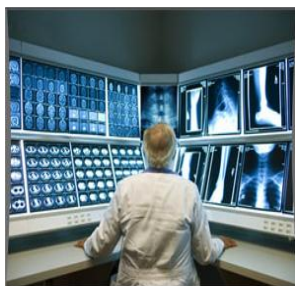


A ELIMINACIÓN DAS GARDAS NOS HOSPITAIS COMARCAIS, O ANEL, A TELERRADIOLOXÍA, E OS RETOS DOS SERVIZOS DE RADIOLOXÍA DO SERGAS.

O pasado 02/06/2010 celebrouse en Santiago unha xuntanza da Mesa Sectorial do SERGAS que tiña, como primeiro punto da Orde do Día, a “Reordenación dos procesos de radiodiagnóstico”.

A inclusión deste tema na orde do día fora requirido por CIG-Saúde debido a que, as semanas previas, difundírase a información de que as actuais gardas localizadas de radioloxía dos hospitais comarcais ían ser eliminadas e, empregando as posibilidades abertas pola telerradioloxía, íase crear un “anel radiolóxico” similar ao de Madrid.

Na xuntanza, a posición do SERGAS foi explicada pola Directora Xeral de Asistencia Sanitaria do SERGAS, en presenza da Directora Xeral de RR.HH.



Unha vez analizados polo miúdo os argumentos do SERGAS, e debatido o tema con especialistas en radioloxía dos hospitais comarcais e dos complexos hospitalarios, tanto afiliados a CIG-Saúde como non afiliados, a posición do noso sindicato é de claro desacordo coa proposta de eliminar as gardas localizadas de radioloxía dos hospitais comarcais.

CIG-Saúde considera que a proposta das actuais responsábeis do SERGAS encádrase nunha visión do futuro dos servizos de radioloxía contraria aos intereses da poboación e dos pacientes, e que tamén é contraria aos intereses profesionais e laborais dos radiólogos/as.

Ademais, coidamos que esa proposta presentada supón unha “utilización perversa da telerradioloxía”: que potenciará a imaxe do radiólogo/a como mero “lector de imaxes”; que provocará a deslocalización da actividade dos radiólogos/as fora dos hospitais e do contacto cos pacientes e cos demais clínicos; e que, ademais, está estreitamente ligada as estratexias privatizadoras que a actual administración sanitaria galega está empeñada en promover en todos os eidos da actividade sanitaria.

No presente documento razoamos as nosas posicións.

A Proposta do SERGAS:

A proposta presentada na mesa sectorial consiste en eliminar as gardas de radioloxía existentes na actualidade nos hospitais comarcais e establecer un novo tipo de “gardas remotas” coas seguintes características:

- O traballo a realizar polo radiólogo/a durante esas gardas será non so a de facer os informes radiolóxicos urxentes do seu hospital e de outros 2 hospitais comarcais máis, dos que recibirá as imaxes por telerradioloxía, senón que tamén fará traballo programado. É dicir as “gardas remotas” serán unha mestura de gardas e peonadas, e a radióloga/o deberá comprometerse, alén de atender as urxencias que xurdan en varios hospitais, a facer en cada “garda remota” un número mínimo de informes programados.
- Aínda que a información non é clara, semella que cando menos a parte programada do traballo da “garda remota” so consistirá en informar TC e RM, mentres que polo que fai ao traballo derivado desde a urxencia tamén incluírá informar a radioloxía convencional e a ecografía, que realizarán os e as Técnicos/as Especialistas de Radioloxía (TER).
- A iniciativa non poderá comezar durante este verán, debido a que a tecnoloxía necesaria aínda non está plenamente a punto. Durante unha primeira etapa, dentro de non moitos meses, as e os profesionais da radioloxía estarán de garda de presenza física no seu hospital pero tamén informarán os estudos realizados polas/os TER doutros 2-3 hospitais “próximos”. Coméntouse como posíbeis agrupacións as dos hospitais de O Barco-Verín-Monforte por unha banda, e as de Salnés-Barbanza-Cee por outra; e Burela?. A medio-longo prazo, cando estea a punto a tecnoloxía e as infraestruturas necesarias, os radiólogos/as farán as gardas desde o seu domicilio.
- A participación de cada radiólogo/a nese sistema de gardas será voluntaria, máis deberá contar co visto bo do seu xefa/e de servizo e da xerencia do seu hospital, e poderá ser rexeitado/a tanto inicial como posteriormente como resultado da avaliación do seu traballo.
- Para a retribución destas gardas creárase un novo concepto retributivo de “garda remota”.

As razóns do SERGAS e a posición de CIG-Saúde sobre elas

Os argumentos que o SERGAS empregou para xustificar a súa proposta foron basicamente tres:

1. hai poucos radiólogos/as dispostos a ir traballar aos comarcais
2. as actuais gardas de radioloxía nos comarcais son ineficientes.
3. a telerradioloxía é o futuro e o SERGAS debe aproveitar as súas posibilidades ao máximo.



Diante destes argumentos, **desde a AgM-CIG consideramos que cómpre facer algunhas puntualizacións:**

Sobre a escaseza de radiólogos/as dispostos a traballar nos comarcais.

- É certo que, de xeito similar ao que sucede nalgúns outras especialidades, non é doado atopar radiólogas/os dispostos a traballar nos hospitais comarcais, sobre todo nos máis excéntricos. Sen embargo, tamén é certo que o SERGAS non aproveitou o feito de que no ano 2010, nos hospitais públicos galegos, remataron a súa residencia 14 especialistas en radioloxía. Ninguén lles fixo ningunha proposta minimamente atractiva para tentar que algúns deles aceptaran ir traballar aos comarcais máis excéntricos.
 - Traballar nestes hospitais resulta pouco atractivo para os profesionais e o SERGAS nunca abordou o tema cunha mínima seriedade. O SERGAS sempre se negou a aceptar a posibilidade de introducir estímulos económicos, ou doutro tipo¹, que fixera máis atractivo para as e os profesionais o traballo neses hospitais. Introducir modificacións no modelo retributivo era, seica, dunha enorme dificultade. Nesta situación, chama poderosamente a atención que esa dificultade semella non existir, cando lle interesa á propia administración, como é no caso da introdución dun novo concepto retributivo por “garda remota”.
 - O SERGAS debe mellorar substancialmente a súa política de Recursos Humanos (RRHH) para conseguir que sexa máis doado e atractivo que os radiólogos/as, e outras e outros especialistas, traballen nos hospitais comarcais:
 - deben introducirse novos incentivos retributivos e/ou doutro tipo para facer máis atractivas as prazas de especialistas que se oferten neses hospitais;
 - a administración sanitaria debe parar a súa práctica actual de abusar das contratacións precarias tamén nos hospitais comarcais, e ofertar decontado interinidades aos facultativos/as que vaian traballar aos comarcais;
 - o SERGAS debe poñer a andar, dunha vez, as listas de contratación de facultativas/os especialistas, incluídas os de radioloxía, que se comprometeu a establecer e usar durante a negociación do “Plan de Provisión dos Postos de Traballo de FEAs dos hospitais do SERGAS”, no ano 2008;
 - o SERGAS debe ofertar nos Concursos de Traslados (CT) o 100% das vacantes que realmente existan no momento da convocatoria dese CT.
- É fundamental que a administración deixe de ceder ás presións dos xefes de servizo dos grandes hospitais e de marear a perdiz en cada OPE e CT. Cómpre que fiquen claramente establecidas a existencia dun itinerario profesional claro, no que as e os profesionais saiban e acepten como algo plenamente normal, que unha vez rematada a residencia o habitual será que pasen uns anos traballando nun comarcal, antes de estar en condicións de conseguir praza fixa nun complexo hospitalario.



¹ Só hai uns poucos anos, a anterior administración e pola forte insistencia de CIG e doutros sindicatos, aceptou primar discretamente ese traballo de cara aos concursos de traslados, con 0,5 puntos por cada ano traballado nos hospitais comarcais máis excéntricos (Cee, Burela, Monforte, O Barco e Verín).

Respecto da presunta ineficiencia das gardas localizadas nos comarcais.

- Na presentación que a Directora Xeral de Asistencia Sanitaria expuxo na mesa sectorial, o SERGAS presentou uns datos sobre o número de informes emitidos polos radiólogos/as dos comarcais cando están de garda. Sobre todo nalgúns casos, ese número era pequeno e deste feito o SERGAS concluía que as gardas eran ineficientes. Por certo que eses datos concretos foron eliminados da presentación definitiva que se nos remitiu aos sindicatos.
- Esa presunta ineficiencia é unha falacia que ignora que cando se está de garda o que é retribuído é a dispoñibilidade para atender as urxencias que poidan xurdir, e non traballo concreto realizado (o número de estudos informados), que depende do número de urxencias que se presenten.



Cualificar de ineficiente un tempo de garda, é exactamente o argumento que utiliza os sectores europeos máis reaccionarios que pretenden substituír o actual límite máximo de 48 horas semanais de tempo de traballo obrigatorio e amplialo até 65 horas. A maioría do Parlamento Europeo, a finais do ano 2009, rexeitou a [proposta da Consello da UE de modificar a Directiva Europea 2003/88/CE, relativa a organización do tempo de traballo](#). A modificación da Directiva pretendía botar abaixo a concepción do tempo de garda como un tempo retribuído por estar dispoñíbel por si xurde algunha urxencia, e de introducir o concepto de “tempo inactivo de garda” (o tempo da garda no que non se está atendendo directamente a un paciente),

que deixaría de contabilizar aos efectos das 48 horas. Daquela todos os europarlamentarios/os españois, incluídos os do PP, votaron en contra dese concepto de “tempo inactivo de garda”, e [a modificación da Directiva foi rexeitada polo Parlamento](#).

A crítica da suposta “ineficiencia” das gardas das e dos profesionais da radioloxía dos hospitais comarcais galegos, deixa ver ben ás claras que os actuais responsábeis da Consellería de Sanidade non comparten a visión da maioría do parlamento europeo e que, como os sectores europeos máis reaccionarios, teiman en introducir pola vía dos feitos o concepto de “tempo inactivo de garda”.

- Resulta sorprendente que a Consellería so relacione eficiencia con resultados sen conexión cos recursos empregados. **Ter un radiólogo/a de garda localizada nun hospital comarcal todos os días do ano custa 82.000 € en 2010²**: un custe que baixo ningún concepto pode considerarse excesivo, dada a aportación á calidade asistencial que supón a posibilidade de contar cun radiólogo/a de garda no hospital. Ademais, e como logo se comentará, unha avaliación sería da eficiencia da proposta do SERGAS debería ter tamén en conta que esa proposta terá asociados outros custes relacionados coa petición de probas innecesarias, co traslado de pacientes en ambulancia, ...

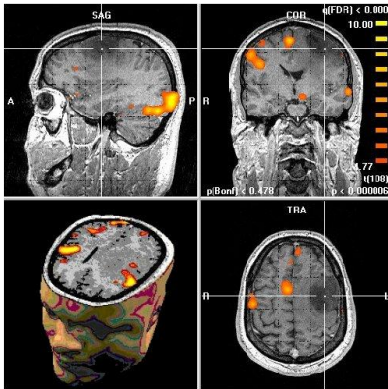
² O custe, para cada hospital comarcal, de ter todos os días, fora do horario laboral habitual (de 8 a 15 horas) a un radiólogo de garda localizada, pode estimarse tendo en conta o prezo da hora de garda dun facultativo que é 11,63 € (orde de confección de nóminas 2010). Ese custe anual é o seguinte:

[11,63 € (prezo actual da garda localizada) * 24 horas * 118 días (correspondentes a 52 domingos, 52 sábados, e 14 festivos)]
+ 11,63 € * 17 horas * 247 (días laborábeis, de luns a venres) = **81.770,32 € / ano**

A telerradioloxía e o seu uso perverso. Sobre a ecografía.

- A telerradioloxía, o envío a distancia de cantidades importantes de información dixitalizada de imaxes, é un importante avance tecnolóxico que pode contribuír a unha mellor actividade profesional dos radiólogos/as e dos servizos de radioloxía. Así, é evidente a súa utilidade na información das exploracións de radioloxía convencional realizados nos centros de saúde, na realización de interconsultas entre radiólogos/os, de debates e sesións clínicas por teleconferencia, ..., como posíbel instrumento para fomentar a formación continuada das radiólogas e radiólogos, nomeadamente dos hospitais comarcais.

- Sen embargo, e como sucede con moitas outras tecnoloxías, tamén **é posíbel un “uso perverso da telerradioloxía”**. Para CIG-Saúde isto é o que está a suceder, nalgúns países e nalgúns CCAA do estado español; coa proposta presentada na



mesa sectorial, os actuais responsábeis da sanidade pública galega, pretenden estender ese “uso perverso” no SERGAS. A telerradioloxía está sendo utilizada para introducir importantes modificacións, a peor, na forma de organización dos servizos de radioloxía e da actividade dos radiólogos/as. O mal uso da telerradioloxía está contribuíndo a reforzar a visión dos e das facultativos especialistas en radioloxía como meros “lectores de imaxes” e, tamén, á “deslocalización” da súa actividade fora dos hospitais e do contacto cos pacientes e cos outros clínicos.

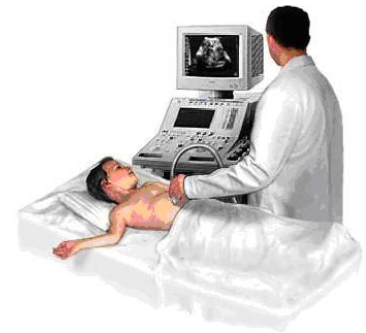
- En determinados países, nomeadamente nos USA, a telerradioloxía está tendo un uso intensivo nun sentido moi similar ao que agora pretende darlle aquí a actual administración sanitaria galega. Unha das características máis salientábeis dese uso intensivo é que vai asociada a un estreitamento do campo de usos da ecografía:
 - A radioloxía norteamericana diferénciase da europea, entre outras cousas, por un uso moitísimo menor da ecografía, e pola utilización intensiva da tomografía computarizada (TC) e a resonancia magnética (RM) diante de situacións que en Europa se resolven moi satisfactoriamente mediante a ecografía.
 - A ecografía é unha técnica barata o TC e a RM son moito máis caras. Nun sistema sanitario fortemente privatizado como o norteamericano, aos hospitais privados sáelles moito máis a conta facer TC ou RM que facer ecografías.
 - A ecografía é unha técnica inocua para o paciente (non o somete a radiación) pero é moi operador-dependente (a súa utilidade está intimamente unida aos coñecementos do operador) e tempo-dependente (a súa utilidade diagnóstica esixe que o operador empregue bastante tempo na súa realización). En Europa tanto a técnica como a interpretación diagnóstica das imaxes ecografías as realizan os radiólogos/as, en USA a técnica é realizada por técnicos non radiólogos.
 - Moitos dos estudos de imaxe realizados en Norteamérica son informados a miles de quilómetros (na India, ou Singapur, ..) por radiólogos/as que son moito máis baratos que os radiólogos/as norteamericanos. Ademais, a diferenza horaria fai que imaxes realizadas fora da xornada laboral “normal” (noite, festivos, ...) nos hospitais americanos poidan ser informados por eses profesionais “deslocalizados” durante a súa xornada laboral ordinaria.

Algunhas Conclusións

- A proposta do SERGAS de eliminar as gardas de presenza física nos hospitais comarcais, suporá unha inevitábel redución do uso da ecografía nas urxencias deses hospitais:

- A ecografía é unha técnica barata e inocua, e cun grande rendemento diagnóstico sobre todo en patoloxía infantil. E, sen embargo, proxéctase a substitución de moitos dos estudos hoxe realizados con esta técnica, por estudos de TC e RM moito máis caros e que (no caso do TC) someterán de xeito innecesario a radiación aos pacientes.

No New England Journal of Medicine do 1 de xullo de 2010 publícanse dous traballos que nos alertan dos abusos de uso do TAC, RM e PET e do dano innecesario recibido polos pacientes co seu uso indiscriminado, sobre todo, de TCs^{3,4}.



- A ecografía é claramente a técnica de primeira opción en moitos procesos urxentes: colecistite, patoloxía hepato-biliar, patoloxía escrotal, patoloxía nefroureteral, apendicite infantil, invaxinación intestinal do lactante, ..., sobre todo en nenas e nenos.

De ir adiante a proposta do SERGAS, os pacientes atendidos nas urxencias dos hospitais comarcais con estas patoloxías, deberán ser ou sometidos a TC ou trasladados ao complexo hospitalario máis próximo, o que entre outras cousas suporá aumentar os riscos da exposición a radiación ionizante sobre todo nos pacientes máis novos, retrasar o diagnóstico e o inicio do tratamento, e incrementar os risco e as molestias aos pacientes e as súas familias que dese retraso e traslado se poden derivar.



- A proposta realizada polo SERGAS de que no futuro as ecografías poidan ser realizadas polos TER presenta dúbidas sobre a súa conveniencia e factibilidade:

- A ecografía, é unha técnica de imaxe que, a diferenza doutras técnicas radiolóxicas (radioloxía convencional, TC, RM, ...), é moi operador-dependente, no sentido de que a selección das imaxes máis rendíbeis desde un punto de vista diagnóstico está moi directamente relacionada cos coñecementos e experiencia do operador/a. Agás nuns poucos casos nos que a ecografía se realiza para a medición de certos parámetros moi estandarizados, en xeral e sobre todo en situacións críticas ou urxentes, o operador/a que manexa o transdutor e selecciona as imaxes a rexistrar, precisa ter adquiridos coñecementos importantes de anatomía e de

³ [Smith-Bindman R. Is Computed Tomography Safe?](#) N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1):1-4. Published Online June 23, 2010 (DOI: 10.1056/NEJMp1002530)

⁴ [Hillman BJ, Goldsmith JC. The uncritical use of high-tech medical imaging.](#) N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1):4-6. Epub 2010 Jun 23. Published Online June 23, 2010 (DOI: 10.1056/NEJMp1003173)

patoloxía que lle permitan localizar as imaxes ecográficas máis rendíbeis e relacionalas coa clínica do paciente e cos posibles diagnósticos diferenciais. Nesta situación, é bastante probábel que cando menos un certo número de radiólogas/os non acepten informar e responsabilizarse das ecografías non realizadas por eles.

- No contexto organizativo e formativo actual dos TER, a proposta do SERGAS de que estes profesionais realicen ecografías (manexen o transdutor e seleccionen as imaxes a rexistrar) non semella doada. Ademais, non está nada claro que os propios TER acepten ser eles quen actúen como operadores durante a realización das ecografías pois, de feito, unha experiencia nese sentido realizada no CHUVI non foi adiante pola oposición dos propios TER.
- A decisión e a aplicación de contraste, cando sexa preciso, resulta moi confusa na proposta do SERGAS, sobre todo no que fai a súa aplicación nunha urxencia. Evidentemente os TER non van decidir a súa administración, nin van aplicalo, nin se van responsabilizar das posibles reaccións adversas ao contraste. A solución proposta polo SERGAS (“Si hay que administrar contraste intravenoso contar con la posibilidad de aviso y respuesta por parte del servicio de urgencias/anestesia del hospital”) semella máis unha ocorrencia que unha alternativa realista.
- Hai máis de 10 anos as autoridades sanitarias de Valencia tomaron a decisión política de externalizar a RM de toda a CC.AA., coa única excepción do H. Dr. Peset de Valencia. Os obxectivos perseguidos con esta decisión, segundo a propia Consellería de Sanidade valenciana, foron a redución das listas de espera, a mellora da eficiencia de custes, e a contribución á “sustentabilidade”. A avaliación desta experiencia demostra que non conseguiu ningún deses obxectivos e que, pola contra, ten provocado serios efectos perversos contrarios ao que debe caracterizar a unha boa organización sanitaria pública⁵⁻⁶.
- É evidente que os ideólogos da actual proposta do SERGAS teñen tamén moi presente a experiencia do “Anel Radiolóxico de Madrid”, creado por Esperanza Aguirre con ocasión da recente apertura de 6 novos hospitais madrileños (Hospital del Tajo, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Hospital del Sureste e Hospital del Henares). Ese anel radiolóxico consta dunha “Unidade Central de Radioloxía” (UCR), situada no hospital Infanta Sofía e, nesa UCR e sen contacto cos pacientes nin cos clínicos dos hospitais, os radiólogos/as asignados a eses hospitais realizan a grande maioría da súa actividade profesional, informando as imaxes (sobre todo TC e RM) realizadas polos TER nos hospitais do anel e recibidas por telerradioloxía na UCR.



⁵ [El "formidable negocio" de las resonancias. Oposición y radiólogos critican que se cedan las exploraciones al sector privado. El País. 01/08/2008.](#)

⁶ Otea-Ochoa L, Repullo-Labrador JR. [Reflexiones a proposito de la externalización de la resonancia magnética y el caso de la Comunidad Valenciana.](#) Revista de calidad asistencial, ISSN 1134-282X, Vol. 24, Nº. 6, 2009 , pags. 289-290

- Como contrapunto, resulta moi ilustrativo ter en conta que, nun mercado claramente competitivo e aberto como é o do sector sanitario de Estados Unidos, ningún hospital do Top-50 (Health Grades, Inc. Nasdaq: HGRD) nin do Best Hospitals teñan externalizado as tecnoloxías máis innovadoras de diagnóstico por imaxe, ao entender que facelo suporía a perda das ventaxas competitivas que aporta un modelo radiolóxico integrado⁷⁻⁸.
- Entre os principais asesores do SERGAS neste tema, e defensores da proposta que presentou na mesa sectorial, están
 - os responsábeis da radioloxía do maior grupo hospitalario privado do país, tan intimamente conectado con algúns dos máximos responsábeis actuais do SERGAS; e
 - os responsábeis da “empresa pública” Galaria, que, por certo e contra toda lóxica, ten “secuestrada” e inaccesíbel para os radiólogos/as do CHUVI a posibilidade de uso da RM na área sanitaria de Vigo.
- Os actuais responsábeis do SERGAS queren avanzar por un camiño similar ao de Madrid e Valencia, e **a proposta de eliminar as gardas localizadas nos hospitais comarcais do SERGAS, é so o primeiro chanzo** do camiño da deslocalización da actividade profesional dos radiólogos/as do SERGAS e do seu afastamento dos hospitais, dos pacientes e dos outros clínicos.
- O “furor privatizador” do que fan gala acotío os actuais responsábeis do SERGAS, a súa admiración declarada polo modelo madrileño e valenciano, e a salientábel presenza nos círculos do SERGAS nos que se decide o futuro da radioloxía dos hospitais públicos galegos de representantes de empresas sanitarias privadas (que estarían encantados de facerse cun novo anaco da actividade asistencial hoxe realizada na sanidade pública), son elementos que fan absolutamente verosímil a visión que ten CIG-Saúde, de que a proposta do SERGAS de eliminar as gardas de radioloxía dos hospitais comarcais, é so o primeiro chanzo nun camiño que no fondo o que procura é a privatización dos servizos de radioloxía dos hospitais do SERGAS.



elroto@inicia.es

⁷ Página web de HealthGrades, Inc. (HGRD) [consultado 17/8/2009]. Disponible en: <http://www.healthgrades.com/>.

⁸ Top American Hospitals-US News Best Hospitals [consultado 17/8/2009]. Disponible en:

<http://health.usnews.com/health/best-hospitals>.

³⁻⁴ Citados en: Oteo-Ochoa L, Repullo-Labrador JR. [Reflexiones a proposito de la externalización de la resonancia magnética y el caso de la Comunidad Valenciana](#). Revista de Calidad Asistencial, ISSN 1134-282X, Vol. 24, Nº. 6, 2009, pags. 289-290

- As ameazas de “uso perverso” da telerradioloxía é un problema que si ben está comezando nos hospitais comarcais, é evidente que **ten todas as características para poder estenderse tamén aos servizos de radioloxía dos Complexos Hospitalarios** do SERGAS.

A súa mera existencia senta as bases para a deslocalización e conseguinte privatización dunha grande parte da actividade tanto urxente como programada dos servizos de radioloxía, sobre todo de TC e RM.

- Unha parte importante da demanda de probas de imaxe que soportan na actualidade os servizos de radioloxía do SERGAS é en realidade demanda inadecuada, que non aporta beneficios asistenciais para os pacientes, sobrecarga innecesariamente aos servizos, e provoca un incremento de custes importante para a sanidade pública; nesta situación, o papel do radiólogo/a é esencial para filtrar e reconducir, de acordo con protocolos preestablecidos, a demanda inadecuada de probas que chega aos servizos. Por outra banda, a lexislación vixente esíxelle á/ao radiólogo/a que xustifique a necesidade de facerlle a cada paciente unha proba que implique radiación⁹.

Nesta dobre función, de **combater a demanda inadecuada e de minimizar a exposición radiolóxica do paciente**, a figura do radiólogo/a que está no hospital e fala co paciente e cos outros clínicos é insubstituíbel¹⁰⁻¹¹.

Resulta difícil imaxinar como un radiólogo/a deslocalizado/a fora do hospital poderá facer estas funcións e, pola contra, resulta bastante evidente que a deslocalización provocará un incremento da demanda inadecuada de probas radiolóxicas, un incremento non xustificable dos custes económicos, e un incremento innecesario dos niveis da radiación ao que serán sometidos as e os pacientes. En definitiva, a consecuencia da deslocalización será un descenso tanto da eficiencia como da calidade da asistencia aos pacientes prestada polos servizos de radioloxía.

- A finais de maio de 2010, a Sociedade Española de Radioloxía (SERAM) subscreveu, xunto con outras 14 sociedades científicas españolas, a “[Declaración institucional para el desarrollo de la atención multidisciplinar en cáncer en España](#)”, promovida polo Ministerio de Sanidade e Política Social. Nesa declaración apóstase por fomentar o traballo conxunto de todas e todos os profesionais implicados no diagnóstico e tratamento dos pacientes con cancro, e entre eles dos especialistas en imaxe, das radiólogas e dos radiólogos. Ese traballo multidisciplinar debe realizarse “en base aos comités de tumores por patoloxía” que deben existir nos hospitais. Non semella doado imaxinar como van participar neses comités uns radiólogos deslocalizados fora do hospital correspondente.
- Os/as profesionais e os servizos de radioloxía, sobre todo os dos complexos hospitalarios, terán que **escoller entre dous modelos**, en boa medida contraditorios, no seu desenvolvemento futuro:



⁹ [Real Decreto 815/2001, do 13 de xullo, sobre xustificación do uso das radiacións ionizantes para a protección radiolóxica das persoas con ocasión de exposicións médicas](#) (a trasposición, á lexislación española, da Directiva 97/43 Euratom do Consello de 30 de Xuño de 1997, relativa a protección radiolóxica).

¹⁰ [Guía orientativa de xustificación en diagnóstico pola imaxe. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. 2006.](#)

¹¹ [Orden SCO/634/2008, de 15 de febreiro, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Radiodiagnóstico.](#)

- **Un modelo baseado nunha organización interna dos servizos de radioloxía que ten como centro as máquinas;** no que determinados radiólogas/os son basicamente expertos nunha determinada técnica máis punteira (TC ou RM, ...) á que os demais radiólogas/os do servizo non teñen acceso, o que na práctica provoca que restrinxan a súa actividade á radioloxía convencional e/ou a ecografía. Este modelo alén de provocar importantes desigualdades e marxinasións internas dentro dos servizos, é tamén un modelo no que é moito máis doada a deslocalización e a privatización da actividade profesional. Ademais, é dentro deste modelo onde ten o seu campo natural de desenvolvemento o que vimos denominando “uso perverso da telerradioloxía”.
- **Un modelo alternativo de desenvolvemento dos servizos de radioloxía, que sitúa aos pacientes, e non as máquinas, no centro da actividade dos servizos.** O servizo deberá potenciar a organización por “órgano-sistema”, de xeito que alén das clásicas seccións de neurorradioloxía, radioloxía vascular intervencionista, radioloxía pediátrica e unidade da mama, deberán tamén que existir seccións de dixestivo, músculo-esquelético, xénito-urinario, etc. Dentro destas seccións, as radiólogas/os expertos no correspondente órgano-sistema, terán acceso a todas as técnicas radiolóxicas dispoñíbeis (Rx convencional, ecografía, TC, RM, ...) e, en función do paciente concreto e en íntima conexión cos clínicos, decidirán que técnica ou combinación de técnicas radiolóxicas concretas deben usarse en cada paciente concreto. Un tal modelo de organización, é moito máis beneficioso para o paciente que o modelo previamente descrito, é moito máis democrático e enriquecedor para as e os profesionais, e é perfectamente compatíbel cun “uso non perverso” da telerradioloxía. Ao tempo, neste modelo de organización dos servizos de radioloxía é moito máis difícil a deslocalización da actividade das e dos profesionais e a privatización dos servizos.

CIG-Saúde oponse á proposta de eliminar as gardas de radioloxía dos hospitais comarcais, presentada polas actuais responsábeis do SERGAS, ao considerar que esa proposta baséase nun “uso perverso da telerradioloxía” que potencia a deslocalización fora dos hospitais da actividade profesional das radiólogas e radiólogos, e vai provocar unha redución da calidade da asistencia prestada á poboación atendida por eses hospitais. Ademais, consideramos que a proposta da actual administración é so un primeiro paso, ao que seguirán outros na mesma dirección que tamén afectarán aos servizos de radioloxía dos complexos hospitalarios, nun camiño que adquire toda a súa coherencia dentro dunha estratexia que procura a privatización dos servizos de radioloxía, a medio ou longo prazo.

CIG-Saúde chama á cidadanía das áreas atendidas polos hospitais comarcais a que defenda que no seu hospital haxa especialistas en radioloxía de garda e, por outra banda, anima aos radiólogos e radiólogas a que debatan e se posicionen diante dos posíbeis modelos alternativos de organización futura dos servizos de radioloxía que o desenvolvemento da telerradioloxía está abrindo.