comentario?

Estoy de acuerdo en considerar al Servicio de Radiología como una empresa de servicios con la responsabilidad que tiene por gastar dinero público. No se puede gestionar desconociendo lo que cuestan las cosas. Si se piensa con rigor y con criterio, se gastará lo necesario. Con el uso racional de los recursos, se podrá invertir en nuevas tecnologías y líneas de trabajo.

¿Valoráis la labor de un Servicio por las unidades relativas de valor que produce?

Los Sistemas de Información en Radiología son cada vez más potentes y permiten conocer lo que hace el equipo. Pero a mí no me preocupa cuánto se hace, sino que se haga lo indicado. Un criterio básico de calidad es la demora en las exploraciones y aquí tiene importancia una buena gestión, una mejora de los circuitos para no perder energías. Los Servicios Centrales tienen un importante papel para reducir la estancia media.

Desde la dirección, ¿cómo veis el apoyo de la industria al profesional?

Existen herramientas –que están en desarrollo, pero deben potenciarse–, como puede ser una Fundación que obtenga y canalice las aportaciones de la industria para la formación de los profesionales. Pero la dirección conoce las ayudas directas a los Servicios y le parece adecuado siempre que haya transparencia y no intereses espurios. La dirección capta si un Jefe de Servicio tiene conflicto de intereses con la industria, si es solidario o si viaja más que Marco Polo y solo; si asisten a los cursos los radiólogos adecuados; si se preocupa también de la formación de los residentes... Si quiere que

su gente crezca y le supere, entonces se ve que hay transparencia en su gestión.

¿Se llevan bien radiólogos y gestores?

Están obligados a llevarse bien porque la gestión debe ser conjunta, no es sólo de los gestores. El Servicio permanece y el gestor entra y sale, se juega el puesto... pero vale la pena por lo que puedes conseguir.

Según tu experiencia ¿cómo negocia el radiólogo con el gestor?

Los radiólogos saben que, aunque la salud no tiene precio, cuesta. Nunca me he encontrado a un radiólogo que no sepa gastar de forma adecuada. Y algo importante: nunca ponen a los pacientes en la mesa de negociación.

Marisa, ¿algo más?

Dedicarme a los Servicios Centrales es una de las mayores satisfacciones de mi vida. Te lo aseguro.

Su trato amable y su aspecto juvenil no logran esconder a una mujer preparada, que sabe lo que busca en la gestión de la sanidad pública, decidida, con capacidad de aguante, con sentido del humor, que habla claro – aunque no fuerte– y que sabe valorar y respetar a las personas aunque no sean de su misma opinión.

IGNACIO AYERDI



“La imagen molecular constituirá un cambio importante para el radiólogo y para la industria”

Ignacio Ayerdi Salazar es ingeniero superior de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Madrid. Su cargo de Director General de Philips Sistemas Médicos de Iberia y su amistad personal con la autora, desde hace muchos años, son los motivos de su elección para esta entrevista.

193

Cuatro años antes del descubrimiento de los rayos X, Gerard Philips creó una empresa en Eindhoven, Holanda, para fabricar lámparas incandescentes ¿Cuándo comenzó Philips a fabricar equipos radiológicos?

Comenzó durante la Primera Guerra Mundial, hacia 1915. La razón fue la siguiente: como la mayor parte de los tubos que se utilizaban en Europa se producían en Alemania, con la llegada de la guerra, se cerró la importación de tubos a Holanda. Había que reparar los tubos existentes y –como Philips dominaba las técnicas de vacío– empezó a repararlos. A partir de ahí, y como la guerra duró hasta 1918, Philips se puso a fabricar tubos de rayos X. Después de la guerra, compró la empresa Müller, de Hamburgo, que había comenzado a producir tubos un mes más tarde del descubrimiento. Se fue desarrollando la tecnología y, en 1929, se fabricó el Philips Metalix, el primer tubo con ánodo rotatorio del mercado. El desarrollo de los rayos X está asociado a las empresas que dominaban la tecnología del vacío: las tres más representativas –Siemens, General Electric y Philips– ya operaban a nivel internacional y se absorbieron otras pequeñas empresas.

En 1927, Philips confiaba al ingeniero barcelonés Luis Muntadas Rovira la fabricación de las lámparas Philips en nuestro país y así se dio a conocer la marca. En la actualidad, ¿cómo identifican los radiólogos a tu empresa?

En varios países, se han efectuado encuestas sobre las grandes empresas del sector. A Philips se le asocia a un deseo de proximidad al cliente, tratando de entender y resolver el problema que tenga.

¿Hasta qué punto consideras que reducir la dosis de radiación al paciente es el valor añadido de un equipo?

Desde que se supo que los rayos X provocaban efectos nocivos, todas las empresas –incluidas las del registro de imagen, con sus películas y pantallas– fuimos conscientes del protagonismo de la dosis al paciente y al profesional. Nos esforzamos en el desarrollo de tecnologías que pudieran dar la mejor imagen, conteniendo en todo lo posible la dosis. Aunque el motor para la industria siempre ha sido la calidad de imagen, se ha logrado optimizar los generadores y los tubos, en especial en los equipos de gama alta –escáner y angiografos–, en los que el paciente suele recibir más dosis.

Una frase tuya: “La industria de la tecnología médica no es la enemiga de la contención de costes en la asistencia sanitaria, sino su aliada”. ¿A qué te refieres?

Es bastante frecuente que los que están en puestos de responsabilidad sanitaria, preocupados por el gasto sanitario, busquen las causas. Un “culpable” recurrente es la tecnología. Y en “Tecnología” –con mayúscula– incluyen, además del equipamiento, los procedimientos quirúrgicos, el gasto farmacéutico... El lector, cuando lee “tecnología” piensa sobre todo en equipos radiológicos. En un ciclo de conferencias en Tenerife sobre la tecnología en el cambio de siglo, los asistentes eran en su mayoría gerentes y directores de gestión. Tras escucharles, cambié mi conferencia. Sabía lo que España se gastaba en el área de imagen en el año 2000, y eché la cuenta: el gasto sanitario de aquella época era 100.000 pesetas por español y año y de esas 100.000 sólo 500 pesetas eran de equipamiento radiológico.

¿Sólo 500 pesetas? ¿Un 0,5% del gasto sanitario?

Sólo. No te hablo de personal, películas o contrastes. Te hablo de

lo que se gastó el país en tecnología radiológica: desde el más humilde ecógrafo hasta la resonancia de más alto campo, tanto en la sanidad pública como en la privada. Si lo dividimos por los 40 millones de habitantes salía a unas 500 pesetas. Creo que les convencí: si se decidían por no comprar tecnología radiológica, el ahorro económico para el país iba a ser mínimo. La realidad es que estamos muy por debajo de Europa en gasto de equipamiento radiológico.

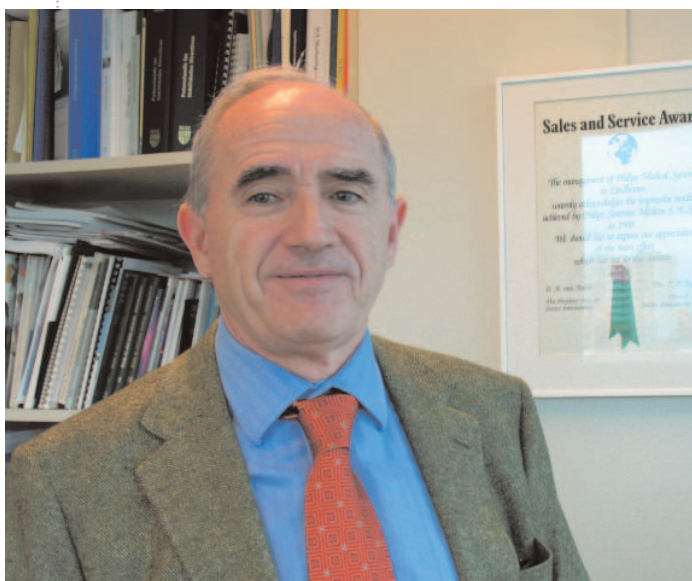
Entonces, ¿cómo es nuestro parque tecnológico?

Razonablemente bueno. ¿Cómo se explica? Porque los precios son sensiblemente más bajos que en el resto de Europa.

También son más bajos los sueldos.

Sí, todo el entorno económico. Siempre digo que si en sanidad se pudiese hacer las famosas deslocalizaciones –ya sabes, el desplazamiento de las industrias a otros países buscando una mano de obra más barata– toda la sanidad de Europa se concentraría en España, porque no hay sanidad más eficiente.

Dos títulos simpáticos: “Me han cambiado la vida”. “Yo estaba mejor antes”. Son dos posturas sobre el RIS y el PACS que se discutirán en el próximo Congreso de Zaragoza. Según tu experiencia ¿cómo aceptan los radiólogos y los técnicos estas innovaciones?



A las empresas también nos ha supuesto un reto. Veníamos del mundo de “hacer equipos” cada vez mejores, pero el mundo tecnológico y las presiones de la administración por la productividad nos han

llevado a incorporar la informática en todas las áreas sanitarias, y particularmente en radiología donde el volumen de información es mucho mayor.

En tecnologías de la información y comunicación ¿quién ha arrollado a quién?

Empujan las gerencias que quieren aumentar la productividad, lo que se conseguirá a medio y largo plazo. Mi opinión es que, dentro de unos años, el RIS-PACS aparecerá en la historia de la radiología como el paso de la máquina de escribir al ordenador. Pero ahora ha adquirido un protagonismo desmedido, su implantación es más complicada de lo que nadie anticipaba y ha creado muchas turbulencias. La propia industria levantó muy pronto la expectativa de que tenía la solución a todos los problemas. La intercomunicación, aunque hay estándares, es mucho más complicada de lo que parece. Tampoco se contempló el cambio en la forma de trabajar; este cambio cultural es tan importante que cualquier gran empresa contrata a otra empresa externa –especialista en cambios de organización– para que dirija ese proceso. En el caso de los hospitales, se piensa que quien vende la tecnología es quien tiene que enseñar el proceso del cambio. Y el resultado es que el colectivo joven, que ha nacido con la informática, está encantado; y a quienes tenían su prioridad en otro terreno, les supone un dolor de cabeza. Serán dos mundos que van a convivir alrededor de diez años. Por eso me parecen acertadísimos los dos títulos de las posturas ante el RIS-PACS.

En la actualidad, Philips, al igual que otras empresas, se ha sumergido de lleno en el sistema de gestión integral de la información. Desde tu punto de vista ¿Cuál será la evolución en el futuro?

Una vez que los problemas tecnológicos se resuelvan, al final todo será un sistema de información general del hospital, un flujo global cuyo centro de enfoque sea el paciente. Los actuales sistemas informáticos no están centrados en el paciente; se han dedicado a la administración y al clínico. Pero la verdad es que el paciente es quien está en el centro del proceso.

¿Que opinas de la Tele-radiología?

Inicialmente nació como la petición de ayuda a un experto

para una segunda opinión. Ahora que hay escasez de radiólogos, y se dispone de herramientas rápidas que preservan la calidad de la imagen, se está implantando. En Barcelona hay una empresa, con un grupo de radiólogos, que informa las exploraciones de hospitales escandinavos.

¿Cómo nace un invento de tecnología radiológica? ¿Cómo se desarrolla?

La génesis de los verdaderos inventos –como la ecografía, el TAC o la resonancia– parte de los investigadores, que conocen el problema latente, por ejemplo, la superposición de órganos. Los inventos salen de laboratorios de investigación básica de las empresas o de la universidad. Pero lo importante es la aplicación del invento. Acuérdate que Housfield fue a todas las empresas a presentar su invento y a ninguna le interesó. Él trabajaba en la empresa discográfica Emi, que ganó tanto dinero con los Beatles que montó un departamento de investigación básica ajeno a la música. Y fue la propia EMI la que desarrolló la tomografía axial computarizada. Y es en la aplicación donde la interacción con los radiólogos es fundamental. Hace mucho tiempo que la investigación de la imagen se ha trasladado a los hospitales. Los primeros prototipos se montan en hospitales con los que la empresa tiene acuerdos. No concibo que se haga un equipo de medicina en un laboratorio y directamente pase al mercado.

¿Tenéis en cuenta la opinión o las ideas del radiólogo usuario del equipo?

Por supuesto. Muchas mejoras relevantes se han producido gracias a esa relación. Le escuchamos y existe un procedimiento que recoge esas iniciativas.

Roentgen no patentó los rayos X y murió pobre. Una hipótesis: Si una empresa desarrolla un invento con claro beneficio hacia el paciente, ¿debe patentarlo, para copar el mercado, o facilitarlo a otras empresas de la competencia?

Cuando el invento es importante, con repercusión sobre el diagnóstico o la dosis al paciente, debe hacerse público. Sin embargo, el cómo se hace el dispositivo es lo que se protege con patentes.

¿En qué se deben basar las buenas relaciones de los radiólogos con la industria?

Mi relación profesional con los radiólogos ha sido siempre muy satisfactoria porque es gente interesante que te enriquece. Como industria, tenemos que trabajar muy de cerca...

[Le interrumpo] Te estás saliendo por la tangente.

No. Continúo. En el caso nuestro, la relación cliente-proveedor tiene una proximidad especial. Conocemos muy bien la situación en la que trabajan los radiólogos y sabemos que el sistema sanitario público no contempla la formación de su personal. La industria vive de que los profesionales vean las últimas innovaciones tecnológicas y tengan interés en su adquisición. Como industria, estamos dispuestos a colaborar —con transparencia y ética— al objetivo, que es la promoción de los equipos.

¿Cómo ves, desde la industria, el futuro de la radiología?

Me llama la atención la relevancia que dan a la imagen otros profesionales. ¿Qué va a pasar en el futuro? Nosotros, como industria, vemos el mundo de los cardiólogos: la ecocardio que es suya, los angiógrafos autónomos que ya se han acostumbrado a comprar, el TC multicorte y la RM... Se empiezan a crear, en Cardiología, departamentos que denominan de “imagen no invasiva”. Por un lado, el interés de otras especialidades por la imagen, porque hay negocio asociado; por otro lado, la escasez de radiólogos que no pueden dar respuesta a la demanda de todos los estudios de imagen... Creo que es un tema de reflexión.

Y otro tema de futuro: ¿cómo evolucionará la imagen?

La radiología que hoy conocemos tendrá todavía un recorrido largo, tal vez varias décadas. Pero en cinco o diez años lo que estará en el candelero será la imagen molecular, que constituirá un cambio importante para el radiólogo y para la industria. Ya se están diseñando bio-sensores que tienen la capacidad de detectar materia orgánica en una proporción increíble. Para que nos hagamos una idea, un bio-sensor podría detectar un grano de sal que hubiéramos echado en el agua de una piscina olímpica. La industria farmacéutica desarrollará contrastes especiales que tengan afinidad por “el granito de sal”, es decir, por una molécula orgánica

que indique patología. Emitirá una señal que captará el bio-sensor del equipo de imagen; se necesitará una resolución de varios órdenes de magnitud superior a la actual. El volumen de demanda de imagen para screening va a ser enorme. ¿Habrá radiólogos para trabajar con las nuevas tecnologías o lo harán otros especialistas? Por otra parte, van a cambiar las reglas del juego: la industria tecnológica y la farmacéutica van a ir de la mano en el mundo molecular. En el último Congreso de la RSNA de Chicago, Schering y Philips han presentado un trabajo conjunto para detectar patología mamaria, un dispositivo de imagen óptica, en fase de evaluación clínica, que pondrá en el mercado un dispositivo que no da radiación y que tiene más sensibilidad que un mamógrafo. Es un frente muy abierto, no es ciencia ficción.

Ignacio Ayerdi y yo hemos hablado de la historia y del futuro de la radiología. No ha sido una visión de la radiología desde fuera. Ignacio habla con la misma pasión que pondría un radiólogo.

VALENTÍN ANDRÉS



“Cada uno tenemos nuestro papel en el mismo equipo”

Valentín Andrés González es un médico farmacólogo que, desde 1984, ha dedicado su actividad a Schering España. Es Director de Unidad de Negocio, bajo cuya responsabilidad se encuentra el Área de Diagnóstico.

El origen del grupo Schering, multinacional alemana, se remonta a 1871, año en que el farmacéutico alemán Ernst Schering fundó la compañía en la ciudad de Berlín. ¿Cuándo se introdujo en España?

Schering llega a España en 1924 y, desde esa fecha, siempre ha estado presente.

Los radiólogos asocian a Schering con los contrastes radiológicos. Ciertos contrastes, como ciertas técnicas, fueron desapareciendo. Creo que el primer contraste urográfico fue el Uroselectan, en 1930.

Sí. Al Uroselectan se llegó por casualidad porque lo que se estaba buscando era un producto a base de yodo para tratar la sífilis, y alguien se dio cuenta que, al excretarse, representaba el aparato urinario. No valía para curar pero servía para ver. Como tantas veces, la curiosidad lleva a la investigación. Después, un largo desarrollo de los contrastes uro-angiográficos y de vías biliares... Tuve la suerte de comenzar en Schering cuando se iniciaban los contrastes yodados no iónicos, lo que supuso una revolución en el área farmacológica de la radiología. Me formé –con mis anillos bencénicos de aquí para allá– en la química de los contrastes y, a partir de ahí, y gracias al iohexol, comenzó mi relación con la radiología.

Se percibe una globalización en la industria relacionada con la radiología, ¿qué opinas?

Hubo gurús que dijeron que con el escáner ya no se iban a necesitar contrastes. Al final se ha demostrado que todo el mundo se necesita. Cuanta mejor tecnología y mayor desarrollo farmacológico, se puede hacer mejor práctica clínica.

Tienes mucha relación con los radiólogos. ¿Cómo identifican a tu empresa?

Como una empresa estable que no olvida lo que es: especialista en investigación, desarrollo y fabricación de productos farmacéuticos. ¿Cómo me gustaría que nos reconocieran? Como parte integrante del mundo de la radiología con una vocación total de ser un compañero de viaje, y como una empresa líder en el mercado: no hablo de ventas, sino de conocimiento, servicio y desarrollo de nuevos productos.

¿Qué porcentaje dedica Schering a investigación?

El 19% de todas las ganancias. Nos encontramos entre las primeras empresas farmacéuticas en investigación, desarrollo e innovación.

¿Cómo nace un nuevo contraste?

Como ideas iniciales: dar respuesta a una necesidad no cubierta con el arsenal del momento, o bien, en la búsqueda de cómo resolver problemas conocidos –fue el caso de los no iónicos–. Por supuesto que se cuenta con recursos económicos y humanos formados específicamente. Se hace un diseño teórico y, como presenta múltiples soluciones, debe hacerse un cribado para seleccionar aquellos productos que, en apariencia, son seguros y cuya fabricación es razonable. Quedan unos pocos que se prueban en animales de laboratorio. Los productos no seguros se desechan, aunque tengan alta eficacia. A esas alturas, quedan dos-tres candidatos. Como se tiene que decidir la solución final, se empiezan a probar en voluntarios sanos controlados. Después, estudios en fase III en pacientes, haciendo una comparación con el producto estándar. Una vez que se ha terminado todo el proceso, lo evalúan comités independientes. Si la evaluación final es positiva, el contraste llega a manos de los radiólogos.

¿Por qué se patenta un contraste?

La patente no es para proteger el beneficio que la empresa pueda

obtener. La patente sirve para recuperar lo que se ha invertido –con unos beneficios, por supuesto– y asegurar recursos para nuevos desarrollos. La patente tiene un periodo de vigencia –diez años– porque se piensa que, durante ese tiempo, el laboratorio que ha tenido el conocimiento y valentía –y una pizca de buena suerte– de apostar por un producto ya ha recuperado su inversión y obtenido beneficios para seguir investigando. La caducidad incentiva para seguir investigando. Son las reglas del juego: se reconoce que quien tomó el riesgo debe cubrirse. Cuando la patente caduca, todas las empresas tienen acceso, y de ahí proviene el mundo de los genéricos.

¿Qué información da Schering al radiólogo sobre contrastes?

El Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico ha elaborado la monografía *Derechos en Salud para el siglo XXI*. Una información clara, veraz, actualizada y rápida es un derecho que tiene el profesional, y no hablo de promoción o propaganda. De nuestros productos somos los que más sabemos –tanto por obligación como por devoción–, y esa información la tenemos avalada y registrada. Podemos y



debemos responder a cualquier pregunta relacionada con nuestros contrastes, sin hacer un comparativo con otros, ni tampoco dar una recomendación diagnóstica.

Comenta la relación –con mutuo beneficio– de Schering con los radiólogos.

Desde hace años hay firmados acuerdos de colaboración global con la Sociedad Española de Radiología Médica. Tenemos una Fundación para desarrollar acti-

vidades divulgativas o de formación. Las relaciones más personales son claras y éticas, y no plantean problemas. Con la independencia de todos los agentes sociales que intervenimos en sanidad, se busca el bien común: mejorar la formación o la infraestructura para la

investigación. Nunca he tenido que enfrentarme a ningún problema en el mundo de los radiólogos; hemos podido tener distintos criterios y, aunque no hayamos llegado a un acuerdo, nos hemos entendido.

¿En qué dirección están evolucionando los contrastes radiológicos?

Habría que señalar tres líneas de investigación: con menos efectos secundarios, más organo-específicos y la *molecular imaging*. Siempre de la mano del desarrollo técnico de los equipos.

¿Cómo se ve, desde la industria farmacológica, el futuro de la radiología?

En general, tanto avance ha podido cegarnos, y todos vamos a recuperar, como médicos, el trato directo con el paciente. Auguro para el diagnóstico por imagen un futuro muy positivo y brillante que, sin duda alguna, va a requerir mucho esfuerzo porque hay que conocer, y dejar reposar, la ciencia generada por tantas áreas de tan rápida evolución. En los radiólogos se van a acentuar más los conocimientos clínicos, los fisio-patológicos, para ser un auténtico interlocutor, porque cada vez los equipos multidisciplinares alcanzan más protagonismo, y, en estos equipos, el radiólogo tiene mucho que decir.

¿Quieres decir algo más?

Creo en la calidad humana de las personas dedicadas al sistema sanitario español. Es lo que le hace ser único en el mundo. También creo en la globalización, en su sentido más positivo: todos somos agentes necesarios que trabajamos en común, sabiendo que cada uno tenemos nuestro papel en el mismo equipo. El futuro que nos espera será distinto y apasionante.

Aunque Valentín Andrés es un veterano de Schering –la considera “mi casa”– la autora ha encontrado, más que al empresario, al médico y al docente de Farmacología en la Complutense. Se siente parte del amplio mundo radiológico y posee una gran capacidad de adaptación. En el transcurso de esta entrevista, percibí la cercanía del compañero interesado en los temas tratados.

JAVIER GONZÁLEZ TEJERA



“Con la consigna nos vamos a digitalizar comenzó un cambio cultural”

Javier María González Tejera es Presidente y Director general de la compañía Kodak para España y Portugal. Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales y especialista en Dirección de Empresas por la Universidad Complutense, se incorporó a Kodak en 1991.

Kodak se asocia con fotografía.

Sí, George Eastman, que era un gran aficionado a la fotografía, fundó la compañía en 1884, en Rochester; pero al año del descubrimiento ya inició el suministro de la primera placa para rayos X con base de cristal.

¿Cuándo se instaló la empresa Kodak en España?

En 1913 llega a Madrid y al año siguiente inaugura una oficina en Barcelona.

Chasis, pantallas, películas, procesadoras. Un mundo que empieza a ser historia porque la imagen desborda la película.

Comenzamos el cambio cuando, hace años, hablábamos de sistemas de imagen, no de películas; de red de impresión, no de procesadoras. La película ha quedado desbordada por una tecnología que se está implantando a gran velocidad en el sector médico, gracias al interés de los profesionales y al apoyo de las empresas.

Sigamos con el clásico soporte de imagen, ya que, entre la imagen analógica sobre película hasta la imagen digital y dinámica, se encierran muchos años de la historia de la radiología. Comenta el valor añadido de una película al reducir la dosis de radiación al paciente.

Al principio, la radiación era el precio que se pagaba para conseguir una imagen que pudiera ser diagnóstica. A medida que se dominó la calidad de la imagen, comenzó la obsesión por reducir la dosis. Tengo que decir que Kodak fue pionera al conseguir el grano en T del halogenuro de plata, aunque es cierto que todas las empresas del sector gastaron mucho buscando la reducción de dosis en sus líneas de películas y pantallas.

La imagen digital ¿ha supuesto un menoscabo económico para los fabricantes de películas?

No. La tecnología transforma la realidad y el mercado. Si hablamos de la tecnología en el mundo del diagnóstico, no sólo han evolucionado los radiólogos, también las empresas. Las empresas del sector película hemos participado en el cambio. No hemos perdido, nos hemos transformados. Suministrábamos una solución que se plasmaba en película y ahora ofrecemos otra, un proyecto que se materializa en sistemas informáticos: ordenadores, estaciones de trabajo, *software*... La película sigue existiendo pero no es el único fin. ¿A dónde vamos? Hacia empresas de asesoramiento, de consultoría, en la que una pequeña parte se plasmará en ventas; con una asistencia técnica preventiva, de solución –generalmente remota– de los problemas.

¿En que nivel de digitalización está el área sanitaria en España?

Se calcula que en un 20%. Queda un gran potencial de desarrollo. Los nórdicos –me refiero a Suecia, Noruega y Finlandia– están absolutamente digitalizados.

Según tu experiencia ¿cómo han aceptado los radiólogos y los técnicos del país la digitalización?

Ante un RIS y un PACS, la reacción inicial pudo ser de pánico por el cambio radical que suponía. Pero la experiencia ha demostrado que la realidad ha sido absolutamente contraria al temor previo. Con la consigna “nos vamos a digitalizar” comenzó un cambio cultural y se establecieron grupos para planificarlo. Creo que el médico se adapta bien; y el médico radiólogo, muy bien. Es un colectivo unido con la finalidad del beneficio al paciente y eso mueve montañas. Resultó que los profesionales más recelosos son ahora los más vanguardistas. Se ha revitalizado la energía, el radió-

logo se enfrenta a nuevos retos porque el servicio que presta es mayor. El momento es apasionante.

En la actualidad, Kodak, al igual que otras empresas, se ha sumergido de lleno en un sistema de gestión integral de la información y comunicación. ¿Podrías comentarlo?

Aunque el Servicio de Radiología es un punto neurálgico y cualquier movimiento que hace repercute –por efecto mariposa– en todo el hospital, las nuevas tecnologías no se pueden ver como un fenómeno que ocurre en Radiología, como algo aislado. No se entiende digitalizar un área cerrada, es necesaria la integración. Las nuevas tecnologías han ayudado a mejorar la comunicación con todos los profesionales del hospital.

¿En qué beneficia directamente al paciente?

Se sigue con la máxima calidad diagnóstica, pero el paciente gana en una mayor rapidez en el diagnóstico y en el tratamiento, con la consecuencia de menor hospitalización. El escenario del hospital ya está cambiando, el paciente es cada vez menos interdependiente.

Dame tu visión de la relación entre los radiólogos y la industria de tu sector.



Aunque la relación personal siempre ha sido excelente, la época de la venta directa fue dura. La relación empresarial ha evolucionado favorablemente. Con la digitalización se comenzó a hablar de inversión con visión de futuro y no de compras puntuales. Estamos en un momento de afinidad entre instituciones, radiólogos y empresas; de desarrollo conjunto de proyectos; en fin, de relaciones más duraderas.

También las empresas –unas más que otras, también es cierto– facilitan la formación de los radiólogos. ¿Qué opinas?

En general, las instituciones sanitarias no contemplan la formación de sus profesionales como una asignatura obligatoria, al contrario que las empresas que tenemos un presupuesto claramente definido para la formación de nuestra gente, porque si no dejas de ser competitivo. La ayuda a los profesionales es una responsabilidad corporativa de las empresas que se hace con total transparencia. Pero se debería aprovechar más el valor que puede aportar la industria. Nos gustaría que en una reunión científico-técnica se nos invitase a participar en el diseño y gestión, no sólo en la aportación económica. En los congresos debería existir un espacio donde se escuchase la voz de las empresas, de las innovaciones, con el compromiso de no ir a comercializar. Sería una relación de profesional a profesional, con un beneficio mutuo.

¿Cómo identifican a tu empresa los radiólogos?

Creo que la identifican como una empresa que invierte y que innova; que se compromete con los proyectos en los que participa; que establece alianzas no oportunistas, sino permanentes en el tiempo.

¿Aspira Kodak a algo más?

Jugamos un papel importante dentro del sector y vamos a seguir en el camino de la profesionalidad. Quisiera que mi empresa fuera el consultor de confianza de los radiólogos.

La autora conoce la brillante trayectoria profesional de Javier desde que se incorporó a Kodak. Es un hombre preparado, que establece agradables relaciones, y al que le queda mucho camino por recorrer.

ANA SIMÓ



“España es el único país de la Unión Europea con sólo dos años de formación para sus Técnicos. Esto impide la libre circulación en igualdad de condiciones”

Ana Simó Muerza es una de las primeras Técnicas en Radiología que se formó en el país. Perteneció a la primera promoción (1973-1975) de la Escuela del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Su actividad profesional se ha desarrollado en el Servicio de Hemodinámica, siendo responsable de la obtención de aquellas imágenes que necesitaban los cardiólogos para su actuación diagnóstica y terapéutica. En la actualidad, es, por selección objetiva, la Coordinadora de Técnicos de Servicios Centrales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, bajo la dependencia orgánica de la Dirección Médica.

209

Has sido presidenta de la Asociación de Técnicos de Radiología desde 1990 hasta 1996. Háblame de esa época.

La Asociación se constituyó en 1973. Tanto mis antecesores en el cargo –Alfonso Villares, Margarita Robledo y Juan Fisac– como yo misma, vivimos una época de mucho trabajo y muchas ilusiones. Conté con la inestimable ayuda de magníficos compañeros en toda España. Mi mayor interés fue la de prestigiar y dignificar la figura del Técnico y que la sociedad conociera su importancia dentro del Sistema Nacional de Salud. Otro de mis objetivos fue reivindicar la formación de los Técnicos. En el Hospital Gregorio Marañón, organizamos en noviembre de 1993 el V Congreso Nacional que se convirtió en internacional ya que acudieron los presidentes de todas las organizaciones de Técnicos de los países comunitarios. El título del Congreso era *El Técnico de Radiología ante el reto europeo*. Participaron figuras de la radiología española, entre ellos el entonces Presidente de la Sociedad, doctor Manrique, los profesores Pedrosa

y Gálvez Galán, así como representantes de las instituciones comunitarias, de los Ministerios de Educación y Sanidad, de las Centrales Sindicales, etc. La afluencia de congresistas fue masiva. El resultado fue un Congreso profesional y científico-técnico de gran altura.

¿Crees que la Sociedad de Radiología apoyó a la Asociación de Técnicos en sus comienzos?

Muchísimo, incluso económicamente. Existía una estrecha relación. Recuerdo que, por los años setenta, los Técnicos celebrábamos nuestras reuniones en Villanueva 11, sede de la Sociedad de Radiología, los segundos sábados de mes, unas horas antes de la sesión de lectura de casos de los radiólogos. Es un buen momento para agradecer la colaboración de la Sociedad de Radiología porque ha sostenido la necesidad de unos Técnicos bien formados.

¿Qué relación tuviste, como Presidenta de la Asociación de Técnicos, con la Junta Directiva de la Sociedad de Radiología?

Mi relación fue fluida con los distintos presidentes con los que coincidí, los doctores Manrique y Casanova. ¿Cómo olvidar el apoyo, siempre incondicional, a nuestras reivindicaciones formativas y profesionales? Mantuve una magnífica relación con otros miembros de la Sociedad de Radiología: el profesor Pedrosa, siempre dispuesto, y que ha creído –incluso más que yo– en los Técnicos; el doctor Castelló, del que guardo el mejor de los recuerdos; los doctores Gálvez, Jiménez Fernández-Blanco, Justo Marcos, Luis Ramos, ... y tantos otros jefes de Servicio de toda España. Han sido muchos los que ayudaron a la implantación y desarrollo de nuestra profesión... En los actos conmemorativos del Centenario de los rayos X, en noviembre de 1995, como Presidenta de la Asociación de Técnicos, formé parte del Comité de Honor y participé como invitada en el programa científico. Mi conferencia se titulaba *Técnicos y Radiología*.

¿El Técnico trabaja en otros puestos distintos de los Servicios de Radiodiagnóstico públicos o privados?

Sí, en otros Servicios y Unidades. En Hemodinámica cardíaca –yo fui de los primeros Técnicos que trabajó allí, gracias a la exigencia y apoyo del profesor Ribera y del doctor Juan Luis Delcán, que tomaron el modelo del Instituto de Cardiología de Montreal, en donde en la sala había tanto técnicos como radiólogos–. ¿En otras unidades? Te habla-

ría de Ecocardiografía, Electrofisiología y Litotricia.

¿Alguna otra salida profesional que no sea la asistencial?

Hay otras salidas, no sólo para los técnicos del área de imagen, sino para los técnicos en general. Los de imagen pueden trabajar como técnicos de aplicaciones de nuevos equipos, contratados –y muy bien, por cierto– por las casas comerciales, que los forman específicamente, enviándolos a sus sedes centrales.

¿Hay paro entre los Técnicos?

No. Los Técnicos que obtienen el título en escuelas de prestigio, trabajan todos. En la última entrega de diplomas de mi hospital, pregunté uno a uno, y todos habían encontrado trabajo. La sanidad privada también demanda Técnicos. Si les pregunto a mis alumnos por qué han elegido esta profesión, me responden: porque tiene una buena salida laboral.

¿Se ha hecho una prospección sobre las necesidades de Técnicos en España?

No, no se ha hecho y es preciso ponerse a ello. Se multiplican las escuelas de una forma exponencial en base a otro tipo de criterios

211

¿Qué relación debe existir entre el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y el radiólogo?

Debe existir una conjunción. Al técnico se le exige saber interpretar la petición de un clínico y tiene el deber de lograr la mejor imagen, con la máxima protección radiológica para el paciente. El radiólogo diagnostica sobre la imagen que obtiene el técnico. Y el técnico sabe lo que tú, Pilar, nos has dicho tantas veces en clase: que la mejor imagen no es la más estética, sino la más diagnóstica.

En muchas ocasiones, el técnico es la cara visible del Servicio, sobre todo en radiología convencional. ¿Cómo debe ser la relación técnico-paciente?

La fórmula es muy sencilla. Yo se la vengo transmitiendo a mis alumnos año tras año: tratar al paciente como quisierais que os trataran a vosotros, o a vuestros padres, hijos... Ni mejor ni peor, igual. Siempre con respeto y confidencialidad. El secreto profesional afecta a todos, no sólo a los médicos.

¿De tú o de usted?

Siempre de usted. Y como el paciente, en la mayoría de los casos, desconoce la exploración a la que va a ser sometido, se le debe de tranquilizar y hacerle saber, para que se sienta seguro, que la persona que le está haciendo el examen es una persona entrenada que conoce bien lo que está haciendo.

Un tema importante: la formación continuada de los Técnicos.

Tanto las directivas comunitarias como la LOPS hablan del derecho y el deber de los Técnicos a la formación continuada. Es una obligación de la administración el facilitarla. Y creo que también de los centros hospitalarios, con la colaboración de los radiólogos y de los técnicos más expertos.

¿Están los técnicos a la altura de las nuevas tecnologías radiológicas?

Muchos, sí. Algunos, muy poco. El desarrollo profesional continuo está para eso: para que aprendan nuevas técnicas y para que optimicen los equipos.

¿Y en relación con las tecnologías informáticas... el RIS, el PACS?

Es imprescindible una buena formación básica para adaptarse a los cambios tecnológicos. Hay mucha diferencia entre los profesionales formados en las escuelas intra-hospitalarias y los que se han formados en otros centros docentes. Y es obvio que hay diferencias entre un profesional formado en un ambiente hospitalario, con un profesorado de radiólogos, físicos, técnicos experimentados, y otro formado en un instituto de enseñanza secundaria que, en el mejor de los casos, tienen a médicos no especialistas como profesores, y que realizan prácticas exiguas y, a veces, voluntarias en centros concertados, limitándose a mirar. En una ocasión, que acudieron al Ministerio los doctores Pedrosa, Gálvez y Castelló lo expusieron: “¿Cómo se puede formar para una profesión sanitaria si no es dentro del ambiente sanitario?”

La titulación del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico es de formación profesional de grado superior. ¿Quieres decir algo sobre la formación profesional?

El concepto, digamos que peyorativo, que se tiene de la for-

mación profesional en nuestro país difiere completamente del que se tiene en el resto de Europa. En mi asistencia, como representante de los técnicos españoles, a una reunión en Luxemburgo con los presidentes de los técnicos de otros países europeos, cuando tomé la palabra y expuse que, en mi país, para obtener tres años de formación había que ser universitario, la representante del Reino Unido tomó la palabra diciendo: “No entiendo lo que dice la representante española y quiero que me aclare si es que los médicos, los arquitectos o los ingenieros de su país no ejercen sus profesiones, porque la formación profesional es la que requiere cualquier profesional, con los años de estudios que necesiten”.

Te pregunto como profesora de la Escuela de Técnicos del Gregorio Marañón: ¿los actuales alumnos –todos con su bachillerato superior– te llegan mejor preparados que los de hace años?

Si me permites, quisiera decir que ser profesora es la mayor



satisfacción de mi vida laboral. A los alumnos he intentado transmitir la importancia y responsabilidad de su profesión. Y ahora respondo a tu pregunta: muchos llegan con una formación insuficiente, incluso en el área de humanidades; no conocen palabras de uso habitual. Pero eso ocurre también con los que acceden a la universidad; lo sé por mi hijo, que es Titular de Matemáticas en la Complutense; da a los alumnos, antes de empezar el curso, un refresco –o más

bien, un “fresco”– de los conceptos más básicos.

¿Están los técnicos españoles homologados con respecto a sus colegas europeos?

No, no están homologados, en igualdad de condiciones, con los del resto de los países comunitarios. Es una realidad reconocida por el mismo Ministerio de Sanidad en su informe de 1994: España es el único país de la Unión Europea con sólo dos años de formación para sus Técnicos. Esto impide la libre circulación en igualdad de condiciones. Para ejercer en otros países, los técnicos españoles tienen que someterse a los distintos sistemas compensatorios que establecen las directivas comunitarias. Como miembro de la Comisión de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid para la homologación de títulos europeos, he revisado multitud de currícula de técnicos europeos y me he quedado alucinada, no tiene nada que ver. Nuestros actuales programas formativos fueron revisados por última vez en 1995 y todo el mundo es consciente de lo que ha avanzado la tecnología desde esas fechas. Los currícula se han quedado obsoletos. Y en el área de radiología, no es que se haya incrementado la carga lectiva, es que se ha disminuido porque al Ministerio de Educación se le ocurrió aunar las especialidades de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

Recientemente, ha habido una extensa y potente reivindicación de los técnicos españoles. ¿Qué se pedía concretamente?

Una única reivindicación: la homologación con Europa en igualdad de condiciones.

¿Se va a conseguir el objetivo?

Se ha transmitido a las distintas administraciones que los técnicos son un pilar imprescindible en el sistema de salud, en todos los servicios centrales de los hospitales de toda España. La sociedad ha tomado conciencia de que existen otros profesionales. Y ahora, los Ministerios de Educación y de Sanidad, junto con las Centrales Sindicales de mayor representación y un grupo de profesionales técnicos, están estudiando el asunto y, sin duda, se llegará a un acuerdo. España está obligada a facilitar la libre circulación por Europa de todos sus profesionales, incluidos los técnicos.

En España, ¿cómo prevés el futuro profesional de los Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico?

Totalmente esperanzador, no podemos ir contra corriente del

resto del mundo. Cada vez se necesitarán más profesionales bien formados en lo fundamental y con algún área de capacitación específica, que se adecue al desarrollo tecnológico. Es una exigencia social. En la sanidad tenemos cabida todos los profesionales, cada uno en su papel y con su espacio.

Ana tiene seguridad en sus convicciones. Ha luchado por la dignidad profesional de los técnicos de todas las especialidades. Hace treinta y tres años tuve el honor de ser su profesora. En el trabajo y en la vida siempre ha sido un soporte su colaboración y amistad. En el libro que escribí para los Técnicos en Radiología, “La captura de lo invisible”, la dedicatoria rezaba así: “A los alumnos que hoy son mis maestros”. Pensaba, entre otros muchos, en Ana Simó.

M^a JESÚS ÁLAVA REYES



“Ante el miedo del paciente, es necesaria la seguridad y cercanía por parte del especialista”

M^a Jesús Álava Reyes es una conocida y reconocida psicóloga –licenciada en Psicología por la Complutense y máster en Dirección de Recursos Humanos– a la vez que una escritora de éxito por libros como *Emociones que hieren*, *La inutilidad del sufrimiento* y *Amar sin sufrir*. Desde 1978 trabaja en los ámbitos de la psicología clínica, educativa y del trabajo. Conoce el mundo de la radiología a través de M^a Carmen Giménez Castillo, radióloga de gran peso específico y con un trato humano inmejorable.

217

En líneas generales ¿existe alguna característica que diferencie al hombre-paciente de la mujer-paciente?

Para mí hay diferencias clarísimas. Reaccionan de muy distinta manera ante la enfermedad. En general, el hombre es mucho más hipocondríaco que la mujer y se asusta más ante la enfermedad; tiene que controlarlo todo y, como la enfermedad se le escapa, se siente muy inseguro; se hunde con más facilidad ante un diagnóstico realmente duro y, en el caso de que luche, lo hace con gran intensidad al principio, pero si algo va mal, le cuesta mantener esa lucha. Por el contrario, la mujer, desde el primer momento, se prepara como una luchadora a medio y largo plazo; tiene más resistencia ante la enfermedad; se siente muy responsable de su familia y eso hace que siga luchando hasta el final. El hombre, si presiente que va a morir, se deja. La mujer lucha hasta que le abandonan las fuerzas. Por eso, el trato del médico hacia el paciente ha de ser diferente según sea hombre o mujer, porque cada uno vive de manera diferente la enfermedad.

¿Se puede modificar, por parte del técnico o del radiólogo, el miedo de un paciente ante una exploración que presupone trascendente para el curso de su enfermedad?

Evidentemente, sí. Ante el miedo del paciente, es necesaria la seguridad y cercanía por parte del especialista, que se transmiten, no tanto a través de la comunicación verbal, sino con la comunicación no verbal; a través de sus gestos. Además, si se utiliza el sentido del humor, se rompe la tensión. El paciente se sitúa en otra esfera y piensa “Si el especialista está de este humor, no será tan grave lo que me van a hacer”. No se puede decir “¡Relájese!” con una voz seria y dura. Al romper el miedo, consigues cambiar la emoción.

Eres una experta en inteligencia emocional. Todos los residentes, de cualquier especialidad, van a recibir formación en “habilidades con el paciente”. ¿Qué te parece?

Totalmente necesario. Estaríamos ante un profesor al que no se le hubiera “enseñado a enseñar”. Es trascendente una buena formación médica, pero hay que saber que al final tratas con pacientes y, si no tienes habilidades en el trato, no lo harás bien. El paciente está bloqueado por su problema. Hay que tener capacidad de escucha porque el paciente quiere contar lo que le ocurre y si no es escuchado, no se siente comprendido. Hay que transmitirle confianza, cercanía y afecto. Debemos intentar llegar a la emoción del paciente. Empatía no es ponerse en el lugar del otro, es comprender su estado de ánimo y así saber cómo reaccionará. Si no se le ayuda a reaccionar en positivo, acumula un alto nivel de ansiedad, lo que hace que bajen sus defensas e incluso, en ocasiones, puedan condicionar una recidiva. Hay equipos clave como puede ser la Urgencia –en donde es importante el administrativo que recibe, las auxiliares, las enfermeras, los residentes...– en donde hay que trabajar el autocontrol emocional porque se dan situaciones dramáticas y estresantes, en las que hay que demostrar seguridad.

¿Algo más sobre el trato al paciente?

Lo primero que se debe hacer es observar y ver cómo es ese paciente, para adecuar el trato y transmitirle según qué tipo de información y cómo. Por supuesto, velar por su intimidad y porque no se degrade su imagen personal. No confundir la cercanía con el “tú” por sistema. A una señora mayor no se le puede llamar “abuela” porque sólo es abuela de sus nietos, en el caso que los tenga. La confianza y seguridad que el paciente percibe consigue un estado de relajación que ayuda en cualquier exploración.

¿Hasta dónde debe llegar la respuesta del radiólogo ante una pregunta directa del paciente sobre su diagnóstico?

Ante una pregunta directa que el radiólogo podría, pero no le parece oportuno responder, se debería dar una respuesta razonable, sin dramatismo. “Nosotros le vamos a decir todo a su médico y él –que reúne todas las pruebas– se lo va a explicar y le va a dar la solución”.

Permite que parafrasee tu último libro y te pregunte ¿cómo “diagnosticar sin sufrir”? ¿Cómo nos debemos enfrentar ante un diagnóstico que deja muy poco margen a la esperanza?

Lo importante no es el hecho en sí –el diagnóstico terrible– si no el pensamiento que se elabora a partir de ese hecho, porque es el pensamiento el que causa la emoción. Imagínate un radiólogo ante un chaval con dolor en la rodilla y que le diagnostica osteosarcoma. Puede pensar “¡Qué canallada, con su edad...!” o puede pensar “¡Menos mal que acabo de descubrirlo y todo lo que se pueda hacer, se va a hacer al máximo!”. Y no dar más vueltas. Hay que entrenarse en “parada de pensamiento” y no ir hacia atrás.

A eso le llamamos el “retroespectoscopio”...

... Se debe estar en el presente e implicarse al máximo en lo que puedas hacer; así, diriges tus energías, coordinas a otros especialistas: es una buena terapia ocupacional. En lo que se podía haber hecho antes, ni un segundo de desgaste. A los médicos les pregunto ¿optimizamos nuestros pensamiento? Si ante los diagnósticos te vas hundiendo, emocionalmente te vienes abajo. Y el médico no se



puede hundir porque tiene que luchar contra la enfermedad y dar esperanza al paciente.

Aunque gestionemos toda la cadena de riesgos potenciales, el riesgo cero no existe. Siempre se cometerá un error.

Psicológicamente, ¿cómo debemos afrontar los errores en el diagnóstico?

Hay un asunto claro: a mayor equilibrio emocional, menos errores. En radiología no os podéis permitir la dispersión porque tenéis que focalizar toda la atención en la exploración, en la imagen. Hay que procurar los mayores conocimientos y condiciones para el diagnóstico. Pero ¿y si te das cuenta de que cometes un error? Se supone que sólo los dioses no se equivocan, pero somos humanos y nos equivocamos. Si no admites que vas a tener errores y no te los toleras, cada vez tendrás más. La autoexigencia excesiva ocasiona una gran presión. Cuando veas que has tenido un fallo, perdónatelo por los muchos aciertos que has tenido. Si un médico no acepta su condición humana, si no asume que va a fallar, no sirve para ser médico.

¿Hasta qué punto los problemas personales influyen en el trabajo y los del trabajo en la vida personal?

Repercuten mucho y negativamente. Todos tenemos problemas y dificultades pero hay que saber cortar para no contaminar la otra área. Por eso hay que mantener un equilibrio emocional, tener autocontrol. Te tienes que salvaguardar. Si el trabajo te influye, debe ser para enriquecerte como persona, para ser más feliz.

¿Tienes experiencia de cómo aceptamos los radiólogos –o cualquier persona del medio sanitario– la propia enfermedad?

Esta más en relación con la personalidad que con los conocimientos médicos. Hay profesionales que lo aceptan con valentía; pero, según mi experiencia, lo más frecuente es que se engañen a sí mismos. Cuanto más conocimientos, más conciencia del peligro; y como reacción al miedo, surge un mecanismo de defensa que es el auto-engañó, que también hay que respetar. El profesional suele cerrar los ojos si el paciente es él mismo o un familiar muy cercano.

Te he oído decir que las mujeres son intuitivas, abstractas, exteriorizan su pensar y sentir; y que los hombres analizan, son concretos, interiorizan. Si en líneas generales somos y sentimos diferente ¿actúan de diferente forma las radiólogas y los radiólogos?

En el diagnóstico, no. Las diferencias están en el modo de comunicarse con el paciente. En general, a los hombres les cuesta más

llegar a la emoción y suelen quedarse en un plano más frío; cuidan la información verbal, pero no la que se comunica sin palabras. La mujer que es sensible –si es dura puede serlo más que el hombre– suele comportarse con más cercanía hacia el paciente.

Un médico que se emplee a fondo, se “quema”, tiene el síndrome del agotamiento profesional. ¿Cómo evitar o retrasar el temido *burning out*?

Realmente tenéis una presión asistencial enorme, que desde los últimos años ha ido *in crescendo* de una forma imparable. Tenéis presión no sólo por la labor asistencial, también presión desde la dirección y desde los propios compañeros, y un desgaste por situaciones conflictivas con algún paciente o con algún familiar. Además si los médicos compaginan la sanidad pública y la privada– porque no se está suficientemente bien pagados en la pública–, se están matando, no tienen tiempo para ellos, ni duermen las suficientes horas reparadoras. A las ocho de la mañana se está cansado. En una situación casi al límite, ¿qué debería hacer un médico para no quemarse? Yo te diría: debe tener un gran equilibrio emocional, debe ser capaz de gobernar su vida, adelantándose a las circunstancias del día a día. Si no, habrá bajas laborales cada vez más prolongadas; después del colectivo docente, el sanitario es el que tiene mayor tasa de absentismo, de crisis depresivas y de ansiedad.

221

¿Preparamos a los residentes para que no se quemen?

Se empieza a estudiar medicina con vocación y con una imagen ideal; pero a veces la realidad que se vive es tan diferente, que el choque es atroz. La formación en inteligencia emocional debería ser crucial. A los residentes o les damos ese recurso o se sentirán desbordados, se quemarán, y eso repercutirá en el trabajo. Sentirán cada día como una prueba de fuego, con inseguridad; y con el miedo a fallar, terminarán fallando.

¿Van los médicos al psicólogo?

Aquí somos diez personas trabajando y vienen a consultar muchos médicos: de atención primaria, cirujanos... de todas las especialidades.

¿Radiólogos también?

Sí.

No te voy a preguntar sus nombres.

¡Ni yo te los daría!

Y seguimos hablando sin prisas. La voz de M^a Jesús Álava Reyes es tranquilizadora y sugerente. Ayuda a pensar en positivo al hacerte recordar tu propia vida profesional. Es verdad, somos felices o infelices no por lo que nos pasa, si no por cómo nos tomamos la vida.

EMILIO PASCUAL

DE CÓMO ESTA ENTREVISTADORA SE HALLÓ METIDA EN LA SINGULAR AVENTURA DE UNA PLÁTICA CON DON EMILIO PASCUAL, Y ALCANZÓ GRAN MERCED DE ELLA.

Herminia Molina



“Has de saber que las cosas del alma repercuten en el cuerpo, y mal se puede curar el cuerpo cuando el alma está enferma”

Emilio Pascual Martín, escritor y traductor, se dedica al mundo editorial desde 1973. Director de la editorial Cátedra, estudioso del *Quijote*, ha obtenido el Premio Nacional de Literatura Infantil y Juvenil (Ministerio de Cultura, en

2000), y en 1998, el Premio Lazarillo de literatura infantil y juvenil por *Días de reyes magos*. En la actualidad, como editor de la Biblioteca Aurea, pretende poner al alcance del lector “medio culto”, las grandes obras de la literatura universal.

¿Es cierto lo que se dice que conoces el *Quijote* de memoria y eres capaz de continuar una frase del libro de don Miguel, si alguien la comienza, sea por donde sea?

Creo que con esto se ha hecho un poco de mitología; es cierto que cuando yo tenía veintidós años me sabía el *Quijote* de memoria. De hecho se me ha hecho esa pregunta en alguna otra ocasión. Entra en la verdad que si alguien dice una frase del libro, yo añado: eso está en tal o cual capítulo. Un día me llamó El Brujo y me preguntó: «Oye, Emilio, ¿dónde está lo de los galeotes?». Y le contesté: “En el capítulo veintidós”. Dentro de lo cierto, algo también hay de azar. Lo que reafirmo es que a los veintidós años me lo sabía, y

los versos, aun hoy, creo que puedo recordarlos casi todos. Ahora, sobre el mantel, ¿por qué no recordar un consejo de los que se citan en el capítulo 43 de la segunda parte?: *Come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago*. Y el emotivo principio del capítulo 53: *Pensar que en esta vida las cosas de ella han de durar siempre en un estado es pensar en lo excusado; antes parece que ella anda todo en redondo, digo, a la redonda: la primavera sigue al verano, el verano al estío, el estío al otoño, y el otoño al invierno, y el invierno a la primavera, y así torna a andarse el tiempo con esta rueda continua; sola la vida humana corre a su fin ligera más que el viento, sin esperar renovarse si no es en la otra, que no tiene términos que la limiten*.

De una forma cadenciosa y bella nos hemos adentrado en el gran libro de Cervantes, y se me ocurre, si estás de acuerdo, introducirnos en el tema de esta entrevista a través del Libro. Por mi parte es, sin duda, una aventura y una temeridad. Pero, bueno, te lo propongo: ¿Estarías de acuerdo en mantener un diálogo fingido, en el que tú actuaras como si don Quijote fueras y yo Sancho, no por sensatez sino por mi condición de persona de menor cultura?

Sancho es un personaje decisivo en la elaboración del *Quijote*. Estoy convencido de que sin Sancho no tendríamos libro, porque ocurriera lo que ocurriese en la mente de Cervantes, es altamente probable que en sus primeros capítulos el *Quijote* se concibiera como una Novela Ejemplar. Pero de pronto, cuando el ventero le dice que no vuelva a salir *sin camisas limpias y dineros*, e indirectamente le recuerda que todos los caballeros andantes llevaban escudero, ahí se le enciende la luz a Cervantes: ¡el escudero! Y Sancho es un escudero completamente atípico, porque los escuderos en las novelas de caballería apenas hablaban con su señor, manteniendo un gran respeto, la cabeza siempre inclinada *more turquesco*, y, de pronto, sale un escudero que es Sancho Panza, completamente irregular, que es gran hablador, que comenta, que objeta, que aporta otra visión de la realidad. Es, en el fondo, quien permite llevar la novela adelante. Así que no me lo minusvalores por su escasez de cultura.

Sí, la voz del pueblo es Sancho... pero el símbolo de la ética, la sinrazón, esa locura que todos llevamos dentro tiene un nom-

bre universal: don Quijote. Independientemente de la valía de los dos personajes y de su autor, pensemos en don Quijote y Sancho, no en el s. XXI, sino frente a este siglo.

Pues adelante...

El Diálogo: Sancho. –Mi señor don Quijote, Dios nos dé el encontrar remedio a sus males en este gran castillo de la ciencia que llaman Hospital General Universitario.

Don Quijote: –¡Ah, amigo Sancho! Tú sabes perfectamente que, de paciencia y mucha misericordia, hartas muestras di en aquella jaula en que me llevaban encerrado; y, sabes muy bien, que si el bálsamo de Fierabrás tuviere, no habría hospitales en el mundo de los que yo hubiere menester.

¿No veis, señor, que aquí hermosas doncellas barberas hacen sangrías que llaman radiografías?

¡La sangría! Y encima en manos de mujer. Lope de Vega, que no estaba muy a bien con mi señor don Miguel, dijo en cierta ocasión hablando de la mujer: *Quiere, aborrece, trata bien, maltrata, / y es la mujer al fin como sangría, / que a veces da salud y a veces mata.*

225

Mas, ¡ay, mi amo!, yo me temo que en estas épocas y en estos encantados castillos las sangrías las hacen a modo extraño, con artilugios desconocidos, cual agujas de tejer. Y qué pensáis de tantos y tan buenos cristianos y, aún colijo que algún que otro moro que por aquí andan, ¿qué rocín los ha tirado?

Bien te dije que en este mal mundo que tenemos todo va por vía de encantamiento. Caballero hubo que después de muchos quebrantos recibió una de esas que llaman *melecinas*, que eran ni más ni menos como esas intubaciones que a las veces hacen los médicos actuales..., pero mejor me lo callo. Mira que, en estos tiempos que corremos, los doctores han prosperado mucho. En este momento en los hospitales no se pasa hambre, como antaño te hiciera a ti pasar el doctor Pedro Recio, de mal agüero, natural de Tirteafuera. Pero cada época tiene sus males y ésta los suyos. Mas no puedo quejarme, que aunque dijeran que yo tenía algún tanto de loco, y no mucho de cuerdo, bien veo que en algunas habitaciones de este castillo u hospital se vive mejor que en muchas de las ventas en que anduvimos.

Pues digo yo, mi amo, que aquí se ven fardos sobrados, que en eso que vuesa merced dice de la espera, yo me pondría a contar y me pasan de los ciento.

¡Ah, ciento y aun cientos! Lo malo que tiene esto de la profesionalización es habituarse a los oficios. Tú, Sancho, menguado de ti que no supiste leer, aunque sé que después aprendiste, no puedes recordar aquel verso u oración de caminante que decía: *No / sabiendo / los oficios / los haremos / con / respeto. / Para enterrar / a los muertos como debemos / cualquiera sirve, cualquiera... / menos un sepulturero.* El problema que tienen hoy los doctores es que se han hecho profesionales, y son como sepultureros que saben enterrar muy bien, pero han perdido la sensibilidad. No así aquella buena de Maritornes, que recordarás, que a ti te pagó un trago de su bolsillo de puro caritativa, y a mí me bizmó las brumadas costillas; no tendría mucha profesionalidad, pero sí más cercanía humana.

¿Y qué decís vos, mi señor, de estas malignas máquinas donde quieren meter vuestro cuerpo para miraros los huesos, con nombres tan asombrosos como escáner, resonancia, que siendo yo un gañán ni sé ya como nombrarlas?

¿Y por qué no, Sancho, amigo? Desde la antigüedad dábamos por supuesto que el ser humano era un microcosmos, y su postura, tan ordenada, tan perfecta y tan hermosa, que le vinieron a llamar mundo abreviado, como ya dijo mi señor don Miguel de Cervantes. ¿Por qué no conocer las oscuridades, las interioridades de ese abreviado mundo que es el hombre? Desde la más lejana antigüedad todos los filósofos han querido comprender el mundo, pues los primeros filósofos, teólogos fueron que quisieron dar respuesta a los secretos del Universo. ¿Por qué hoy no va a poderse dar repuesta a los secretos que hay encerrados dentro de nuestro organismo? Un mundo abreviado, ¡claro que sí! Es preciso saber lo que tenemos dentro, y no sólo dentro del estómago, sino también del cerebro.

Yo diría, mi señor, que para contar sus huesos, no se necesitan máquinas, y mucho menos diabólicas; que a su merced se los cuento yo, con sólo mirarlo.

Porque tú, Sancho, has sabido lo que era un animal desde niño, y

nosotros, al fin y al cabo, parece que tenemos mucho de cerdo. Pero ya el antiguo profeta dijo: *se pudieron contar todos mis huesos*. Si en este momento, sin necesidad de andar con el pulgar, éste quiero, aqueste no quiero, son capaces de contarnos nuestros huesos con esas maquinillas, ¿por qué no vamos a aceptar que nos los cuenten?

Como siempre, mi amo, andáis en razón. Y mira que no me gusta que me quitéis mi palabra. Más ¿que dirían ahora don Amadís de Gaula, el caballero Platir o don Olivante de Laura?

Por vida mía, Sancho, que últimamente te encuentro cada vez menos simple y más discreto. ¿Por dónde pensara yo que tú habrías de saber quiénes eran esos caballeros? Todos tuvieron escuderos mucho menos habladores que tú. Mas en fin, hablando se entiende la gente, y aquellos caballeros estaban tan encerrados en su mundo que no estaban abiertos a lo que hoy tenemos en el nuestro. Yo he visto nuestro mundo; y cómo decirte, Sancho, que algunas cosas de él no me gustan y que por eso he salido en esta nueva campaña, porque

intento cambiarlo, y hasta hacer penitencia como hiciera el caballero Amadís en su Peña Pobre.

Pues señor, yo os he oído decir que a *pecado nuevo penitencia nueva*. ¿Qué pecado hemos cometido para que a vos os lleguen a meter en ese tubo de infierno del que a lo peor ni podéis salir?

¿Qué pecado cometí contra vosotros naciendo?... El único que hemos cometido todos: el de haber nacido en este cuerpo frágil que tan necesitado está de cuidados en cuanto caemos. Bien te he dicho muchas veces que de tener yo el

bálsamo de Fierabrás no necesitaría de ungüentos ni medicinas; pero en ausencia de él bien podemos entrarnos en este tubo, para que nos descubran qué tenemos en nuestras interioridades.

Y así, cuando esas caídas nos dejen los huesos quebrantados, en ausencia del mágico bálsamo, bien podemos dejar que averigüen nues-



tra *feridas* en esas máquinas, que de puro milagrosas parecen hechas por mano de algún encantador.

Vos, señor, decís, mejor dicho, no decís... pero, en algún momento dijisteis unos versos que venían a señalar: *Busco en la muerte la vida, / salud en la enfermedad, / en la prisión libertad... / Pero el cielo ha estatuido / que, pues lo imposible pido, / lo posible aun no me den. ¿Es qué vos estáis enfermo, por venir a este lugar que a mí me parece infierno?*

Por vida mía, Sancho, que últimamente se te contagia la poesía. ¿Pues no me responde en octosílabos rimados? Busco en la muerte la vida, / salud en la enfermedad... Todo esto no son más que males de amor. Desde aquellos místicos que decían: *Muero porque no muero hasta los trabajos de amor perdidos*, como decía un conocido de nuestro amo, don Miguel, el gran William Shakespeare. Has de saber que las cosas del alma repercuten en el cuerpo, y mal se puede curar el cuerpo cuando el alma está enferma. En este lugar nos curaremos del molimiento de las caídas, pero también de las caídas del ánimo, que son tan peligrosas como las del caballo.

Y de esas cuatro partes del mundo que pensasteis recorrer a lomos de jumento o caballo ¿en cuál de las cuatro estamos?

Sancho, amigo, tú montaste en el mismo caballo que yo: en Clavileño, sobre el que recorrimos las cuatro partes de mundo y aún de los cielos. Y fuiste tú el que te quitaste la venda de los ojos para descubrir lo que había en las estrellas. ¿Cómo me preguntas a mí, que mantuve siempre en mis ojos la venda? ¡Ay, amigo, muchas aventuras hemos recorrido juntos con la imaginación! Todos los mundos que están al otro lado del que vemos, también son mundos. Porque ¿qué es la realidad sino aquello que también imaginamos? Un viejo cuento dice que lo que tenemos en la imaginación es real y, por tanto, realidad es lo que imaginamos y pensamos; y a veces la realidad nos hiere. Y la irrealdad, en ocasiones, Sancho, nos hace caminar al hospital para curarnos de las heridas que lleva el alma que, a su vez, se transmiten al cuerpo. Y pues hemos andado juntos muchos caminos y hemos recibido infinitos palos, si en las ventas tuvimos quien nos acogió, no ha de ser menos, Sancho, en estos hospitales, donde creo yo que, del mismo modo, no faltará quien cure nuestro quebrantado juicio y nuestro no menos quebrantado esqueleto.

Mi amo, se me anubla la sesera. ¡Si yo creía que una buena pitanza todos los males curaba! Más hoy, en este castillo, yo ya no sé si me encuentro en este tiempo en que vivo o en el que debo vivir. ¿Hay aquí más porvenir por la salud de la mente, de los sesos o del cuerpo?

Tú y yo, Sancho, nos hallamos ya fuera del tiempo y del espacio; y has de saber, amigo, que hay un célebre premio Nobel de Física, llamado Lederman, que llega a la conclusión de que muchas de las cosas que no vemos podemos deducirlas por el comportamiento de las que nos cercan alrededor. Así es hoy la medicina. Así pues debe ser la forma de ver lo que tenemos en el interior de nuestro organismo. ¿Sabes que ciertos comportamientos de la materia no sabríamos realmente cómo funcionan si no fuera porque imaginamos lo que hacen ciertas partículas que no vemos? Nosotros ya estamos *al otro lado del espejo*. Y gracias a estos tubos de que me hablas, estos artillugios, estamos llegando a ver el comportamiento más lejano de ese cerebro que nos habían dicho que teníamos enfermo y que sin embargo estaba creando una realidad nueva. Porque yo, don Quijote de la Mancha, fui quien quiero ser. Y aunque alguien dijo que no sabía quién era, *yo sé quien soy*. Porque me creé como quería ser.

229

Yo no me enredo en vocablos. Yo sólo escucho, ¡qué voy hacer mi amo! No sé lo que significan, ni sé qué queréis decir. Mas, sin circunstancias al lado, los que tenemos aquí. ¿Éstos son buenos o malos?

¿Qué quieres decir con éstos? Cuando dices éstos, Sancho, ¿a qué te refieres? ¿A este lugar donde estamos confinados entre aparatos, rodeados de enfermos o sanos? Piensa que están recibiendo la visita de los espíritus de que hablábamos antaño y que hoy nos ven por dentro. ¡Ah!, aquel mundo abreviado de que hablaba hace un instante ya está convertido en nuestra razón de ser, y gracias a estos aparatos se está llegando a ver cómo somos y cómo podremos ser mejores en el futuro. Gracias a esa herramienta nos es dado conocer y andar de modo diferente.

Mucho aprendo, señor, siempre a vuestro lado. Y casi que en mirando semejantes aparatos hasta los comprendo. Pero vos andáis primero preocupado por las gentes que viven en cualquier mundo. Vos pensáis siempre en el hombre. ¿Acaso siempre es él el que tiene el mando?

Sancho, nosotros, que sufriendo hemos creado tanto, en este momento estamos siendo objeto de observación. Y ya quedamos en manos de doctores que ahora nos visitan, nos estudian, nos ven hasta las sombras que hieren nuestro interior. Y saben de nuestro comportamiento. Y son capaces de lograr lo que yo siempre pensé posible a través de los encantadores. Y ya ves cómo ahora hasta podemos ser recuperados por medio de imágenes virtuales de las que nos habló el físico estadounidense Typler. El filósofo Lorenzo Peña ha escrito sobre la realidad de los entes de ficción. Nosotros, que creímos ser personajes de ficción, hoy somos más reales que el propio Felipe III, entonces nuestro Rey.

Como siempre, mi señor, debo daros la razón. Si lo entiendo, porque sí. Si no entiendo, porque no. Mas sé que loco y menguado de vuestra primera salida a este inmenso mundo volvisteis a nuestra aldea. Y menguado y loco aparecisteis después de vuestra segunda salida; de la tercera, me callo. ¿De ésta cómo volveremos?

Amigo Sancho, el mundo parece que corre mucho y resulta que no es tanto. A fe que hemos recorrido largos trechos y estamos en un mundo nuevo. Un mundo donde los molinos de viento, a la noche, producen luz como si del día fuera, y calor cuando el sol se ha puesto. Este mundo nos hará justicia.

Confuso me tenéis, señor, y hasta penado; pero a la vez, contento, pues vos siempre me abris la sesera. Estaréis señor de acuerdo, en que el mundo mucho ha cambiado, en viendo hoy lo que en este lugar hallamos.

¿Y cómo no si antaño, para andar de venta en venta al paso de tu rucio que siempre fue tan lento como Rocinante, empleábamos un día entero y hoy, ¡quién iba a decírnoslo!, hay nuevos caballos que en tiempo que ni se cuenta te llevan a cualquier lugar? Así ha cambiado el tiempo y el espacio, Sancho. Recuerdas, aquella vieja canción: *¿Dónde estás, señora mía, / que no te duele mi mal? / O no lo sabes, señora, / o eres falsa o desleal*. A la distancia de un grito, decían los indios cuando Colón descubriera las Américas. Ahora, incluso a través de los océanos, pueden saber el mal que padecemos, ahora podemos decir: dónde estás, señora mía, pues sí conoces mi mal. A través de las ondas magnéticas llega a cualquier lugar las causas de nuestros dolores.

Y eso, señor, además de a la salud, ¿le viene bien al amor?

Los males de amor, también con amor se curan.

Herminia Molina. –Pues curados ya de cuerpo y siendo posible, el alma. Decidme, don Emilio Pascual. ¿Estás de acuerdo con la frase: *Dichosa edad y siglos dichosos aquellos a quien los antiguos pusieron nombre de dorados [...] porque entonces los que en ella vivían ignoraban estas dos palabras de tuyo y mío?*

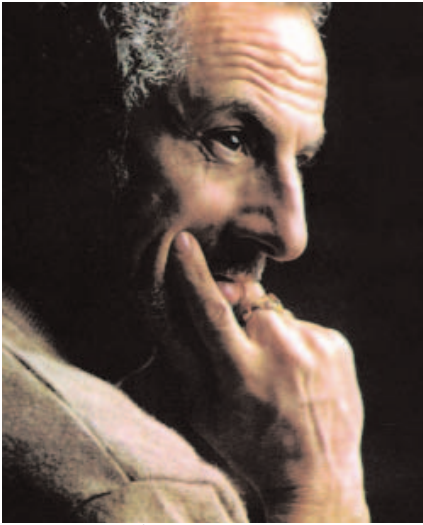
Emilio Pascual. –Mira, querida Herminia, es típico del ser humano recordar siempre el pasado. Pero no porque haya sido mejor, sino acaso porque entonces éramos más jóvenes. Desde que Jorge Manrique dijera que *cualquier tiempo pasado fue mejor*, tenemos tendencia a recordar lo dejado atrás con nostalgia. Pero no porque haya sido mejor, sino porque ya es pasado, y está cerrado para siempre. Lo bueno que tiene el tiempo es que cada momento es instantáneo. Gabriel Bocángel nos lo dice en un célebre soneto: *Lo que pasó ya falta; lo futuro / aún no se vive; lo que está presente / no está, porque es su esencia el movimiento. / Lo que se ignora es solo lo seguro; / este mundo, república de viento / que tiene por monarca un accidente*. Pero yo creo que no hay que lamentar la no existencia del ayer porque en el pasado hay cosas que en su momento fueron interesantes y otras que, a la distancia, nos parecen verdaderamente desgraciadas. Por tanto creo que lo que debemos hacer es que lo que nos ocurra en el presente y lo que vendrá en el futuro –ya que todo futuro es presente en el momento en que está ocurriendo–, no se apodere de nosotros sino que siempre seamos nosotros quienes tengamos la cordura de conducirlo. Es decir, que la máquina nunca se apodere del hombre y siempre seamos nosotros los conductores de la máquina. A mí, desde luego, el futuro no me asusta en absoluto. Es más, creo que sin futuro no tendremos la realidad de un presente permanente. Estamos en el principio de un futuro que no podemos imaginar, pero lo que sí es cierto es que tenemos que poner fe en él. Si hemos dicho que el hombre es un mundo abreviado, es posible que el conocimiento mayor de nuestro microcosmos, que es el ser humano, naturalmente va a conllevar variaciones inevitables. Pero ni hoy somos como éramos hace 150.000 años, ni hoy somos como seremos dentro de 20.000. Y eso no

tiene por qué asustar. Lo importante es que nuestra esencia, es decir nuestra conciencia de ser, nos diga lo que somos: *Yo sé quien soy*, decía don Quijote. *Yo sé quién quiero ser*, añadía Unamuno.

Sin duda, el lector se habrá hecho cómplice del ilustre personaje que don Miguel de Cervantes nos legara. De la espléndida filosofía que sus palabras desprenden y de la ignorancia del sencillo Sancho. Emilio Pascual, con el regalo de su palabra y su experiencia vital de gran estudioso, nos ha hecho más humanos. Gracias.

RAFAEL ÁLVAREZ, EL BRUJO

Herminia Molina



“La búsqueda de la forma es dar claridad al fondo”

Rafael Álvarez, El Brujo, es un hombre de teatro, aunque él se identifica, en mayor medida, con la vida del juglar. Actor, director y, en ocasiones, adaptador de algunas de sus obras, no necesita presentación. Entre muchas de las distinciones que ha recibido nos quedaremos con la última. En diciembre de 2002 le fue concedida la Medalla de Oro al Mérito en las Bellas Artes, máximo galardón que concede el Ministerio de Cultura.

233

Rafael, ante todo darte las gracias, por haberte prestado a esta entrevista tan ajena a “tus intereses”. En una parte del libro se dice que una conferencia radiológica, en la que siempre se representan imágenes, es como una representación teatral en la que el radiólogo es, a la vez, autor y actor de la obra. ¿Podría considerarse al radiólogo un actor de monólogos “a la manera” de Rafael Álvarez, El Brujo?

Pues, sí, efectivamente, y como tú bien has dicho el radiólogo es autor y actor al mismo tiempo. Yo soy actor y autor; sólo que en tiempos diferentes. Primero hago el texto y luego lo interpreto. No sé si el radiólogo lo prepara antes. Supongo que sí. Todo pedagogo, de alguna manera, es actor. Todo pedagogo tiene que cautivar al público para que le preste atención, el requisito esencial es captar el interés del público. En ocasiones se introduce la anécdota o el chiste para empezar a explicar un problema matemático o, en este caso, un tema científico. La anécdota es el momento en que se oxigena el entendimiento, se relaja al auditorio y después se le da el alimento más difícil de digerir. Esa es la técnica que yo empleo.

Lee Strasberg, desde el *Actor's Studio*, aunque defiende el talento del actor, cree necesario el dominio de la técnica. El radiólogo que prepara una conferencia sabe lo que tiene que decir, pero, en muchos casos, no sabe cómo hacerlo. ¿Podrías ofrecer algún consejo?

¿El radiólogo desconoce la forma, aunque sabe lo que quiere decir? Pues bien, la forma lo es todo. Hemos llegado a un punto, o yo he llegado a un punto, en que la famosa diferenciación entre fondo y forma es una especulación no muy clara ni sólida, sobre todo en mi trabajo. Porque cuando tienes muy clara la forma es porque ya tienes el fondo. Yo tengo una obra de teatro cuando tengo el principio y el final. Entonces, cuando tienes cristalizada la forma lo tienes todo. Por ejemplo la serie *Cuéntame cómo paso*, no es cuéntame qué pasó. Imanol Arias decía que el énfasis se ponía en el cómo pasó. Porque, en el cómo pasó, está todo. La manera y la forma a través de la cual se manifiestan los contenidos, son en sí el mismo contenido. La separación viene de la escolástica que diferencia entre cuerpo y alma; y hoy en día, en esta nueva era, el cuerpo está en el alma y el alma está en el cuerpo, entonces esa metafísica que diferencia el fondo y la forma ya está algo trasnochada. La realidad es que son la misma cosa. La búsqueda de la forma es dar claridad al fondo.

Sensaciones de un actor ante el escenario médico. ¿Actúas con una personalidad ajena a la tuya, más íntima, o te sientes un inválido como el Lazarillo ante uno de sus “malvados” amos?

No, yo ya, cada vez he ido haciendo más de contador o narrador que de actor. Es como si el personaje del contador hubiese ido suplantando al actor que trata de meterse, como suele decirse, en la piel del personaje. Yo cada vez me meto menos en la piel del personaje. Tampoco hago de mí mismo, porque “mí mismo” no es el mismo que está aquí tomando un té, hago de mí mismo, pero es un mí mismo elaborado. También hago de mí mismo en el escenario y no soy el mismo que está en su casa sentado en un sillón leyendo. Pero no hago de Quijote ni de Lazarillo. Hago de contador. Hago mucho más y dejo la forma de interpretación. Porque estoy convencido que en los espectáculos que yo hago lo más importante es escuchar a alguien que te está contando algo.

Y en el escenario médico, ¿como paciente?

Entonces soy actor. Es cuando más actor soy. De verdad. Es cuando actúo con más amplitud. No es en el escenario donde yo actúo, donde lo hago es ante al médico y en los juicios. Porque es cuando más miedo tengo. El miedo hace que busques una especie de recurso, de huida hacia delante, en donde yo no sólo actúo sino sobreactúo. Yo con un médico soy impresionantemente histriónico, le cuento todo, absolutamente todo; incluso le interpreto mi propia enfermedad. Así que con el médico me marco unos folios..., le hablo de la circulación periférica; si es traumatólogo le digo que uno de los principios fundamentales para escayolar un brazo es inmovilizar las articulaciones más próximas por un lado y por otro de la fractura. En fin que procuro hacer el paripé. Una manera de pensar: *sea usted mi amigo y no me haga mucho daño*.

¿De manera que sientes el auténtico miedo escénico?

Exactamente. Ahí aparece el verdadero miedo escénico. Y también con los jueces. Cuando un juez me pregunta: *¿Estaba usted allí el día de Autos?* Y yo empiezo: *Aqué! era un día soleado y yo no sabía si estar o no estar, pero a la postre, y no sé bien por qué circunstancia yo acabé estando, pero en realidad no estaba del todo*. Y, al final, el juez me dice: *Diga usted sí o no*.

Desde la platea, el artista nos hace vivir y revivir personajes distintos. Ante la enfermedad, y olvidando tus especiales actuaciones ante el galeno, ¿el actor, termina siendo Adán al desnudo?

Se podría decir que sí, pero también que no. Y, también todo lo contrario. Hay momentos en los que uno se puede permitir la libertad de desnudarse emocional y físicamente, claro. Yo estoy más en la tesitura emocional. Pero sí, sobre todo el desnudo psicológico es muy liberador, te renueva; lo que ocurre es que hay ocasiones que en el escenario uno también se desnuda totalmente, pero la gente no sabe que te estás desnudando. Cuando yo más me desnudo, el público ve más al personaje, lo que a su vez, también te protege.

Un escenario habitual. Sala de espera de Urgencias. ¿Eres Rafael Álvarez, don Quijote, lanza en ristre o el paciente Francisco de Asís?

No, el paciente Francisco de Asís no lo he sido nunca en mi vida, tengo un permanente complejo de culpabilidad, porque Dios, la natura-

leza, la existencia, llámale como quieras a mí me ha hecho impulsivo, impaciente, colérico y pronto al desmán; y sin embargo, tengo una gran atracción por esos personajes de paciencia infinita que tienen la libertad del desapego que expresa san Francisco; por esa sabiduría de estar por encima de las situaciones. Yo tengo malas pulgas. En una ocasión estuve cinco horas en la sala de espera de un hospital..., ¡y me ponía de una mala leche!, porque yo no podía entender que se pudiera estar tanto tiempo, si es una urgencia. Es una contradicción insalvable. Que te digan: *Usted no venga por aquí, porque lo suyo no es urgente*. De entrada, en el jardín, que ya no te dejen pasar. Pero si te dicen: *Entre usted y te quedas esperando seis horas, te puedes morir*. Porque una urgencia es: ¡*Ag! me ahogo, me ahogo!*, y ¡*pum!*, te mueres. No, no suelo ser paciente. Bueno, soy paciente con los médicos de pago, porque le da a uno tanta vergüenza que con quien sacas toda la mala leche es con el Estado. El Estado o la Comunidad, para todos nosotros, es ante quien hay que protestar.

El Brujo es él y sus personajes. Quizás una esquizofrenia feliz. ¿Qué exigirían sus personajes a la Sanidad Pública?

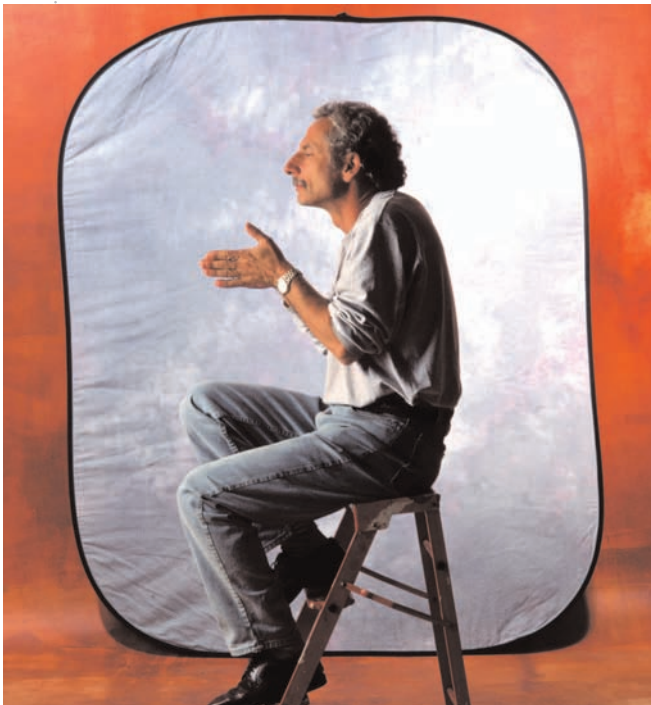
Ellos y yo lo que exigiríamos o pediríamos es algo que está en la mente de muchos de nosotros y que parece que es lo más difícil, que los médicos recuerden que son terapeutas. El terapeuta, para mí, tiene una dimensión más allá de lo meramente técnico. Es el hombre o la mujer que tiene que tener compasión hacia el sufrimiento, y aunque su sabiduría debe de estar alimentada por los conocimientos técnicos y científicos, ha de completarse con un sentimiento interior ante el sufrimiento humano. Por tanto, la sanidad pública lo que necesita es que su gente llegue con un nivel de conciencia del alto grado de responsabilidad que la sociedad ha depositado en ellos. Una estima profunda de lo importante de su labor; no sólo de su labor técnica, sino de su labor humana, en el destino de la persona. El destino de una persona es algo sagrado, algo que puede ir de lo más maravilloso a la catástrofe más increíble. Las personas que trabajan en la sanidad pública han de entender que inciden en el destino de la gente. Cualquiera que se acerca al facultativo es alguien que está inerte y parte de su destino va a quedar en manos de quien no conoce, pero que se ha cruzado en su camino. Aunque el médico sea un ilustre profesor, si no tiene suficiente conciencia de su responsabilidad ante el

enfermo, en su conjunto como persona, puede llegar a hacer más daño que bien. La labor mecánica o de estudio es importante, pero la esencia de la comprensión y la compasión es de otra índole. Por eso es primordial que el “sanador” se haga presente ante el enfermo.

Entre las distintas especialidades médicas nos encontramos con el radiólogo que, en este libro, es el personaje central. El radiólogo y la radiología ¿Crees que el radiólogo es un experto invisible para el paciente, puesto que él es tan sólo el consultor de otro especialista?

Yo no acabo de comprender muy bien la relación del paciente con el radiólogo y viceversa. Siempre se me ha quedado así, como en un mundo irreal. Sin embargo su actuación es decisiva. Es el que diagnostica. A mí me gustaría que la información me llegase a mí. Me dicen que es por

deferencia hacia el médico prescriptor de la exploración. Y yo creo que la deferencia debería ser hacia el paciente; ya que en algunos casos la espera hasta la siguiente consulta, que puede tardar dos o tres días, produce una ansiedad que es difícil de soportar. A mí en una consulta radiológica el radiólogo me dijo: *Está todo bien.* ¡Claro!, la deferencia la tienen cuando “todo está bien”.



En esta entrevista me gustaría hacer hablar por tu boca a algunos de esos personajes que nos has hecho tangibles y cercanos. Yo, entre todos, tengo mi preferido; el Poverello. Es un personaje sublime y tu interpretación, magnífica. ¿Te imaginas a san Francisco en un escáner?

Sí, claro, lo imagino perfectamente. Si hubiera vivido hoy en día ya lo habrían llevado a hacerse todo tipo de pruebas. Y él se hubiera dejado hacer, traer y llevar, sin ansiedades, prestándose, dando facilidades. Y después diciendo: *Adiós, adiós, ya me diréis...*

¿Piensas que le cantaría a las máquinas que hoy ‘escudriñan’ nuestros cuerpos?

Sí. Las máquinas tienen vida, entre comillas, pero en las máquinas hay huecos, y en los huecos está la energía que hace que la máquina se mueva. A las máquinas hay que tratarlas con respeto y también con cariño. El ser humano debe tener una buena relación con la máquina, para extraerle su “jugo”. Así que lo imagino perfectamente cantándole a las máquinas.

Tengo que hablar a los pájaros, para que me escuchen los hombres.

Eso es maravilloso, yo lo he descubierto expresado en la obra de *San Francisco juglar de Dios*, de Darío Fó, y también en Valle Inclán, en su libro *La lámpara maravillosa*, que es un texto de memorias autobiográficas, pero del alma, y cada capítulo comienza con un lema que luego desarrolla. Y en uno de esos enunciados dice: *Sé como el ruiseñor que no mira a la tierra desde la rama verde, desde donde canta..*

El Brujo. El contador, el juglar. De Dios y de los hombres. La palabra sencilla pero auténtica y certera. Un hombre que no se escucha sino que narra. Para el pueblo sencillo y para el pueblo intelectual. Un hombre al que todos comprendemos y aplaudimos.



Foto: Rafa Gallar

Pilar Gallar, radióloga, ha sido Jefa del Departamento de Diagnóstico por Imagen del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Secretaria General de la Sociedad de Radiología Médica (SERAM) y de su Fundación. Es Diplomada en Psicología y Psicotecnia. Es Miembro de Honor y Medalla de Oro de la SERAM.

Hace apenas un año vimos salir a la luz un interesante libro de la misma autora: *Sobre las Radiólogas Españolas*.

Si aquel era un “libro río”, en expresión de Pilar Gallar, el que ahora ve la luz tiene algo de “camino”, siguiendo con las imágenes geográficas que, por otra parte, tanto ayudaron a los escritores más clarividentes. El *se hace camino al andar* de Machado cuadra muy bien en estas páginas. Porque por ellas circulan ideas, que son las que hacen avanzar cualquier empresa humana, vislumbrar nuevas rutas, abrir posibilidades de futuro; libro de caminos, pues, porque recoge, como bien dice quien lo escribe, “un pensamiento vivo sobre lo que es y lo que será la radiología española en el futuro”. Por eso es un texto dinámico, en movimiento, en el que pasan y se cuentan cosas.

Del Prólogo de Marisa Rodríguez Abancéns, periodista.