

Un nuevo profesionalismo para Radiólogos, ¿lo necesitamos?

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Jesus Guzman Revuelta

Objetivos Docentes

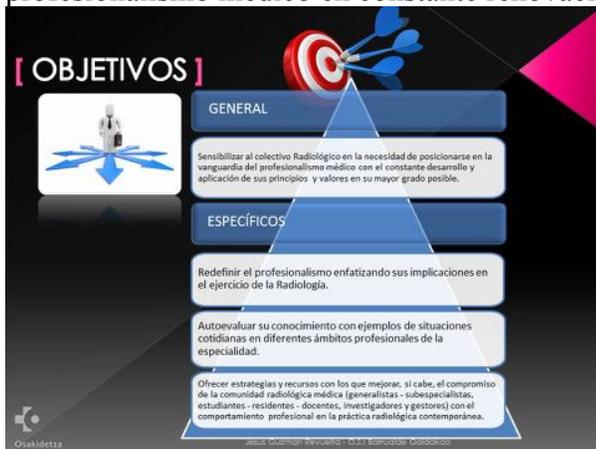


SUMARIO DE ILUSTRACIONES

Objetivos	fig. 3.
Justificación	fig. 4
Burnout radiológico	fig. 5

Algunos comportamientos NO ACEPTABLES	fig. 6
Terminología	fig. 7
Las lecciones de la Historia	fig. 8
La carta del profesionalismo médico	fig. 9,10
Su marco conceptual	fig. 11
El arquetipo profesional	fig. 12,13
Las Responsabilidades del Radiólogo.	fig. 14-17
Algunos tabúes profesionales	fig. 18-30
Estereotipos	fig 31,32
Desafíos y oportunidades	fig. 33-40
Hitos de la Radiología	fig. 41-43
Formación y evaluación en profesionalismo	fig. 44-51
AUTOEVALUACION	fig.52-73
Limitaciones	fig. 74
Conclusiones	fig.75,76

La hipótesis original, formulada en forma de pregunta en el título, es que la Radiología contemporánea y el profesionalismo médico en constante renovación.



Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Título

El autor declara no tener ningún conflicto de interés real, potencial o potencialmente percibido, económico, profesional, político, investigador, personal, ni institucional, que amenace la independencia de su juicio profesional, ni ninguna duplicidad en la publicación de esta presentación electrónica educativa.

N. del A.:

1. Destinado preferentemente a todo profesional con interés en la **Radiología clínica**, y aunque centrado en los radiólogos, también es extensible en muchos aspectos a nuestros TER/TSID, sin cuya profesionalidad nuestro trabajo no sería posible. La práctica de la Radiología es un verdadero trabajo en equipo, no tratándose solo de médicos y pacientes.
2. Las inteligentes lectoras sabrán disculparme por el uso "androcentrico" a lo largo de todo el texto (excepto en el "abstract") de los términos gramaticales que pudieran afectarse, siguiendo el **principio de economía del lenguaje** y no desdoblado continuamente ambos géneros por separado, como parece marcar la ortodoxia lingüística vigente. Reconociendo que el caso debiera haber usado exclusivamente el femenino, considero que la visibilidad real de las radiólogas españolas está garantizada por su posición mayoritaria y destacada entre las que ejercamos la profesión.
3. Las reflexiones no referenciadas que incorpora a lo largo del texto e imágenes, son fruto de mi experiencia global a lo largo de 30 años en el mundo sanitario en diversos equipos y cargos, y a pesar de estar especialmente vinculadas a la especialidad de Radiología, expresan mi punto de vista independiente sobre el **conjunto de la profesión médica**, que no tiene porque coincidir con el de la SERAM, ni con el de la actual organización de servicios. En cualquier caso, las hago alejado de cualquier virtuosismo, pues me considero un radiólogo modesto, consciente de mis numerosas áreas de mejora, e ilusionado por aprender.

SALIDA

Este poster es textualmente extenso, por lo que si no dispone de tiempo y/o entiende que el profesionalismo médico está garantizado, o que no aporta valor a la radiología actual, antes de abandonarlo, le invito, si lo desea, a realizar una sencilla **AUTOEVALUACIÓN** que hallará en la diapo. 52, y en función de sus resultados o necesidades percibidas, valorar una posible lectura parcial, total o atendida del mismo.

Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - O.S.J Barualde Galdakao

Fig. 2: Autoría y conflicto de intereses

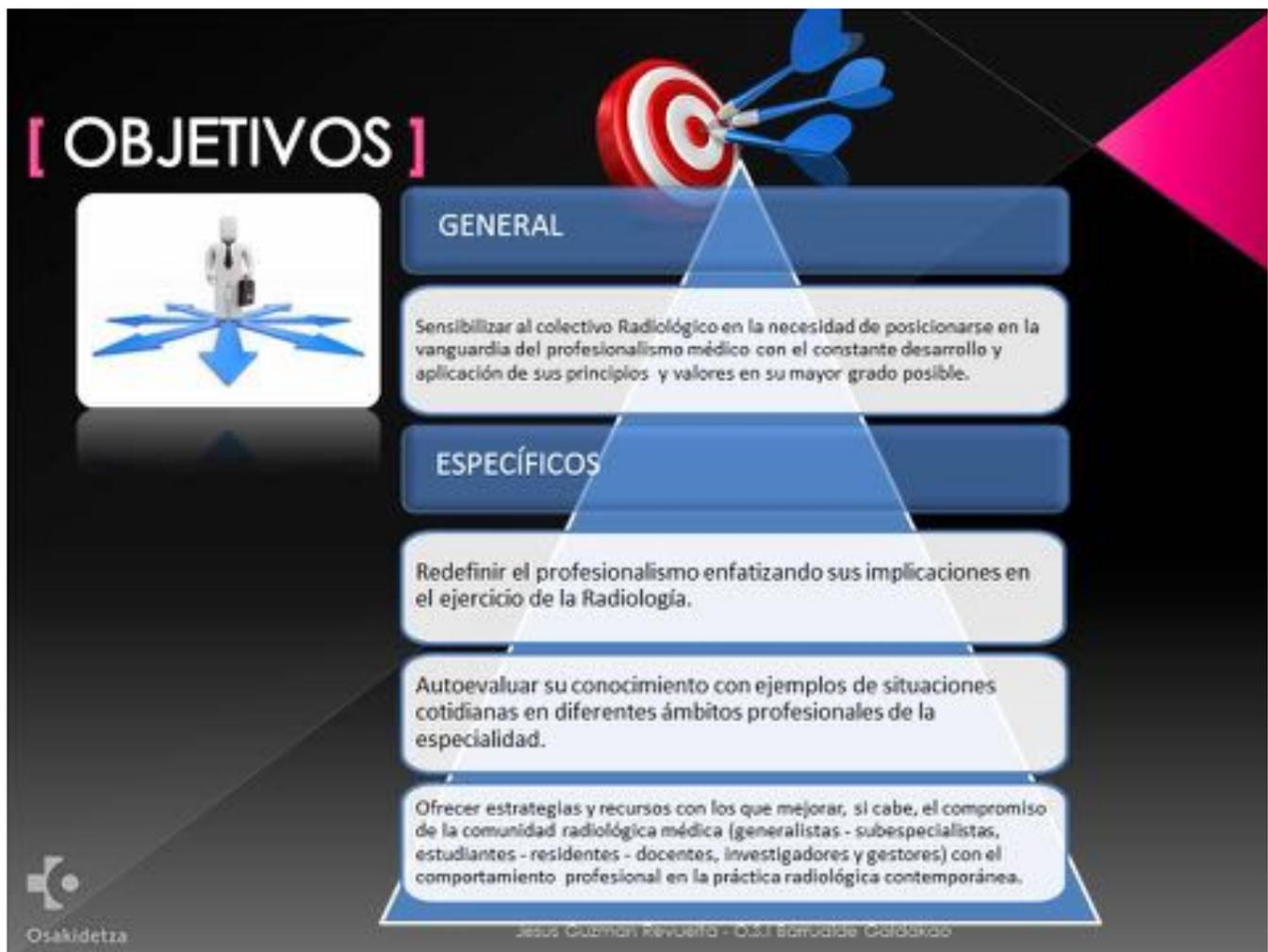


Fig. 3: Objetivos

Revisión del tema

1. Mitos y realidades

El leitmotiv de este trabajo surgió con unas autorreflexiones provenientes de la siguiente pregunta retórica el “neo-profesionalismo”, valga la expresión, en nuestra especialidad?

Aun a expensas de que pudiera resultar en una labor titánica expuesta a frivulizaciones, como si de un práctico acaecieran, metafóricamente, como los de sermonear en medio del desierto una causa perdida hacen al final terminan desengañados, expondré algunas razones por las que creo en la respuesta afirmativa que, como ya dijera Richard Charles Horton, el editor jefe de la prestigiosa revista *The Lancet*, “*el profesor de la medicina*”(2005), y por ende de nuestra especialidad.

Las condiciones en las que se enmarca el ejercicio de la Radiología en nuestros días poco tienen que ver con

Los especialistas en Radiología somos distintos:

- Con legítimas aspiraciones a ser valorados como verdaderos consultores polivalentes integrados ac equipos multidisciplinares.
- Asumiendo la auto exigencia de un lógico reforzamiento de conocimientos clínicos y súper especialidad y a la pérdida de definición e influencia de las áreas limítrofes con otras especialidades formadora para mantener la competencia asistencial e investigadora, de ampliación de la formación de recertificación, como en otros países occidentales.
- Con sentimientos encontrados de infravaloración de la especialidad, tras haber perdido el control si incluso por qué [1] de nuestro trabajo –cuyo máximo exponente surge con la aparición de la telemedicina
- Expuestos a una mayor presión laboral –incluida la cobertura de las urgencias radiológicas– por cada minuto mayor hincapié en términos de número y tiempos de generación de interpretaciones de relevancia clínica de los resultados.
- Con posicionamientos, de partida aun discrepantes, referentes a nuestra actitud frente a los pacientes el paciente- que aún ni visibilizan ni eligen a su radiólogo de confianza, igual que hacen con otros especialistas
- Con mayor consciencia de la necesidad de adquirir habilidades no interpretativas, como las de liderazgo y otras.
- Con feminización progresiva de la profesión, y preocupación compartida entre mujeres y hombres por la vida familiar y profesional según las prioridades de cada uno.

Nuestros médicos referentes son distintos:

- Con menor poder de razonamiento derivado de un mayor déficit de habilidades clínicas [2] por una mayor dependencia que a los pacientes.
- Con mayor desarrollo de las técnicas laparoscópicas y endoscópicas que se benefician de la colaboración de otros especialistas

Los pacientes, y la sociedad globalizada, digital y consumista de la que formamos parte, son distintos:

- Son NUESTROS pacientes,
- Son más activos, pero a menudo sobre/desinformados, sin un filtro profesional experto, responsable y profesional.
- Con demandas crecientes, reclamando un mayor protagonismo en las decisiones sanitarias y cercar la opinión de los especialistas

La misma Radiología es indudablemente distinta:

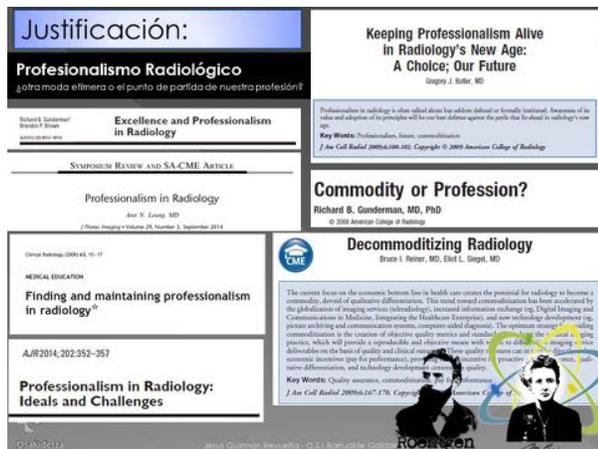
- El título de especialista no concede de por sí y de modo indefinido la necesaria competencia, y tampoco garantiza su imagen, que ya no es nuestra “en exclusividad”, y nos guste o no, la compartimos con clínicos su presencia. Más allá de las lindes de cada profesión, impuestas por la figura penal del intrusismo y el diálogo y respeto mutuo, abandonando en lo posible las defensas gremiales, ateniéndose a los criterios de función de la actividad concreta a desarrollar (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales)
- La revolución tecnológica sin precedentes que está experimentando, que la hace más compleja.
- Las nuevas herramientas, como la mayor portabilidad e integración de los equipos, el diagnóstico y monitorización de la productividad [3,4].
- El incremento gradual del capital intelectual humano, y exponencial de la inteligencia artificial con aplicaciones diagnósticas.
- La constante expansión de las habilidades no interpretativas.
- La inabarcable creación de conocimiento útil y compartido, con sistemas tecnológicos, no preparados para proyectos de Real World Data.

Todo, incluyendo nuestras eventuales actitudes egocéntricas y autocomplaciente statu quo, parece estar involucrando disruptivamente en algunos aspectos, a un ritmo trepidante, hacia un mundo radicalmente diferente.

En esta coyuntura, al albur de tan impactantes transformaciones e incertidumbres, la psicología, el conjunto de la profesión, apoyadas en el ideario del profesionalismo, se vislumbran como recurso apasionantes oportunidades colectivas.

Jeff Bezos, fundador de Amazon, respondió a un accionista crítico: “si quieres innovar debes estar periodos de tiempo”. Aun reconociendo que es preciso trabajar en pro de evitar la gran variabilidad de la o no entienden o son reacias a abrazar los cambios, pues la cultura social imperante es la del “cumplir tolerancia a la variación del estándar, disminuyendo la diversidad, creatividad e impidiendo que el todo Pero, como dijera el vicepresidente para Asia de Microsoft: “El progreso proviene de las personas que p no se avanza”. Así, según opiniones de expertos, los radiólogos que tomen conciencia del **cambio** de práctica y docencia médicas, convirtiéndose en protagonistas del mismo, que sepan redefinir sus roles: nuevas aptitudes y nuevas **actitudes**, analizando todas las situaciones de conflicto profesional para la medida y aportando valores añadidos en la medida de sus posibilidades, se impondrán a sus colegas menos innovadoras sus posiciones inmutables. A la par que idealizamos la realidad que se nos impone de forma tan pragmática nuestros ideales. Estos cambios ya se están produciendo, aunque más despacio de lo que no

La consecución del **ideal** del profesionalismo es el foco candente de una prolija literatura relativamente incluida la Radiología, y no conoce fronteras, entre líderes visionarios médicos y radiológicos muy diversos (incluido el nuestro [6]) y numerosas sociedades científicas, en un debate inacabado acerca de desaparición, o por el contrario hacia su pervivencia, progreso e incluso amplificación.



Se da la paradoja de que en la literatura emergente por un lado hay consenso en proclamar el auge del profesionalismo, simultáneamente se recogen las insatisfacciones de los que ejercemos esta noble profesión, viviendo su desilusión/”burn-out” acrecentados con la pérdida del estatus profesional (véanse en Temas para debate e

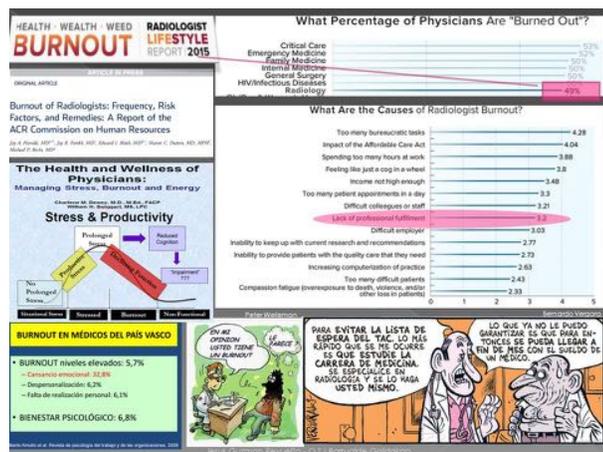
La evidencia disponible sugiere que los comportamientos poco profesionales resultan en una reducción de productividad, disminuyendo su realización personal, productividad, comunicación, trabajo en equipo y eficiencia, aumentando los costos, y en muchos casos derivando en síndrome de **desgaste profesional** [7,8] con deshumanización y

Ese desgaste profesional también viene originado por los conflictos derivados de nuestra mentalidad al “acceso”, enfrentándonos a expectativas irreales (frente al papel integrador de los auténticos administradores abusivo con peticiones en conflicto con las recomendaciones científicas, y por los derechos de los demás y los recursos.

Si los únicos indicadores laborales que tenemos en cuenta son la productividad y la tasa de errores, estos métodos cuantitativos incluidos en la gestión de la “calidad total y la mejora continua de la calidad”

vida laboral de los radiólogos. Para Gundermann es preciso que amplíemos nuestra concepción acerca de abarcar no sólo la velocidad y precisión, sino también la pertinencia, utilidad, y la sensación de los trabajos posibles [10]. Aspectos que, con demasiada frecuencia, no se tienen en cuenta.

Intuitivamente sabemos que estaremos abocados a la **desprofesionalización** en este contexto propiciado por políticas político-económicas (la politización de la medicina, o dicho de otro modo, la **medicalización** de una sociedad) y sus efectos derivados como el sobrediagnóstico –o error pronóstico- y sobretratamiento, con aumento de crisis de valores, con la autosatisfacción en la mediocridad imperante a todos los niveles, y donde se ignorando conscientemente el núcleo central del profesionalismo, delegando toda la humanización y por sus colaboradores, TER/TSID, ATS/DUE y personal no sanitario como administrativos y celadores. Todo ello con el perfil del profesional radiólogo médico experto consultor, por el de un radiólogo técnico superior a valor añadido, e incluso minimizar su compromiso ético y motivación, al primar sus intereses económicos en un círculo vicioso completo e inexorablemente retroalimentado.



En un taller de planificación estratégica en profesionalismo los siguientes puntos fueron considerados como del profesionalismo médico: la incompetencia, el abuso de poder, el rencor entre los colegas, el fraude y conflictos y la arrogancia [11].

Por consiguiente, nunca debiera ser demasiado tarde para profundizar en la cultura del profesionalismo: *ayudar*”, frente al **fatalismo** o la cultura de la queja, cuando normalmente los que más se quejan son los propios de la profesión, pues en su aprendizaje por osmosis, pueden llegar a considerar algunos de ellos como modelos propios, perpetuando así la conducta. Todos los médicos deberíamos reflexionar sobre este punto y recomendar un modelo o “*contramodelo*” (modelo contraproducente) para los que nos rodean.

Conductas poco profesionales más o menos habituales han sido descritas por el Dr. Lanne [12] y otros.

[Conductas a evitar]

Henry Ford: "La mayoría de las personas gasta más tiempo y energía en hablar de los problemas que en solucionarlos".

- ❖ Afirmar que no tenemos tiempo para consultas de médicos de referencia, o pacientes o sus familiares, "por lo ocupados que estamos".
- ❖ Hablar negativamente de los médicos de referencia. "su médico no sabe solicitar pruebas de imagen", "debería haber ordenado una ecografía en primer lugar"...
- ❖ Hablar negativamente del sistema sanitario. "Este sistema de citación comote errores con frecuencia", "Raramente encuentro la información que necesito con este sistema"...
- ❖ Hablar negativamente de los equipos disponibles. "Este equipo se estropea con frecuencia", "solo queremos un equipo que funcione"...

En su lugar, intentemos **aportar soluciones creativas** defendiendo nuestros derechos: estrategias de gestión proactiva del tiempo, comunicación eficiente con pacientes, médicos peticionarios y gestores, mejora de nuestras condiciones laborales y de desarrollo profesional, etc...

Charles Dickens: "Este es un mundo de acción, no de quejas y lamentos".

Jesus Guzmán Revuelta - OLI Barja de Galzaco

2. Breve análisis léxico

Pero, ¿de qué hablamos cuando nos referimos al profesionalismo?

Como cualquier concepto abstracto resulta difícil de definir, y si nos preguntasen a cada uno de nosotros una definición, pues, de una u otra forma, todos aspiramos a ser profesionales en nuestro trabajo.

Los radiólogos estamos obligados a promover un ambiente de exigencia profesional y ética entre nosotros y el conocimiento de los valores profesionales y las reglas éticas que deben guiar nuestra práctica médica. Pero si no conocemos los principios del profesionalismo, muy probablemente nos llevaríamos un gran chasco, y si pertenecemos a un subgrupo de los residentes las cifras bajarían aún más. Las reacciones ante esta espinosa cuestión suelen ser de rechazo visceral [13]. Entonces, ¿cómo vamos a aplicar lo que nuestros códigos ético-deontológicos nos dicen? El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo organizado por la Organización Médica Colegial (OMC) incluye un código deontológico.

En el buscador más popular de internet actualmente podemos recuperar más de 2 millones de páginas (más de 45 millones en inglés). Cualquiera de ellas estará de acuerdo en que el profesionalismo es una cualidad que se describe en su descripción o definición pormenorizada. Aunque se da por supuesto que la habilidad científico-técnica es necesaria para identificar la vivencia "profesional" de un radiólogo. Las definiciones de profesionalismo se pueden agrupar en tres: lo que hacemos, lo que decimos, lo que hacemos y como nos presentamos a nosotros mismos [14].

Aunque lingüísticamente los hispanohablantes tenemos ciertas reticencias en su uso, debido a su traducción literal de la RAE, que lo define con una acepción más bien negativa: "cultivo o utilización de ciertas disciplinas (enfaticando precisamente lo que se desea evitar), el vocablo es asumido a modo de anglicismo como "*Professionalism*", derivado a su vez del latín "*professio*" o declaración pública, como los valores y competencias que define.

Entendiendo **profesión** [15], no solo como un campo de estudio y conocimiento especializado adquirido y aplicado institucionalizado al beneficio de la sociedad, es decir no ejercida solo por el afán de lucro sino que su práctica reconocida legalmente con acreditación oficial y licencia, y con posesión de un código ético y deontológico.

Genéricamente nos referimos con profesionalidad o profesionalismo a la capacidad de trabajar y cumplir con altos estándares requeridos y establecidos por la profesión ejercida, cualquiera que sea esta (médico, técnico, etc.).

[TERMINOLOGÍA]

- "PROFESSIONALISM"= valores y compromisos de una profesión.
- **Organización Médica Colegial de España**= Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

Osakidetza | Jesús Guzmán Revuelta - O.J. Barjaide Galdakao

"Well DONE is better than well SAID"

Graciano MORA philosophy: "The secret of life is brevity and, fast dying. If you can take that, you've got it made"

"If you want something you've never had, you must be willing to do something you've never done"

3. Los antecedentes

La palabra inglesa "Professionalism" designa un movimiento acuñado en ámbitos académicos de EE.UU XX, que define los rasgos esenciales del buen hacer de la profesión médica.

Precedentes del Profesionalismo son los códigos primitivos, como el de Hamurabi, que ya esbozaba responsabilidades en cuanto a asegurarse competencia técnica y la confianza de los enfermos, elementos del profesionalismo.

En los escritos "Sobre el médico" y "Sobre la decencia" del Corpus Hippocraticum, se llega a recomendar a los médicos, para hacerlo, como diríamos hoy, con profesionalismo.

[HISTORIA]

Jura [...] tributaré a mi maestro de Medicina respeto [...] si quiero aprender la ciencia, se la enseñaré sin ningún género de recompensa [...] evitando todo mal y toda injusticia [...] no buscaré otro objetivo que el bien de las enfermas: me libraré de cometer voluntariamente falsas injurias o acciones corruptoras [...] Guardaré secreto... (460 a.D-370 a.C)

El Juramento Hipocrático, que todos hicimos, contiene elementos centrales del profesionalismo médico vigente, como la justicia social, el altruismo, la competencia profesional, la honestidad, el respeto, y la confidencialidad.

“ La tesis del juramento es que los profesionales tenemos que aspirar a la excelencia. ”

DIARIO MEDICO.COM

¿Este hoy es día apropiado el cumplimiento del juramento hipocrático por los médicos?

100% (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10)

90,0% (n=9) Sí. Es un compromiso que todos los médicos que nos dedicamos al paciente debemos cumplir.

10,0% (n=1) No. El profesional tiene que estar en un momento que se le exige de cada día.

¿Cree que los códigos de ética profesional han mejorado el nivel de la profesión?

100% (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10) (n=10)

90,0% (n=9) Sí. Me ha permitido y ayudado a tener conciencia de mi nivel.

10,0% (n=1) No. Me parece que no me ha ayudado.

MARCELO GRABINO BELINZONI

Investigador de la Universidad Central de Chile

Investigador del Instituto de Salud "Código Deontológico y PAME colgista"

¿Cuál es su postura ante el Código de Deontología?	
Lo ignora	90,4%
Lo respalda	8,1%
Lo critica	9,8%
Lo respalda totalmente	0,8%

Osakidetza | Jesús Guzmán Revuelta - O.J. Barjaide Galdakao

4. El Código constitucional

Todas las definiciones de profesionalismo médico intentan verbalizar los que creemos son los más altos poner los intereses de los pacientes y la sociedad por encima de los nuestros, centrándonos en las cosas que hacemos [16].

Entre las variadas definiciones una de las más difundidas la proporciona el American Board of Internal Medicine con 10 compromisos con los pacientes y 3 principios fundamentales que no son otra cosa que una versión

Los principios fundamentales son:

- La **Beneficencia** y no maleficencia, englobando al altruismo, principio que no debiera subordinarse a intereses sociales o exigencias administrativas.

- La **Autonomía**, que implica respeto y honestidad con los pacientes incluyendo su derecho de acceso posterior a la prueba.
- La **Justicia social**. Especialmente en momentos de crisis, es cuando más se debiera velar por la sostenibilidad y equidad. Lamentablemente estas quedan seriamente amenazadas por los déficits formativos e postgrado, como puso de manifiesto un estudio reciente [18] demostrando el conocimiento muy limitado que suponen las pruebas que solicitan-. Cuando entren en conflicto el principio de beneficencia y libertad individual y libertad clínica de cada médico, debiera prevalecer la eficacia (Medicina Basada en la evidencia) sin caer en un economicismo estricto, seguimos siendo “administradores de recursos” con una responsabilidad que debe hacernos tener presentes, en nuestras decisiones en la práctica asistencial, conceptos como coste-oportunidad, o priorización en la asignación de recursos, por poner un ejemplo, no realizar pruebas preoperatorias [9]). Quizás debiéramos ensayar las experiencias educativas del mundo farmacéutico y estrategias del control de la misma.

Entre los compromisos figuran:

- La **Competencia** y su mantenimiento.
- La **Confidencialidad**, especialmente en entornos de sociedades culturalmente permisivas, cuando hay una creciente accesibilidad a la información por medios electrónicos.
- La **Honestidad** que entraña informar verazmente antes del consentimiento para el diagnóstico o tratamiento.
- Establecer una **Relación apropiada con el enfermo**, evitando cualquier corrupción económica, soborno, etc.
- **Investigar, y enseñar** a otros. En el caso de la enseñanza tanto formal como informalmente.
- Mejorar la **calidad** del ejercicio profesional, manteniendo competencias profesionales, evitando el riesgo de la seguridad de los pacientes.
- Favorecer el **acceso equitativo a los cuidados**, evitando retrasos injustificados.
- Trabajar de forma costo-eficiente sin **utilizar recursos** superfluos.
- Promover el **conocimiento científico**, con investigaciones íntegras y un uso adecuado de la tecnología.
- Declarar públicamente los **conflictos de intereses**. Es crítica la participación del usuario de los equipos con criterios profesionales y técnicos, y no en otros más dudosos [19].
- La **Rendición de cuentas** profesionales, con controles externos y transparentes.
- Las **responsabilidades profesionales**, trabajando en equipo, en red, o en comunidades virtuales, etc.

Contrato tácito con la sociedad

Presente y Futuro

PERSPECTIVE

Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter
Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*

© February 2002 | Journal of Internal Medicine | Volume 251 | Number 2 | 183

- American Board of Internal Medicine= conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo.

¡ Pongamos en primer lugar los intereses de nuestros pacientes !

© 2011 Seram.es



5. Desarrollo teórico, ¿qué es, y qué no es, un radiólogo profesional?

Particularmente aclaratoria es la definición propuesta por el Dr. Sharon K [20] y otros, si sustituí denominación de nuestra especialidad: “Acto de anteponer los intereses del paciente sobre los del Radió y proporcionar asesoría de experto a la sociedad en materia de Radiodiagnóstico”.

Tal vez la forma más fundamental de pensar acerca del profesionalismo sea desde el punto de vista del simple, pero por lo general no es fácil de aplicar: “Ponte en el lugar de tu paciente” (**empatía** que pue jefes, técnicos, y resto del personal), o dicho de otro modo lo que es bueno para los pacientes será en últi

El Royal College of Physicians de Londres lo definió como un conjunto de valores, comportamien confianza que la sociedad tiene en los médicos [21].

El profesor Tim Wilkinson lo definió como un conjunto de adhesiones a la práctica ética (**honestidad** pacientes (**empatía, respeto**), efectiva interacción con otros trabajadores de la salud (trabajo coop **fiabilidad** (rendición de cuentas), y el compromiso con la superación personal continuada (**aprendizaje**

El Dr. Lesser y otros [23] redefinen el profesionalismo contemporáneo como una competencia multidi desarrolla de forma continuada a lo largo de toda la vida profesional, pues los médicos que son buenos profesionalismo.

El Dr. David Stern, describe la excelencia, la rendición de cuentas, el altruismo y el humanismo profesionalismo médico [24]. Su marco conceptual abstracto, modificándolo y adaptándolo de la idea recomendaciones de múltiples sociedades radiológicas, con ejemplos de iniciativas específicas del camp “mesa de 4 patas” (fig.11), a las que a menudo no se da suficiente importancia. Obsérvese que el eq inestable, y requiere en primer lugar de la integridad de todos y cada uno de estos 4 términos o pilares es

- La **Excelencia**: que en Radiología englobaría al menos los subtipos de la excelencia en seguridad (radiológica), competencial interpretativa y procedimental (con compromiso con el aprendizaje co la excelencia es la competición con uno mismo por la mejora continua, que no perfección (diferencia entre lo suficientemente bueno y el perfeccionismo [25] que puede ir en contra de l respuesta correcta no es necesariamente más importante que saber lo buena que dicha respuesta t CALIDAD y la satisfacción del paciente.
- La **Rendición de cuentas**: incluye aspectos esenciales como la publicación científica.
- El **Altruismo**: exige subordinar nuestros intereses a los de los pacientes (otro ejemplo sería la labo crecimiento profesional de discípulos residentes o menos experimentados).
- El **Humanismo**, contrapuesto al reduccionismo tecnológico o cosificación del paciente. Requiere c con los pacientes haciéndose también imprescindible en contextos altamente tecnificados gracia ineludiblemente somos los profesionales sanitarios.

Debemos creernos y comportarnos como lo que somos: “Radiólogos clínicos consultores”, como sabiam especialidad referentes nacionales como el Dr. Pedrosa, y más recientemente el Dr. Lucaya [26] en su importancia de la autocritica constructiva dice: “Somos radiólogos pero, ante todo, somos **médicos**, y e especialidad, agiliza la valoración de los estudios de imagen y mejora el reconocimiento, a nivel profano,

Nuestra profesión médica es quizás la más admirada, y aquella de la que más esperan las gentes, capacidades intelectuales y técnicas de los médicos, a veces no están tan convencidos de su comportan progresivo **desprestigio social** de la clase médica con una idealización pareja de la tecnología biosanitari

Por tanto, para no perder esa confianza, sigue siendo necesario mantener estos principios, aunque a la p de las expectativas sociales que anteponen las técnicas a los profesionales, a menudo mediatizadas espurios como los de los mercados, la administración y la política.

Para ello, y para que los pacientes mejoren la comprensión de nuestra profesión, es necesario i estableciendo una justa reputación pública de la misma, informándoles incluso delante de sus propia: haciendo pedagogía social desde los medios de comunicación tradicionales y las redes sociales. Sirva divulgativa TED -Tecnología, Entretenimiento, Diseño- dirigida al público general, e impartida por el E muy especialmente sus tres últimos minutos, las “imágenes con alma”. Sencillamente ¡Chapeau!



6. Deliberación y recomendaciones prácticas

Es bueno poder **declarar** nuestro compromiso profesional, afirmando sin complejos los valores que inte valores son contagiosos. Además debiera ser merecedor de **reconocimiento** institucional y social.

Admirar y querer al modelo profesional con desinterés y sin malicia es ya participar de su profesionalism

Como señala JF Drane, no sólo se debe ser un buen médico, sino que además se debe llegar a ser un mé ser un buen profesional no basta con ser una buena persona, pero no se puede ser un buen médico si, a definitiva, ser un buen profesional o buen técnico (según los criterios científicos de la buena práctica ; tiene por qué ser sinónimo de ser un buen médico, y en negativo, no ser un mal profesional no significa s

Gracias al profesionalismo debiéramos aspirar a un ejercicio profesional recto, que no solo consiste diagnósticos o terapéuticos, o en el arte interpretativo de las pruebas realizadas, sino que también hace con el paciente individual y con la sociedad [30] (ética de mínimos o no maleficencia).

Es más, aunque esta matización puede resultar polémica y no compartida por todos, con el profesion moral, que obviamente no pueden imponerse, pero cuya consecución puede promocionarse.

ARQUETIPO PROFESIONAL MÉDICO

Dr. Mark Greene

La famosa serie estadounidense "Urgencias" comienza mostrándole durmiendo en una sala de observación, sobre una camilla vacía que bien podría ocupar un paciente.

Muy trabajador, se toma muy en serio su trabajo. Es el jefe del servicio pero trata de igual a igual y escucha a sus compañeros. No se retira de la atención directa a los pacientes a pesar de su posición.

Su mujer le obliga a acudir a una entrevista de trabajo en una estupenda consulta privada. Le han ofrecido ser socio y ganar muchísimo más por trabajar sólo los fines de semana. Greene acude por no enfadar a su mujer, pero quiere quedarse en su hospital...

En una encuesta entre pacientes, técnicos y radiólogos suiza, presentada en el ECR 2013, «E9» fue la serie de TV que relató con más precisión a la Radiología, y todos convinieron en que la Radiología jugó un papel importante en los diagnósticos, al igual que en otra serie, como «Grey's Anatomy». Aunque solo la mitad de los pacientes y el 20% de los radiólogos dijeron que podían identificar quien era el radiólogo en las mismas. (Véase diag. 31)

Jesús Guzmán Revuelta - O.S.U. Revuelta Galdoz

¿Qué significa ser Radiólogo? y ¿cómo puede cambiar su significado en el futuro?

El radiólogo debe centrarse en algo más que interpretar las imágenes y realizar informes (nuestro pr “**estabulación**”, término muy gráfico que en múltiples foros he recogido del Dr. José Luis del Cura, y co aislarnos, con la excusa de aumentar la productividad laboral en términos de informes realizados y no de resultados en salud, cayendo en la trampa de convertirnos en una materia prima más, sujeta como tal a la:

Así, según un estudio reciente [31], a pesar de una media de 6 interrupciones por hora por otro per: (intervencionistas aparte) emplean solo el 36,4% del tiempo de su jornada laboral en la interpretación de

Creo que muchos radiólogos coincidiremos en que nuestra “edad de oro” quedó atrás hace tiempo, y continuará gozando de un excelente futuro, si nos mantenemos como meros intermediarios interpretadore

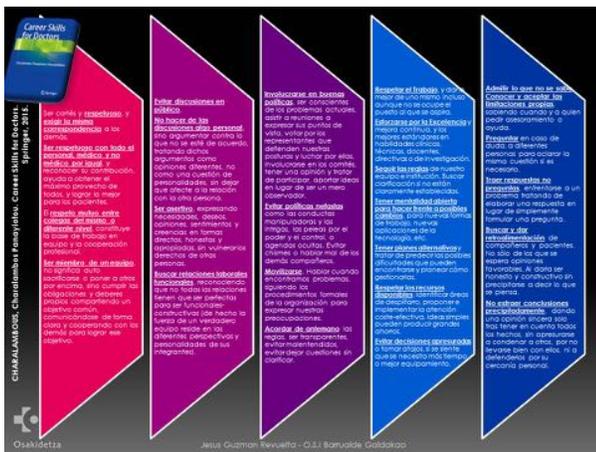
El profesional radiólogo del futuro, o se reinventa, distinguiéndose por su profesionalismo, o corre un alt

El Dr. Armstrong ya describió siete elementos de las responsabilidades de cualquier radiólogo con los actividades profesionales confiables (*Entrustable Professional Activity*) desarrolladas por el *ACGME* A Education (Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados en EE.UU.) para la supervisió y como se trasladan a las habilidades y responsabilidades profesionales de los radiólogos.



Definir y medir las actitudes y las destrezas características de la conducta profesional, tanto en los estu-
 campo, identificando valores como elementos de profesionalismo o de su carencia, supone un desafío ext

El Dr. Charalambous aborda con múltiples ejemplos prácticos en situaciones específicas, 27 com-
 cualquier servicio hospitalario, que pueden afectar a la **imagen profesional** de cualquier médico, radió
 capítulo de su muy recomendable libro “Habilidades profesionales para médicos” [33], que en la
 exceptuando los dos últimos por limitación de espacio, que son, utilizar adecuadamente las redes social-
 no haga al monje, la marca personal e imagen transmitidas al exterior también deben ser profesionales).



Yendo al grano, el Dr. Guntermann plantea algunas actitudes básicas, en forma de interrogantes, en nuest



Realmente los ejemplos serían inabarcables, y se plantean con toda su crudeza en *best sellers* como discutirse en forma de escenarios prácticos en múltiples materiales educativos online y en una extensa bibliografía en particular (véanse los apartados de bibliografía y autoevaluación).



7. “Materia reservada”: conductas no profesionales. ¿Qué se puede hacer?

Hay un gran consenso en que los principios y responsabilidades del profesionalismo están siendo amenazados. La ausencia de honestidad no son originales de los radiólogos. Afortunadamente es una creencia generalizada que la in

honestidad su profesión, pero a veces las joyas más preciadas las tenemos tan escondidas que incluso no los estudiantes que ingresan en la carrera son idealistas, pero tienen una vaga idea del profesionalismo. Las afirmaciones de que todos los médicos queremos ser buenos profesionales, y que cuando la vemos, notamos cuando está ausente, serían notorias perogrulladas, pero también que los “nocivos” o “echados a perder” siguen considerándose con pudor extremo, para no estigmatizar ni poner en la última instancia, son una amenaza para la seguridad del paciente. Algunas de las más habituales se ven en las famosas series de televisión en la fig.18.

Según Borrell, subyacente a las prácticas no profesionales puede haber entre otras posibilidades, problemas de conflictos de intereses, déficits cognitivos, prácticas adictivas, y una débil conformación ética [34].

Todos los radiólogos tenemos el deber de verificar la posible afectación de nuestro desempeño por alteraciones de la **ayuda** tan pronto como sea posible tras su **detección** propia o por medio de un colega [35].

Es más, el saludable principio de confraternidad intra e interprofesional no excluye, ni el derecho a la libre expresión (este ejercerse en los ámbitos adecuados, en privado), ni la posibilidad de denunciar ante el colegio profesional deontológicas; y a la inversa, la lealtad colegial obliga a salir en defensa de los derechos del compañero injustificados, con el fin de restituirle el daño moral causado[30].

El **corporativismo** de la medicina es motivo de que la relación médico-paciente basada en la confianza en la institución prestador-cliente basada en la desconfianza [36], haciéndonos perder no poca credibilidad y lealtad.

En esta línea argumental, y sin caer en idealizaciones casi utópicas, la adecuada integración del profesionalismo y otras realidades ocultas tan extendidas en la actualidad, desvaneciendo así la percepción de corporativismo y confianza en la clase médica.

Aunque a primera vista el médico práctico pudiera trivializar la situación (no hay peor ciego que el que no quiere ver), los retos muy profundos y apartados de su realidad, estos estaban implícitos en el juramento de graduarnos (hipocrático), y en realidad todos afrontamos situaciones que ponen a prueba nuestro temple y



Los comportamientos profesionalmente incorrectos de los médicos, radiólogos incluidos, aunque de pr cuantitativa, no son para nada algo anecdótico [37] sino que están subestimados e infravalorados, y d conjunto sino a cada uno de los que trabajan en ella.

Según su gravedad, y aunque la lista sería mucho más larga, se gradarían desde los enfados explosivos: técnicos, el abuso de poder, la explotación y reproches a estudiantes y residentes delante de sus compai “arreglos” de resultados, o autorías inapropiadas o directamente falsas [38,39,40], el acoso laboral, presencian (el mal consentido), hasta el abuso de sustancias (alcohol y drogas) amenazando gravemente con responsabilidad penal, como la corrupción en términos financieros o de cualquier tipo, la revelación de la confidencialidad, por ejemplo con accesos informáticos indebidos.

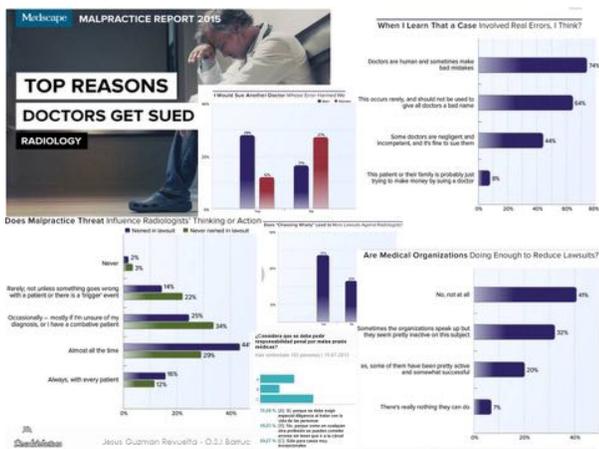
En pocas organizaciones existen programas sistemáticos y eficaces para **prevenir** e **identificar** tempr frivolizan, cuando en estudios recientes no han demostrado ser algo baladí, sino más bien la punta trastornos mentales. La vía de entrada al PAIME es voluntaria, espontánea, y voluntaria, inducida en la iniciativa propia en la mitad de ellos, y por colegas, superiores o familiares en proporción similar en la ot Aun sin tener constancia en nuestro país de estudios de campo al respecto, específicos de nuestra esp expertos y sociedades radiológicas punteras como las de los EE. UU. alertan de estos problemas, no dí los de nuestro sistema sanitario, mucho más flexibles y menos controlados. Hay evidencias de que los sis de la falta de profesionalismo, por lo que los líderes de los sistemas de salud tienen la responsabilidad c de la carrera de los médicos.

Por otro lado, de alguna manera puede haberse arraigado cierto grado de anestesia y **tolerancia** gremi dado que no dejarse llevar e ir contra corriente, es situarse en una posición cuanto menos incómoda, sino Como apunta Gunderman, un verdadero profesional no es sólo alguien que hace algo confiadamente, s defender algo en lo que se cree, incluso cuando no es conveniente hacerlo [41].

Los médicos perjudicados en su desempeño siguen siendo una cuestión profesional a menudo subestir [42]. Su abordaje se trataría en realidad de una tarea que sobrepasaría las capacidades de los propios marcha y generalizar lo antes posible en nuestro país, procesos transparentes independ **Recertificación-Revalidación**, que garantizarían su temprana detección y corrección, siendo las socie como interlocutores privilegiados con las instituciones, los mejor posicionados para llevarlos a cabo.

Las organizaciones profesionales desempeñarían un papel relevante, sobre todo en el diseño de los administraciones actuarían como reguladoras y garantes de su aplicación.

La RSNA se comprometió a promover los estándares más altos en el cuidado del paciente, y a una at *Comisión de Profesionalismo*, cuyo papel principal es educar y entrenar a radiólogos, para que a su vez que adquieran para actuar con profesionalismo [43].



Podemos situarnos como colaboradores necesarios en el abuso de recursos sanitarios, y en los casos de **ca** como como administradores integrales de recursos [9] no convencionales, protagonistas de la **prevenci** prevención, haciendo lo adecuado, ni más ni menos (ampliamente citado se estima entre un 20-50% el in innecesarias, y hasta un 70% en servicios de urgencias).

Un fenómeno común, clínica y moralmente deplorable es el “*escáner de descarte, por si acaso*”, rec razonamiento probabilístico hipotético-deductivo, corazón del pensamiento medico occidental, y acarre vergonzantes NNS/NNH (Number-needed-to-screen/to-harm), coste-ineficientes, y aumentando lo “*incidentalomas*”.

Un buen radiólogo debería estar subspecializado, o al menos ser experto con capacidad autocrítica rec *descarte*” en el sentido de que ninguna prueba es sensible al 100%) y advirtiendo de los posibles “*pit* informes a la pregunta clínica de la forma menos ambigua posible, y categorizando adecuadamente lo trigo, y previniendo el origen de los **VOMIT** (*victim of medical imaging technologies*) y síndrome de presenta el paciente como resultado de una bien intencionada, pero excesiva investigación diagnóstic relativamente poco importantes, para, tras experimentar un gran número de peligrosas desventuras di: siempre) al punto de partida, con las consecuencias del padecimiento de su odisea.

Cada vez más investigadores indican que más pruebas o tratamientos no van necesariamente unidos . recuperaciones más rápidas, sino al contrario, a peores resultados y un mayor gasto (con los riesgos in muertes por contrastes o la exposición a radiación, y los derivados de muchos “*incidentalomas*”, cuando la expectativa de vida).

El paradigma de MENOS ES MEJOR, y la aplicación de la Radiología basada en la **evidencia** [46, reeducación general incluyendo a los médicos referentes [49], implementar sistemas electrónicos efica sopesar un equilibrio tolerable entre los riesgos del sobre e infra diagnóstico en cada caso particular precisión y personalizada.

Junto a la comunicación al paciente de las noticias, buenas y malas, o los errores, la parte más difícil de : cuándo decir que no. Pero no debemos temer a hacerlo ante demandas injustificadas, excesivas o irra medicina, deberíamos tener tolerancia cero ante los requerimientos de baja calidad o simplemente Además, de lo contrario, podríamos morir de éxito, transformándonos en simples mercancías susceptible radiólogo por otro sería tan fácil para un gestor como cambiar un robot analizador automático en un lab mercado y externalizados. Una auténtica aberración profesional. Podríamos llamarlo la “*Macdonalizaci* no máquinas. Si nos sirve de consuelo, todo aquello susceptible de ser “*mercantilizado*” también es susc medida esa responsabilidad está en nuestras manos.

Claude Bernard (1813-1878)
"Los sanos son enfermos
insuficientemente
estudiados"

¡Protegamos a las ciudadanas de
los **efectos adversos evitables**
producidos en nuestro ámbito!

VOMIT
victim of
medical
imaging
technologies

ELIEN DONGOR BACHA, PhD
President, Consumer Society of Radiology

PELIGRO

¿Cuál crea que es el principal motivo que
causa la existencia de un "error" de
medicina, con sobrediagnóstico y
sobretreatment, en el DMS?

Por contestado 175 personas | 15-12-2014

A	23.4%
B	14.3%
C	18.9%
D	24.0%
E	19.4%

Recomendaciones de
"no hacer"
"No hacer"
"No hacer"

"Más" no es lo mismo que "mejor".
El paciente espera lo mejor, y lo
"mejor" es a veces "nada" (explicar,
tranquilizar, esperar y ver).
Pérez-Fernández M, Gervás J. El efecto cascade:
implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas.
Med Clin (Barc). 2002; 118(2):65-7.

¡"primun
nil nocere!"

DIARIO MEDICO.COM

¿A qué crea que se debe la
sobresaturación de pruebas por
imaging?

Por contestado 152 personas | 22-08-2014

A	14.8%
B	21.7%
C	16.4%
D	14.0%
E	33.1%

¿Cuál de estas opciones es más adecuada
para reducir costos en su día a día como
médico?

Por contestado 210 personas | 19-12-2010

A	47.6%
B	29.1%
C	21.4%
D	2.0%

¿Por qué cree que existen sobrediagnósticos
patológicos médicos rutinarios?

Por contestado 202 personas | 29-07-2013

A	5.0%
B	14.4%
C	78.6%

Como ya se ha mencionado, entre los compromisos que el profesionalismo establece con los pacientes (competencia profesional, asegurando los mecanismos apropiados para el **desarrollo profesional** continuo con connotaciones sindicales, y mayormente asociada a progresión laboral y salarial).

Es obvio que los médicos especialistas no terminamos nuestra formación al obtener el título, y que, espe- de tan rápida evolución, precisamos adquirir una educación continuada [50] dirigida a las necesidades pr:

Por tanto, su finalidad, teniendo en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud, no actualizar nuestra actividad profesional.

La formación continuada es considerada como un derecho reconocido en distintas normativas legales de de la que no nos exime el incumplimiento en facilitárnosla por parte de la institución en la que trabajamo

No obstante, nuestro paradigma formativo, es otro aspecto tabú de la profesión, pues existen pruebas co no es suficiente, de forma aislada, para garantizar el mantenimiento y mejora de la competencia pr sostenidos por una autorregulación poco creíble, frente a modelos con revalidación-recertificación peric en muchos países.

Los propios tutores de residentes, para realizar óptimamente todas sus funciones, precisan de una forma que se incluyen, además del programa formativo de la especialidad, los métodos educativos y recurs comunicación, las relaciones interpersonales y la motivación, la habilidad negociadora y diplomática, la conocimiento, la metodología de la investigación, y los aspectos éticos de la profesión. Todo lo cual obli su ingente labor, a una necesaria acreditación y reacreditación de los mismos, con nombramientos bas capacidad y publicidad.

¿Formación mejorable? & Autorregulación o recertificación?

DIARIO MEDICO.COM

¿Cómo cambia el sistema más de bienestar?

Por contestado 817 personas | 24-10-2013

A	18.7%
B	17.1%
C	21.4%
D	12.8%
E	29.8%

¿A qué sistema actual más tiempo se debe dedicar la especialización?

Por contestado 210 personas | 12-09-2010

A	19.5%
B	21.9%
C	20.7%
D	20.8%
E	16.3%

¿Es necesario evaluar el MBA al final de periodo de residencia?

Por contestado 147 personas | 16-09-2014

A	14.3%
B	44.9%
C	34.8%
D	15.0%

¿Son los Colegios los órganos idóneos para gestionar la recertificación profesional del médico?

Por contestado 138 personas | 02-11-2010

A	38.3%
B	62.4%

¿Se presentará un rol a los médicos de condición de la futura normativa que se publique con nombres y apellidos lo que nada se consiga de fuera de las instituciones para facilitar, investigar o prestación de servicios de salud?

Por contestado 189 personas | 02-07-2010

A	52.9%
B	47.0%

¿Qué debe contar la formación continuada de médicos?

Por contestado 164 personas | 23-12-2013

A	24.4%
B	22.6%
C	22.0%
D	20.8%
E	10.2%

¿Qué se debe hacer a los médicos para que sean capaces de responder a las demandas de la sociedad?

Por contestado 189 personas | 28-07-2010

A	44.2%
B	28.6%
C	15.3%
D	11.9%
E	0.0%

¿Qué rol debe tener el médico en la sociedad?

Por contestado 173 personas | 26-05-2010

A	18.5%
B	24.3%
C	22.5%
D	34.7%

Seram

Becas SERAM

Objetivos de la Beca que ofrece SERAM:

- BECA A FAVOR DEL ALUMNO
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR ASISTENTE
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR VISITANTE
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR INVITADO
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR INVITADO EN SU ESPECIALIDAD
- BECA A FAVOR DEL ALUMNO
- BECA A FAVOR DEL PROFESOR



Los cambios a los que hacía referencia en la introducción, también se están produciendo y con extrema : sanitaria, casi tan variados como las 17 CC.AA que tiene el Estado.

En un buen sistema público la gestión debe ser profesional, no partidaria, con una administració profesionalizada, seleccionando a los gestores (incluidos los mandos intermedios) por su capacidad, apar alto nivel de **transparencia**. Es muy importante separar la política de la gestión [52].

En los hospitales de EE.UU. incluso se premian económicamente las denuncias de malas prácticas (pr encuentran los conflictos de intereses. Como plantea la futura ley de profesionalización de la gestión de con su desarrollo será posible premiar la excelencia y la dedicación extraordinaria de sus profesionales.

Muchos servicios se encuentran sobredirigidos (en el sentido autocrático de la expresión) e infraliderados

Un liderazgo real y completo es un liderazgo hacia dentro (manifestado en los equipos y en la cultura org respeto, una imagen y una voluntad de cambio).

El jefe tradicional era, y debiera seguir siendo, el “*primus inter pares*” de los médicos del servicio, escuchar, delegar y adaptarse al grupo para obtener lo mejor de él. Como dice el Dr. Levin, en un m: trabajo “a tiempo completo” [53]. Realmente un mando intermedio atesora mucho poder en el reparto . Dr. Jonathan Lewin en la última edición de la RSN, una de las percepciones erróneas del liderazgo es los empleados, cuando en realidad lo que requiere es estar a su servicio.

También resulta esencial la **inteligencia emocional**, con especial énfasis en la empatía, el respeto, y el a James Brink.

El liderazgo es la clave para dirigir. Un líder no se improvisa, y las habilidades de liderazgo pueden ens que otras habilidades no técnicas no interpretativas.

Además de conocer los modelos de gestión hospitalaria (su capacidad de gestión económica podría me sin olvidarse del análisis cualitativo del valor añadido [55]), un líder debe poseer una sólida formación c un área de la especialidad), en comunicación (diplomacia), docencia (compromiso docente e investigad miembros de su equipo con vocación investigadora), y en relaciones humanas (“*coach*” [56] colectivo entusiasmos y motivaciones, reduciendo por ejemplo el “burn-out”); aspectos, todos ellos, sobre los que estar motivado y ser ejemplar [57]. Debe **liderar**, es decir, favorecer el buen clima laboral [58] (anteponi suyos propios), resolver conflictos [59] en lugar de ocultarlos o medio resolverlos, trabajar y dar la cara p

orientado a los resultados (evitar pruebas inútiles), estar dispuesto a someterse a análisis de resultados y evaluaciones de 360° como las que plantean en el Instituto Catalán de Salud (ICS), con autoevaluación otros jefes de servicio y los propios miembros del equipo.

Cualquier profesional del sistema sanitario debe hacer **gestión clínica**, lo que en nuestro caso, avalada necesidad de las pruebas a realizar, ajustando la indicación a la necesidad real y a la mejor evidencia, atendiendo así solicitudes insuficientemente justificadas, y optando por otras intervenciones diagnósticas el paciente y familiares la buena imagen profesional del médico prescriptor, para no disminuir la confianza.

No obstante lo anterior, son los **gestores profesionales** quienes tienen la responsabilidad inexcusable de los recursos, basados en la eficiencia y la equidad.

Aunque es lógico que al principio haya reticencias, siguiendo la normativa europea de cualificación sanitarios (jefes incluidos), tendremos que acostumbrarnos a las evaluaciones periódicas, con garantías solo cuando le convenga al gerente de turno (representando la “rendición de cuentas”, una de las patas que



El trabajo en equipo en medicina, y especialmente en un servicio central como Radiología, es algo inusual del radiólogo actual sigue siendo fundamentalmente individual.

De todas formas, hay que cuidarse mucho del equipo que no busca la mejor solución, sino el consenso a un exceso de confianza puede ser contraproducente para la innovación y el desarrollo.

Así, el fomentar el trabajo en equipo no debiera evitar respetar el disenso debidamente razonado, e incluso en tanto que motor de diversidad, creatividad, e innovación, ampliando las perspectivas potencialmente de automatización. No toda instrucción, recomendación o guía, vinculan sin excepción, siempre y a todo sólo debe compartir conocimientos y habilidades sino también actitudes, es decir, un espíritu de grupo libertad individual. Por otro lado, la responsabilidad individual, derivada de los propios actos, no debe ser “tomado tal decisión” [30].

Aunque a menudo se logra un **equipo funcional**, a pesar de la dificultad que supone trabajar en equipo también hay que reconocer que no siempre se consigue, ni se ponen todos los medios para reconducirlo. Precisamente uno de los momentos de socialización más importantes para constituir y cohesionar un equipo generales del servicio, como específicas de cada sección.

Como dice el Dr. del Cura Rodríguez [60]: “Lo que es un servicio como grupo, su calidad, su filosofía, parte de sus sesiones”, para bien o para mal, y no solo para sus residentes sino para todo el equipo. tomando un aperitivo (por ejemplo las de puesta en común de los casos interesantes de la guardia estadounidenses), las mismas debieran mantener unos principios elementales o “líneas rojas”, por debajo solo no sería deseable, sino que pudiera tornarse perjudicial, en cuanto a reafirmar comportamientos poco en el caso de sesiones muy brillantes desde el punto de vista científico-técnico, pero donde se albergase

haría imprescindible la buena labor de los tutores y de los verdaderos líderes del equipo. Ser tutor en org desafío, pero también es una figura trascendental que las puede, y debe, aprender a encauzar, o cuando servicio, y el jefe de estudios.

La **comunicación** es una de las claves del trabajo en equipo intra y extradepartamental, y de la relación o formación específica en la comunicación centrada en el paciente a todos los niveles, pues las hab simplemente con la experiencia.

El todo casi siempre equivale a bastante más que la suma de sus partes constituyentes. Mitchel Walldrop,



La **información** y atención al paciente continúan figurando entre las creencias “intocables” en nuestra pr

que generan en publicaciones nacionales e internacionales.



La **Autonomía** del paciente, uno de los principios fundamentales de la “*Carta del profesionalismo médico*” práctica clínica habitual, eclipsando el derecho legal de los pacientes (o su representante legal del paternalista amparado por la, hasta ahora, escasa regulación, y su limitación logística y financiera.

El mensaje que se traslada a los pacientes es, que cualquier paciente con deseos de contactar con su consideraría ineficiente desde un punto de vista exclusivamente financiero. Sería una de esas actividades de las organizaciones actuales.

En realidad no se trataría tanto de posponer el análisis de las imágenes, como de reconsiderar expresar nuestro profesionalismo [61,62] en la cultura corporativa. Constituye una obviedad afirmar que presenta implica necesariamente que la organización esté haciendo un buen trabajo. Los líderes radiológicos grandes organizaciones se construyan más sobre **culturas profesionales** que sobre mediciones [5].

Además incluso los propios peticionarios de la prueba ignoran en su gran mayoría [63] los riesgos reales y no solo eso, sino que hay una diferente percepción entre lo que es **información** entre ellos y los pacientes denota que el “esfuerzo” entre los que ofrecen esa información no está siendo efectivo.

Estudios de investigación cualitativa han puesto de manifiesto que los pacientes desean más información radiación en las pruebas de imagen, un papel que los radiólogos, como expertos, estamos óptimamente por

El debate en pleno siglo XXI no puede seguir anclado entre comunicar o no comunicar a los pacientes, si

En otras palabras, se debe obtener su **consentimiento informado**.

N. del A.: Quizás fuera preferible el concepto de **toma informada de decisiones**, que se refiere a asegurándose este último que efectivamente el paciente ha comprendido la información, frente al de exposición unidireccional y legalista de alternativas, riesgos y beneficios por parte del médico, cuando no

Los requerimientos legales reflejados en la nueva directiva Europea 2013/59/Euratom (en fase de tramplían, como requisito de comunicación a los pacientes previa a la prueba, no solo a la administración sino también al riesgo de exposición a radiaciones ionizantes por muy bajo que sea; y además, en un gesto también obliga a incluir información comprensible en el informe tras la realización de la misma (utilizan más familiares para los pacientes como el fumar o conducir un vehículo). La calidad de la información o representaciones gráficas como las que aparecen en la fig.30.

También deben garantizarse al paciente sus derechos a la información y al consentimiento informado extramural o subcontratada, con independencia de su localización (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. BOE núm. 298 de 14 de Diciembre de 1999).

Por otro lado, también es importante preservar el respeto a la autonomía del paciente en el aspecto deontológico y la moral. No es moralmente aceptable que el paciente sea atendido por un médico en formación sin una solicitud verbal explícita es anecdótica en muchos centros, y parece asumirse con naturalidad incluso el uso de nombres y apellidos (tanto por parte del radiólogo titular como del residente).



8. ¿Eres visible? ¿quo vadis, radiólogo?

El “*cuarto oscuro*” pasó a la historia de la Radiología, pero aunque algunos campos de la especialidad, como la Atención Primaria o la radiología mamaria, están ya alejados de los estereotipos de otros tiempos como médicos y la reparación de la **imagen pública y asistencial** de los Radiólogos, probablemente insostenible presión como supuestos “*controladores de acceso*”.

Los radiólogos seguimos siendo tachados de mal educados, groseros, despectivos y agresivos [64] en la mostrar actitudes deshumanizadas hacia los pacientes, y de adoptar estilos distantes e impersonales, refugio de estereotipos todos ellos, que siguen planeando sobre nuestra especialidad, ya palpables desde el mismo el prejuicio apriorístico de que uno de los motivos por los que se elige la misma es para evitar e simultáneamente el paciente se vuelve invisible para el radiólogo, y el radiólogo para el paciente.

Se trata en realidad de simplificaciones injustas, que distorsionan la percepción de la Radiología clínica, reduciendo a un nulo, o sólo mínimo, contacto con el paciente, y que hay que combatir, pues de otro modo podríamos de pasar de ser una profesión invisible a una considerada por el paciente como “elitista”, o incluso peor a sus expectativas (“... el radiólogo *no quiere* hacerle el escáner...”).

En definitiva, si nuestra formación y asistencia continúan centrándose exclusivamente en la lectura de imágenes, excusándonos en las barreras que nos impiden relacionarnos con los pacientes (ausencia de despacho; incluso una escasa percepción de valor aportado por dicha interacción al informe radiológico) continúan ofreciendo la invisibilidad, en lugar de una auténtica “profesión”, correremos el riesgo de convertirnos en no pudiendo ser parcial o totalmente **reemplazados**, por asistentes (diagnóstico asistido por ordenador o C) o por médicos no radiólogos u otras profesiones técnicas.

Son tiempos en que los servicios de Radiología y los radiólogos debiéramos incorporar estrategias de **mapas** guías en la correcta solicitud de pruebas, optimizadores en la reducción de las dosis de radiación de los pacientes de cuanta información detallada dispongamos a lo largo de todo su proceso radiológico, facilitando incluso accesos directos a sus resultados en portales web con informes multimedia rediseñados con

hiperenlaces a las imágenes relevantes, incluida la fotografía del radiólogo responsable, dando posit opiniones, a consultas por correo electrónico o videoconferencia.

Son iniciativas a tener en cuenta, como la de la ESR “amigos de EuroSafe Imaging” en la vanguardia c plan de acción 11 se insta a los radiólogos a empoderar a los pacientes a través de la comunicación.

N. del A.: Se realiza de forma muy sen http://www.eurosafeimaging.org/friends-of-eurosafe/become-a-friend-of-esr-eurosafe-imaging.



9. Deja vú profesional

La radiología sigue sin ser bien entendida por la población.

¿Es indiscutible afirmar que los radiólogos somos médicos para nuestros pacientes? ¿Asumimos en *segunda*” o “*personal médico auxiliar*” (médico para otro médico) que algunos nos han relegado [65]?

Como dicen los franceses, “*Plus ça change, plus c’est la même chose*” (cuanto más cambian las cosas evocar, sin nostalgia, la figura del radiólogo de antaño, **médico consultor** que en su ejercicio liberal s antes, durante, y después de realizar el estudio radiológico, y que, por tanto, era conocido y podría s referido siempre por el médico prescriptor), para adecuarla a unas exigencias productivas más raz socio-económico vigentes en la actualidad.

Hoy por hoy, los radiólogos no somos plenamente percibidos como médicos por la población, y podemos como tecnócratas privilegiados, o incluso reporteros fotográficos, en el sentido peyorativo de estar c informes, nuestro producto primario por otro lado.

Para situarnos en el centro del equipo clínico, el Dr. Strax [66] recomienda:

- Abandonar la comodidad de nuestros monitores, y hacernos más **visibles** a nuestros pacientes. Dije nuestro servicio sus médicos somos nosotros.
- Visitar a nuestros administradores para conseguir los medios necesarios para un óptimo proceso ra hasta su realización y distribución.
- Interactuar cara a cara con los clínicos.

Los cargos administrativos sanitarios y los médicos referentes a menudo no comprenden el valor total qu El valor puede definirse de muchas maneras diferentes. Dentro de la práctica de la radiología (Telerradio se cuantifica típica y esencialmente sobre la base de las medidas de volumen y resultados; tales como el de unidades de valor relativo del trabajo (wRVUs) generado; y sus tiempos de respuesta, grado de preci generadas. Sin embargo, es posible producir resultados deseables por medios cuestionables, y radiól presentar deficientes comportamientos profesionales o sentirse desdichados en su trabajo [68]. Inversa actividades críticas para el éxito del equipo, que requieren invertir tiempo, horas de “**valor añadido** paciente”, no pueden ser reflejadas en los indicadores tradicionales basados en el volumen. Hay pu

Si los radiólogos no lideramos esa progresiva transformación, estaríamos permitiendo que fuerzas ajenas tomaran la iniciativa, y eso sería pernicioso para nosotros y para nuestros pacientes.



11. Una modelo en plena metamorfosis

¿Cuál es nuestra visión del radiólogo ejemplar?

El Dr. Gunderman, un gran experto, propone la radiología **centrada en las relaciones** [75], en lugar de cual trata de una sincera colaboración e interconsulta en el cuidado de los pacientes. Los radiólogos con médicos, profesionales, que ven a los pacientes como seres humanos vulnerables, cuya confianza deben

Un profesional genuino no es sólo alguien que ha obtenido un título profesional, sino un experto en el que aunque estén en contra de los suyos propios.

Un verdadero radiólogo profesional a diferencia de un mero proveedor de atención médica, quiere prestigio. Quiere crecer a lo largo de su carrera, convirtiéndose en mejor médico y ser humano. Quiere cuidado de pacientes y sirviendo a su profesión y comunidad.

Para ello es fundamental tomar en cuenta sus opiniones, fomentando puntos de encuentro con de incluyendo aspectos como el efecto de los modelos convencionales de ejercicio de la profesión en la psíquica y socio familiar (conciliación/absentismo), el estancamiento en la carrera profesional, ...

¿Cuál es el impacto de la profesión en el profesional?

Desde los comienzos de nuestra carrera profesional resulta elemental encontrar las mejores estrategias de dedicación que implican nuestras vidas profesional y personal/familiar, para evitar caer en el absentismo profesional, y lograr unas **calidades de vida** personal y profesional más satisfactorias y gratificantes. En escenarios laborales, máxime dada la feminización progresiva de nuestra profesión, pues, incluso hoy en elegir entre su carrera y sus responsabilidades familiares [76,77].

El pasado 8 de noviembre se celebró el vigésimo aniversario de la Ley de **Prevención** de Riesgos Laborales psicosociales (estrés laboral, síndrome de desgaste profesional, y acoso laboral y sexual), especialmente actual, y que deben tomarse muy en cuenta, ante su gran impacto en las organizaciones y su impacto en los pacientes.

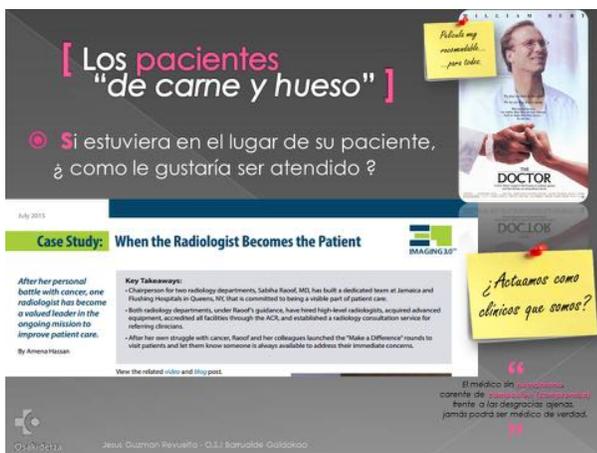


12. Al otro lado de las pantallas

Desde el punto de vista del paciente, puede ser difícil diferenciar alguien competente de alguien profesional. Cuando un paciente acude a un centro sanitario lleva unas **expectativas**. Quiere ser tratado por los médicos familiares o amigos. Ningún paciente desea ser tratado como una mercancía, o un mero consumidor perciben una cierta **deshumanización** en la relación asistencial.

Se hace necesaria la superación de la falta de sintonía entre el sistema de valores de los ciudadanos y el que que considerar la opinión no técnica de los pacientes, “ponerse en sus zapatos” (**empatía**), aunque el tratarles como médicos. ¿Cómo esperamos que nos perciban como médicos, sin ofrecerles un saludo explicaciones rayando el autismo, cual una fría relación robot-paciente?

Paradójicamente, frente a lo que pudiera interpretarse como una advertencia del refranero popular **comunicación** eficaz, prudente y confidencial con los pacientes, previene reclamaciones, y les da mejorando su comprensión, reduciendo tanto su ansiedad, como los exámenes innecesarios, los retrasos igual con un familiar nuestro, o si estuviéramos nosotros mismos al otro lado de la pantalla? Una experiencia una de las mejores formas de percatarse de ello.



Felizmente, creo que siempre hay lugar para la esperanza. A lo largo de mi limitada trayectoria profesional relación directamente proporcional, entre los máximos niveles de subespecialización y excelencia científica su grado de humanidad y disposición a atender y luchar por el paciente, por encima de sus propios intereses.

El *argumentum ad populum* de contraponer tecnología y **humanismo**, es una gran falacia, ya que la competencia ante el paciente, son términos necesariamente complementarios, y su ejercicio equilibrado debiera ser la los médicos fuéramos tan buenos en valores humanos como científicos, la profesión sería perfecta.

En este sentido, más allá de la satisfacción de egos y vanidades personales, el mayor **reconocimiento** de los pacientes, explícito o tácito.

La iniciativa estadounidense Radiology Cares (RSNA 2012) emplea numerosos recursos y materiales de Radiología centrada en el paciente, y dar a conocer el papel de los radiólogos, visualizando su valor añadido. Puede ser difícil poner al paciente realmente en el centro de la atención sanitaria, cuando los médicos desconociendo otras iniciativas similares en nuestro entorno, les animo a que, si no lo han hecho ya, "The Radiology Cares Caring Quilt", que más allá de las clásicas felicitaciones genéricas en la sección de cartas al director de un hospital, muestra a los pacientes que han tenido experiencias excelentes en los departamentos de radiología, alejándose de cualquier prejuicio, recato o falsas modestias. Comparto mi experiencia, entre otros muchos e



13. Manual de supervivencia: lo que todo radiólogo debiera saber del profesionalismo

Como se viene enfatizando desde las secciones precedentes, es vital expandir y redefinir el papel de la visualización clínica [79] y hacia los pacientes, potenciando su adquisición de “habilidades no interdisciplinarias” al abrir los servicios de Radiología a los alumnos (incluso desde la educación secundaria o bachillerato) de nuestra especialidad.

N. del A: Como por ejemplo hacemos profesionales de Osakidetza, con gran satisfacción personal, un programa de orientación profesional a alumnos de bachillerato, desarrollado en Euskadi denominado La Realidad (charlas en colegios, facultades de medicina,...).

Como se desprende de estudios recogiendo las insatisfacciones de los estudiantes de Medicina [80], es necesario introducir cambios en el complejo proceso de enseñanza-aprendizaje, para evitar que las facultades de Medicina dejen de preparar del examen MIR, y en su lugar sirvan para convertir bachilleres en auténticos médicos, mediante una formación pregrado, entre los que se incluyen las actitudes profesionales y los aspectos éticos.

El profesionalismo, al igual que otras competencias y habilidades de carácter horizontal, o común a otras especialidades, o no relacionadas con la interpretación radiológica, queda reflejado, aunque no en la formación de nuestros residentes, en varios apartados del **programa de la especialidad** de Radiodiagnóstico centrado en el paciente y otros profesionales. El programa de la especialidad debe formar “médicos radiólogos”, no solo

Afortunadamente estos conceptos se están difundiendo y teniendo cada vez más en cuenta, ya desde las ponencias del 1^{er} congreso de Radiología para Estudiantes de Medicina, recientemente celebrado en Madrid, donde las experiencias de participación de los propios residentes en la formación de los estudiantes de Medicina y sus habilidades docentes, como educadores efectivos. Por supuesto, los estudiantes y residentes necesitan que, es posible juzgar a un médico por la forma en que trata a los que tiene “por debajo”.

[Estudiante de Medicina Profesional]

revistamédica 31/01/2016 n274

DIARIO MEDICO.COM

¿Debería haber un examen único nacional para acceder al grado de Medicina?

¿Es el examen MIR una prueba adecuada para acceder a plazas de postgrado?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

¿Cómo se desarrolla la carrera profesional de Medicina?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

Los 10 valores básicos de un joven médico

José Ancochea, docente titular de la Autónoma de Madrid con 17 años de experiencia, resume en un decálogo los valores que todo estudiante de Medicina debe adquirir:

1. Respeto a la vida y la dignidad de las personas.
2. Asistencia y cuidado del enfermo y la comunidad.
3. Rigor y competencia científica en el arte de la Medicina.
4. Inteligencia emocional. Sentimientos, trato humano y empatía.
5. Principios éticos irrenunciables en la labor diaria.
6. Humanismo. Ideas, valores y modos de expresión derivados de la ciencia, el arte y las letras.
7. Vocación, compromiso y militancia. El "médico militante".
8. Espíritu universitario. Formación permanente, docencia, investigación e innovación.
9. Humildad y trabajo en equipo.
10. Generosidad-solidaridad.

Los alumnos de medicina también se humanizan.

Ángel Guzmán Peralta - O-3 | Estruendo Galapagos

[Médico residente Profesional]

DIARIO MEDICO.COM

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

¿Cómo se desarrolla la carrera profesional de Medicina?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

OBLIGACIONES

1. Compasión: cuidar a los pacientes.
2. Trabajar en exclusividad: siguiendo las instrucciones recibidas, las reglas de la organización, y el programa de formación, utilizando racionalmente los recursos.
3. Estudiar: Esforzarse por aprender (excelencia).

DERECHOS

1. Recibir formación (incluida la complementaria): Apoyo por parte de los especialistas, designación de un tutor, práctica profesional programada, y responsabilidad progresiva.
2. Ser evaluado justamente: para aprender y pasar a un nivel u obtener un título.
3. Ser un miembro activo de su servicio: integrarse en la actividad general del servicio, incluida la participación en la investigación, y expresar su opinión en la gestión.
4. Tener un papel en la gestión de su docencia.
5. Derechos laborales y protección social.

¿Se debe haber un examen único nacional para acceder al grado de Medicina?

¿Es el examen MIR una prueba adecuada para acceder a plazas de postgrado?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

¿Cómo se desarrolla la carrera profesional de Medicina?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

¿Se debe haber un examen único nacional para acceder al grado de Medicina?

¿Es el examen MIR una prueba adecuada para acceder a plazas de postgrado?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

¿Cómo se desarrolla la carrera profesional de Medicina?

¿Qué papel se espera de la Patología y cómo se practica?

La medicina no debiera suponer un sacerdocio, o intentar transformar a quienes la practicamos en superh grandeza moral en un mundo globalizado, corrupto, y donde manifiestamente se repudia cualquier atisb los cambios para adaptarnos a los nuevos desafíos de forma **colectiva**, y asumirse, no tanto como un médicos, sino como un problema poliédrico de toda organización sanitaria.

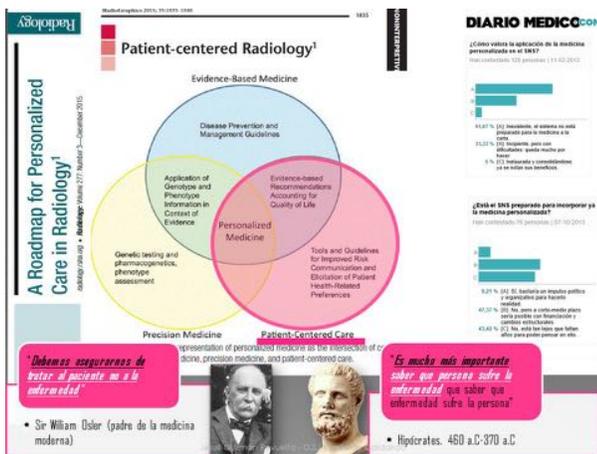
Según Cruess [83] el camino a seguir pasa fundamentalmente por nuestras instituciones, desde las entid **agrupaciones profesionales**, favoreciendo su desarrollo, y no tanto por los doctores individuales, quien y afectar conductas grupales, en este caso, las profesionales.

La apuesta estratégica definitiva pasa por la **educación**, tanto en el profesionalismo, como en la radiolo, los más jóvenes, probablemente la generación mejor formada científico-técnicamente en la histor herramientas en los precitados ámbitos profesionales.



14. Un cambio de paradigma es posible y necesario

Los éxitos de la Radiología y de los radiólogos se han sustentado en su permanencia en la vanguardia gracias a una gran capacidad para adoptar nuevas tecnologías y nuevas ideas. La transformación de modelo de práctica radiológica basada en el volumen, hacia la Radiología **centr** solo en las de los propios radiólogos o médicos referentes, compartiendo el proceso de toma de decision importantes motores del cambio propuesto por los expertos. Además es quizás el modelo menos con limitada interacción con los pacientes. La literatura publicada refiriéndose a la misma es muy amplia (Ir prácticos y útiles) [84].



La visión transformacional de cambio para la Radiología Imaging 3.0, liderada por el ACR, engloba radiología centrada en el paciente, entre los hitos de nuestra profesión.

Del mismo modo, son loables recientes iniciativas nacionales, como los “foros de debate profesional centenario a la que me enorgullezco de pertenecer, que probablemente podrían integrarse en los con abiertos, garantizando la aportación de ideas -brainstorming- de todos los radiólogos españoles que difusión de sus conclusiones.

Es un hecho irrefutable que las diversas técnicas radiológicas se han clasificado entre las **innovaciones** que dicha valoración ha considerado típicamente las dimensiones médicas de estas tecnologías, con gran y la calidad de vida. Pero también lo es que, por un lado, se da la paradoja de que la fascinación por esa no han tenido un reflejo parejo en el de nuestra especialidad [85], no solo en la población general, que in hasta en un 50% en estudios recientes [86] en Europa y en EE.UU., sino también entre la comunidad medicina en particular; y que por otro lado, los radiólogos hemos prestado menor atención a las dimensi

con frecuencia que **no es un fin en sí misma**, y que la meta que nos debe guiar es el paciente, ciudadano

En un contexto sociocultural occidental globalmente medicalizado, se hace perentoria una reeducación que pasa, en primer lugar, por los propios especialistas en radiodiagnóstico, que si no enfocamos la realidad como *“muriendo de éxito”*.

La **tecnolatría**, tiranía y endiosamiento de la técnica sobre la clínica, o el imperativo tecnológico visiblemente innecesarios en pacientes en los que la probabilidad de una determinada enfermedad es relativamente baja, como un apartado anterior (Síndrome de Ulises).

Además la resolución tecnológica de los problemas médicos tiende a olvidar al paciente. Por todo ello, es necesario adoptar los principios de la radiología centrada en el paciente.

La **participación del paciente** en el proceso puede ayudar a este cambio de paradigma. Como dijo el radiólogo (EE.UU) [87], el radiólogo no es experto en la visión integral de las experiencias de los pacientes, de ahí que la radiología, hasta que se les comunican sus informes, se les resuelven dudas en relación a los mismos, o simplemente se les olvidan. Este es, por otra parte, el auténtico espíritu de la doctrina actual del consentimiento informado, aspirando a ser **empoderado**, término más elegante y actual.



15. La dimensión humana de una especialidad médica

En relación a la comunicación asistencial proactiva, centrada en el paciente, y compartida con médico junto a la motivación, una de las competencias que mejor caracterizan a la medicina, y uno de los actos más importantes y enseñar, remito a quien le interese ampliar información a las fuentes bibliográficas recogidas en las siguientes preguntas en el aire: ¿son solo las circunstancias las responsables de que no nos comuniquemos en modificar esas circunstancias?, ¿podemos mejorar nuestra relación con el paciente?.



16. La metacognición y la reflexión como ejes docentes

Según Francis, el profesionalismo es una parte importante de lo que nos hace ser lo que somos, y más i piensan que somos [89]. Realmente la formación en profesionalismo es el eje central de todas las reform embargo, rara vez se enseña durante el pregrado o postgrado, pasando a formar parte del “**curriculum in**

Los valores profesionales no se adquieren al finalizar los estudios. Han de inculcarse a lo largo de todo alto nivel actuaba como **mentor**, guía, o consejero de los estudiantes, en relación con aquellos aspec profesionalismo.

En nuestros días se hace preciso restaurar los valores del profesionalismo médico, y para ello es fundam de la docencia, hasta ahora comparativamente menospreciada frente a la actividad investigadora.

Desde hace décadas, los educadores perciben que no todos los residentes aspiran ni logran la excelen áreas incumbidas por las “habilidades no interpretativas”, consideradas necesarias para lograr formar exc directamente evaluadas, como el **profesionalismo, el pensamiento crítico, la ética y el humanismo** [90

Seguramente sería una ingenua idealización esperararlo, por lo que la única expectativa realista es ofrecer de poder alcanzar unos niveles de competencia razonables en estos aspectos de su perfil profesional.

Ahora los residentes de cualquier especialidad dedican la mayor parte de su tiempo al ordenador o a sim a los pacientes, es decir, a lo que se conoce como el “**iPatient**” o la medicina basada en las pruebas co hasta qué punto se confía más en una medicina de pruebas de laboratorio y de imágenes, que en aquell entrevista y la exploración, ignorando el sentido de la atención “individualizada”.

¿Puede realmente enseñarse el profesionalismo de manera formal?

Hay suficiente evidencia de que si, a lo largo de las diferentes etapas de la carrera profesional. Como décadas recientes, se ha producido un mayor énfasis en el profesionalismo dentro de la comunidad mé propuesta coincidente con la bioética en la búsqueda de formas de humanizar la medicina. Aunque nuest con el paciente, no debiera desdeñarse la humanización de nuestros servicios, donde, como un labora relación máquina-paciente.

Como en todo en la vida, existen distintas tendencias. Los educadores pueden elegir entre tres enfoques: bases del profesionalismo, que ya lo adquirirán durante su carrera profesional, o que lo pueden enseñar y la sociedad. Aquí puede aplicarse un proverbio árabe antiguo "Quien quiere hacer algo encuentra sien siempre encuentra una excusa".

Los expertos hacen hincapié en la necesidad de educar desde la formación pregrado en estos temas [92 necesarios, también es de los más difíciles de enseñar y evaluar durante la residencia, por lo que tambié todos los programas de residentes.

Debido a que la definición de profesionalismo sigue evolucionando pareja a los cambios en la sociedad, nuevas metodologías docentes. En el aprendizaje, el profesionalismo y la ética no son materias que debar el profesionalismo es una **acción en curso**.

Los sistemas educativos a nivel mundial están en un profundo proceso de cambio hacia la formación profesionalismo, haciendo frente a la creciente deshumanización de la práctica de la medicina.

Los tutores y jefes de estudio pueden y deben aplicar innovaciones educativas ya implantadas en otros e a los más jóvenes el entusiasmo por el trabajo bien hecho, la humanización de sus actuaciones, la atención de sus limitaciones [93].

Todo lo anterior es incongruente con seguir formando médicos solo para aprobar el examen MIR, o sea cognitivo. Hay que unir la exigencia técnica con la **excelencia ética** (o ética de máximos), lo que al decir, una educación centrada en la persona, con oportunidades de reciclaje profesional, y fomento del profesionalismo, tanto en las facultades de medicina, ya presentes como asignatura diferenciada en las españolas, aunque con mínima ponderación en los diseños curriculares, y relegados al papel de materias confinadas en los primeros cursos de carrera, alejados de la práctica clínica; como en los programas de formación propia sociedad, por medio de las sociedades profesionales, como hace la SERAM con sus campeonatos disponiendo hasta de una comisión ad hoc de Asuntos Profesionales.

En este sentido, me permito destacar el acierto de la filial autonómica de la SERAM de Euskadi, la Función Médicos de Bizkaia, y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, al incluir cursos de ética-legalidad y gratuitas y acreditadas que organizan con periodicidad anual, especialmente dirigidas a residentes.

No obstante, sería ingenuo obviar que pocos estarán realmente interesados en formarse y leer sobre lo que siguen considerándose, en líneas generales, algo ajeno a la Radiología, más bien propio de radiólogos *fríos* aparente.

Por tanto, como refiere Borrell, uno de los mayores desafíos en la actualidad es precisamente hacer que el teórico no asegure comportamientos éticos o profesionales.

La transmisión de estas competencias requiere de la participación activa del estudiante. Parafraseando a Cajal “Todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro” y su conducta. Al mismo tiempo requiere motivación, organización, evaluación y estar alerta. De hecho, en mis búsquedas dentro del órgano de la Sociedad, que es la publicación Radiología, no he encontrado revisiones integrales en el contexto español lejos de incomodar a los editores, con cierta frecuencia surgen escritos que lo abordan de forma fragmentaria opinión, e incluso editoriales, suscitando debates tan controvertidos como innovadores. De forma particular en 2012 de la sección humanidades en radiología, en cuanto a su intento de recuperar la visión del radiólogo



Dado que es un fenómeno polifacético, las estrategias encaminadas a su enseñanza deberán emplear múltiplos

y de intervención, abordando al individuo, a la organización, y a la sociedad.

¿Cómo enseñar esos conceptos abstractos?

Idealmente combinando charlas-conferencias didácticas con sesiones interactivas prácticas, con específico de la especialidad (aprendizaje basado en problemas), talleres en grupos pequeños, juegos de conductas), y recursos en línea, sin olvidar la importancia de fomentar una cultura del humanismo alentando el “currículum oculto”, pues los valores y actitudes que dependen de ese “currículo oculto” sufren un abandono a la facultad de medicina o incluso antes [94].

En EE.UU. algunas instituciones han desarrollado conferencias sobre profesionalismo para los residentes: intentado fomentarlo haciendo hincapié en su importancia en múltiples escenarios, incluyendo las evaluaciones. La mayoría de los programas de formación de residencia en EE. UU. han integrado varios enfoques principalmente conferencias dedicadas, modelaje de conducta, y retroalimentación de múltiples fuentes (enfermeras y otro personal de apoyo). El ACGME ha regulado la incorporación del profesionalismo en 1 de las seis competencias básicas [97].



17. Aprendizaje electrónico, para profundizar

Desde 2011, en EE. UU. la *Association of Program Directors in Radiology* [98] y la *American Board of Radiology* [99] han desarrollado una serie de módulos educativos online en Profesionalismo y Ética, como material educativo periódico con un claro propósito. Además continúan disponibles tutoriales web off-line teórico-prácticos, profundizando en aspectos para los miembros de la ARRS y RSNA [100].



RSNA tutoriales web

PROFESIONISMO

ETICA

RSNA 100 2015

Jesus Guzman Revuelta - O.J. Barrio de Galdakao

RSNA tutoriales web

INVESTIGACIÓN

PUBLICACIÓN

RSNA 100 2015

Jesus Guzman Revuelta - O.J. Barrio de Galdakao

RSNA tutoriales web

RELACIONES INSTITUCIONALES

RELACIONES PERSONALES

RSNA 100 2015

Jesus Guzman Revuelta - O.J. Barrio de Galdakao



18. P-MEX: Professionalism Mini Evaluation eXercise

¿Qué se evalúa? Cada una de las diferentes habilidades profesionales detalladas previamente.

¿Cómo se evalúa? Solo con la experiencia, el tiempo y la práctica tutelada es decir con la “acción”.

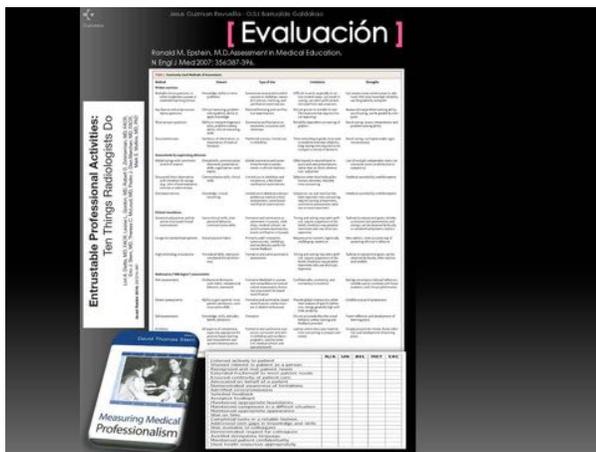
Dada la gran variedad de formas de enseñanza y su naturaleza multidimensional y subjetiva, es preciso tutor-docente y la autoevaluación, la coevaluación por pares (iguales), discutiendo las discrepancias que como efectuar una crítica constructiva a un colega, evitando comentarios desafortunados.

No hay validado, un instrumento fiable, para medir *aisladamente* el profesionalismo [101]. Como es una competencia no fácilmente cuantificable, requiere un enfoque más cualitativo.

De las múltiples metodologías evaluadoras, la evaluación de 360°, procedente del mundo de la empresa evaluar el liderazgo, es una de las más recomendables para evaluar el profesionalismo [102] y las habilidades conjuntamente con otros métodos. En este método se considera la opinión o evaluación de todos los involucrados pudiendo incluso considerarse la opinión del paciente en determinados procesos [103], y resulta en la ventaja de que la evaluación es más completa y fiable.

En los EE.UU. el ACGME ofrece recursos de manera gratuita para enseñar y evaluar el profesionalismo a través de diferentes estrategias [104]. El ACGME requiere que los programas de formación aseguren que los residentes lleven a cabo responsabilidades profesionales y su adhesión a los principios éticos".

Es preciso enseñar o al menos evaluar, habilidades profesionales como la comunicación efectiva, y las relaciones con los compañeros (inteligencia emocional), el trabajo en equipo, el pensamiento crítico, las actitudes hacia la presión, la iniciativa, la perseverancia, la seguridad y confianza en uno mismo, la ética profesional y la forma de actividades profesionales confiables en un artículo muy reciente [32].



19. AUTOEVALUACIÓN

Recapitulando, existen muchísimos recursos formativos basados en internet, en base a escenarios de la puntos débiles de nuestro profesionalismo que se han ido detallando a lo largo de la exposición.

Aunque, como hemos visto, no pueden fácilmente enseñarse mediante clases magistrales, o evaluarse r continuación se exponen 17 preguntas adaptadas con autorización [105] para verificar el grado de conoci el profesionalismo, y si con el paso del tiempo se han instalado en el subconsciente colectivo algunas imp

Osadeta

CASO 4

SENTENCIA DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL.

SAK 4342/2013 - ECLI:ES:AN:2013:4248

ASUNTO: FURECER DE LAS ANÁLISIS DE UN PACIENTE A OTRA PERSONA

CATEGORÍA PROFESIONALES IMPLICADAS: CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y SANITARIO.

RESUMEN:

En la consulta médica de un Centro de Salud, se hace entrega a una paciente de un resultado analítico correspondiente a otra persona.

CONSEJERÍA:

La Agencia Española de Protección de Datos declara que la Administración Pública responsable del Centro de Salud cometió una infracción muy grave, el incumplir el deber de secreto. La resolución fue confirmada por la Audiencia Nacional de lo contencioso administrativo y la Administración Pública, para recurrir la resolución de la Agencia.

ACTUACIÓN CONTROVERSIOSA:

Comparar persona que interviene en el tratamiento de datos de carácter personal como la obligación de guardar secreto (artículo 18.1º CPD).

RECURSO QUE:

El acto de entrega implica que no pueden ser revelados a un tercero datos personales que no sean de su interés.

Curso: Protección de datos de carácter personal en el ámbito de organizaciones sanitarias

Osadeta

Acceso a la Historia Clínica por razones asistenciales II

Acceso por familiares y allegados. Siempre con autorización del paciente.

Si la persona es menor de edad o incapaz: el familiar responsable, padre, tío, abuelo, hermano, o tutor, a los datos relacionados con el proceso que sean relevantes para la decisión terapéutica.

Pacientes fallecidos: Solo se dará acceso a las personas vinculadas al fallecido, salvo autorización expresa de éste. Respeto a su intimidad. Artº 18.4 LDBAP.

Acceso por profesionales sanitarios

- Solo que intervengan en el proceso de diagnóstico y terapéutico tendrán acceso directo e inmediato a la HC.
- Nivel de acceso según el tipo de dato, las funciones del puesto y el lugar de trabajo.
- A su prójimo que asista.
- Personas que intervengan en el proceso de diagnóstico y terapéutico.
- Personas que intervengan en el proceso de diagnóstico y terapéutico.

Artículo 18.4 LDBAP

Jesús Quimón Revuelta - OJE Sarriena Goldakoff

Datos de carácter personal referidos a la salud

- Son las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física y mental de un individuo. También se considera dato de carácter personal referido a la salud el porcentaje de discapacidad y la información genética.
- Tienen la consideración de datos especialmente protegidos y por ello, mayor garantía de protección.
- También se contienen en ficheros que no tienen como finalidad la asistencia sanitaria.

2. Un representante de ventas de un fabricante líder de TC le da un puntero láser etiquetado con el nombre de la empresa. ¿Puede aceptar este regalo?

A. Sí, porque su valor es < 50€.

B. Sí, porque usted no está comprando su equipo.

C. No, al estar etiquetado con el nombre de la empresa.

D. No, ya que no deben aceptarse regalos de las casas comerciales.

cpdr Asociación de Programadores en Radiología

AMSER

Jesús Quimón Revuelta - OJE Sarriena Goldakoff

AMA

Cámara de Delegados Médicos

Resolución

Resolución 5.284 / Reglas y Medidas de la Industria

El anterior artículo 5.284, apartado 1.º, establece que "ninguna persona podrá recibir ni aceptar ni permitir que sea recibida ni aceptada ninguna cantidad de dinero, bienes, regalos o ventajas de cualquier naturaleza que pueda influir en la independencia profesional de los médicos, ni que pueda ser considerada como un estímulo para la actividad profesional de los médicos."

Para preparar la resolución que es fundamental en la relación médico-paciente y la confianza pública en la profesión, los médicos deben:

- (1) Rechazar regalos en efectivo en cualquier cantidad de una entidad que tiene un interés directo en las recomendaciones de tratamiento de los médicos.
- (2) Rechazar cualquier regalo por el que se espera o implícita reciprocidad.
- (3) Aceptar un regalo en especie para la práctica del médico sólo cuando el regalo:
 - (i) se beneficiara directamente a los pacientes, incluyendo la educación del paciente; y
 - (ii) tiene un valor modesto. (3) Las instituciones o sociedades o los programas de residencia y becas pueden aceptar financiación especial a favor de los alumnos para apoyar a los estudiantes de medicina, residentes, y su participación en los beneficios en las reuniones profesionales, incluyendo las reuniones educativas, siempre que:
 - (i) el programa identifique los beneficiarios en función de criterios institucionales independientes; y
 - (ii) los fondos se distribuyan a los beneficiarios de atribución específica a los patrocinadores. (3)

Publicado de 2014 basándose en el Informe "Transparencia y Confianza" emitido por el Colegio de Médicos de Madrid, 20 de noviembre de 2013.

3. Un/a atractivo/a paciente coquetea abiertamente con usted durante un estudio del tracto gastrointestinal superior. ¿Cómo debe reaccionar?

- A. Negarse a tener más contacto con el/la paciente.
- B. Decirle/la que no está interesado y que deje de coquetear.
- C. Incluir un acompañante en futuras exploraciones y si persiste informar a su médico responsable.
- D. Citarse con el/ella cuando usted esté fuera de servicio.



Jesús Guzmán Revuelta - O.I.I. Barroide, Galdozko

4. Estando de guardia de radiología huele el aliento de su compañero a alcohol. ¿Cómo debe manejar esta situación?

- A. Ignorarlo ya que no parece borracho.
- B. Interrogarle por sus sospechas.
- C. Llamar a su superior en ese mismo momento.
- D. Hablar con su jefe el día siguiente.



Jesús Guzmán Revuelta - O.I.I. Barroide, Galdozko

5. ¿Puede utilizar imágenes de los pacientes para una presentación en un congreso nacional?

- A. Bajo ninguna circunstancia.
- B. Sólo si usted firma un consentimiento.
- C. Si el paciente firma un consentimiento.
- D. Si la información está anonimizada.



Jesús Guzmán Revuelta - O.I.I. Barroide, Galdozko

6. Un médico de urgencias le solicita un TC del pie en un paciente diabético para descartar osteomielitis. ¿Cuál debe ser el siguiente paso?

- A. Aprobar y programar el examen.
- B. Negarse a realizar el examen.
- C. Consultar guías de adecuación basadas en la evidencia como la ACR Appropriateness Criteria®.
- D. Preguntar si el paciente tenía radiografías previas del pie.



Jesús Guzmán Revuelta - O33 Barañáiz de Galdozko

7. Al preparar el abstract para un congreso de radiología, su compañero le pide revisar las historias clínicas de los casos. Esta información no está fácilmente disponible, y al ser la fecha límite para enviar los abstracts la próxima semana, su compañero, que también figura en el abstract, le propone inventarse las historias. ¿Qué haría?

- A. Apoyar la idea ¿Quién se daría cuenta?
- B. Decirle que no le gusta la idea y que si lo hiciera informaría a su superior.
- C. Eliminar los casos que no tienen la información.
- D. Explicar a su superior los problemas y preguntarle cómo debería proceder.



Jesús Guzmán Revuelta - O33 Barañáiz de Galdozko



Publish or Perish? *Elaine, Cursons*
Un científico joven uníendose a un equipo de la universidad. El lema de la universidad es "publica o muere".



Tres científicos jóvenes que buscan trabajo. Lo que verdaderamente cuenta en el curriculum es la "cantidad" de publicaciones, equiparándola a la calidad del investigador, y premiándola muy por encima de su carrera docente.



Jesús Guzmán Revuelta - O33 Barañáiz de Galdozko

8. El residente está realizando una ecografía abdominal y observa lo que cree que es una masa hepática. El paciente le pregunta, "¿Qué ve?", ¿Qué le debería responder?

- A. "Nada en realidad. Estoy seguro de que todo está bien".
- B. "Soy un residente, el radiólogo le re-examinará y hará una interpretación final."
- C. "Usted tiene una lesión hepática que debe ser evaluada."
- D. "Lo siento, pero creo que usted tiene cáncer."



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Sanidad Gallega

9. Durante una ecografía por dolor en FID en una chica de 16 años, la paciente le dice, "Por favor no se lo diga a mi madre, pero puedo estar embarazada". ¿Qué haría?

- A. Nada.
- B. Decírselo a la madre.
- C. Decirle a la paciente que se lo diga a su madre, porque sino lo hará usted.
- D. Informar a su médico de familia.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Sanidad Gallega

10. Usted está en un ascensor y oye una discusión interesante del caso de un paciente. No se menciona el nombre del paciente.

¿Viola esto la confidencialidad del paciente?



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Sanidad Gallega

11 . Un famoso que admira es admitido en el hospital. Quiere ver sus imágenes en el PACS. ¿Cuándo está esto permitido?

- A. Si usted va a estar al cuidado del paciente.
- B. Si usted solamente accede a las imágenes sin guardar los datos.
- C. Si usted solamente accede a las imágenes sin mostrarlas a sus amigos ni a otras personas.
- D. Nunca.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.U. Barrode, Gallicozo

12. Mientras realiza una ecografía obstétrica, una paciente con un embarazo de alto riesgo le pide que sean amigos en Facebook para que pueda ver las fotos de su bebé después del parto.

¿Viola esto la confidencialidad del paciente?



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.U. Barrode, Gallicozo

13. Usted se siente atraído/a por un/a paciente que ha ingresado varias veces por neumotórax espontáneos. El/la paciente lo percibe y le pregunta si quiere quedar para cenar. Usted le explica que, para respetar la relación médico-paciente, no puede.

Un año más tarde, sin embargo, se encuentra con este/a paciente en el gimnasio y está de acuerdo en ir a tomar un café.

¿Puede considerarse un comportamiento profesional?



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.U. Barrode, Gallicozo

14. Durante una biopsia de mama eco guiada, un colega le pregunta si vio un programa televisado la noche anterior. ¿Cómo le respondería?

- A. Comentando el programa con su compañero, sin tener en cuenta el paciente.
- B. Ignorando al compañero y concentrándose en el procedimiento y el paciente.
- C. Respondiendo a su compañero, pero involucrando al paciente en el comentario, dispuesto a cambiar de tema, si el paciente no está interesado.



Jesús Guzmán Revuelta - O.3.2 Barroide Galbarzo

15. Mientras obtiene el consentimiento de una señora de 75 años para practicarle una biopsia, ella bromea a cerca de lo joven que es usted. ¿Como le respondería?

- A. Ignorando la observación de la paciente.
- B. Diciéndole a la paciente que es gracias al Botox, y ella también debería probarlo.
- C. Ofreciéndole comentarios de apoyo y explorando sus inquietudes.



Jesús Guzmán Revuelta - O.3.2 Barroide Galbarzo

16. Los padres de un paciente pediátrico le ofrecen entradas para un partido en agradecimiento a la gestión de una tomografía computarizada.

¿Cómo debe responder?

- A. Les dice que no puede aceptar regalos de los pacientes.
- B. Les da las gracias calurosamente, lo acepta, y les dice que no había ninguna necesidad en absoluto de hacer el regalo.
- C. Les da las gracias, y les dice que es su equipo favorito por lo que es todo un placer recibir las entradas como regalo.



Jesús Guzmán Revuelta - O.3.2 Barroide Galbarzo

17. Recibe una llamada de Medicina Interna. Uno de sus pacientes, está a punto de ser dado de alta. El paciente tiene programado un TC de tórax ambulatorio en 2 semanas, pero el internista le pide adelantárselo a hoy. ¿Cuál sería la respuesta apropiada?

- A. Preguntar por qué se ordenó el TC.
- B. Consultar la citación de hoy del TC.
- C. Decirle al internista que el paciente tendrá que hacerse el TC de forma ambulatoria.



A continuación, se incluye una propuesta de autoevaluación elaborada por el Dr. Olmos, muy útil para uno haga una evaluación práctica de la Profesionalidad en su propio servicio, y tome conciencia de sus p

Para finalizar, se reconocen las siguientes limitaciones en este trabajo.

Limitaciones:

- ✓ El *state-of-the-art* en el profesionalismo médico es muy plural, con visiones heterogéneas entre distintos modelos socio sanitarios, C.C.A.A., establecimientos sanitarios, liderazgos de equipos, entre las secciones de estos, e incluso entre diferentes perfiles competenciales de los especialistas (consultor, investigador, gestor...), y pudiera ser objeto de futuras investigaciones con un análisis en profundidad del "currículum oculto" radiológico, pero la cuestión esencial común a todas es "Ser en lugar de *comportarse como* profesionales".
- ✓ Las *miniencuestas* contenidas en múltiples diapositivas, publicadas en <http://www.diariomedico.com/opinion-participacion/encuestas>, aunque sin valor estadístico y dirigidas a la clase médica en general, pudieran servir de aproximación ilustrativa para sondear la opinión genérica de la profesión médica en los temas incumbidos.
- ✓ Este trabajo incluye una revisión de la literatura que metodológicamente no ha sido sistemática sino narrativa, quedando su mayor intención cualitativa condicionada bajo las conveniencias personales de su autor, un radiólogo re-especializado en activo (proveniente de otra especialidad, MIR y de otra profesión sanitaria), lo cual pudiera tener interpretaciones válidas ambivalentes como prejuicio cognitivo o fortaleza en su imparcialidad.
- ✓ El mayor énfasis expositivo ha sido la concienciación e invitación a la reflexión sobre los aspectos del profesionalismo que todo radiólogo en formación o titulado debiera conocer, abordando muy someramente los aspectos formativo-evaluativos prácticos, ya recogidos en la abundante bibliografía especializada disponible.

"Ahí está el detalle"
continúa

Imágenes en esta sección:

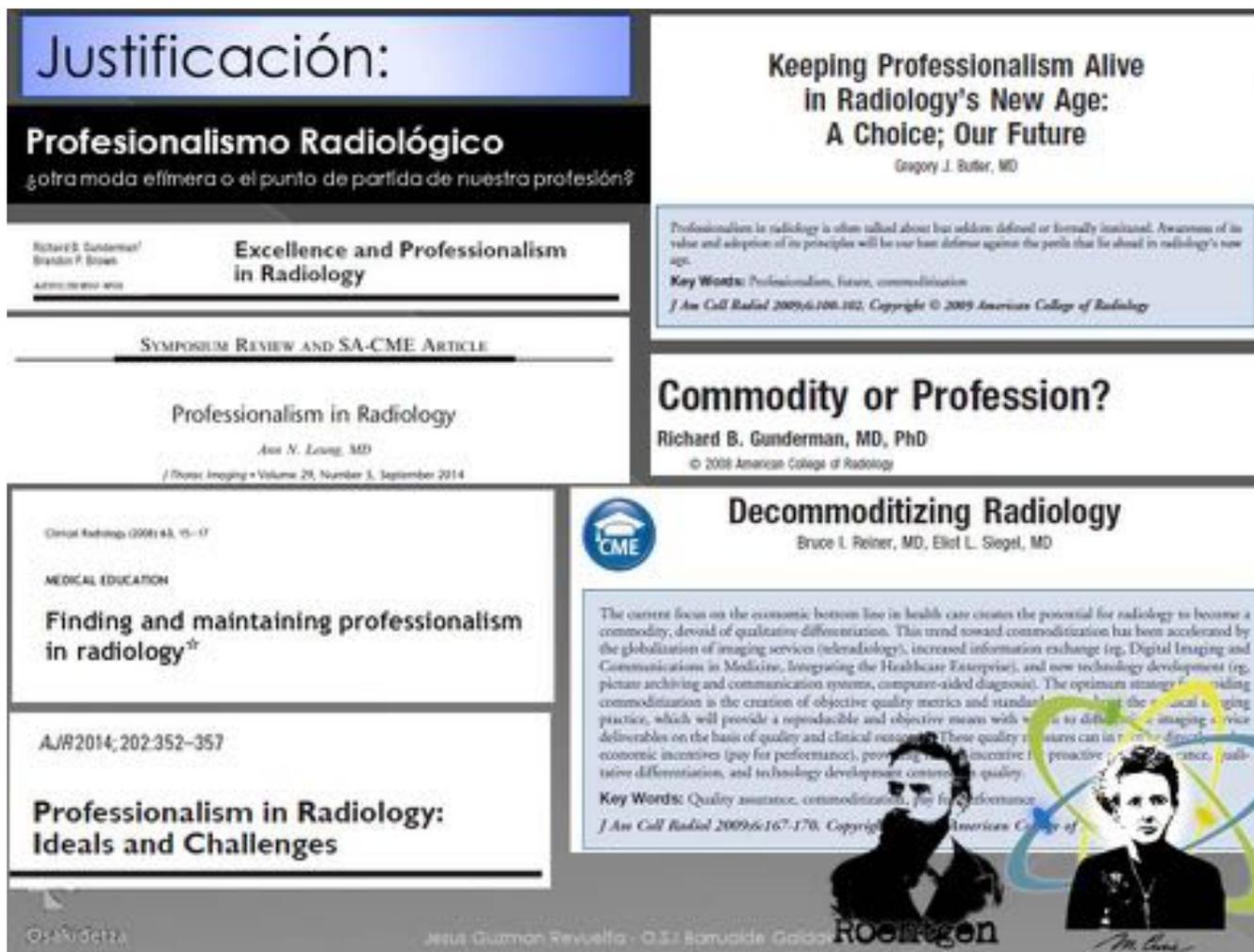


Fig. 4: Justificación

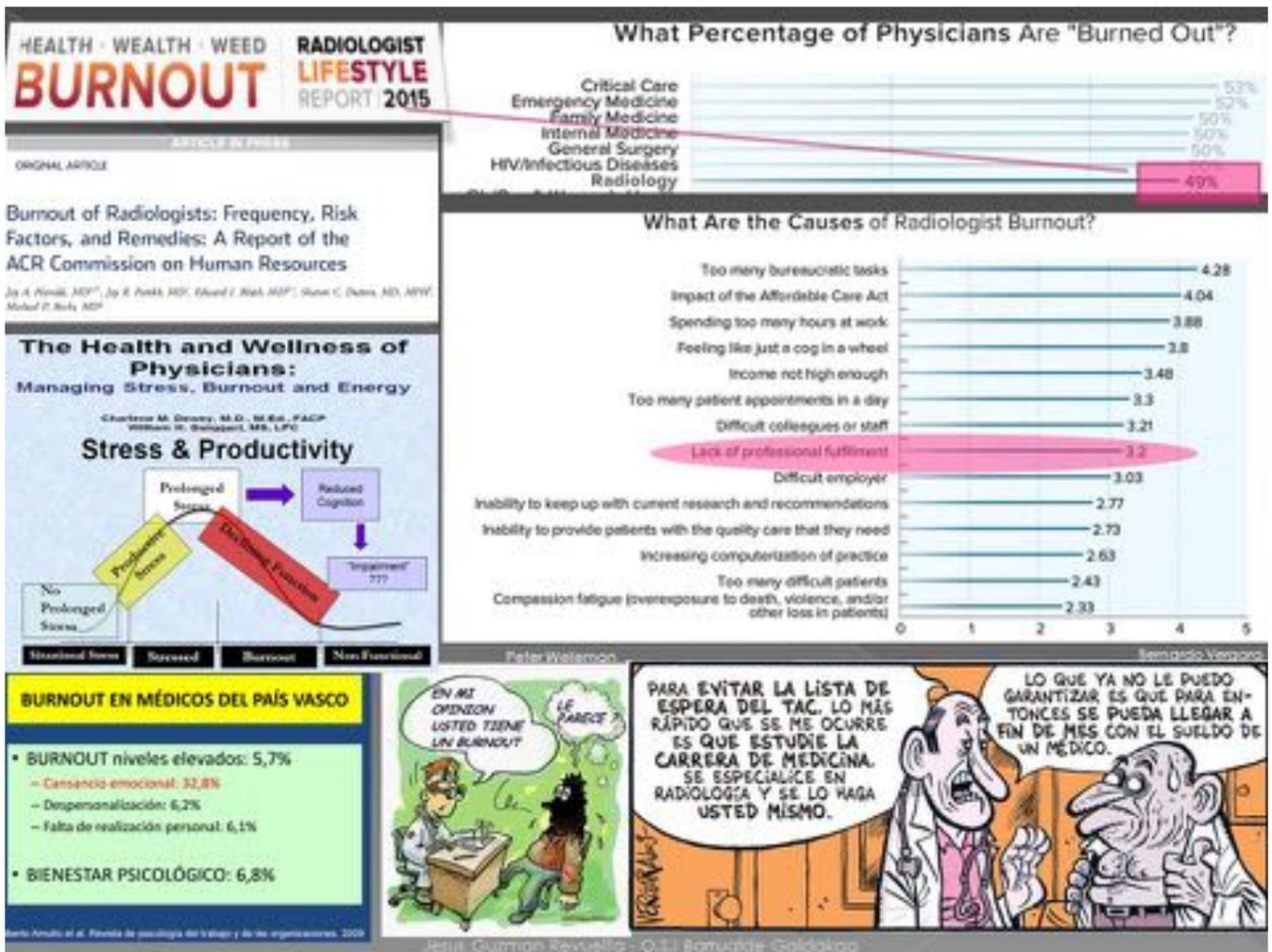


Fig. 5: Burnout radiológico

[Conductas a evitar]



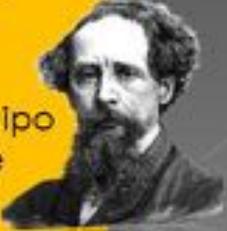
Henry Ford: "La mayoría de las personas gasta más tiempo y energía en hablar de los problemas que en afrontarlos"



James F. Donnelly et al. *Substituting a Program to Promote Productivity and Efficiency: Communication in Health Care*. *Health Affairs*, Vol. 28, Number 3, March 2009.

- ❖ Afirmar que no tenemos tiempo para consultas de médicos de referencia, o pacientes o sus familiares, "por lo ocupados que estamos".
- ❖ Hablar negativamente de los médicos de referencia. "su médico no sabe solicitar pruebas de imagen", "debería haber ordenado una ecografía en primer lugar"...
- ❖ Hablar negativamente del sistema sanitario. "Este sistema de citación comote errores con frecuencia", "Raramente encuentro la información que necesito con este sistema"...
- ❖ Hablar negativamente de los equipos disponibles. " Este equipo se estropea con frecuencia", "solo queremos un equipo que funcione"...

Charles Dickens: "Este es un mundo de acción, no de quejas y lamentos"



En su lugar, intentemos **aportar soluciones creativas** defendiendo nuestros derechos: estrategias de gestión proactiva del tiempo, comunicación eficiente con pacientes, médicos peticionarios y gestores, mejora de nuestras condiciones laborales y de desarrollo profesional, etc...

Olivia Getta Jesus Guzman Revuelta - O.E.I Barualde Galdakoa

Fig. 6: Algunos comportamientos no aceptables

[TERMINOLOGÍA]

- "PROFESSIONALISM"= valores y compromisos de una profesión.
- **Organización Médica Colegial de España**= Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.



"Well DONE
is better than
well SAID "



Groucho Marx's
philosophy: "The secret of
life is honesty and fair-
dealing. If you can take
that, you've got it made"



" If you want something
you've never had,
you must be willing to do something
you've never done"



Osakidetza

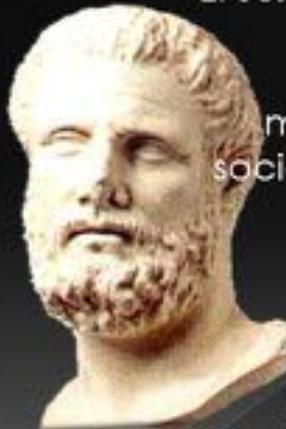
Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Barualde Galdakao

Fig. 7: Terminología

[HISTORIA]

*Juro [...] tributaré a mi maestro de Medicina **respeto** [...] si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré **sin ningún género de recompensa** [...] evitando **toda mal y toda injusticia** [...] no llevaré otro objetivo que **el bien de los enfermos**; me libraré de cometer voluntariamente **faltas injuriosas o acciones corruptoras** [...] Guardaré **secreto**... (460 a.C.-370 a.C)*

El Juramento Hipocrático, que todos hicimos, contiene elementos centrales del profesionalismo médico vigente, como la justicia social, el altruismo, la competencia profesional, la honestidad, el respeto, y la confidencialidad.



“ La tesis del juramento es que los profesionales tenemos que aspirar a la **excelencia**. ”



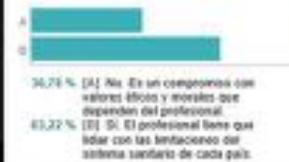
Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde Galdakao

DIARIO MEDICO.COM

¿Esto hoy en día amenaza el cumplimiento del Juramento Hipocrático por los recortes?

Han contestado 87 personas | 04-05-2016



¿Cree que los comités de ética asistencial han perdido peso?

Han contestado 100 personas | 06-09-2016



MARIANO CASADO BLARCO

Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMF
Ejercicio 1.º de abril de 2016

"Código Deontológico y PAIME colegia"

¿Cree se se presta más el Código de Deontología?	
Lo ignora	50,4%
Lo consulta	21,1%
Lo aplica	35,5%
Lo estudia críticamente	2,8%

Fig. 8: Lecciones de la Historia

Contrato tácito con la sociedad

Presente
y Futuro

PERSPECTIVE

Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter

Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*

www.abim.org

1 February 2002 | *Annals of Internal Medicine* | Volume 136 • Number 3 | 243

- **American Board of Internal Medicine**= conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo.

¡ Pongamos en primer lugar los intereses de nuestros pacientes !



OSAI Getta

Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde Galdakoa

Fig. 9: La carta del profesionalismo médico

[Principios fundamentales]

[Compromisos con los pacientes]



Competencia profesional.
Honestidad.

Confidencialidad.

Mantener relaciones apropiadas.

Mejorar la calidad de los cuidados.

Mejorar el acceso a la atención sanitaria.

Distribución justa de los recursos limitados.

Conocimiento científico.

Mantener la confianza manejando los conflictos de intereses.

Rendición de cuentas, responsabilidades

profesionales

incluida la autorregulación.



Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde Galdakao

Fig. 10: La carta del profesionalismo médico



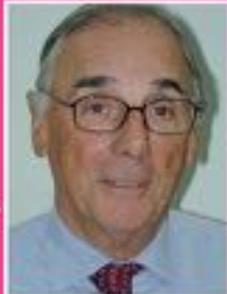
Fig. 11: Marco conceptual

Mejorar la imagen que el paciente tiene del Radiólogo.



El respeto de los demás
(HACIA UNA RADIOLOGIA MEJOR)
Por el Dr. CESAR S. PEDROSA, jefe del Servicio Radiodiagnóstico del Hospital General de Asturias.
RADIOLOGÍA 1965; 46:327-35.

" El contacto con el paciente humaniza, y mejora el reconocimiento, a nivel profano, de nuestra especialidad "



RADIOLOGÍA EDITORIAL

Radiología. 2008;50:176 J. Lucaya
Facultativo Emérito. Departamento de Radiología Pediátrica.
Hospitals Vell d'Hebron. Barcelona. España.

A los jóvenes radiólogos



OSA

Jesús Guzmán Revuelta - O.S.J. Barutote Galdakao

Fig. 12: Arquetipo profesional

ARQUETIPO PROFESIONAL MÉDICO

Dr. Mark Greene

La famosa serie estadounidense "Urgencias" comienza mostrándole durmiendo en una sala de observación, sobre una camilla vacía que bien podría ocupar un paciente.



Muy trabajador, se toma muy en serio su trabajo. Es el jefe del servicio pero trata de igual a igual y escucha a sus compañeros. No se retira de la atención directa a los pacientes a pesar de su posición.

Su mujer le obliga a acudir a una entrevista de trabajo en una estupenda consulta privada. Le han ofrecido ser socio y ganar muchísimo más por trabajar sólo los fines de semana. Greene acude por no enfadar a su mujer, pero quiere quedarse en su hospital...

En una encuesta entre pacientes, técnicas y radiólogos suizos, presentada en el ECR 2013, «ER» fue la serie de TV que retrató con más precisión a la Radiología, y todos convinieron en que la Radiología jugó un papel importante en los diagnósticos (al igual que en otras series como «House M.D.» o «Grey's Anatomy»), aunque solo la mitad de los pacientes y el 20% de los radiólogos dijeron que podían identificar quién era el radiólogo en las mismas. [Véase diapos. 31]



Ortiz Jettá

Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Barualde Galdakoa

Fig. 13: Arquetipo profesional

[Responsabilidades]

1 Evaluación de la idoneidad de un examen analizando las posibles consecuencias de cada posible decisión.

2 El proceso de consentimiento libre e informado, que incluye también el "Rechazo informado".

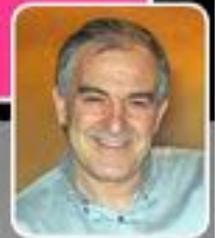
3 Protección del paciente incluye seguridad, comodidad, puntualidad, preparación para el R.C.P., seguimiento, manejo del dolor durante procedimientos intervencionistas, y prevención contra exámenes inapropiados, y contra la obsolescencia de equipos o procedimientos.

4 Interpretación de imágenes

5 Comunicación con pacientes y médicos siendo el canal ideal en consultas con contacto cara a cara.

6 Aprendizaje continuo requiere la voluntad de ser autocríticos reconociendo nuestros propios límites.

7 Mejora continua de la calidad de la atención al paciente examinando sistemáticamente los procesos mediante los cuales prestamos nuestros servicios identificando los indicadores de calidad clave para medirla.



La única actividad, claramente susceptible de "estabulación" es la Interpretación e Informe radiológico, el resto podrían considerarse **valor añadido** del acto radiológico.
Adapt. del Dr. José Luis Del Cura Rodríguez.

Fig. 14: Responsabilidades del radiólogo

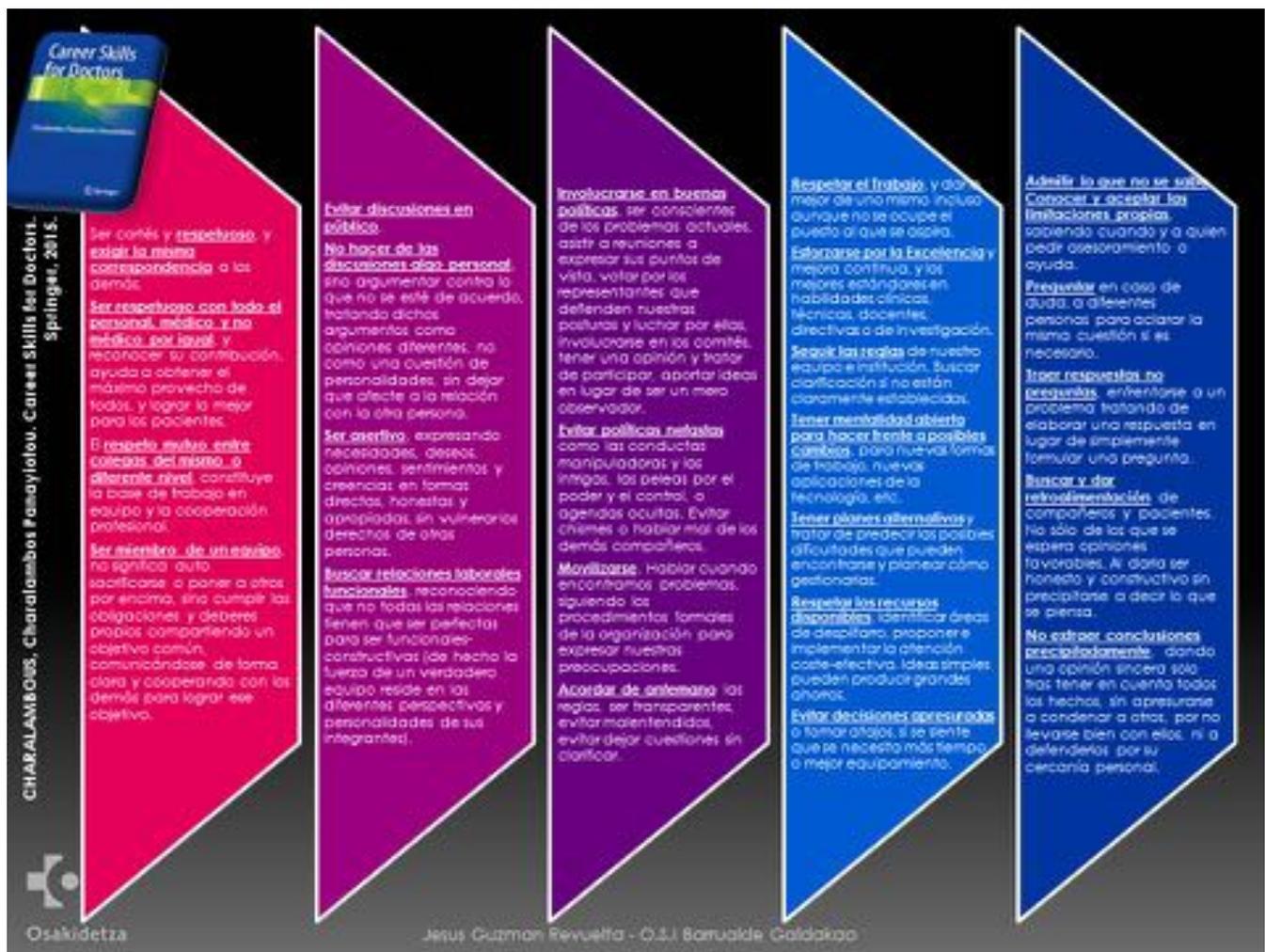
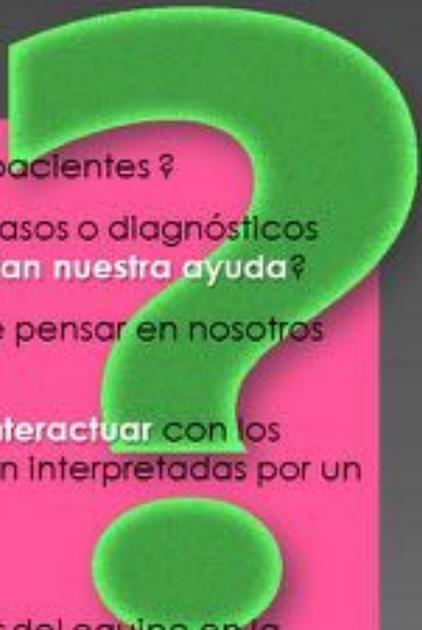


Fig. 15: Responsabilidades del radiólogo

[En la práctica diaria]

- 
- 1 ¿ Dedicamos tiempo a **presentarnos** a nuestros pacientes ?
 - 2 ¿ Nos enfrentamos a nuestros pacientes como casos o diagnósticos interesantes, o como **seres humanos que necesitan nuestra ayuda** ?
 - 3 ¿ Damos a nuestros pacientes la oportunidad de pensar en nosotros **como médicos** ?
 - 4 ¿ Animamos a los **TER/TSID, DUES y residentes a interactuar** con los pacientes, y a explicarles que sus imágenes serán interpretadas por un médico especializado en Radiodiagnóstico ?
 - 5 ¿ **Respetamos** a los médicos peticionarios ?
 - 6 ¿ Nos implicamos directamente como miembros del equipo en la **toma informada de decisiones** por parte del paciente ?
 - 7 ¿ Garantizamos nuestra **competencia, e integridad profesional** ?

Guadalupe SB, ACS, y Carreras SR et al. MMA, 2008



Jesus Guzman Revuelta - O.S.J Barualde Galdakao

Fig. 16: Responsabilidades del radiólogo



Fig. 17: Responsabilidades del radiólogo

[Tabúes]

DESVIACIONES profesionales

INCOMPETENTES- NEGLIGENTES

"Esta mujer se ha tragado un bebe " Dr. Nick Riviera ante la ecografía de una embarazada.



MERCENARIOS- EGOLATRAS

" El mejor doctor/cirujano que el dinero puede pagar " Dr. Hibbert y Dr. Christian Troy.



DESHUMANIZADOS- CÍNICOS

"Para tratar enfermedades somos médicos, tratar pacientes es el inconveniente de la profesión" Dr. House.



Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - D.31 Foruak de Galaxia

Fig. 18: Tabúes de la profesión

Problem Doctors: Is There a System-Level Solution?

Lease L. Leape, MD, and John A. Froeman, MD

Physician performance failures are not rare and pose substantial threats to patient welfare and safety. Few hospitals respond to such failures promptly or effectively. Failure to ensure the quality and safety of the performance of colleagues is a breach of medicine's fiduciary responsibility to the public. A major reason for this deficiency is the hospital's lack of formal systems to monitor physician performance and to identify and correct shortcomings. To develop and implement these systems, hospitals need better performance measures and substantial expansion of external programs for assessment and remediation. This is a task well beyond the capacities

Table 1. Examples of Disruptive Behavior*

- Profane or disrespectful language
- Demurring behavior (for example, referring to hospital staff as "nurses")
- Sexual comments or innuendo
- Outbursts of anger
- Throwing instruments or objects
- Criticizing hospital staff in front of patients or other staff
- Negative comments about another physician's care
- Boundary violations with staff or patients
- Inappropriate chart notes (for example, criticizing the treatment provided by other caregivers)
- Unethical or dishonest behavior

The Impaired Radiologist

Claire E. Bouder, MD, MPH¹, Marie E. Heilbrun, MD, MS², Hong B. Tsung, MD, Edward J. Bluth, MD³

Abstract
Radiologists are faced with ever-increasing challenges in the needs of the practice, in both private and academic settings. Targeted information about processing and maintaining the physical, mental, and emotional health of the radiologist is highly needed. Impairment is a functional classification that implies that the individual affected by a disease is unable to perform specific activities. Radiologists can suffer from the same illnesses as any human being, which include substance abuse and addiction, as well as chronic infectious diseases such as human immunodeficiency virus, hepatitis B and C, and tuberculosis. This article is intended to discuss radiologists and factors about various forms of physician impairment. It provides discussion of the challenges related to such impairments and provides work and resources to address the impaired radiologist.

Key Words: Radiologist, impaired, substance abuse, chronic infection
J Am Coll Radiol 2013;12:102-106. Copyright © 2013 American College of Radiology

The Disruptive Radiologist

Sidney Ulreich, MD¹, Robert D. Harris, MD, MPH², Gordon Sze, MD, Andrew J. Auer, MD, Edward J. Bluth, MD³

Abstract
Radiologists interact with many individuals during daily practice, including patients, medical students, and other healthcare professionals. Disruptive behaviors may begin during training, long before a radiologist enters clinical practice. The causes of disruptive behavior are multifactorial, and radiologists in practice often find it difficult to identify them and respond to them. Training and practicing radiologists in practice often find it difficult to identify them and respond to them. Training and practicing radiologists in practice often find it difficult to identify them and respond to them.

Key Words: Physician behavior, workplace culture, patient satisfaction, health care team
J Am Coll Radiol 2013;12:107-115. Copyright © 2013 American College of Radiology



Physician Performance Problems

Physicians disciplined by State Medical Boards in 2002

– 1739 licenses revoked / 1218 restricted

Underlying causes:

- Mental/behavioral problems
- Physical illness – cognitive impairment
- Failure to acquire/maintain knowledge and skills
- 1/3 physicians – impaired ability to practice medicine safely at some time

Leape & Froeman, Annals of Internal Medicine, 2006;144:107-115



Physician Performance Problems

Discipline by a State Medical Board

Basis for action	Morrison (1998)	Kohatsu (2004)	Khalig (2005)
Quality / competence / negligence	34%	38%	50%
Unprofessional conduct	30%	46%	43%
Impairment	14%	18%	4%
Miscellaneous / other	32%	2%	40%
Sample size	375	800	306



Fig. 19: Tabúes de la profesión

¿Notificamos nuestros
ERRORES e INCIDENCIAS?
 ¿Cuál es nuestra **GESTIÓN DE RIESGOS?**

DIARIO MEDICO.COM

¿Cree que deberían analizarse y comunicarse más los errores de diagnóstico?
Has contestado 107 personas | 14-02-2014

62,24% (A) Sí, es un problema que no se aborda lo suficiente.
 35,57% (B) Sí, los profesionales deberían tener más conciencia de los problemas.
 1,83% (C) No, ya se trabaja en ello suficientemente.
 1,14% (D) No. España es un país con un presupuesto muy bajo de errores de diagnóstico.

¿Cree que el SNS garantiza la seguridad del paciente?
Has contestado 616 personas | 02-06-2014

25% (A) Sí, pero la formación de los profesionales podría ser mayor.
 17,85% (B) Sí, en España se está trabajando mucho en este aspecto.
 57,25% (C) No, aún hay muchos errores y eventos adversos evitables.

¿Ve resentida la calidad de sus diagnósticos por la obsolescencia de los equipos?
Has contestado 64 personas | 27-04-2013

50,04% (A) Sí, continuamente.
 43,75% (B) Síe puntualmente.
 15,21% (C) No, los equipos no están obsoletos.
 0,88% (D) No, los equipos están obsoletos pero no afecta a la calidad de la asistencia.

FALLURE IS THE OPPORTUNITY TO BEGIN AGAIN MORE INTELLIGENTLY.
Henry Ford

El RIESGO cero ¡NO existe!

"El único hombre que nunca se equivoca, es el que nunca hace nada"

Cicerón:
"De todos es error: solo de necios perseverar en el error"

"La ignorancia suele generar más confianza que el conocimiento"

La ley no siempre prevalece sobre la ética.

El cumplimiento de la legalidad es condición necesaria pero no suficiente.

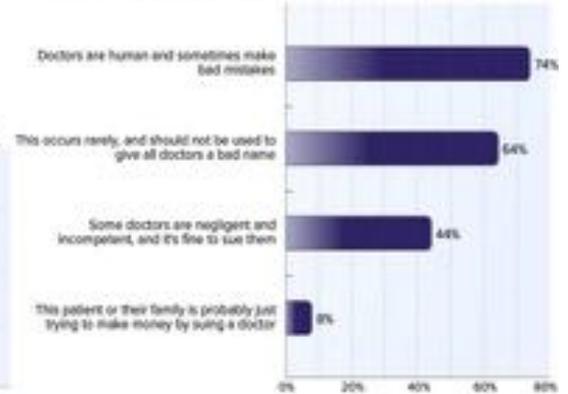
Orlando Jettá

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde Galdakao

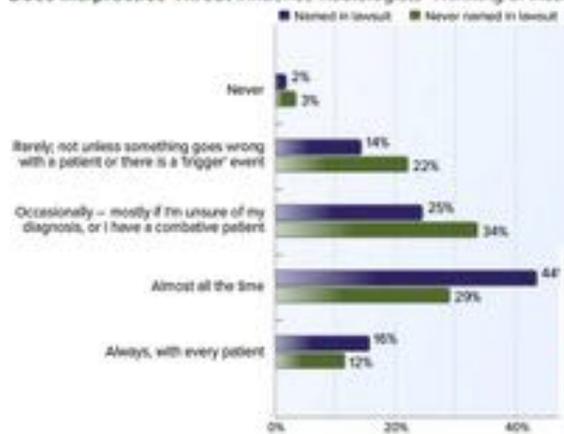
Fig. 20: Tabúes de la profesión



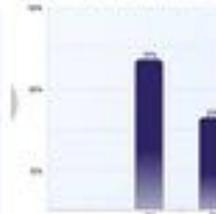
When I Learn That a Case Involved Real Errors, I Think?



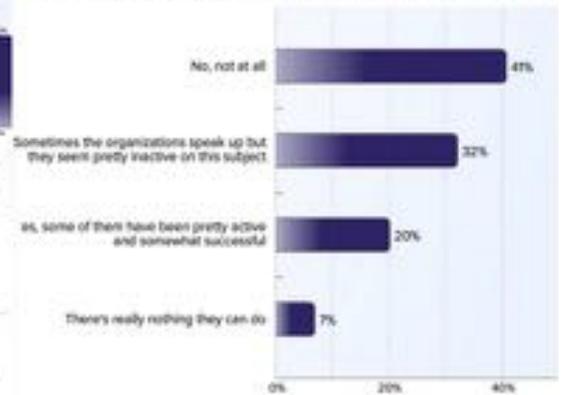
Does Malpractice Threat influence Radiologists' Thinking or Action?



Does "Chasing Why" Lead to More Lawsuits Against Radiologists?



Are Medical Organizations Doing Enough to Reduce Lawsuits?



¿Considera que se debe pedir responsabilidades penal por malos praxios médicos?
 Este cuestionario se realizó el 15 de Julio de 2011.

55,22% (2) Sí porque no debe existir ninguna diligencia al tratar con la vida de las personas.
 44,77% (2) No, porque como en cualquier otra profesión se pueden cometer errores, sin tener que ir a la cárcel.
 99,77% (2) Sí, solo para casos muy excepcionales.

Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Barú

Fig. 21: Tabúes de la profesión

Claude Bernard (1813-1878)
"Los sanos son enfermos
insuficientemente
estudiados"

¡ Protejamos a los ciudadanos de
los **efectos adversos evitables**
producidos en nuestro ámbito!

VOMIT
victim of
medical
imaging
technologies

PELIGRO

ILLUS-DONOSO BACH, PHD
President, European Society of Radiology

"For over a year we have been testing ACBtest in Spain with positive results. The agreement between the American College of Radiology and National Decision Support Company enables us to develop Europe-wide criteria without reinventing appropriate use (IRIS) and ACR's so-called NDSG" -test experience."

Your Order: CT	U/S	MR	X Ray
6	8	5	4
Proceed with Order	Change Order		

Recomendaciones de
"no hacer"
No hacer ✓

"Más" no es lo mismo que "mejor".
El paciente espera lo mejor, y lo
"mejor" es a veces "nada" (explicar,
tranquilizar, esperar y ver).
Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada:
implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas.
Med Clin (Barc). 2002; 118(2):65-7.

¿Cuál cree que es el principal motivo que
causa la existencia de un 'exceso' de
medicina, con sobrediagnóstico y
sobrerterapia, en el SNS?

Has contestado 176 personas | 15-12-2014

A	35,23 %
B	25,57 %
C	8,52 %
D	5,68 %
E	21,00 %
F	3,98 %

*i "primum
nil nocere!"*

47,87 % [A] Falta de información por parte de los pacientes
23,79 % [B] Descoordinación entre niveles asistenciales
13,38 % [C] No hay sobrediagnóstico

¿Cuál de estas opciones ve más adecuada para reducir costes en su día a día como médico?

Has contestado 210 personas | 10-12-2014

A	47,87 %
B	23,79 %
C	13,38 %

47,87 % [A] Explotar pruebas existentes.
23,79 % [B] Mejorar la atención a crónicos.
23,79 % [C] Ser más rigurosos en la valoración de productos para su compra.

¿Por qué creen que acaban aplicándose prácticas médicas ineficaces?

Has contestado 202 personas | 20-07-2013

A	7,92 %
B	24,67 %
C	79,54 %

7,92 % [A] Aún de los investigadores por publicar
24,67 % [B] Insuficiencia de las evidencias científicas
79,54 % [C] Intereses institucionales y empresariales

© Getty | Jesús Guzmán Revuelto - O.S.I. Barualde, Galdoakoa

Fig. 22: Tabúes de la profesión

¿Formación mejorable? ¿Autorregulación o recertificación?

DIARIO MEDICO.COM

¿Cómo califica el sistema MIR de formación?
Han contestado 417 personas | 24-12-2012

A	18,36 %
B	54,2 %
C	25,42 %

(A) Excelente y adecuada en sí misma
(B) Buena, pero requiere mejoras
(C) Mala, se ha quedado obsoleta

¿A qué debería dedicar más tiempo el MIR durante su especialización?
Han contestado 253 personas | 11-02-2013

A	21,49 %
B	21,08 %
C	52,18 %

(A) A la formación
(B) A la investigación
(C) A la asistencia a pacientes
(D) A todas las anteriores a partes iguales

¿Es necesario evaluar al MIR al final de periodo de residencia?
Han contestado 147 personas | 16-05-2013

A	11,55 %
B	54,81 %
C	34,64 %

(A) Sí, es necesario pero en este momento no hay dinero
(B) Sí, es necesario y se podría hacer ya
(C) No, no es necesario ningún examen

¿Son los Colegios los órganos idóneos para plantear la recertificación profesional del médico?
Han contestado 190 personas | 02-11-2009

A	38,16 %
B	62,84 %

(A) Sí
(B) No

¿Se presentará unidad a los probes de certificación de la licencia médica para la asistencia que ha puesto en marcha la OMCT?
Han contestado 200 personas | 02-02-2010

A	22,88 %
B	77,12 %

(A) Sí
(B) No

¿Cree que la invitación a congresos y otras relaciones con la industria condicionan la prescripción del médico?
Han contestado 100 personas | 09-07-2011

A	44,07 %
B	57,03 %
C	11 %

(A) Sí, inevitablemente
(B) Puede, en casos de compensaciones económicas a medicinas de gran cuenta
(C) No, la relación con la industria es esporádica y no afecta a los diagnósticos
(D) No, pero es bueno que la relación sea más transparente

¿Cree su consentimiento para que se publique con nombres y apellidos lo que recibe en concepto de ayudas de los laboratorios para formación, investigación o prestación de servicios de asesoría?
Han contestado 170 personas | 20-05-2012

A	84,72 %
B	25,88 %

(A) Sí, es un servicio de transparencia imprescindible
(B) No, sería que se reintegraran los datos

¿Quién debería costear la formación continuada de médico?
Han contestado 417 personas | 23-12-2013

A	51,3 %
B	2,18 %
C	8,13 %
D	38,39 %

(A) La Administración
(B) La industria farmacéutica
(C) El propio médico
(D) Entre todos los anteriores

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

Becas SERAM

- BECAS ASISTENCIA RDR
- BECAS ASISTENCIA RIMA
- BECAS SERAM - INDUSTRIA
- BECAS EDITORIAL SERAM CIENTÍFICO
- ESCUELA SERAM DE RADIOLOGÍA
- BECAS DE LA FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA
- BECAS ASISTENCIA ARDR
- BECAS SANTANDER SALUD

© 2014 Seram

Jesús Guzmán Revuelta - O.S. Barualde Galdakao

Fig. 23: Tabúes de la profesión

Jana Gudman Revuelta - O.S.J. Estruella Galbárrica



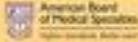
EBR

European Board of Radiology

ABOUT EBR EUROPEAN DIPLOMA IN RADIOLOGY CONTACT US



Certification Matters™



Find Out if Your Doctor is Board Certified

Enter the doctor's information below or you can search by location and specialty. First six letters of any of the fields below is okay.

<input type="text" value="Last Name"/>	<input type="text" value="First Name"/>
<input type="text" value="City"/>	<input type="text" value="State"/>
<input type="text" value="Zip Code"/>	<input type="text" value="Specialty"/>

My Doctor is Board Certified. Is Yours?

You want quality care for your family. That's why choosing a Board Certified doctor is so important.

redacción médica

FORMACIÓN

LA AGREDITACIÓN. EN FASE DE VALORACIÓN

Los tutores se suman a la recertificación

Así como las otras recertificaciones profesionales que han sido aprobadas, se tramitarán por cada comunidad autónoma.

Jueves, 24 de septiembre de 2015, a las 15:00

¡Radiólogo EXPERTO, es lugar de prescrite!

¡Profesionalización de la docencia!



Fig. 24: Tabúes de la profesión

JERARQUÍA, LIDERAZGO ¿o ambos?

DIARIO MEDICO.COM

INTEGRACIÓN EN EL NUEVO SISTEMA

El ICS evaluará integralmente a sus jefes de servicio hospitalarios

53 de sus casi 200 cargos se someterán al nuevo sistema en 2015. Participarán el director médico, los compañeros y el propio equipo.

POLÍTICA SANITARIA

Madrid: pacto político para profesionalizar la gestión

PSOE, PP, Podemos y Ciudadanos han alcanzado un acuerdo para promover la profesionalización de la gestión del Servicio Madrileño de Salud.

16/11/2015 08:00

¡Profesionalización de la gestión!

¿Cree que el environmento de jefes de servicio y de sección responde más a criterios políticos que clínicos?

194 cuestionarios | 19/01/2015

SI	91,24 %
NO	8,75 %

¿Puede ser la gestión clínica clave en la despolitización de la sanidad?

161 cuestionarios | 18/02/2014

SI	75,87 %
NO	2 %
NO SE HA HECHO RESPUESTA	21,33 %

¿Cuál cree que es el principal obstáculo para la profesionalización de los gestores sanitarios?

1160 cuestionarios | 11/10/2012

A	16,82 %
B	6,73 %
C	82,25 %

¿Cree que el actual sistema de evaluación de los jefes de servicio es útil?

146 cuestionarios | 02/02/2010

A	91,78 %
B	9,22 %

Artículo 42

1.- Los médicos que ostentan cargos directivos, están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta manifiesta responsabilidad favorita o abuso de poder.

MADRID

Sanidad fomentará la denuncia anónima de malas prácticas hospitalarias

¡La gestión es corresponsabilidad de todos!

UNSELETRAS

¡RÁPIDO: UN MÉDICO!

¿POR QUÉ LE PREGUNTO?

QUE SUENTAMENTE LOS JEFES DE SERVICIO DIRIGENTES PROFESIONALES QUE DESEMPEÑAN SU COMETIDO A LA PROFESIÓN

¡GORDIANO!

Ortiz Jettá | Jesús Guzmán Revuelta - O.S.J. Barualde Galdakao

SERAM

Carta de Intención a la Sanidad y a la Sanidad en Atención

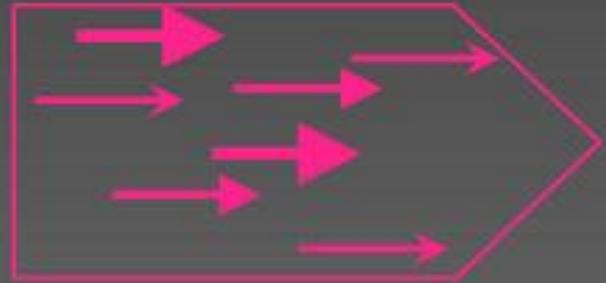
100% ONLINE

Fig. 25: Tabúes de la profesión

COMUNICACIÓN profesional

FUNCIONAL (EQUIPO)

- Cultura comunicacional efectiva, honesta, transparente... (conflictos constructivos-cooperativos, creatividad, innovación, transformación)



DISFUNCIONAL (GRUPO)

- Rumores, bromas, excentricismo, manipulación, intimidación, seducción, desconfianza, deslealtad... (conflictos destructivos-competitivos)



Fig. 27: Tabúes de la profesión



Fig. 28: Tabúes de la profesión



● CONFLICTOS en pacientes RADIOLÓGICOS

- **Información** inadecuada sobre la prueba, preparación o consecuencias.
- **Demora** en la atención y falta de explicaciones.
- **Trato** percibido como poco humano.
- Incumplimiento del consentimiento **informado**.

Pencorel GS. Auditoría médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. Revista chilena de radiología 2003;9:157-160.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S. Barualde Galdozko

Fig. 29: Tabúes de la profesión

[Estereotipos]

◉ Cuando la realidad supera a la ficción...

A pesar de que la historia de la radiología y del cine han estado entremezcladas desde el mismo descubrimiento del 7^º año de la coincidencia con la aparición de los rayos X a finales del XIX, la figura del radiólogo en la pantalla grande y en la televisión ha permanecido casi siempre la misma, cuando no suantada por otros médicos prestigiosos con su trabajo, lo que no deja de ser una metáfora reflejando una paradoja de realidad.

The Invisible Radiologist¹

radiology.rsm.org • Radiology Volume 258, Number 1—January 2011

HealthImaging SUBSCRIBE

HOME • NEWS • TOPICS • PARTNER VOICE

Bad manners: U.K. survey finds cardiologists, radiologists more likely to be 'rude' or 'dismissive'

Tim Casper Dec 27, 2010

ARTICLE IN PRESS

Radiologist: Clinical Imager or Ancillary Medical Staff?

Richard Sznac, MD Journal of the American College of Radiology

Abstracts 2010 (S1) (7-11)

CARTAS AL DIRECTOR

El radiólogo invisible: ¿causa o efecto?

The invisible radiologist: Cause or effect?

GACETA MÉDICA.com

A corazón abierto: ¿Radiología sin radiólogos?

Temas relacionados: Seram, Pacientes, Radiología

JOSÉ LUIS DEL CARMEN, PRESIDENTE DE LA SERAM

Temas: 14 de noviembre de 2010 | 10:00



Fig. 31: Estereotipos

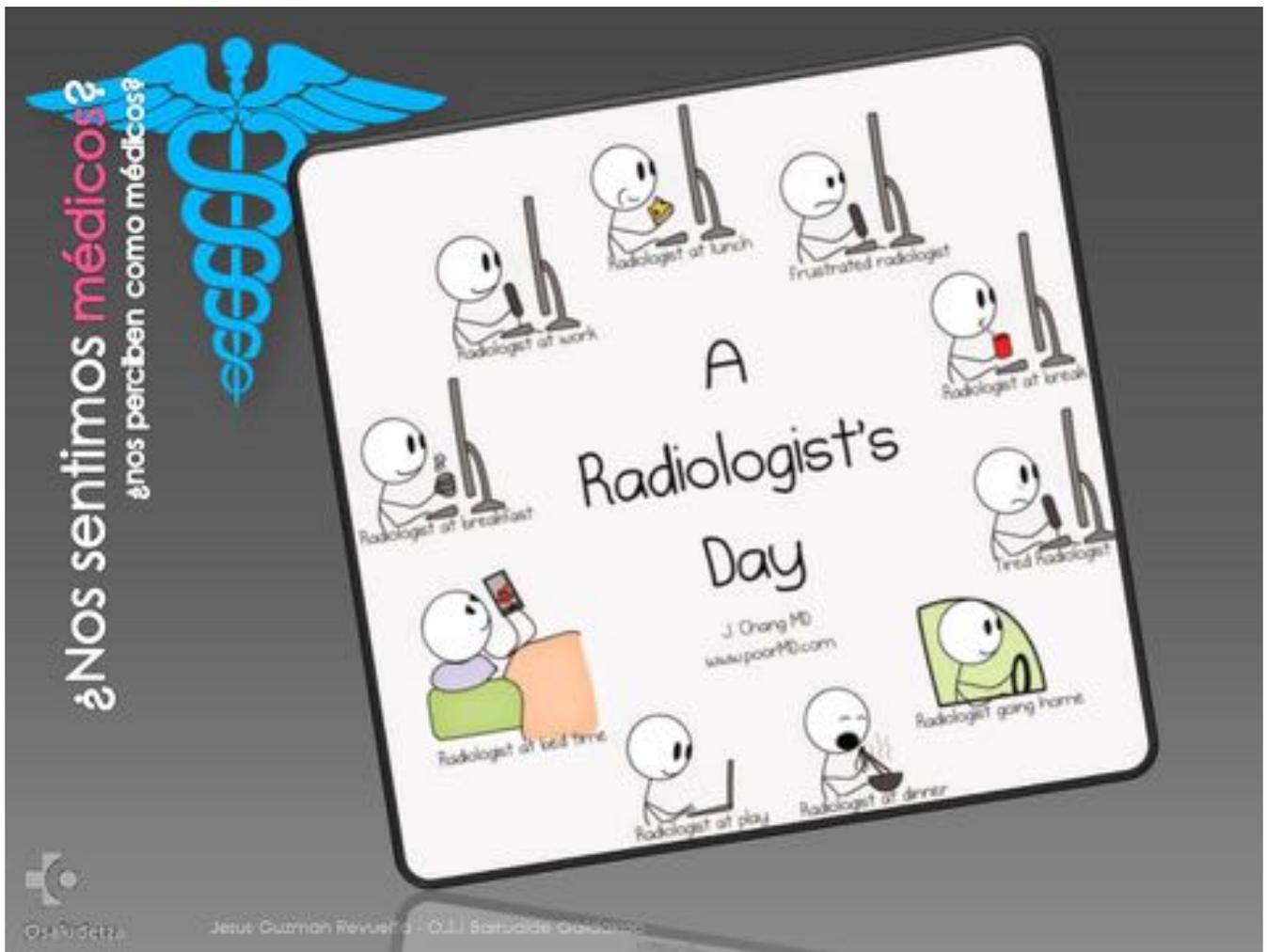


Fig. 32: Estereotipos

[Oportunidades]

desafíos

PROFESIONALISMO RADIOLÓGICO

Cultura de la litigación / Medicina defensiva

Intrusismo / Limitado conocimiento de necesidades y actitudes de pacientes y colegas / Invisibilidad / Desconfianza

Burnout del radiólogo / Obligaciones / Percepción pública

Mercadotecnia / Presión tecnológica / mercantilización / consumismo sanitario

Recursos sanitarios limitados

¿Esta en crisis el profesionalismo en Radiología?

Osakidetza

Jesus Guzmán

Armuñe de Galdakao

Fig. 33: Desafíos y oportunidades

[Los profesionales]

IMPACTO del trabajo

Gathering Storm Clouds Suggest the Need for a Culture Change in Radiology: Radiologist-centered Imaging¹

Radiology 2015; 278:3-7 Peter S. Moskowitz, MD

The Health and Wellness of Physicians: Managing Stress, Burnout and Energy

Charles W. Gentry, M.D., M.S., FACP
William B. Brinson, M.D., MPH

Women Don't Ask

Carol M. Rumack, MD

© 2015 American College of Radiology
Epub 11/05/15;136:00 | <http://dx.doi.org/10.1093/rjra/rjv129>

I ENCUENTRO NACIONAL DE RADIÓLOGAS

12 Nov 2015

Reconocimiento a la labor de las mujeres en la Radiología (80% y creciendo), y su futuro papel como gestoras, en el trabajo en equipo, la investigación, la comunicación y la creatividad...

Average reported level of happiness on a five-point Likert scale, by medical specialty.

Medical Specialty	Average Happiness Score
DERMATOLOGY	4.8
OPHTHALMOLOGY	4.7
ALLERGY & CLINICAL IMMUNOLOGY	4.6
PSYCHIATRY & BEHAVIORAL HEALTH	4.6
DIAGNOSTIC RADIOLOGY	4.5
ENTHOLOGY	4.5
PHYSIOLOGY	4.5
PLASTIC SURGERY	4.5
GASTROENTEROLOGY	4.5
PSYCHIATRY	4.5
NEPHROLOGY	4.5
ORTHOPEDICS	4.5
GENERAL SURGERY	4.5
INTEGRATIVE MEDICINE	4.5
OB/GYN & WOMEN'S HEALTH	4.5
DIABETES & ENDOCRINOLOGY	4.5
CRITICAL CARE	4.5
FAMILY MEDICINE	4.5
INFECTIOUS DISEASES	4.5
CARDIOLOGY	4.5
NEUROLOGY	4.5
UROLOGY	4.5
FAMILY MEDICINE	4.5
EMERGENCY MEDICINE	4.5
INTERNAL MEDICINE	4.5
ANESTHESIOLOGY	4.5

Source: O.J. Serruilde Goldakos

¿Cree que se está atendiendo convenientemente la creciente demanda de la profesión médica en España?

100 personas | 16/11/2015

4.7% (A) Sí, pero se necesitan más recursos
50.0% (B) Sí, pero solo en parte
2.0% (C) No, se necesitan en los mismos niveles
3.3% (D) No, porque la mayoría se precisan de salir al extranjero y no de dedicarse a ellos

¿Cree que debería testarse un sistema de cursos de perfil en las etapas de formación sanitaria?

72 personas | 20/10/2015

25.17% (A) Sí, más que conseguir la puntada en todos los sectores
74.83% (B) No, ya deberían existir en ningún sector

¿Cree que el acceso laboral al médico concuerda con la precariedad laboral y la oferta?

202 personas | 16/11/2015

4.7% (A) Sí, pero se necesitan más recursos
50.0% (B) Sí, pero solo en parte
2.0% (C) No, se necesitan en los mismos niveles
3.3% (D) No, porque la mayoría se precisan de salir al extranjero y no de dedicarse a ellos

La Fundación Economía y Salud ha editado un libro en el que más de cien expertos han consensado las necesidades más prioritarias para el SNS. ¿Cuál considera que es la más urgente y apropiada en el corto plazo?

63 personas | 23/10/2015

40.6% (A) Ser más poder al paciente y mejorar su experiencia
4.4% (B) Evitar más y mejor la tecnología y mejorar procesos de atención
4.4% (C) Fortalecer la gestión con mejores sistemas
22.6% (D) Evaluar los desequilibrios profesionales e impulsar un desarrollo

Fig. 34: Desafíos y oportunidades

[Los pacientes "de carne y hueso"]

🕒 Si estuviera en el lugar de su paciente, ¿ como le gustaría ser atendido ?

July 2015

Case Study: **When the Radiologist Becomes the Patient**

After her personal battle with cancer, one radiologist has become a valued leader in the ongoing mission to improve patient care.

By Amena Hassan

Key Takeaways:

- Chairperson for two radiology departments, Sabiha Raouf, MD, has built a dedicated team at Jamaica and Flushing Hospitals in Queens, NY, that is committed to being a visible part of patient care.
- Both radiology departments, under Raouf's guidance, have hired high-level radiologists, acquired advanced equipment, accredited all facilities through the ACR, and established a radiology consultation service for referring clinicians.
- After her own struggle with cancer, Raouf and her colleagues launched the "Make a Difference" rounds to visit patients and let them know someone is always available to address their immediate concerns.

[View the related video and blog post.](#)

DOCTOR

Felicito my recomendable... para todos.

¿Actuamos como clínicos que somos?

“

El médico sin ~~compasión~~ ~~compasión~~ carente de ~~compasión~~ ~~compasión~~ frente a las desgracias ajenas, jamás podrá ser médico de verdad.

”

Orangetta

Jesus Guzman Revuelta - O.J. Barualde Galdakoa

Fig. 35: Desafíos y oportunidades

"A good doctor... I also recommend you as a great human being"
Sadhna Verma, M.D.
University Of Cincinnati Medical Ctr.
OH, USA

"¡Excelente!"
Eric A. Wang, MD, y personal
Charlotte Radiology
Carolina del Norte, EE.UU.



Radiology Cares
THE ART OF PATIENT-CENTERED PRACTICE

THE RADIOLOGY CARE'S CARING QUILT:
MESSAGES FROM OUR PATIENTS

[View Quilt >](#)

"Se tomó su tiempo"
Gloria M. Salazar, MD
Hospital General de Massachusetts
MA, EE.UU.

Radiology Cares
THE ART OF PATIENT-CENTERED PRACTICE

Patients are the primary focus of radiologic care.
As a radiology professional committed to providing patient-focused medical care,

JESUS GUZMAN REVUELTA M.D
has taken the pledge to:

- 1. Help guide optimal patient and referring provider decision-making by promoting and utilizing available evidence-based recommendations on radiological procedures.
- 2. Deliver timely, accessible and accurate imaging reports.
- 3. Provide practical explanations, as needed, of these reports for common understanding between physicians and patients.
- 4. Continue learning more effective ways to communicate with patients and referring physicians.
- 5. Use effective communication methods and tools to benefit patients and help them participate in informed decision-making.

 **RSNA**
Radiological Society of North America

"You were the key player in our son's being alive today"
Jesús Guzmán Revuelta, M.D.
Olasoñza Basque Health Service
Álava, SPN

"Dear Dr. Jesús Guzmán, Finding humanity and closeness on this journey is the real fuel that drives us. There is an added value in your particular case: you were the key player in our son's being alive today. The great pleasure is ours. Simply THANK YOU, Jesús, from the bottom of our hearts."



Esta iniciativa debe realizarse en un contexto COLECTIVO alejado de cualquier tentación narcisista individual, pues como dijo el filósofo moralista: "Poco a poco ha nacido quien solo aguarda el reconocimiento de sus contemporáneos".

"No era sólo un cuerpo con un tumor que tenía que hacer una biopsia"
Judith A. Wolman, MD
Nevada de Medicina
E, EE.UU.

"Me escuchó"
Max Wintermark, MD, MBA
MBA
Universidad de Stanford
CA, EE.UU.

2013

"El prestigio y autoestima de la Radiología se fortalecerán, además de manteniéndola en la cresta de la ola de los avances tecnológicos, [y] propiciada con calidad y rapidez de servicio a las expectativas de pacientes y médicos referentes. Solo así defendemos con posibilidad de éxito nuestros 'territorios fronterizos'."

 Quilt

Jesús Guzmán Revuelta - O.J. Barualde Galdakao



Fig. 36: Desafíos y oportunidades

[Estudiante de Medicina Profesional]

revistamédica 31/OV/2016 n274

¿Quié impo se ofrece la universidad de la Radiología y cómo se practica?

Molaga 2015
1 y 2 de octubre
1 Congreso de Radiología para Estudiantes de Medicina
Belo Begas - Facultad de Medicina

Seram
Una guía para comprender mejor la radiología y el diagnóstico por imagen
SERAM

Los 10 valores básicos de un joven médico

Julio Ancochea, docente titular de la Autónoma de Madrid con 17 años de experiencia, resume en un decálogo los valores que todo estudiante de Medicina debe adquirir:

1. Respeto a la vida y la dignidad de las personas.
2. Asistencia y cuidados del enfermo y la comunidad.
3. Rigor y competencia científica en el arte de la Medicina.
4. Inteligencia emocional. Sentimientos, trato humano y empatía.
5. Principios éticos irremunciabes en la labor diaria.
6. Humanismo. Ideas, valores y modos de expresión derivados de la ciencia, el arte y las letras.
7. Vocación, compromiso y militancia. El "médico militante".
8. Espíritu universitario. Formación permanente, docencia, investigación e innovación.
9. Humildad y trabajo en equipo.
10. Generosidad-solidaridad.

*Los alumnos de medicina también se **humanizan**.*

DIARIO MEDICO.COM

¿Debería haber un examen único nacional para acceder al grado de Medicina?
Han votado 103 personas / 10-11-2014

Si	82,87 %
No	17,13 %

¿Es el examen MIR una prueba adecuada para acceder a plazas de posgrado?
59 personas / Publicado: 22 de Febrero de 2015

Si	55,14 %
No	44,86 %

Technical flaws in multiple-choice questions in the access exam to medical specialties (examen MIR) in Spain (2009-2013)

Fig. 37: Desafíos y oportunidades

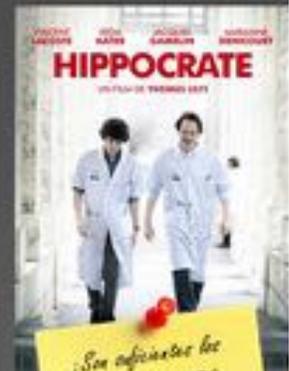
[Médico residente Profesional]

⊙ OBLIGACIONES

1. Compasión: cuidar a los pacientes.
2. Trabajar, en exclusividad: siguiendo las instrucciones recibidas, las reglas de la organización, y el programa de formación, utilizando racionalmente los recursos.
3. Estudiar; Esforzarse por aprender (excelencia).

⊙ DERECHOS

1. Recibir formación (incluida la **complementaria**): Apoyo por parte de los especialistas, designación de un tutor, practica profesional programada, y responsabilidad progresiva.
2. Ser evaluado justamente: para aprender y pasar a un nivel u obtener un título.
3. Ser un miembro activo de su servicio: Integrarse en la actividad general del servicio, incluida la participación en la investigación, y expresar su opinión en la gestión.
4. Tener un papel en la gestión de su docencia.
5. Derechos laborales y protección social.



¿Son adecuadas las 4 áreas del MIR?

¿Está inicialmente por Medicina letaras y/o Urgencias?

¿Se ha formado en investigación, calidad, gestión, ética, legislación, comunicación, o profesionalismo?

¿Participa en comités asistenciales? ¿y en proyectos de investigación?

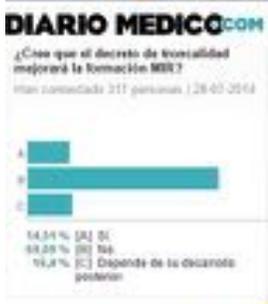
¿Conoce las posibilidades laborales en el mundo académico universitario?

¿Se ha formado para elaborar un currículum profesional, enfrentarse a una entrevista de trabajo, o embarcarse en la iniciativa privada?

¿Conoce sus derechos en legislación laboral (contratos, teletrabaja...)?

¿Se evalúa docente durante las rotaciones y sus calificaciones fuera adecuadas?

¿Tiene pretensión de supervisión o liderazgo en su servicio?



Del Carr, José Luis. La Formación del residente de radiología. La visión del jefe de entrada. Curso 2020/2021. SERAM. 2020. 100 páginas. ISBN 978-84-17-10000-0. 2020. 100 páginas. ISBN 978-84-17-10000-0. 2020. 100 páginas. ISBN 978-84-17-10000-0.

© 2020. Todos los derechos reservados.

Fig. 38: Desafíos y oportunidades



Fig. 39: Desafíos y oportunidades

Hitos de la profesión

Debates SERAM

Cómo mejorar nuestra profesión

Madrid, 4-5 noviembre 2012



Medical Imaging

Evolution in Patient Care



ACR
AMERICAN COLLEGE OF
RADIOLOGY



04/11/2012

1895-1920 1920-1990
Fotografía Médica
Aplicaciones médicas Medios de contraste
Nuevas técnicas

1990-Presente
Explosión tecnológica, PACS,
consultores clínicos,
Demanda sin precedentes.

Presente-Futuro...
Big data, Inteligencia artificial,
Inteligencia social y emocional,
Medicina personalizada.



Fig. 41: Hitos de la Radiología



Fig. 42: Hitos de la Radiología

Comunicación centrada en el paciente



Médico
petionario

Paciente

Médico
Radiólogo



Médico



Médico
Radiólogo

PACIENTE



Paciente



Médico
Radiólogo

*¡primero
como
MÉDICOS!*

ORIGINAL ARTICLE

Patients Want to Meet With Imaging Experts

Dr. Gary H. Hill, Associate Academic Officer, Michigan State University, East Lansing, Michigan, MSU
Alfonso Rojas, MD

seram InfoRadiología

¿Cómo se llama tu radiólogo?

#miradiologo

CATALOGO SERAM 2019 GENERAL

EXPLORACIONES	TEMPO MEDIO	ORA	UBV
INTERCONSULTA RADIOLOGICA Y SEGUNDA OPINION	20	25	27
INTERCONSULTA RADIOLOGICA			
INTERCONSULTA RADIOLOGICA			
INTERCONSULTA RADIOLOGICA			
CONSULTA EXTERNA	20	25	17
CONSULTA EXTERNA			

HOLA! SOY RADIOLOGO®

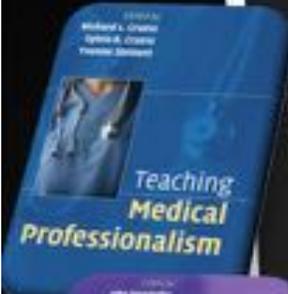
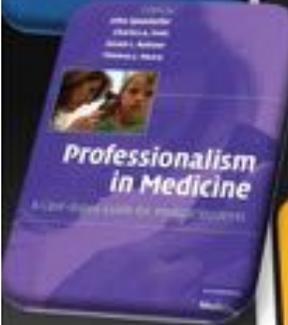
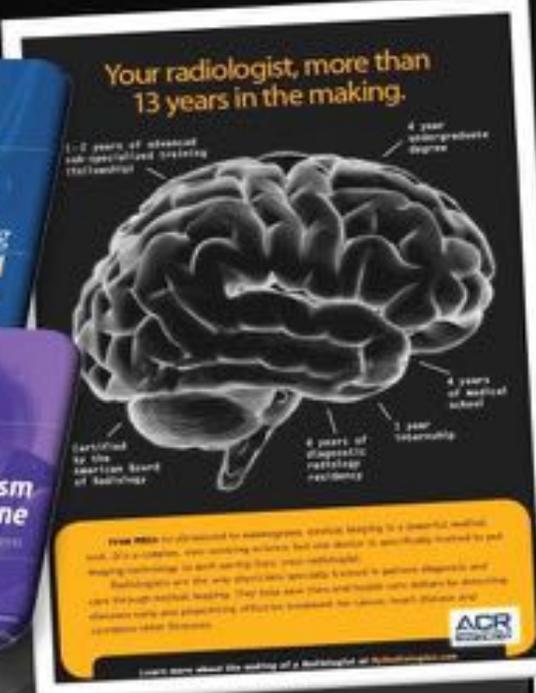
SAR

Integración de responsabilidades comunicativas y derechos de acceso a la información.

Oscar Jettá Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Romualde Galdakao

Fig. 43: Hitos de la Radiología

[FORMACIÓN]



Mahatma Gandhi: "La verdadera educación consiste en conseguir lo mejor de uno mismo"



MILLER'S PYRAMID OF CLINICAL COMPETENCE (aka Miller's Pyramid)

It is only in the "does" triangle that the doctor truly performs



Performance Integrated into Practice
 (e.g. through direct observation, workplace based assessment)

DOES
 KNOWS
 KNOWS HOW
 KNOWS

KNOWLEDGE
 SKILLS
 ATTITUDES

Expert
Novice

Revised by Dr. J. D. The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance And Med 1995 510-4147
Adapted by Dr. P. Mory G. R. Bora M Jan 2009

Osakidetza Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Barrialde Galdakao

Fig. 44: Formación y evaluación en profesionalismo

Revista de Radiología 2014; 64(1): 10-14

RADIOLOGÍA

SEITE: FORMACIÓN DE RESIDENTES EN RADIOLOGÍA

Evaluación de la formación NIR en radiología

J. Díezaso Aguerreta Beola^{1*} y J.A. del Corral Rodríguez^{2*}

The New Residency Curriculum: Professionalism, Patient Safety, and More

Lori DeBo, MD

Graduate medical education programs are facing unprecedented challenges. Public expectations for professionalism and patient safety are at an all-time high. A new graduate medical education accreditation system is under way. The author discusses ways to modify the current residency curriculum and assessment tools to include greater emphasis on professionalism and patient safety in the learning environment.

Key Words: Graduate medical education, patient safety, professionalism, residency curriculum

J Am Coll Radiol 2013;12(4):317. Copyright © 2013 American College of Radiology

2013, 07, 028-042

HOW WE...

How we made professionalism relevant to twenty-first century residents

REVIEW

Incorporating Professionalism into Medical Education: The Mayo Clinic Experience

Paul S. Mueller

Education in Professionalism:

Sarah H. "Harry" Jha, MD
Richard B. Gusterman, MD, PhD

Key Words: Professionalism, education, health, culture, communication

14961-013

Osorio-Geliza

¿ Se desarrolla esta formación transversal en la práctica ?

ABMS Maintenance of Certification

BOC is the Path, Better Care is the Destination.

Certification matters. Undoubtedly, the measure of physician expertise is not merely that they have been certified, but how well they keep current in their specialty.

That's why in 2000, the 24 Member Boards of ABMS agreed to evolve their certification programs to one of continuous professional development - ABMS Maintenance of Certification® (MOC®). ABMS MOC assumes that the physician is committed to lifelong learning and competency in a specialty and/or subspecialty by meeting ongoing requirements of six core competencies assessed by ABMS and ACCGME in 1999. Measurement of these competencies focuses in a variety of ways, some of which vary according to the specialty. This is carried out by all Member Boards using a four-part process that is designed to keep certification continuous. In 2005, all Member Boards received approval of their ABMS MOC programs plans. The boards are now in the process of implementation.

GO BEYOND TECHNICAL SKILLS AND TEACH PROFESSIONALISM

By Rick Reynolds, MEd, DMS

May 2014 www.radiologytoday.net

Six Core Competencies for Quality Patient Care

ABR
American Board of Radiology

Fig. 45: Formación y evaluación en profesionalismo

NEW RSNA ESSENTIALS OF RADIOLOGY COLLECTION
Purchase the Essentials Courses from the RSNA Annual Meeting »

100 RSNA Education

Online Library

Content Area: PR - Professionalism Activity Type: All Keyword: Author: Search

[Browse New](#) [Primary Specialty](#) [Clear Filters](#) Exact Phrase Any of these words [My Enrollments](#)

All online CME activities below can be applied toward the ABR MOC Self-Assessment Requirement
NOTICE: All Online Education orders placed after Monday, November 23 will be shipped the week of December 6-11, 2015. For questions or concerns, please contact ed-ctr@rsna.org
[System Requirements](#)

Total Products Returned: 16 (Newest Results on Top)

RadioGraphics CME Tests (2) What's this?

- [Rethinking the Role of the Radiologist: Enhancing Workflow through Both Traditional and Nontraditional Reporting Practices](#) HP PR SQ
- [Mitigation of Litigation](#) IN PR

Supplemental Online Education (14) What's this?

- [Professionalism in Radiology: Ideals and Challenges](#) PR PR PR PR PR
- [Mitigation of Litigation](#)
- [Professionalism in Everyday Practice: The Physician Charter](#)
- [Tiret This: How to Make Radiology More Patient Centered](#)
- [Historical Evolution and Principles of Medical Professionalism](#)
- [Relationships with Vendors](#)
- [Additional Supplemental Online Education](#)

Professionalism in Radiology



Subspecialty Code(s):
GN - General Radiology, HP - Health Policy/Management /Informatics

Additional Information:
A peer-reviewed article from American Journal of Roentgenology (AJR). This activity offers AMA PRA Category 1 Credit(s)™ following completion of an online test.
[More Info](#)

Author: Halpern EJ, Spandorfer JM
Source: AJR, February 2014
Issuance Date: January 23, 2014
Expiration Date: January 22, 2017
Credit Format: CME/SA-CME
Credits: 1

© 2014 RSNA Jesús Guzmán Revuelto - O.S.I. Baruaide Galdoakoa

Fig. 46: Formación y evaluación en profesionalismo

RSNA tutoriales web

PROFESIONALISMO

ETICA

Instructions | Sign Module | References | Post Test

Attributes of Professions and Professionalism

Principles of Professional Conduct

ACR Code of Ethics
Professionalism and Professions

"These principles note that: "The principal objective of the medical profession is to render service to people with full respect for human dignity and in the best interest of the patient. Members should merit the confidence of patients entrusted to their care, rendering to each a full measure of service and commitment." That's really important. It's the foundation of our belief that what we do every day is to serve our patients, and we must serve them to the best of our ability, each and every day, in our practice. We've all been guilty of not always meeting that standard. At times, the patient can get "lost" in the images that are rendered; we interpret CT scans without thinking about the patient in whom we are diagnosing a pulmonary nodule in which "malignancy (must be excluded)," an unfortunately common conclusion on many radiology reports."



Ethical Dilemma: Learn Terms Service
Toward-ology
Ethical Dilemma: Preparing Equipment

← →

Instructions | Sign Module | References | Post Test

Ethics in Graduate and Resident Education

Course Information

Contributing Authors
Leonard Solt, MD, MEd, JD
Kenneth S. Rogerson PhD
Kenneth J. Matthews, PhD
Mary Elizabeth, MD

Disclosure Statements
The ACCME requires that the RSNA, as an accredited provider of CME, obtain signed disclosure statements from planning committee members, reviewers and authors. The following disclosed:

- Beth Eckstein, MD, Consultant, Medtronic Corporation.
- Paul Walker, DO, Salamed Endoscopy, 21st Century Oncology.
- Linda Kessler, MD, MBA, CAE, IncisiveHealth, Johnson & Johnson, Spence, Enterprise, United Health Group.
- Anne C. Eckstein, MD, Researcher, 3M Medical Imaging, Ltd.

All other planning committee members, reviewers and authors indicated they have no relevant relationships to disclose.

No commercial support was received for the production and distribution of this enduring material.

Administrative Responsibilities
Student Responsibilities
Faculty Responsibilities
Participants in an Educational Program
Course Structure and Overview

More Info

← →

100 RSNA 2015

© 2014 RSNA | Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Baruaide Galdakao

Fig. 47: Formación y evaluación en profesionalismo

RSNA tutoriales web

INVESTIGACIÓN

PUBLICACIÓN

Ethics of Research

Introduction

The term "ethics" refers to a set of agreed-upon rules that define acceptable behavior in a society or social community. These rules may vary from one society or community to another, depending upon what is agreed upon by the majority of persons in the society or community. Ethics and ethical behavior have been the subject of treatises and teachings of philosophers for centuries, and some individuals have devoted their careers to the subject and its applications to specific disciplines (e.g., bioethics, medical ethics, environmental ethics, and corporate ethics).

Tell Me More!

Ethics has multiple subdomains, many of which fall under the category of "applied ethics." In this module, we are concerned with one specific area of applied ethics, namely the Ethics of Research as it applies to radiology, radiation oncology and medical physics. This module examines rules of behavior for individuals engaged in biomedical research that are well understood and accepted by the community of biomedical researchers.

Tell Me More!

- Consent
- Publication Ethics and Conflict of Interest
- Research
- Data Management
- Research Misconduct

Publication Ethics

Introduction

The module is designed to discuss selected topics in publication ethics, with emphasis on authorship assignment, peer review, duplicate submission and publication, and plagiarism. This is not an exhaustive attempt to arrive at a strict doctrine or code of behavior that must be followed. Its purpose is to provide a framework commonly accepted as appropriate practice by the biomedical research community. This framework applies to all practitioners in medicine, including those in the fields of diagnostic radiology, radiologic physics, and radiation oncology.

Current recommendations have been referenced and affirmed by committees such as the International Commission of Medical Journal Editors (ICMJE) and the World Association of Medical Editors (WAME), as well as publications submitted to the AMA Congress on Authorship and Peer Review. This module provides references to scientific papers and editorials from multiple peer-reviewed journals as well as consensus guidelines from editorial associations. By no means does this module comprehensively address the discussion and debate on publication ethics. The authors encourage the reader to consult the provided references for further information, available through the aforementioned organizations' websites.

- Other Publications
- Scenario and vignette
- Disputes
- Duplicate Submission and Plagiarism
- Peer Review



Fig. 48: Formación y evaluación en profesionalismo

RSNA tutoriales web

RELACIONES PERSONALES

RELACIONES INSTITUCIONALES

The image displays two screenshots of RSNA web tutorials. The top screenshot is titled "Physician-Physician and Physician-Patient Interactions" and features an "Introduction" section. The text discusses the importance of professional interactions, the module's structure around three scenarios (radiologist, medical physicist, and radiation oncologist), and the didactic portion. A sidebar on the right lists "Local Summary", "Physician-Patient Interactions", "Radiologist/Oncologist Scenario", and "Physician-Physician Interactions". The bottom screenshot is titled "Personal Behavior, Peer Review, and Contract Negotiations with Employers" and also features an "Introduction" section. The text discusses the technical nature of radiology, nuclear oncology, and medical physics, and the importance of professional behavior, peer review, and contract negotiations. A sidebar on the right lists "Local Summary", "Contract Negotiations with Employers", "Peer Review", and "Personal Behavior". Both screenshots include navigation arrows at the bottom right.

100 RSNA 2015

Fig. 49: Formación y evaluación en profesionalismo

Menu Section 1 Section 2 Section 3 Section 4 Section 5 CME Test References

Relationships with Vendors

Author Revision by: **Richard Sunderman, MD**

This revised CME activity contains original contributions from the following authors: William B. Sastry, Jr, MD, PhD, Jonathan Lewis, MD, Charles Oak Wilson, MD, Andrew Weinstock, MD, David S. Jellison, MD.

Disclosure Statements
The ACCME requires that the RMA, as an accredited provider of CME, obtain signed disclosure statements from planning committee members, advisors, and authors. The following disclosure:

- Jonathan E. Baker, MD: Research Consultant, Biomedical Systems;
- David J. Barnes, MD: Stockholder, Immunomedics Inc;
- Mary E. Mahoney, MD: Scientific Advisory Board, Hologic Inc.; Research Support, Hologic Inc.; Consultant, Genentech; Genentech Medical Protections, Inc.

All other individuals associated with this enduring material have indicated they have nothing to disclose.

No commercial support was involved in the production and distribution of this enduring material.

[Find more about this course...](#)

RSNA Education

Menu Section 1 Section 2 Section 3 Section 4 Section 5 CME Test References

Conflict of Interest

Author Revision by: **Annemarie Feliza Chew, JD, MAI, MS**
Felix S. Chew, MD, MEd, MBA

This revised CME activity contains original contributions from the following authors: Adam M. Kleiss, PhD, David Lewis, MD.

Disclosure Statements
The ACCME requires that the RMA, as an accredited provider of CME, obtain signed disclosure statements from planning committee members, advisors, and authors. The following disclosure:

- Jonathan E. Baker, MD: Research Consultant, Biomedical Systems;
- David J. Barnes, MD: Stockholder, Immunomedics Inc;
- Mary E. Mahoney, MD: Scientific Advisory Board, Hologic Inc.; Research Support, Hologic Inc.; Consultant, Genentech; Genentech Medical Protections, Inc.

All other individuals associated with this enduring material have indicated they have nothing to disclose.

No commercial support was involved in the production and distribution of this enduring material.

[Find more about this course...](#)

RSNA Education



Jesus Guzman Revuelta - O.S.J. Barualde Galdakao



Fig. 50: Formación y evaluación en profesionalismo

¡Considera las posibles consecuencias para cada una de las respuestas planteadas!

[AUTOEVALUACIÓN]

¿Qué sabe del profesionalismo?

RESPUESTAS en <http://slideplayer.com/slide/4413192/>



Association of Program Directors in Radiology (APDR)
Alliance of Medical Student Educators in Radiology (AMSER)



JESÚS GUZMÁN REVUELTA - O.S.I. BARRUADE GALLARDO

Fig. 52: Autoevaluación

1. Su hija de 10 años está ingresada en su hospital. ¿Puede acceder a su historia electrónica para revisar los resultados de sus pruebas de imagen?

- A. Si, porque es mi hija.
- B. Si, porque es menor de 16 años.
- C. No, porque no soy su médico.
- D. No, porque no me ha dado permiso por escrito.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 53: Autoevaluación



CASO 4

SENTENCIA DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE LA AUDIENCIA NACIONAL

SAN 4240/2013 - ECLI:ES:IAN:2013:4240

ASUNTO:
ENTREGA DE ANÁLISIS DE UN PACIENTE A OTRA PERSONA

CATEGORÍAS PROFESIONALES IMPLICADAS:
PROFESIONALES SANITARIOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN:

En la consulta médica de un Centro de Salud, se hace entrega a una paciente de un resultado analítico referente a otra persona.



CONSECUENCIA:

La Agencia Española de Protección de Datos declaró que la Administración Pública responsable del Centro de Salud cometió una infracción muy grave, al incumplir el deber de secreto. La resolución fue confirmada por la Audiencia Nacional en el procedimiento contencioso-administrativo que inició la Administración Pública, para recurrir la resolución de la Agencia.

ACTUACIÓN CONFORME LOPD:

Cualquier persona que intervenga en el tratamiento de datos de carácter personal tiene la obligación de guardar secreto (Artículo 19 LOPD).

RECUERDA QUE:

El deber de secreto implica que no pueden ser revelados a un tercero datos personales que no sean de los interesados.

Curso: Protección de datos de carácter personal en el ámbito de organizaciones sanitarias



Acceso a la Historia Clínica por razones asistenciales II

Acceso por familiares y allegados: Siempre con autorización del paciente.

Si la persona es menor de edad o incapaz: el familiar responsable, podrá tener acceso, previa solicitud motivada, a los datos relacionados con el proceso que sean relevantes para la decisión terapéutica.

Pacientes fallecidos: Solo se dará acceso a las personas vinculadas al fallecido, salvo prohibición expresa de éste. Respeto a su intimidad. Artº 18.4 LBAR.

Acceso por profesionales sanitarios

- Los que intervienen en el proceso de diagnóstico y terapéutico tendrán acceso directo e inmediato a la HC.
- Niveles de acceso según el tipo de dato, las funciones del puesto y el lugar de trabajo.

Datos de carácter personal referidos a la salud

- Son las informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física y mental de un individuo. También se considera dato de carácter personal referido a la salud el porcentaje de discapacidad y la información genética.
- Tienen la consideración de datos especialmente protegidos y por ello, mayor garantía de protección.
- También se contienen en ficheros que no tienen como finalidad la asistencia sanitaria.
- También se contienen en ficheros que no tienen como finalidad la asistencia sanitaria.

A la sala de acceso...
 Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barrio de Galdakao

Fig. 54: Confidencialidad

2. Un representante de ventas de un fabricante líder de TC le da un puntero láser etiquetado con el nombre de la empresa. ¿Puede aceptar este regalo?

- A. Sí, porque su valor es < 50€.
- B. Sí, porque usted no está comprando su equipo.
- C. No, al estar etiquetado con el nombre de la empresa.
- D. No, ya que no deben aceptarse regalos de las casas comerciales.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 55: Autoevaluación

Josea Guzmán Revuelta - O.S.I. Sanidad Goldakoa

AMA
ASOCIACIÓN MÉDICA
ASOCIACIÓN

Cámara de Delegados Médicos Residentes
Medicina y Especialidades

Casa Afiliación Recursos Educación Defensa Publicaciones Noticias

Recursos

Activa del Grupo de Ética
Código AMA de Ética médica

Dictamen 8.061 - Regalos a Médicos de la Industria

El anterior dictamen 8.061, también titulado "Reglas para los médicos de la Industria", publicado en junio de 1992 y actualizado junio de 1996 y junio de 1998, fue sustituido por el actual dictamen 8.061, "Reglas para el médico de la Industria".

Para preservar la confianza que es fundamental en la relación médico-paciente y la confianza pública en la profesión, los médicos debes:

- (a) Rechazar regalos en efectivo en cualquier cantidad de una entidad que tiene un interés directo en las recomendaciones de tratamiento de los médicos.
- (b) Rechazar cualquier regalo para el que se espera o implícita reciprocidad.
- (c) Aceptar un regalo en especie para la práctica del médico sólo cuando el regalo:
 - (i) se beneficiará directamente a los pacientes, incluyendo la educación del paciente; y
 - (ii) tiene un valor mínimo. (d) Las instituciones académicas y los programas de residencia y becas pueden aceptar financiación especial a favor de los alumnos para apoyar a los estudiantes de medicina, residentes, y la participación de los becarios en las reuniones profesionales, incluyendo las reuniones educativas, siempre que:
 - (i) el programa identifica los destinatarios en función de criterios institucionales independientes; y
 - (ii) los fondos se distribuyen a los beneficiarios sin atribución específica a los patrocinadores. (e)

Publicado 06/2014 basado en el informe "Evolución a E-8.061, Regalos a Médicos de la Industria." Adaptaron 11/2013.



Fig. 56: Conflictos de intereses

3. Un/a atractivo/a paciente coquetea abiertamente con usted durante un estudio del tracto gastrointestinal superior. ¿Cómo debe reaccionar?

- A. Negarse a tener más contacto con el/la paciente.
- B. Decirle/la que no está interesado y que deje de coquetear.
- C. Incluir un acompañante en futuras exploraciones y si persiste informar a su médico responsable.
- D. Citarse con el/ella cuando usted esté fuera de servicio.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 57: Autoevaluación

4. Estando de guardia de radiología huele el aliento de su compañero a alcohol. ¿Cómo debe manejar esta situación?

- A. Ignorarlo ya que no parece borracho.
- B. Interrogarle por sus sospechas.
- C. Llamar a su superior en ese mismo momento.
- D. Hablar con su jefe el día siguiente.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 58: Autoevaluación

5. ¿Puede utilizar imágenes de los pacientes para una presentación en un congreso nacional?

- A. Bajo ninguna circunstancia.
- B. Sólo si usted firma un consentimiento.
- C. Si el paciente firma un consentimiento.
- D. Si la información está anonimizada.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 59: Autoevaluación

6. Un médico de urgencias le solicita un TC del pie en un paciente diabético para descartar osteomielitis. ¿Cuál debe ser el siguiente paso?

- A. Aprobar y programar el examen.
- B. Negarse a realizar el examen.
- C. Consultar guías de adecuación basadas en la evidencia como la ACR Appropriateness Criteria®.
- D. Preguntar si el paciente tenía radiografías previas del pie.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 60: Autoevaluación

7. Al preparar el abstract para un congreso de radiología, su compañero le pide revisar las historias clínicas de los casos. Esta información no está fácilmente disponible, y al ser la fecha límite para enviar los abstracts la próxima semana, su compañero, que también figura en el abstract, le propone inventarse las historias. ¿Qué haría?

- A. Apoyar la idea ¿Quién se daría cuenta?
- B. Decirle que no le gusta la idea y que si lo hiciera informaría a su superior.
- C. Eliminar los casos que no tienen la información.
- D. Explicar a su superior los problemas y preguntarle cómo debería proceder.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 61: Autoevaluación

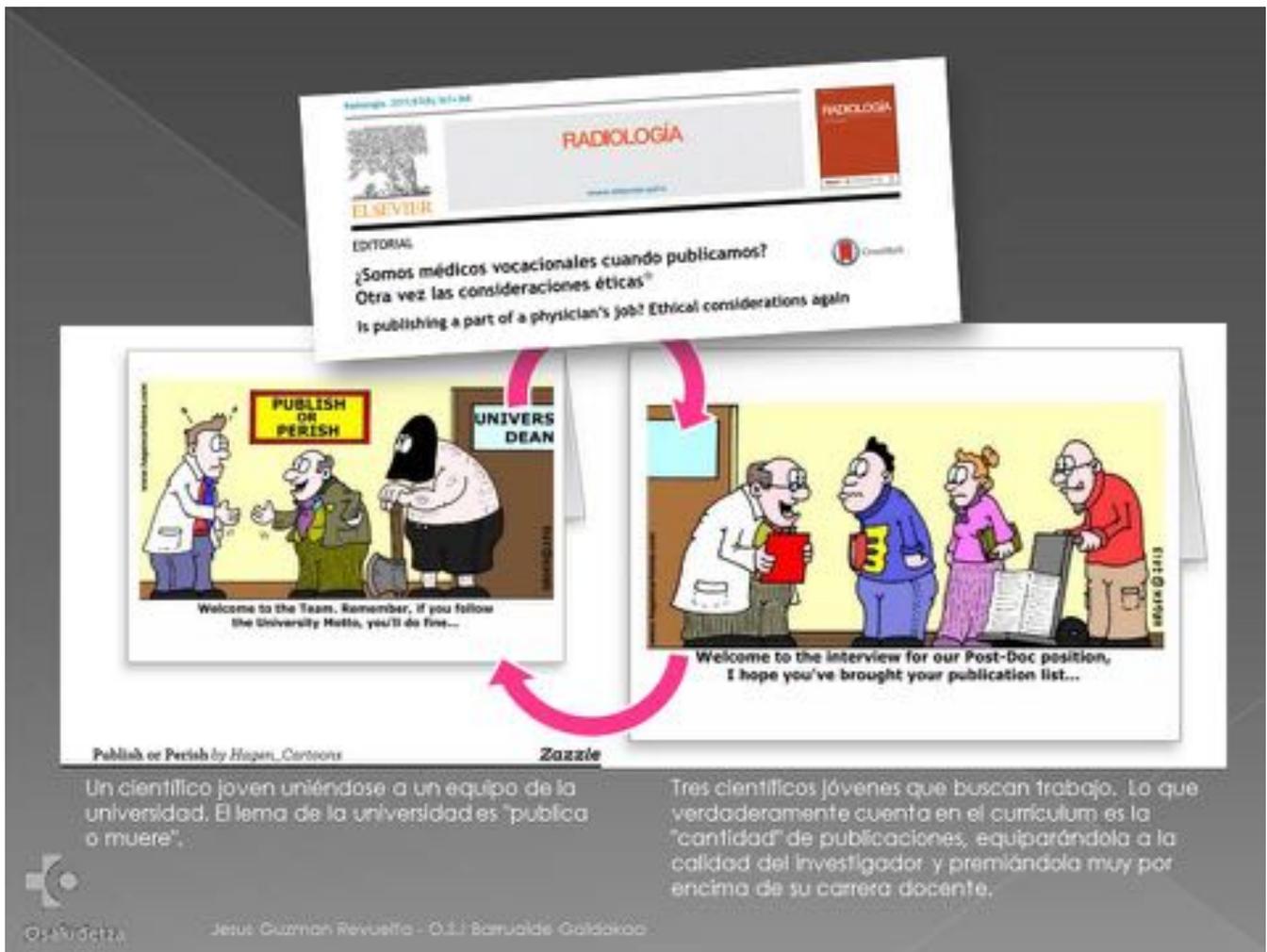


Fig. 62: Honestidad

8. El residente está realizando una ecografía abdominal y observa lo que cree que es una masa hepática. El paciente le pregunta, "¿Qué ve?", ¿Qué le debería responder?

- A. "Nada en realidad. Estoy seguro de que todo está bien".
- B. "Soy un residente, el radiólogo le re-examinará y hará una interpretación final."
- C. "Usted tiene una lesión hepática que debe ser evaluada."
- D. "Lo siento, pero creo que usted tiene cáncer."



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 63: Autoevaluación

9. Durante una ecografía por dolor en FID en una chica de 16 años, la paciente le dice, "Por favor no se lo diga a mi madre, pero puedo estar embarazada".
¿Qué haría?

- A. Nada.
- B. Decírselo a la madre.
- C. Decirle a la paciente que se lo diga a su madre, porque sino lo hará usted.
- D. Informar a su médico de familia.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.U. Barualde, Galdakao

Fig. 64: Autoevaluación

10. Usted está en un ascensor y oye una discusión interesante del caso de un paciente. No se menciona el nombre del paciente.

¿Viola esto la confidencialidad del paciente?



Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 65: Autoevaluación

11 . Un famoso que admira es admitido en el hospital. Quiere ver sus imágenes en el PACS. ¿Cuándo está esto permitido?

- A. Si usted va a estar al cuidado del paciente.
- B. Si usted solamente accede a las imágenes sin guardar los datos.
- C. Si usted solamente accede a las imágenes sin mostrarlas a sus amigos ni a otras personas.
- D. Nunca.



Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 66: Autoevaluación

12. Mientras realiza una ecografía obstétrica, una paciente con un embarazo de alto riesgo le pide que sean amigos en Facebook para que pueda ver las fotos de su bebé después del parto.

¿Viola esto la confidencialidad del paciente?



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 67: Autoevaluación

13. Usted se siente atraído/a por un/a paciente que ha ingresado varias veces por neumotórax espontáneos. El/la paciente lo percibe y le pregunta si quiere quedar para cenar. Usted le explica que, para respetar la relación médico-paciente, no puede.

Un año más tarde, sin embargo, se encuentra con este/a paciente en el gimnasio y está de acuerdo en ir a tomar un café.

¿Puede considerarse un comportamiento profesional?



OSASO



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 68: Autoevaluación

14. Durante una biopsia de mama eco guiada, un colega le pregunta si vio un programa televisado la noche anterior. ¿Cómo le respondería?

- A. Comentando el programa con su compañero, sin tener en cuenta el paciente.
- B. Ignorando al compañero y concentrándose en el procedimiento y el paciente.
- C. Respondiendo a su compañero, pero involucrando al paciente en el comentario, dispuesto a cambiar de tema, si el paciente no está interesado.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 69: Autoevaluación

15. Mientras obtiene el consentimiento de una señora de 75 años para practicarle una biopsia, ella bromea a cerca de lo joven que es usted. ¿Como le respondería?

- A. Ignorando la observación de la paciente.
- B. Diciéndole a la paciente que es gracias al Botox, y ella también debería probarlo.
- C. Ofreciéndole comentarios de apoyo y explorando sus inquietudes.



Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 70: Autoevaluación

16. Los padres de un paciente pediátrico le ofrecen entradas para un partido en agradecimiento a la gestión de una tomografía computarizada.

¿Cómo debe responder?

- A. Les dice que no puede aceptar regalos de los pacientes.
- B. Les da las gracias calurosamente, lo acepta, y les dice que no había ninguna necesidad en absoluto de hacer el regalo.
- C. Les da las gracias, y les dice que es su equipo favorito por lo que es todo un placer recibir las entradas como regalo.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 71: Autoevaluación

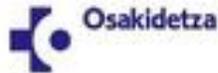
17. Recibe una llamada de Medicina Interna. Uno de sus pacientes, está a punto de ser dado de alta. El paciente tiene programado un TC de tórax ambulatorio en 2 semanas, pero el internista le pide adelantárselo a hoy. ¿Cuál sería la respuesta apropiada?

- A. Preguntar por qué se ordenó el TC.
- B. Consultar la citación de hoy del TC.
- C. Decirle al internista que el paciente tendrá que hacerse el TC de forma ambulatoria.



Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde, Galdakao

Fig. 72: Autoevaluación



Servicio de Anestesia y Reanimación

Cuestionario para medir la profesionalidad

Completar y este cuestionario te llevará unos 10 minutos. Intenta ser honesto y sincero, es una oportunidad para aprender algo más sobre ti mismo. No te subestimes ni te infravaltes

Como te sientes en tu:	Si	No siempre	No
Relación con los pacientes y familiares			
• Te presentas, eres educado y respetuoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Sin preguntas a tus pacientes como se sienten y ganas atención a sus preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Te aseguras de informarlos de forma clara y entendible sobre su proceso y evolución para facilitarles la toma de decisiones, sin ocultar información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Respetas los derechos y confidencialidad de los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No discriminas por razón de edad, sexo, cultura, origen étnico, discapacidad, status económico o condición sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con otros profesionales			
• Mantienes historias clínicas completas y legibles, transmites la información verbal de forma clara y concisa sin omitir nada importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres crítico sin fundamento y eres fidedigno en las relaciones con tus compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Trabajas en equipo, respetando y reconociendo la contribución de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres capaz de pedir a tus colegas lo que necesitas y apoyar a tus compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Contribuyes a la buena atmósfera en el equipo y te integras en su ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado del paciente			
• Te preocupas por la seguridad del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Te aseguras de disponer de suficiente información, de diferentes fuentes, antes de tomar una decisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuidas de la calidad de tus actuaciones, haces uso adecuado de los recursos y alertas cuando detectas cualquier subóptimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Facilitas el acceso a los cuidados a todos los pacientes, promueves acciones preventivas para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud personal			
• Eres accesible y escuchas de forma activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres puntual y acudes rápidamente a la llamada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres flexible y controlas tus reacciones y emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cumplas las tareas a las que te comprometes y asumes la responsabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres autorreflexivo y reflexionas sobre tus acciones y comportamientos, reconociendo tus errores y aceptando consejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Reconoces el límite de tus posibilidades y solicitas ayuda sólo cuando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuidas de tu progreso profesional y estableces planes de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Colaboras en la creación y difusión de nuevo conocimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres honesto y haces frente a los conflictos de interés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Actúas éticamente, respetas la legislación y promueves las responsabilidades profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eres consciente de que tienes que rendir cuentas de tu trabajo al equipo, a la Organización, a los pacientes y a la sociedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Miguel Olmos Rodríguez, Jefe de Sección de Anestesia Reanimación Cardiovascular, Hospital Universitario Basurto.

Fig. 73: Autoevaluación

Limitaciones:

Ser o no ser PROFESIONAL
esa es la cuestión.

"Ahí está el detalle"

Contingencias

- ✓ El *state-of-the-art* en el profesionalismo médico es muy plural, con visiones heterogéneas entre distintos modelos socio sanitarios, CC.AA., establecimientos sanitarios, liderazgos de equipos, entre las secciones de estos, e incluso entre diferentes perfiles competenciales de los especialistas (consultor, investigador, gestor...), y pudiera ser objeto de futuras investigaciones con un análisis en profundidad del "currículum oculto" radiológico, pero la cuestión esencial común a todos es "Ser" en lugar de "comportarse como" profesionales.
- ✓ Las *miniencuestas* contenidas en múltiples diapositivas, publicadas en <<http://www.diarimedico.com/opinion-participacion/encuestas>>, aunque sin valor estadístico y dirigidas a la clase médica en general, pudieran servir de aproximación ilustrativa para sondear la opinión genérica de la profesión médica en los temas incumbidos.
- ✓ Este trabajo incluye una revisión de la literatura que metodológicamente no ha sido sistemática sino narrativa, quedando su mayor intención cualitativa condicionada bajo las convencimientos personales de su autor, un radiólogo re-especializado en activo (proveniente de otra especialidad MIR y de otra profesión sanitaria), lo cual pudiera tener interpretaciones válidas ambivalentes como prejuicio cognitivo o fortaleza en su imparcialidad.
- ✓ El mayor énfasis expositivo ha sido la concienciación e invitación a la reflexión sobre los aspectos del profesionalismo que todo radiólogo en formación o titulado debiera conocer, abordando muy someramente los aspectos formativo-evaluativos prácticos, ya recogidos en la abundante bibliografía especializada disponible.

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Euzaldade Galdakao

Fig. 74: Limitaciones

Conclusiones

Los radiólogos desarrollarán una serie de habilidades, no relacionadas directamente con la interpretación médica, como la **comunicación y relaciones interpersonales**, **liderazgo**, **pensamiento crítico** constructiva, y especialmente los aspectos **éticos** de nuestra práctica profesional [106].

Sólo mantendrán su profesionalismo intacto, manteniendo sus obligaciones profesionales para **priorizar** calidad, seguridad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios de radiología [107].

El profesionalismo se caracterizará por la capacidad de **adaptación a los cambios** crecientes, y cada vez por fundamentarse en el diálogo y el pacto entre los diferentes actores con responsabilidades clínicas y g

AFORISMOS Y ASERTOS

Para recordar...

1. Desde los orígenes de la Radiología como especialidad médica innovadora por antonomasia, el *Profesionalismo* siempre ha sobresalido y se ha renovado a través del "currículo oculto", como motor de cambio y transformación para obtener lo mejor de cada uno de sus miembros, contribuyendo con honestidad al avance científico, y proporcionando un servicio íntegro, más allá de una mera transacción comercial.
2. Un buen radiólogo, y un radiólogo buen profesional, no son sinónimos.
3. La apuesta del especialista en Radiodiagnóstico del siglo XXI pasa por superar cualquier estereotipo peyorativo, desarrollando e incorporando en su ejercicio diario conductas profesionales, enmarcadas en su compromiso activo y perseverante con la sociedad, con los enfermos y consigo mismo.
4. Será un profesional excelente que aprovechará los avances de la tecnología, descubriendo sus propios límites éticos y responsabilidades sociales, y pondrá en valor el acercamiento a sus médicos peticionarios y a sus propios pacientes, con una comunicación fluida, proactiva e incluso mediática.
5. La Radiología clínica del futuro será lo que los radiólogos actuales quieran que sea, y para conservarse como especialidad médica diferenciada, entre sus aspiraciones estará el conservar intactos su pericia clínica y valores humanísticos, centrándose verdaderamente en el paciente, y permaneciendo singular y diferente al resto de especialidades y profesiones tecnológicas.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barujalde Galdakao

Para recordar...

5. El *profesionalismo*, competencia transversal nuclear, puede y debe aprenderse, enseñarse y evaluarse impregnando explícitamente todo el proceso de desarrollo profesional del especialista en Radiodiagnóstico.
6. Su consolidación en la primera línea de las actividades de formación continuada (como parte inexcusable en los currículos formativos de grado y postgrado), asistenciales, y de I+D+I, es esencial para el mejor interés de los pacientes y de la sociedad.
7. Las instituciones educativas y sanitarias contribuirán a su expansión implementando cursos específicos de capacitación docente y herramientas validadas para su acreditación y recertificación.
8. La incesante y pragmática aplicación del *Profesionalismo* representa una senda para sobreponerse a insatisfacciones individuales y de equipo, y una respuesta colectiva para superar los desafíos planteados en nuestra joven y próspera especialidad, con repercusiones en su reputación que van más allá de la defensa del statu quo.



Jesús Guzmán Revuelta - O.S.I. Barujalde Galdakao

N. del A.: Agradezco a la vocalía de Formación su sensibilidad al seleccionar este trabajo, permitiendo su prestigio, dado que el apoyo institucional resulta indispensable como motor de motivación y reflejo del profesionalismo.

DEDICATORIA

Hago extensible mi más amplia gratitud a mi familia, amistades, pacientes, estudiantes, residentes, docentes y demás compañeros de diferentes categorías profesionales, sanitarios o no, especialmente en mi actual Organización Barujalde Galdakao, por haber contribuido durante mis 20 años de ejercicio **Médico** en mi aspiración diaria a crecer como **Profesional**, y a "irradiar" la mayor felicidad y entusiasmo que mis facultades y circunstancias me han permitido.

Con toda mi admiración, Agur, huz y etormenteta /Gracias!

Antoni Gaudí: "Para hacer las cosas bien es necesario: primero, el amor; segundo, la técnica"

Jesús Guzmán Revuelta



Muchas Gracias

por visitar mi poster. Entiendo que su tiempo es muy valioso, por lo que apreciaría sus preguntas o comentarios constructivos y en especial ideas innovadoras para mejorar. Para ello, por favor, sírvase de los medios de contacto referidos a continuación.

COMPROMISO CON LAS PERSONAS

EBARD INKLAMITZA GOBIERNO VASCO



OSI BARRUALDE-GALDAKAO ESI

JESUS GUZMAN REVUELTA
F.E. Médico Radiodiagnóstico
Sección Apto Digestivo y Genitourinario
Tutor acreditado 2015-2019 cesante

jesus.guzmanrevuelta@osakidetza.eus
[@Dr_Guzman](https://twitter.com/Dr_Guzman)
[Linkedin](https://www.linkedin.com/in/jesus-guzman-revuelta) jesus guzman revuelta

Imágenes en esta sección:

AFORISMOS Y ASERTOS

Para recordar...

1. Desde los orígenes de la Radiología como especialidad médica innovadora por antonomasia, el *Profesionalismo* siempre ha sobresalido y se ha renovado a través del "currículo oculto", como motor de cambio y transformación para obtener lo mejor de cada uno de sus miembros, contribuyendo con honestidad al avance científico, y proporcionando un servicio íntegro, más allá de una mera transacción comercial.
2. Un buen radiólogo, y un radiólogo buen profesional, no son sinónimos.
3. La apuesta del especialista en Radiodiagnóstico del siglo XXI pasa por superar cualquier estereotipo peyorativo, desarrollando e incorporando en su ejercicio diario conductas profesionales, enmarcadas en su compromiso activo y perseverante con la sociedad, con los enfermos y consigo mismo.
4. Será un profesional excelente que aprovechará los avances de la tecnología, descubriendo sus propios límites éticos y responsabilidades sociales, y pondrá en valor el acercamiento a sus médicos peticionarios y a sus propios pacientes, con una comunicación fluida, proactiva e incluso mediática.
5. La Radiología clínica del futuro será lo que los radiólogos actuales quieran que sea, y para conservarse como especialidad médica diferenciada, entre sus aspiraciones estará el conservar intactos su pericia clínica y valores humanísticos, centrándose verdaderamente en el paciente, y permaneciendo singular y diferente al resto de especialidades y profesiones tecnológicas.



Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barrialde Galdakao

Fig. 75: Aforismos y asertos

Para recordar...

5. El *profesionalismo*, competencia transversal nuclear, puede y debe aprenderse, enseñarse y evaluarse impregnando explícitamente todo el proceso de desarrollo profesional del especialista en Radiodiagnóstico.
6. Su consolidación en la primera línea de las actividades de formación continuada (como parte inexcusable en los currículos formativos de grado y postgrado), asistenciales, y de I+D+I, es esencial para el mejor interés de los pacientes y de la sociedad.
7. Las instituciones educativas y sanitarias contribuirán a su expansión implementando cursos específicos de capacitación docente y herramientas validadas para su acreditación y recertificación.
8. La incesante y pragmática aplicación del *Profesionalismo* representa una senda para sobreponerse a insatisfacciones individuales y de equipo, y una respuesta colectiva para superar los desafíos planteados en nuestra joven y próspera especialidad, con repercusiones en su reputación que van más allá de la defensa del statu quo.



Osakidetza

Jesus Guzman Revuelta - O.S.I. Barualde Galdakao

Fig. 76: Aforismos y asertos



Fig. 77: Agradecimientos



Muchas Gracias

por visitar mi poster. Entiendo que su tiempo es muy valioso, por lo que apreciaría sus preguntas o comentarios constructivos y en especial ideas innovadoras para mejorar. Para ello, por favor, sírvase de los medios de contacto referidos a continuación.

COMPROMISO CON LAS PERSONAS

ELIKO JAKILARITZA GOBIERNO VASCO



Osakidetza
BARRUALDE-GALDAKAO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZAZIOE SANITARIO INTEGRATUA
BARRUALDE-GALDAKAO



OSI BARRUALDE-GALDAKAO ESI

JESUS GUZMAN REVUELTA

F.E. Médico Radiodiagnóstico

Sección Apto Digestivo y Genitourinario

Tutor acreditado 2015-2019 cesante



jesus.guzmanrevuelta@osakidetza.eus



@Dr_Guzman_



jesus.guzmanrevuelta

Fig. 78: Contacto profesional

Bibliografía / Referencias

1. Richard B. Gunderman et al. **Unhappiness and the Radiologist**. American College of Radiology.
2. Herbert L, Fred. **Hyposkillia: Deficiency of clinical skills**. Tex Heart Inst J. 2005;32(3):255-7.
3. Richard Duszak Jr, et al. **Measuring and managing radiologist productivity, part1: Clinical M** 2010;7:452-58.
4. Richard Duszak Jr, et al. **Measuring and managing radiologist productivity, part 2: Beyond th** 2010;7:482-89.
5. Richard B. Gunderman et al. **Education in Professionalism: Metrics or Culture?** Acad Radiol. A
6. **Ser Médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España**. Consejo General de Cole;
7. Carol Peckham. **Medscape Radiologist Lifestyle Report 2015**. Medscape Radiology [online]. Jan <<http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/radiology>>
8. Jay A. Harolds, et al. **Burnout of Radiologists: Frequency, Risk Factors, and Remedies: A Rep Resources**. J Am Coll Radiol. Article in press.
9. Daniel J. Durand et al. **From Gatekeeper to Steward: The Evolving Concept of Radiologist Ac**

- Journal of the American College of Radiology, 2015 Dec; 12: 1446-48.
10. Gunderman. **Promoting Good Work.** J Am Coll Radiol 2004;1:343-345.
 11. Ramírez-Arias, et al. **Professionalism and High-Quality Radiology Practice.** J Am Coll Radiol. :
 12. Lane F, Donnelly et al. **Establishing a Program to Promote Professionalism and Effective Con** Volume 238: Number 3—March 2006
 13. Herranz G. **El Código de Ética y Deontología Médica.** En: Plan de formación en responsabilidad Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000.
 14. Holyman. **Go beyond technical skills and teach professionalism.** Radiology today. May 2014.30
 15. González Anleo J. **Las profesiones en la sociedad corporativa.** En: Fernández JL, Hortal A, edito Universidad Pontificia de Comillas,1994; 21-34
 16. Butler. **Keeping Professionalism Alive in Radiology's New Age: A Choice; Our Future.** J Am
 17. American Board of Internal Medicine Foundation. **Medical professionalism in the new milleniur** <http://www.abimfoundation.org/en/Professionalism/Medical-Professionalism.aspx>. Accessed Augu
 18. Arvind Vijayarathi et al. **How Much Do Common Imaging Studies Cost? A Nationwide Surv** 205,929-35.
 19. **Adquisición de productos y servicios en Radiología, recomendaciones de la SERAM.** Dic 201: Internet: <<http://seram.es/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=207>>.
 20. Sharon K et al. **Enseñanza y evaluación del profesionalismo en educación médica.** En: Preparin Conferencia de Ottawa del año 2004. Barcelona, 2-6 Julio 2004.
 21. Royal College of Physicians of London (RCPL). **Doctors in society: medical professionalism in**
 22. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. **A blueprint to assess professionalism: results of a system**
 23. Lesser CS, et al. **A behavioral and systems view of professionalism.** JAMA 2010;304:2732-7.
 24. Stern DT: **A framework for measuring professionalism.** In Stern DT, ed. Measuring Professiona Press Inc, 2006; 3-13.
 25. Richard B. Gunderman, Peter R. Gunderman. **Lessons for Radiologists From Hermeneutics.** Jou Volume 10, Issue 9, September 2013, Pages 713-714.
 26. J Lucaya. **A los jóvenes radiólogos.** Radiología. 2008;50:176.
 27. Roberto García Figueiras. (19 nov. 2015). TEDxGalicia. **Nigromantes modernos** [Archivo de vid <https://youtu.be/UvPL3bGHXuc>
 28. DRANE JF. **Cómo ser un buen médico.** Santa Fe de Bogotá. San Pablo, 1993.
 29. Gracia D. **Marañón y la ética médica.** En: Fundamentación y enseñanza de la Bioética (vol. 1). S;
 30. Manuel de los Reyes, et al. **Relaciones entre profesionales sanitarios.** En: Ética en la práctica clí Madrid;Triacastela 2004 (Colección Humanidades Médicas nº13).
 31. Deljit Dhanoa et al. **The Evolving Role of the Radiologist: The Vancouver Workload Utilizatio** 2013;10:764-769.
 32. Lori A. Deitte et al. **Entrustable Professional Activities: Ten Things Radiologists Do.** Acad Rac
 33. CHARALAMBOUS, Charalambos Panayiotou. **Career Skills for Doctors.** Springer, 2015.
 34. Borrell-Carrio F, et al. **Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y d** 2006;127(9):337-42.
 35. Claire E. Bender et al. **The Impaired Radiologist.** J Am Coll Radiol 2015;12:302-306.
 36. Ortega et al. **Profesionalismo: una forma de relación entre médicos, pacientes, y sociedad.** Rev 2006; 33-40.
 37. Wofford MM et al. **Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study.** Acad Me
 38. Baek et al. **Trend Toward an Increase in Authorship for Leading Radiology Journals.** AJR 20
 39. Kapoor et al. **Trends in Authorship Patterns in High-Impact Radiology Publications, 1980–20**
 40. García Santos. **¿Somos médicos vocacionales cuando publicamos? Otra vez las consideracione**
 41. Gunderman. **Professionalism: Intent is Definitive.** Acad Radiol 2015; 22:1277–9.
 42. Bender, et al. **The Impaired Radiologist.**J Am Coll Radiol 2015;12:302-306.
 43. **The Medical Professionalism Project. The 2005 RSNA Professionalism Committee. Medical I A Physicians Charter.** Radiology 2006; 238: 383-6.
 44. Dulia Ortega T, et al. **Perspectivas de los radiólogos con respecto al error y a la tribunalización**

- Chile.** Revista Chilena de Radiología. Vol. 14 N°3, 2008; 158-165.
45. Rang M. **The Ulysses syndrome.** Can Med Assoc J 1972; 106: 122-3.
 46. Marie Stauton. **Evidence-based Radiology: Steps 1 and 2: Asking answerable questions and se** Jan;242(1):23-31.
 47. Dod Jd. **Evidence-based practice in radiology: steps 3 and 4: appraise and apply diagnostic ra** Feb;242(2):342-54.
 48. Malone DE, et al. **Evidence-based practice in radiology: step 5 (evaluate)--caveats and commo** May;243(2):319-28.
 49. Amena Hassan. **Imaging 3.0 Case Study: A Symptomatic Approach.** American College of Radiol <http://www.acr.org/Advocacy/Economics-Health-Policy/Imaging-3/Case-Studies/Quality-and-Safe> december 21, 2015.
 50. Luis Humberto Ros. **Formación en Radiología. ¿Cómo formamos a nuestros residentes?** Radio
 51. J.L. del Cura Rodríguez. **El papel de los tutores en la formación de los residentes. Perspectivas** En-Feb;53(1):61-6.
 52. José Manuel Freire. **Transformación de los sistemas sanitarios y necesidades formativas.** Confé Nacional de Jefes de Estudio y Tutores de Formación Sanitaria Especializada. Educ Med. 2015;16(
 53. Levin DC. **Reflections on principles of good leadership.** J Am Coll Radiol. 2014 Apr;11(4):338-
 54. Melchor Sánchez-Mendiola. **Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo?** Inv Ed M
 55. Sharpe RE Jr, et al. **Strategic planning and radiology practice management in the new health c** Jan-Feb;35(1):239-53.
 56. Gunderman RB, et al. **Coaching: a key model of leadership.** J Am Coll Radiol. 2015 Apr;12(4):3
 57. Bhargava P, et al. **Three Simple Strategies for Effective Leadership.** Curr Probl Diagn Radiol. 2
 58. Kaplowitz M, et al. **Improving Patient Care Through Inspiring Happiness.** J Am Coll Radiol. 2
 59. Gunderman RB, et al. **Learning to handle conflict: insights from chimps and bonobos.** Acad Ra
 60. J.L. del Cura Rodríguez. **Las sesiones en radiodiagnóstico.** Radiología 2005;47(3):145-51.
 61. Gunderman R. **Images of the imager: the essential role of ethics in the future of radiology.** Aca
 62. Gunderman R. **The medical Community's Changing Vision of the patient: The Importance of**
 63. Christoph I. Lee et al. **Diagnostic CT Scans: Assessment of Patient, Physician, and Radiologist Possible Risks.** Radiology 2004; 231:393–398.
 64. Tim Casey. **Bad manners: U.K. survey finds cardiologists, radiologists more likely to be 'rude** Dec 07, 2015. Disponible <<http://www.healthimaging.com/topics/practice-management/uk-survey-finds-17-cardiologists-are>
 65. L. Brazeau-Lamontagne. **Educational Insights About Professional Ethics in Radiology.** In, Retf Van Deven. Radiology Education. The Scholarship of Teaching and Learning. Springer Berlin Hei
 66. Strax. **Radiologist: Clinical Imager or Ancillary Medical Staff?** . J Am Coll Radiol, In Press, C 2015.
 67. Phuong-Anh T. Duong. **Value of Imaging Part I: Perspectives for the Academic Radiologist.** A
 68. Richard B. Gunderman et al. **Excellence and Professionalism in Radiology.** AJR 2013; 200:W55
 69. Patel. **Value Management Program: Performance, Quantification, and Presentation of Imagi** Radiol 2015;12:239-248.
 70. Berlin L. **Apathy: the threat within.** J Am Coll Radiol 2007;7:433-6.
 71. García. **El absentismo psíquico.**FMC 2002;9(1):41-5.
 72. Pérez Morán, Eva, et al. **Percepción de residentes hospitalarios sobre el profesionalismo médic** Estudios. Formar para transformar. Bilbao. 23-25 setiembre de 2015.
 73. Rosselot. **Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI.** Rev Méd C
 74. Federación Europea de Medicina Interna, American College of Physicians - American Society of I Internal Medicine. **Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio c** vol.131, no.4, p.457-460.
 75. Gunderman. **Commodity or Profession?** J Am Coll Radiol, Volume 5, Issue 4, April 2008, Pages
 76. Peter S. Moskowitz. **Gathering Storm Clouds Suggest the Need for a Culture Change in Radiol** Radiology 2015; 276:3–7.

77. Priscilla J. Slanetz. **Ten Steps to Finding the Right Balance Between Career and Family.** AJR:
78. «**Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya**». Generalitat de Catalunya. Barcelona,
79. Andrew J. Gunn, et al. **Rethinking the Role of the Radiologist: Enhancing Visibility through B Reporting Practices.** RadioGraphics 2015; 35:416–423,
80. José A. Mirón-Canelo, et al. **Valoración de los estudiantes sobre su formación en la Facultad d**
81. J. Puig. **Formación en habilidades complementarias y Radioprotección.** Radiología. 2011;53(3)
82. Emily M. Webb, et al. **A Designated “Teaching Resident”: A Novel Leadership Position to Pro Academic Career.** J Am Coll Radiol. 2016 Jan;13(1):77-80.
83. Cruess RL. **Professionalism: an ideal to be sustain.** Lancet 2000; 356: 156-9.
84. Itri. **Patient-centered Radiology.** RadioGraphics 2015; 35:1835–48.
85. Gary M. Glazer, et al. **Decades of Perceived Mediocrity: Prestige and Radiology.** Radiology 201
86. Jan MI Bosmans, et al. **Are patients ready for communication with radiologists? Results of the 29.**
87. James V. Rawson, et al. **Special Interest Session: A New Model of Patient Care: Value over Ve** November, 2015.
88. Guzmán Revuelta, Jesús. **Lo esencial de la comunicación entre pacientes y radiólogos.** Gestión Congreso Nacional de la SERAM. Oviedo. 22-25 Mayo 2014. [consultado 3] <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0209>
89. I.S. Francis. **Finding and maintaining professionalism in radiology.** Clinical Radiology (2008) (
90. Wendy E, et al. **Are Today's Residents Ready for (Tomorrow's) Practice?** Acad Radiol 1999; 6
91. Herbert L Fred. **Hyposkillia: Deficiency of clinical skills.** Texas Heart Institute Journal. 2005;32:.
92. Brown. **Professionalism Skills Critical for Residents/Fellows.** RSNA news.2014;24(5):11-12.
93. Alcaraz Quiñonero, et al. **Excelencia en el servicio de imagen diagnóstica: (radiología y medici** 2007.
94. Hojat M, et al. **An empirical study of decline in empathy in medical school.** Med Educ.2004;38:
95. Chapman T. **Introductory lecture series for first-year radiology residents: implementation, in** 2013; 20:332–337.
96. Donnelly LF. **Establishing a program to promote professionalism and effective communicatio** 238:773–779.
97. **ACGME Common Program Requirements.** Available at: <http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/429/ProgramandInstitutionalAccreditation/CommonProgra> 29, 2014
98. Association of Program Directors in Radiology. **The Resident as a Professional in Radiology: Se** www2.apdr.org/members/upload/APDR_professionalism_module_2011.ppt. Accessed September
99. William Hendee. **Web Modules on Professionalism and Ethics.** J Am Coll Radiol 2012;9:170-17
100. America RSoN. In: **Radiological Society of North America Professionalism Modules.** Available Accessed August 29, 2014.
101. Veloski JJ, et al. **Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in** Acad Med 2005; 80:366–370.
102. Dámaso, Del cura. **Evaluación de la formación MIR en radiología.** Radiología. 2011;53(5):392-
103. Kelcz F, et al. **Patient, Faculty, and Self-Assessment of Radiology Resident Performance: A 3 Professionalism and Interpersonal/Communication Skills.** Acad Radiol. 2004;11:931---9.
104. ACGME Outcome Project. **Advancing Education in Medical Professionalism.** 2004.
105. Andrea Donovan, Sravanthi Reddy, Christopher Straus, Petra Lewis. **The Resident as a Professio** Available from: <http://slideplayer.com/slide/4413192/>
106. Thrall JH. «**Directions in radiology for the next millennium**». AJR, 1998; 171:1459-1462.
107. Hryhorczuk, et al. **Radiologic Professionalism in Modern Health Care.** RadioGraphics 2015; 35
108. Bach. **Ética, estética y conflictos: el radiólogo.** En Monografía SERAM "FORMACIÓN, futuro y : Editorial Médica Panamericana, 2004, 113-7.