



4 Junio, 2018

DEL 4 AL 10 DE JUNIO DE 2018

EL SEMANARIO DE

DIARIO MÉDICO



ANÁLISIS

URGE UN 'PLAN RENOVE': 1 DE CADA 4 EQUIPOS DE TECNOLOGÍA YA ESTÁ OBSOLETO

LOS NUEVOS DATOS DE FENIN
CONSTATAN QUE EL 24% DE
EQUIPOS DE TECNOLOGÍA
SANITARIA TIENEN MÁS DE
10 AÑOS; SOCIEDADES Y
PACIENTES INSTAN A
UNA ESTRATEGIA DE
RENOVACIÓN

PÁGS. 23-26



4 Junio, 2018

DEL 4 AL 10 DE JUNIO DE 2018

ÁREA PROFESIONAL

DM 23

ANÁLISIS

Los equipos de tecnología sanitaria están obsoletos. Un nuevo estudio de Fenin muestra que el 25% tiene más de diez años de antigüedad. Los profesionales urgen un 'plan renove' y advierten de peores diagnósticos y mayores riesgos

ESPAÑA ES PRACTICAMENTE EL PAÍS CON EQUIPOS MÁS VIEJOS DE TODA EUROPA

¿Una sanidad puntera con tecnología del siglo pasado?

Hace ahora cinco años que la patronal de empresas de tecnología sanitaria, Fenin, hizo saltar las alarmas avisando de que la crisis estaba lastrando la renovación de equipos de tecnología sanitaria. El parque tecnológico de los hospitales españoles obtuvo ya en aquel momento, en 2013, la etiqueta de *obsoleto* cuando se publicaron los datos que mostraban que el 60 por ciento de los equipos tenían más de 5 años de antigüedad, pese a que la recomendación internacional de la patronal europea Cocir era que no superasen esa edad más del 40 por ciento.

Cinco años después de saltar las alarmas no sólo no se han adoptado medidas, sino que la obsolescencia tecnológica de la sanidad española ha ido a más. La patronal Fenin ha remitido al Ministerio de Sanidad, en el marco de las negociaciones para elaborar el prometido *plan renove* de tecno-

logía sanitaria, un nuevo estudio con datos a 2017, que constata si antes era el 60 por ciento de equipos el que superaba los 5 años de antigüedad, ahora ese porcentaje es ya del 70 por ciento. E incluso, uno de cada cuatro equipos tiene más de 10 años de antigüedad, frente a la recomendación internacional de no superar un 10 por ciento de equipos con más de 10 años.

La ya ex ministra de Sanidad, **Dolors Montserrat**, reconocía hace sólo unos días en una entrevista con DM la necesidad de poner freno a esta situación con un *plan renove* de tecnología que estaría ya en negociación con Hacienda y que, por otra parte, el propio Ministerio de Sanidad anunció hace un año y todavía no ha acometido. El cambio de gobierno resultó de la moción de censura contra Mariano Rajoy podría complicar aún más la situación.

La patronal, con todo, ya ha

puesto cifras al *plan renove*. Precisaría de una inversión de 1.400 millones de euros en cuatro años. Y para Fenin la fórmula más natural de conseguir esa renovación, según el documento que ha remitido a Sanidad, sería a través de una dotación presupuestaria específica en el capítulo VI de los presupuestos autonómicos, relativo a inversiones.

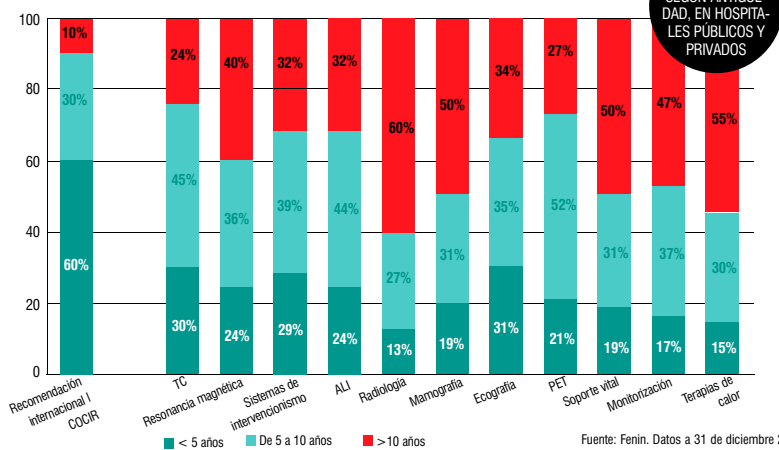
Para conseguir eso, Fenin sugiere la necesidad de adoptar un acuerdo con carácter vinculante en el Consejo Interterritorial de Salud que comprometa a todas las comunidades autónomas con este objetivo. También sería posible en opinión de la patronal hacerlo a través de un incremento del capítulo II, el de gastos corrientes, si se hace a través de contratos de renting o de leasing de los equipos. Sin embargo, la patronal de-

saconseja en este caso recurrir a la fórmula de compra pública innovadora, "teniendo en cuenta la naturaleza del proyecto y la necesidad de atender de forma inmediata toda la demanda asistencial".

Pero, además de esa inyección económica pendiente de concretarse con Hacienda y las autonomías, haría falta también a su juicio poner orden en la forma de renovar los equipos en las autonomías, para evitar que dentro de unos años vuelvan a quedar obsoletos todos a la vez o que la distribución de la tecnología innovadora responda a criterios particulares en lugar de a eficiencia.

Y es que, según explica **David García, jefe de Radiología de Bayer en España y presidente del sector de Tecnología y Sistemas de Información Clínica de Fenin**, "entendemos el retraso en la puesta en marcha del *plan renove* -lo prioritario era aprobar los Presupuestos Generales del Estado-, pero debemos avanzar porque no admite ya dilación. Durante los años de la crisis la inversión en tecnología ha sido mínima y el resultado es que tenemos uno de los parques tecnológicos sanitarios más obsoleto de toda Europa; en alguna tecnología de imagen, por ejemplo, en resonancia magnética (RM), somos el antepenúltimo país, sólo por delante de Chile y Eslovenia, por lo que hay que tomar medidas cuanto antes".

"El problema -continúa- es que no tenemos como tal un paciente radiológico o tecnológico, como ocurre en otros ámbitos como la Oncología o la hepatitis C. Sin embargo, la obsolescencia de nuestro parque tecnológico afecta a muchísimos pacientes, por diagnósticos y tratamientos menos precisos de lo que podrían ser, con TC y resonancias de más de 15 años, ▶▶



MADRID
LAURA G. IBANES
 laura.guillem@diariomedico.com

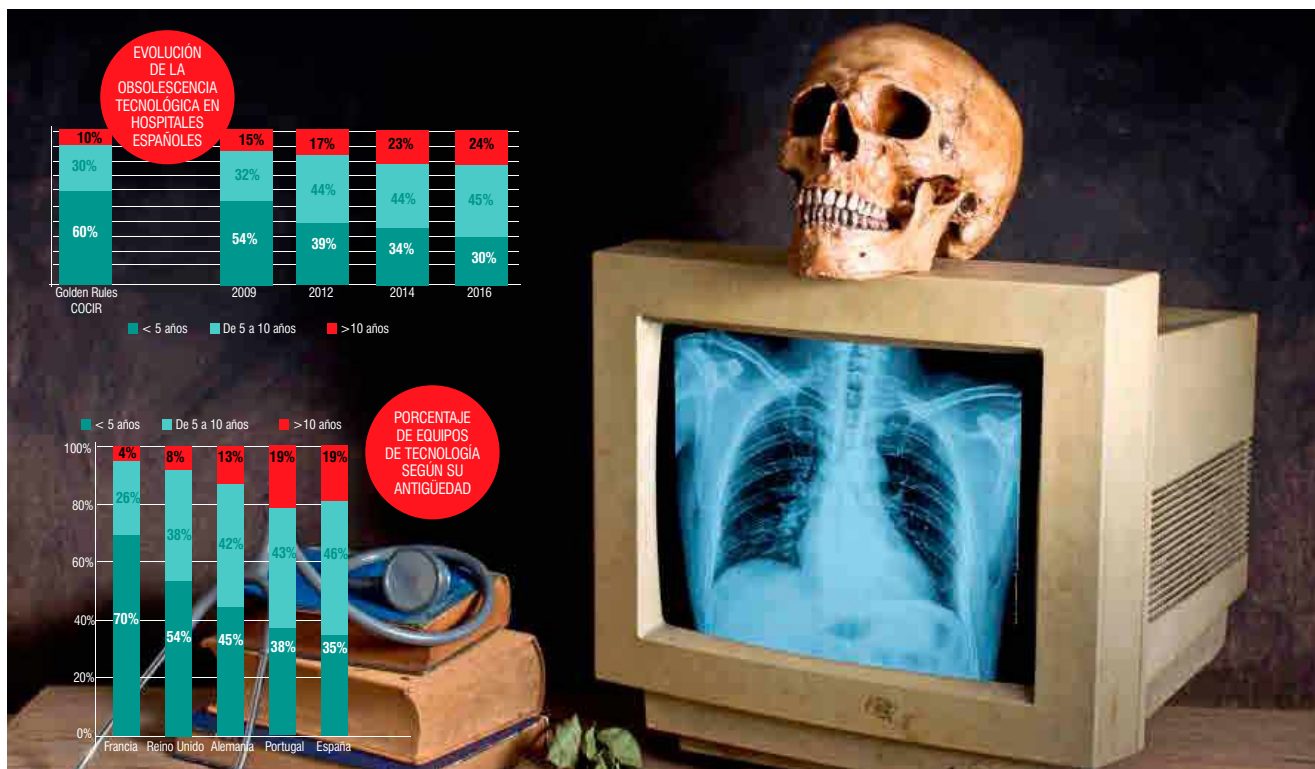


4 Junio, 2018

24DM

ANÁLISIS

DEL 4 AL 10 DE JUNIO DE 2018



▶▶ por ejemplo, que están impidiendo a los pacientes acceder a un diagnóstico o un tratamiento tan avanzado como es posible. Y, claro, si tienes un nivel de diagnóstico de baja calidad, todo va en cadena. Si queremos ser eficientes, debemos empezar por serlo en el diagnóstico”.

Sobre esta base, el responsable de Fenin cree que la necesidad de un *plan renove* no se cuestiona -“las cifras son aplastantes”-, pero “la duda es cómo repartir esta inversión necesaria según autonomías y lo que creemos que hay que hacer es vincular ese *plan renove* a unos criterios comunes para todas las autonomías. Esto nos permitirá huir de decisiones particulares en las que la presión de un hospital o un servicio clínico permita la renovación de un equipo pese a que éste pueda ser más necesario en otro lugar”.

De ahí que el informe de Fenin incluya criterios sobre qué tipo de tecnología y con qué frecuencia de renovación debe tener cada centro según el tipo de hospital del que se trate (ver recuadro verde).

En esta misma línea, Fernando Carballo, presidente de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas (Facme), advierte de que “la falta de incorporación de nueva tecnología sí afecta a los estándares que se pueden alcanzar. Los innegables avances tecnológicos de los equipos de diagnóstico o tratamiento permiten en muchos casos procedimientos más

rápidos, seguros, abordar nuevas patologías u obtener mejor información útil para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, ofrecer procedimientos mínimamente invasivos o tratamientos más precisos y seguros; por tanto, a nadie se oculta que no disponer de esos nuevos equipos impide actuar a la altura del estado de arte”.

En este sentido, el documento enviado por la patronal a Sanidad argumenta la necesidad de actualizar los equipos detallando que, por ejemplo, los equipos de radiodiagnóstico de alta calidad pueden reducir hasta en un 95 por ciento la cantidad de radiación a la que se somete a pacientes y profesionales y mejorar el diagnóstico; y las nuevas TC permiten, entre otras cuestiones, la realización de exámenes cardiacos a todo tipo de pacientes y eliminar el ruido electrónico y reducir la dosis por encima del 80%, permitiendo así su uso para estudios pediátricos.

Además de por estas mejoras clínicas, las sociedades científicas urgen a una renovación para poner orden en su distribución y acabar con situaciones de inequidad. Basta observar, por ejemplo, que hasta el 32 por ciento de los equipos para cardiología intervencionista españoles tienen más de 10 años, pero que esta situación de obsolescencia afecta en el caso de Castilla-La Mancha al 70 por ciento de equipos, para comprender la desigualdad actual.

Sobre esta base, el presidente de

Facme recomienda orden en la renovación de equipos para evitar el peligro actual de “generar situaciones de inequidad en la asistencia sanitaria de los pacientes, dependiendo del estado tecnológico de sus servicios de referencia o, incluso, de la comunidad de resi-

dencia. Especialmente cuando no existe una adecuada política con planes de renovación, distribución adecuada de la tecnología y de asignación de centros de referencia para el manejo de determinados procesos clínicos”.

MÁS AVERIAS

A estos problemas de inequidad, Miguel Ángel Trapero, responsable estratégico de la Sociedad Española de Radiología Médica (Seram), añade la idea de que la obsolescencia implica también “problemas de funcionalidad, aumento de averías, retrasos, complejidad de uso, mayor dosis de radiación, y la no incorporación de tecnologías más actuales con mayor resolución diagnóstica, lo que permite detectar muchas enfermedades en fases más precoces y, con ello, tratarlas de forma más rápida y eficaz”.

Por ello, “aunque se comienza a recuperar cierto nivel de inversión y aunque ayudan donaciones como la que realizó la Fundación Amancio Ortega [de 320 millones de euros para compra de 300 equipos tecnología de diagnóstico y tratamiento del cáncer], el problema va a requerir algunos años de esfuerzos que deberían realizarse de una forma ordenada a través de la elaboración de planes de renovación con carácter plurianual” por parte de la Administración.

En la misma línea, Ignacio Fernández Lozano, de la Sociedad Española de Cardiología (SEC),

insiste en que “hay que hacer un plan organizado de renovación porque por mucho que una donación como la que hizo Amancio Ortega sea digna de aplauso, no podemos fiar las carencias del sistema sanitario público a eso”.

Carlos Ferrer, presidente Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), reclama también un plan organizado: “El impacto de la obsolescencia tecnológica es doble, por una parte los equipos antiguos ofrecen menos prestaciones con lo que se generan tratamientos subóptimos de acuerdo al estado del arte y eso causa en los pacientes pérdida de oportunidad y menos posibilidades de éxito y por otra parte son tratamientos que pueden generar mayores toxicidades. A esto se añade el problema de las averías: en algunos tratamientos las interrupciones les generan una reducción en sus posibilidades de éxito de entre el 1-3% diario”. “Y ha tenido que ser la iniciativa de una fundación privada - continúa el presidente de SEOR- quien ha venido a rescatar a un sistema político-sanitario que ha hecho dejación de sus obligaciones. Mientras nuestros políticos asumen el problema de fondo, que es evitar que esto vuelva a suceder, más que polemizar debemos estar agradecidos por la donación, porque se estaba trabajando con equipos de más de 18 años en algunos centros. Dicho esto, necesitamos un plan organizado”, concluye Ferrer.

Qué tecnología hace falta

La propuesta de Fenin incluye qué tecnología se recomienda según el centro. Para hospitales de más de 200 camas: RM 3T/1,5 avanzado, TC de diagnóstico de más de 64 cortes, TC de planificación de más de 16 cortes, sala de hemodinámica y de radiología intervencionista, PET/TC, arcos C móviles para radiología, mamógrafo digital y radiología digital. Para hospitales de menos de 200 camas: RM 1.5 avanzado, TC multicorte de más de 16 cortes, PET/TC, sala con aplicaciones para hemodinámica y vascular con SW medio, arcos C móviles para radiología y mamógrafo digital.



4 Junio, 2018

DEL 4 AL 10 DE JUNIO DE 2018

ANÁLISIS

DM25

Los equipos no sólo están obsoletos... también son escasos

El parón que han sufrido las inversiones en tecnología se ha traducido en obsolescencia, pero también en inequidades entre autonomías y centros. En un contexto de crecientes indicaciones de la tecnología y de instalación de ésta en diferentes servicios clínicos, especialidades como Radiología advierten también del peligro de generar inequidades en la lista de espera en función de la patología como consecuencia de esa dispersión de la tecnología.

En este sentido, Miguel Ángel Trapero, de la Sociedad de Radiología Médica (Seram), explica que su sociedad ha elaborado un documento de recomendaciones en el que se pide "mantener en los servicios centrales los equipos complejos y costosos porque garantiza mejor la optimización de uso, los parámetros de seguridad y una gestión única de las listas de espera, que garanticen la equidad de acceso de la población, que es atendida únicamente en base a criterios de gravedad clínica".

Ignacio Fernández Lozano, de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), una de las especialidades en las que más está creciendo el uso de tecnología y su instalación descentralizada, matiza, que "no sólo están obsoletos los equipos, sino que también faltan

Las sociedades científicas advierten de que los nuevos usos de la tecnología hacen insuficiente la dotación actual y discrepan sobre cómo distribuirlos

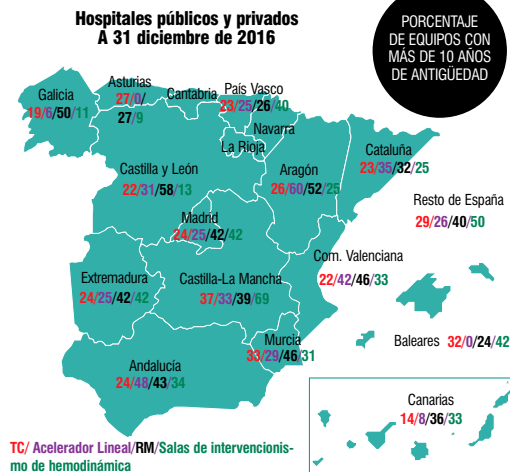
recursos porque las indicaciones de una TC, por ejemplo, han crecido mucho. Y ante esa falta de recursos lo que tampoco puede ser es que de 200 huecos para resonancia los 200 estén ocupados por rodillas y codos. Un paciente que necesita una resonancia cardíaca resulta que, si no hay un equipo propio en el servicio, no puede acceder a ella en tiempo razonable".

Sin citar especialidades, Fernando Carballo, presidente de Facme, se posiciona a favor "de que la eficiencia sea la base para la distribución. Deben tenerse en cuenta parámetros de funcionalidad, accesibilidad y adecuada gestión temporal de los recursos para evitar cuellos de botella con esperas inadecuadas, evitando burocracias defensivas para el uso de tecnología necesaria".

Esto implica que "el concepto de completa autonomía de un departamento clínico, sea central o no, debe ceder ante el de uso compartido y multidisciplinar de los equipamientos"; pero también que debe hacerse "una optimización de los horarios, en muchos casos garantizando una disponibilidad 24 horas al día los 365 días del año, y un acceso con criterios de equidad, que permitan priorizar exclusivamente en base a necesidades clínicas, no del órgano-sistema afecto o de una especialidad médica o quirúrgica concreta".

Y para ello, concluye Carballo, "en general, la mejor forma de garantizar esos requerimientos es ubicando los equipos en servicios centrales, donde se concentran recursos humanos que garantizan competencia en la utilización y mantenimiento tecnológico, con una especial cultura de servicio". No obstante, "siempre cabe el uso compartido, y también, en casos especiales, la descentralización".

Compartir pide también Carlos Ferrer, presidente de la Sociedad de Oncología Radioterápica (SEOR), en este caso entre autonomías: "Existen áreas en las que la población de una comunidad no tiene la suficiente entidad para la instalación de un acelerador pero si contabilizamos la población de otras comunidades limítrofes los números salen", por lo que habría que apoyar los acuerdos de sanidad limítrofe.



Tomás Castillo
 Presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

TRIBUNA

La innovación, vital para la seguridad del paciente

La incorporación al SNS de tecnología sanitaria innovadora es imprescindible para la seguridad del paciente y para evitar inequidades. Si el coste es excesivo, habría que trazar un plan nacional con centros de referencia.

Los pacientes observamos con preocupación cómo el recorte de la inversión pública en sanidad en los últimos años está afectando a la modernización de los centros sanitarios. El envejecimiento de las instalaciones y de los equipos afecta directamente a la asistencia sanitaria, sobre todo en lo referente a la tecnología, pues su rápido avance permite mejores diagnósticos y tratamientos más eficaces. Esta tecnología sigue tardando demasiado tiempo en llegar al SNS, y tiempo es de lo que muchos pacientes no disponen.

Hace mucho que algunas sociedades médicas y organizaciones de pacientes alertan de la falta en unos casos y la obsolescencia en otros de los equipos de radioterapia destinados a tratar el cáncer en los centros sanitarios públicos. Según los datos publicados por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), en España hace tres años faltaban 77 equipos para alcanzar los 8 por cada millón de habitantes que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Y no solo se trata de un problema de falta de equipos disponibles: el 35 por ciento de los equipos existentes (87 de 248) tenían más de 10 años, lo que se traduce en que los pacientes están recibiendo un tratamiento de menor precisión y más efectos adversos de lo que en la actualidad permite la tecnología.

Éste es el escenario al que se enfrentan cada día miles de pacientes. En plena crisis y con las partidas destinadas a sanidad a la baja en estos últimos años, las cifras no han mejorado mucho. Actualmente, la SEOR calcula que en 2020 el 70 por ciento de los equipos de radioterapia de los hospitales españoles tendrá más de 10 años. Es solo un ejemplo de cómo el envejecimiento de la tecnología afecta directamente al paciente, que se enfrenta a peores diagnósticos y tratamientos menos efectivos y con una radiación mayor que no se recibiría con nuevos equipos. A esto hay que sumar otras consecuencias directas del envejecimiento de los aparatos como el aumento de las averías que provoca retrasos en el acceso a los tratamientos, incremento de las listas de espera...

Esta falta de inversión en innovación es un tema que nos preocupa gravemente como pacientes. Además, la falta de compromiso en la renovación de la tecnología por parte de la administración pública está haciendo más grande la brecha de la atención a los pacientes entre las distintas comunidades autónomas e incluso entre los distintos centros. Estamos ante una gran inequidad que debe ser solventada: no nos podemos permitir un sistema de salud que no dé acceso a que un paciente reciba el mismo tratamiento de calidad por ser de una u otra comunidad autónoma.

Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) defendemos un SNS cohesionado y equitativo y esto afecta directamente al acceso a los tratamientos, a los mejores tratamientos disponibles para cada paciente. El acceso a un tratamiento no puede depender de la capacidad financiera de cada autonomía en cada momento. Por eso apostamos por un Plan de Estado que permita esta accesibilidad a la innovación en todo el SNS. Entendemos que no todos los centros pueden disponer del último equipamiento porque el coste sería inasumible, pero sí se puede planificar y disponer de esta tecnología en centros de referencia.

Por otra parte, es urgente ya la trasposición en España de la directiva de radiaciones ionizantes, pendiente desde febrero de este año. Existe la suficiente tecnología como para que cada paciente vea registrado en su historial las radiaciones que va acumulando a lo largo de su vida y que permita evitar un mal mayor por un exceso de radiación. Esto también conllevaría una modernización de los actuales equipos.

Para la POP, avanzar en la equidad en el SNS y lograr los mejores tratamientos para las personas con una enfermedad son dos objetivos irrenunciables en los que seguiremos trabajando con propuestas constructivas.



Enif Pérez
 Consultora Experta en compra pública
 innovadora en Ayming

TRIBUNA

La compra pública innovadora en salud

La compra pública innovadora puede ayudar a una planificación de las inversiones de la Administración en equipos para evitar su obsolescencia y programar su renovación, a la vez que incentiva la innovación.

La nueva Ley de Contratos del Sector Público implica cambios relevantes en la compra pública. En este contexto, es bastante desconocida aún la denominada compra pública innovadora (CPI). Se trata de una actuación administrativa de fomento de la contratación pública con pymes, emprendedores y resto de empresas que realicen una apuesta tecnológica.

Con la CPI se fomenta que las Administraciones Públicas realicen una compra inteligente, mejorando sus necesidades o servicios a través de la I+D+i, al tiempo que fomentan la innovación empresarial a través de una escucha y consulta activas, en lugar de reactivas. La CPI es por tanto una clara oportunidad para crear valor, empleo estable y de calidad, tan necesario en nuestro país.

Uno de los objetivos del Gobierno es que al menos un 3 por ciento de la licitación pública sea innovadora. La sanidad es uno de los sectores que pueden verse más favorecidos por la CPI. A modo de ejemplo, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) lanzó en 2011 dos planes de innovación sanitaria, Hospital 2050 e Innovasaúde, con el objetivo de modernizar y mejorar la calidad y seguridad del modelo sanitario gallego. Con una inversión de más de 90 M, se convirtió en la primera iniciativa CPI implementada a nivel nacional, dando respuesta por un lado a las necesidades de una población cada vez más envejecida, y por otro, facilitando 33 contrataciones vía CPI que beneficiaron a 27 empresas.

Las Administraciones Públicas podrán por tanto adquirir productos y servicios bajo dos modalidades diferentes; la llamada compra pública de tecnología innovadora (CPTI), que consiste en la adquisición pública de un bien o servicio que puede o no existir en el momento de la compra, pero puede desarrollarse en un periodo de tiempo razonable, y la compra pública precomercial (CPP), una contratación de servicios de I+D en la que el comprador público no se queda con los resultados de la innovación para su propio uso en exclusiva, sino que comparte con las empresas sus riesgos y beneficios. Su impacto en el progreso tecnológico puede ser enorme: las empresas podrían hacer una apuesta tecnológica sabiendo de antemano que podrían contar con un cliente como es la Administración Pública, reduciendo así el riesgo y las Administraciones mejorarán los servicios que prestan al ciudadano y ejercerán de tractor de la innovación empresarial.

En el caso de la renovación por obsolescencia de equipos, será muy interesante planificar la compra de tecnología a través de una estrategia de implantación de CPI desde las Administraciones Públicas. Así, cada una de ellas deberá prever que los tiempos para implantar la CPI en sus prácticas de compra, desde la planificación previa de la misma, hasta la licitación y compra final, pueden ser largos y hacerlos coincidir con los tiempos estimados de obsolescencia de los equipos.

Sería muy recomendable contar con un buen plan que defina a medio plazo cómo se quieren renovar los equipos, qué tipo de tecnologías incorporar y cómo la CPI (en su modalidad de CPTI) puede ayudar a conseguir estos objetivos.

A nivel de financiación, tanto para las Administraciones Públicas como para las empresas aportadoras de la tecnología, existen dos programas nacionales con fondos europeos denominados Innocoma y Innodemanda, así como partidas específicas de H2020. La cuantía de estas ayudas asciende a más de 424 millones de euros para el período 2014-2020.

Gracias a la compra pública innovadora y a los fondos adicionales que moviliza, las Administraciones Públicas tienen ahora un aliado más para adoptar una estrategia de compra inteligente, en línea con las políticas europeas, y contribuir hacia un cambio de paradigma que convierta al sector público en tractor de actividad tecnológica, y en última instancia, de nuevos mercados que creen empleo de calidad y mejoren la calidad de vida de los ciudadanos.

El carnet dosimétrico, pendiente de la renovación de equipos

Aplicar la directiva europea que exige la implantación de un carnet dosimétrico exigirá a su vez a España cambiar los equipos de tecnología, puesto que los actuales no recogen la dosis recibida

España debería haber traspuesto en febrero la Directiva Euratom del Consejo de Europa, que fija las normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes. Aunque el país va ya con retraso, el proyecto legal para trasponer esta norma europea está en fase de borrador de real decreto y con las alegaciones del sector sobre la mesa del ministerio.

Ángel Morales, responsable de Radioprotección de la Sociedad Española de Radiología Médica (Seram), ha valorado en positivo el borrador de transposición de la directiva. En su opinión "se ha realizado un buen trabajo técnico-jurídico. Y por eso la Seram ha realizado alegaciones particulares y conjuntas con el resto de las sociedades implicadas (radiofísicos, radioprotección, técnicos, Medicina Nuclear y Radioterapia), pero son alegaciones que no afectan a aspectos relevantes ni esenciales".

En opinión de Morales, "en conjunto esta directiva servirá para aumentar la seguridad de los pacientes, consolidar y reforzar los principios clásicos de justificación, optimización y control de dosis. Su novedad principal es que introduce el principio de transparencia, derecho a la información y consentimiento en todo lo relacionado con la dosis a pacientes".

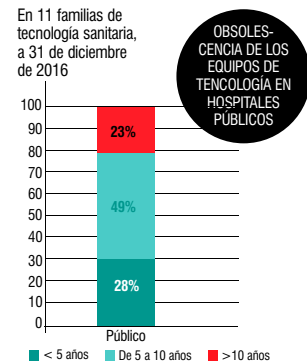
Las palabras del responsable de Seram hacen referencia a las novedades que introduce la directiva y que implicarán, entre otras cuestiones, la exigencia de consentimiento del paciente sobre la dosis y la implantación de un carnet dosimétrico para poder llevar un registro de todas las pruebas realizadas a un paciente y valorar mejor, de este modo, la dosis y conveniencia de realización de pruebas o tratamientos radiológicos.

La puesta en marcha real de estas medidas es, según explica Carlos Ferrer, presidente de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), una cuestión de "cultura de seguridad entre los profesionales implicados en el

tratamiento con radiaciones ionizantes; es un tema de fondo que puede incidir en la reducción de errores y mejora de la calidad asistencial".

Sin embargo, es también una cuestión muy dependiente de la renovación de equipos, en tanto las características técnicas de los actuales, ya desfasados, no permiten en su mayoría recoger datos como la dosis realmente recibida y no sólo la emitida.

Así lo explica David García, presidente del sector Tecnología y Sistemas de Información Clínica



OBSOLESCENCIA DE LOS EQUIPOS DE TECNOLOGÍA EN HOSPITALES PÚBLICOS

de Fenin, para quien "el borrador inicial del ministerio para trasponer la norma europea contenía sólo mínimos y por eso hemos trasladado algunas alegaciones porque creemos que debería saberse la dosis efectiva recibida por el paciente y no sólo la emitida. Esto es muy importante en algunos pacientes como, por ejemplo, las embarazadas".

Según detalla, "la idea es que todos los equipos de nueva instalación incluyan ya ese registro de los datos, pero el problema surge en las autonomías u hospitales en los que no se vaya a producir una renovación en los próximos años. ¿Qué ocurre entonces? ¿Unos tendrán carnet dosimétrico y otros no? ¿Unos sabrán la dosis recibida y otros no? Por eso ya sugerimos en su momento a Sanidad que debe fijarse un periodo de implantación para ese carnet, de entre 3 a 5 años, para evitar que se genere esa desigualdad".