

ACTA DE INSPECCIÓN

e , funcionarias de la Generalitat de Catalunya e inspectoras acreditadas por el Consejo de Seguridad Nuclear, en su condición de autoridad pública según el artículo 122 del Reglamento de instalaciones nucleares y radiactivas, y otras actividades relacionadas con la exposición a las radiaciones ionizantes, aprobado por el Real Decreto 1217/2024, de 3 de diciembre, en el ejercicio de la función inspectora,

CERTIFICAN: Que se han personado los días 18 de junio y 23 de julio de 2025 en la instalación de EDP Salut Sant Joan de Reus – Baix Camp, con NIF , sito en la avenida d de Reus (Baix Camp), provincia de Tarragona.

La visita tuvo por objeto inspeccionar una instalación destinada a radiodiagnóstico médico con última inscripción de la instalación realizada en fecha 29.08.2024 en el registro de instalaciones de rayos X con finalidad de diagnóstico médico de la Direcció General d'Indústria del Departament d'Empresa i Treball de la Generalitat de Catalunya.

La Inspección fue recibida por

, quienes manifestaron conocer y aceptar la finalidad de la inspección.

Se advirtió a los representantes del titular de la instalación que el acta que se levante, así como los comentarios recogidos en su tramitación, tendrán la consideración de documentos públicos y podrán ser publicados de oficio, o a instancia de cualquier persona física o jurídica. Lo que se notifica a los efectos de que el titular exprese qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido.

De las comprobaciones efectuadas por la inspección, así como de la información requerida y suministrada, resulta que:

- En fecha 25.05.2021 se produjo un cambio de titular de a Salut Sant Joan de Reus – Baix Camp. El cambio de titular no se notificó a través del trámite habilitado para tal fin, del órgano competente correspondiente, motivo por el cual no consta en el Registro de instalaciones de rayos X con finalidad de diagnóstico médico de la Direcció General d'Indústria del Departament d'Empresa i Treball de la Generalitat de Catalunya.
- La instalación de radiodiagnóstico se encontraba señalizada según la legislación vigente y disponía de medios para establecer un acceso controlado.

- Estaba disponible el informe periódico de la instalación correspondiente al año 2024, que había sido presentado en el Servei de Coordinació d'Activitats Radioactives (SCAR) el 17.03.2025.
- Debido a que la instalación de radiodiagnóstico está conformada por una gran diversidad de servicios y de equipos, la inspección de control objeto de esta acta de inspección, se centró en los servicios de Radiología (revisión documental) y en los siguientes servicios del área quirúrgica: Cardiología, Anestesia (Clínica del Dolor) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

1. DEPENDENCIAS Y EQUIPOS DE LA INTALACIÓN

- La instalación de radiodiagnóstico se encontraba ubicada en la planta subterráneo -1, en el emplazamiento referido, y dispone de 14 equipos de RX instalados en las distintas áreas que la conforman. Los equipos son los siguientes:

Servicio de Radiología (planta -1)

- Sala RX Digital 2: un equipo de radiografía convencional de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Sala RX Digital 1: un equipo de radiografía convencional de la firma , modelo , n/s (instalación) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Sala TC 1: un equipo TC de la firma , modelo , n/s (instalación) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Sala densitometría: un equipo de densitometría de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Sala mamografía: un mamógrafo de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Sala TC 2: un equipo TC de la firma , modelo , n/s (instalación) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.

Quirófanos (planta)

- Un equipo arco quirúrgico de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Un equipo arco quirúrgico de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Un equipo arco quirúrgico de la firma , modelo , n/s (sistema) , n/s (equipo): , n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
- Un equipo arco quirúrgico de la firma , modelo , n/s (instalación): , n/s (sistema): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.

Equipos portátiles

- Un equipo de la firma , modelo , n/s (sistema) y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mAs.
 - Un equipo de la firma , modelo , n/s (sistema) , n/s (equipo): y n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
 - Un equipo de la firma , modelo , n/s (sistema) , n/s (generador): , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA.
 - Un equipo de la firma , modelo , n/s , con unas características máximas de funcionamiento de kV y mA, fuera de servicio.
- El SFMPR informó a la inspección que, debido a las deficiencias encontradas durante la puesta en marcha del equipo , nunca firmaron las pruebas de aceptación del equipo. Por ello, el equipo nunca se ha utilizado en la práctica clínica, y permanece guardado en las dependencias del SFMPR.
 - Estaba disponible un plano de la instalación en donde se reflejaba de forma clara la ubicación de cada equipo.

- El SFMPR indicó que el hospital disponía de un contrato de mantenimiento correctivo y preventivo para todos los equipos de RX con la empresa de venta y asistencia técnica .
- Estaba disponible un listado con los equipos de RX disponibles en la instalación donde constaba la siguiente información: marca, modelo y número de serie del equipo, y la última intervención de mantenimiento y correctiva realizadas por a los equipos (anexo 1).

2. PROGRAMA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

- El jefe del SFMPR informó que estaba actualizando el Programa de Protección Radiológica, que recoge los aspectos requeridos en el artículo 19 del RD 1085/2019, para adaptarlo a los diferentes servicios que conforman las instalaciones de radiodiagnóstico de su ámbito de actuación, y a los nuevos Reglamentos en materia de protección radiológica:
 - Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes (RD 1029/2022, de 20 de diciembre).
 - Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas, y otras actividades relacionadas con la exposición a las radiaciones ionizantes, aprobado por el Real Decreto 1217/2024.
- El PPR incluye procedimientos y hojas de registro elaborador por el SFMPR. Se entregó una copia de los procedimientos actualizados recientemente: P07 'Control dosimétrico del personal', rev. 7, de junio de 2025; P02, 'Vigilancia de la radiación externa', rev. 6, de julio de 2025; P.21 'Control de los equipos de protección individual', rev. 0, de julio de 2025.
- Se disponía del certificado de conformidad, de fecha 13.01.2025, en el que no se indican desviaciones (anexo 2).
- Estaba disponible un nuevo modelo de certificado de grado de conformidad, donde se indica si la instalación presenta desviaciones (anexo 3).

3. CONTROL DE NIVELES DE RADIACIÓN

- El SFMPR realiza el control de los niveles de radiación de las diferentes áreas de influencia de los equipos de RX, así como el control de calidad de estos, según la normativa vigente.
- Estaba disponible el procedimiento P02 '*Vigilancia de la radiación externa*', rev. 6, de julio de 2025, que incluye la vigilancia de las instalaciones radiactivas y de RX a las que el SPR da servicio. Se indica lo siguiente:
 - La periodicidad de los controles es anual.

- Existe una hoja de registro para cada equipo, donde se indica la técnica de disparo, el tipo de maniquí dispersor a irradiar, los puntos de medida y los niveles de registro y actuación.
- Se adjunta en los anexos: el listado de equipos de medida de la radiación ambiental y de contaminación disponibles, y un ejemplo de hoja de registro de un equipo fijo y de un equipo portátil.
- Estaba disponible, para cada equipo, el informe con los resultados de los controles de calidad y niveles de radiación.
- En el apartado observaciones del informe del equipo TC de la marca con n/s, indicaban que habían medido unos niveles de tasa de dosis más altos de lo habitual detrás de la puerta del vestuario principal, debido a un desajuste de la puerta. Aunque estimaban que estaban dentro de los límites de dosis anuales, recomendaban arreglar la puerta. Según indicaron, la puerta aún no había sido arreglada.
-

4. PERSONAL DE LA INSTALACIÓN

- El SFMPR proporcionó a la Inspección listados con el personal expuesto de los siguientes servicios: Radiología; Anestesia (Clínica del Dolor); Cardiología y COT (anexo 4).
- En los listados constaba el nombre del trabajador expuesto, la categoría profesional, el tipo de control dosimétrico, la categoría A/B, y si disponían de acreditación de 2n nivel. Solo en los listados del personal de Radiología se indicaba si disponían de acreditación de operador/director.
- El listado de Radiología había sido elaborado por la coordinadora de los técnicos. El resto los había elaborado el SFMPR con la información dosimétrica de que disponían.
- El SFMPR indicó que no tenían una base de datos compartida con las diferentes áreas de la instalación donde constase el personal expuesto de cada una.
- Según la información proporcionada en estos listados:
 - no todo el personal que manipula los equipos de RX dispone de la acreditación correspondiente.
 - no todos los médicos intervencionistas disponen del curso de 2n nivel en protección radiológica orientado a la práctica intervencionista.

- No estaban disponibles las acreditaciones del personal que manipula los equipos de RX.
- El SFMPR informó a la Inspección que el hospital no les facilita una copia de la acreditación de director/operador de los trabajadores por considerarla información sensible.
- El SFMPR informó a la inspección que los responsables de cada unidad son los que coordinan el personal expuesto que trabaja en quirófanos; cualquier cambio en el personal debe comunicarse al SFMPR, y así este puede mantener actualizados los listados de personal.
- La inspección constató que la comunicación de los cambios de personal por parte de las distintas unidades al SPR (que debido al elevado número de trabajadores y de las rotaciones de personal puede ser complejo) tenía lugar con una periodicidad más baja de lo recomendable para establecer un buen registro del personal expuesto

5. CLASIFICACIÓN, CONTROL DOSIMETRICO, Y VIGILANCIA MÉDICA DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS

- La clasificación del personal, en categoría A o B, la realiza el jefe del SFMPR según procedimiento P06 'Programa de clasificación del personal', rev. 4, de junio de 2024, en proceso de actualización.
- Según los listados de personal proporcionados por el SFMPR, todo el personal expuesto está clasificado como A.
- El SFMPR disponía de una copia de los certificados de aptitud de algunos de los trabajadores expuestos de la instalación.
- Estaba disponible el procedimiento P07 'Control dosimétrico del personal', rev. 7, de junio de 2025, que incluye al personal de las instalaciones radiactivas y de RX a las que el SPR da servicio. Según dicho procedimiento:
 - El jefe del SFMPR asigna el tipo de control dosimétrico al trabajador en función del lugar de trabajo. Para la instalación RX/T-30826:
 - El personal de Radiología dispone de dosímetro personal.
 - El personal del Servicio de Cardiología dispone de dosímetros personales y de cristalino.
 - El personal especialista de COT dispone de dosímetro personal.
 - Al resto de personal expuesto de quirófanos (enfermería y auxiliar de enfermería) se le hace asignación de dosis a partir de la dosimetría de área, incluyendo al Servicio de Anestesia.

- Indicaron que informan verbalmente a los usuarios del correcto uso del dosímetro, y recientemente les están empezando a entregar un tríptico informativo.
 - El jefe del SFMPR revisa las lecturas dosimétricas. Se indican los niveles de registro y de actuación.
 - En los casos de pérdida de información dosimétrica, el jefe del SFMPR es el responsable de asignar la dosis al trabajador afectado. El trabajador es informado de la dosis asignada vía correo electrónico.
 - En el apartado Anexos del procedimiento se adjuntan los siguientes documentos: formulario para incidencias con el dosímetro, formulario para adjudicación de dosímetro suplente, formulario de declaración de embarazo, formulario de asignación de dosis por pérdida de información dosimétrica, tríptico informativo de uso del dosímetro, modelo de mail para la comunicación de la dosis asignada al trabajador que ha perdido el dosímetro.
- Disponen de un convenio con _____ para la realización del control dosimétrico de los trabajadores expuestos de la instalación. Estaba disponible el registro dosimétrico acumulado del año 2024 de los trabajadores expuestos que disponen de dosimetría personal y de cristalino (en función del puesto de trabajo), y de los dosímetros de área.
 - Las últimas lecturas dosimétricas recibidas corresponden al mes de mayo de 2025. Para cada área, el número de dosímetros disponible es:
 - RADIOLOGÍA: 58 dosímetros personales, 1 dosímetro de muñeca y 4 de área, colocados en los portátiles.
 - CARDIOLOGIA: 10 dosímetros personales y 4 de suplente, 9 dosímetros de cristalino y 2 de suplente de cristalino.
 - COT: 21 dosímetros personales y 1 de muñeca.
 - ANESTESIA y REANIMACIÓN: 12 dosímetros de área de los cuales 4 están colocados en cada uno de los arco quirúrgicos, identificados con los nombres de *Equip 1*, *Equip 2*, *Equip 3* y *Equip 4*.
 - EL SFMPR indicó que a partir del mes de agosto los especialistas del Servicio de Anestesia llevarían dosímetros personales. Estos ya habían sido solicitados al _____.
 - No estaban disponibles los registros dosimétricos individuales del personal expuesto de quirófanos controlado mediante dosimetría de área.

- Estaban disponibles las asignaciones de dosis realizadas por el jefe del SFMPR debido a la pérdida de información dosimétrica.

6. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS)

- El SFMPR había elaborado el procedimiento P.21 'Control de los equipos de protección individual', rev. 0, de julio de 2025, donde se define la metodología para realizar el control de calidad de los EPIS de las instalaciones a las cuales el SPR da servicio. Según dicho procedimiento:
 - Todos los EPIS deben de estar identificados e inventariados en un registro que dispone el SFMPR.
 - Se les realizará una inspección visual, táctil y por imagen, con una periodicidad de 3 años.
 - Disponen de una hoja de control donde se especifican los niveles de registro y actuación.
 - En el apartado Anexos del procedimiento adjuntan el modelo de hoja de registro de resultados y ejemplos de EPIS defectuosos según control visual y por imagen.
- El SFMPR disponía de un inventario de los EPIS disponibles en el hospital. Constaba la siguiente información: nº serie, marca, tipo de protección (delantal, falda, chaleco, tiroidal...), talla, atenuación (en mmPb), localización (quirófanos, Servicio de MN...), fecha de compra, última revisión, desperfectos, estado, funcionamiento y modelo/observaciones (anexo 5).
- En quirófanos, los protectores plomados se guardaban en el almacén. Disponían de unos colgadores, ubicados detrás de las dos puertas de acceso, para colgar los delantales plomados. Los tiroidales se colocaban en unas estanterías.
- En el quirófano 4, donde se llevaban cabo las cirugías cardíacas, disponían de un perchero burro con más protectores plomados colgados.
- La inspección observó que había protectores plomados mal colocados, y algunos manchados, en diferentes lugares del área de quirófanos. Indicaron que era debido a que el personal, una vez finalizaba su uso, no los retornaba al almacén. Esto dificultaba al personal de quirófanos y al SFMPR encontrar los protectores plomados, y que estos estuvieran en condiciones adecuadas.

7. FORMACIÓN

- Estaba disponible el procedimiento P16 'Formación e información en protección radiológica', rev. 4, de diciembre de 2024, en proceso de actualización.

- Estaban disponibles los registros de asistencia a las siguientes formaciones impartidas por el SPR:
 - El 11.06.2024, formación en Protección Radiológica, realizada al personal del servicio de Radiología.
 - El 16.05.2024, formación en manipulación de arcos quirúrgicos, realizada a los técnicos de radiología. Los técnicos de radiología manipulan los equipos arco quirúrgicos en algunas intervenciones.
- Indicaron que tenían previsto que realizase un curso de primer y segundo nivel de Protección Radiológica para personal expuesto de quirófanos en los próximos meses.

8. VISITA A LAS DEPENDENCIAS DE LA INSTALACIÓN

- La inspección visitó el bloque quirúrgico acompañada de los representantes del titular, y por , responsable del ámbito de quirófanos y sala de partos.
- Durante el transcurso de las inspecciones se pudo observar que estaban trabajando con dos de los arcos quirúrgicos en los quirófanos 2 y 10.

8.1 QUIRÓFANO 2

- El quirófano 2 estaba ocupado por personal de Anestesia.
- En la intervención participaban: , médico especialista; , DUI; , técnico del Servicio de Radiología y , médico residente R4 del Servicio de Anestesia.
- Según los listados de personal proporcionados a la inspección, el médico especialista no disponía de la acreditación de director ni del curso de 2º nivel orientado a la práctica intervencionista. Además, la técnica del servicio de Radiología tampoco disponía de la acreditación de operadora, y no constaba el DUI en ningún listado.
- Los trabajadores expuestos llevaban colocados los distintos protectores plomados. La Inspección observó que no todos los delantales plomados cubrían por completo la espalda de los trabajadores expuestos.
- La técnica de Radiología disponía de dosímetro personal, colocado debajo del delantal plomado. El resto de personal indicó que no disponía de dosímetro personal, y que las dosis se les asignaba a partir de los dosímetros de área.

8.2 QUIRÓFANO 10

- En el quirófano 10 estaba preparado para una intervención a un paciente de COT.
- En la intervención participaban: _____ y _____, médicos especialistas en COT; _____, médico especialista en Anestesia; _____ y _____, DUI, y _____, estudiante de Medicina.
- Según los listados de trabajadores expuestos proporcionados por el SFMPR, las cirujanas disponían del curso de 2n nivel orientado a la práctica intervencionista.
- En los listados proporcionados, no constaba el resto de trabajadores expuestos que iban a participar en la intervención.
- Las cirujanas disponían de dosímetro personal, ubicado debajo de los delantales plomados. El resto de personal no disponía de dosímetro personal. La asignación de dosis se hacía a través de dosimetría de área.
- La estudiante de Medicina indicó que no disponía de dosímetros personal.
- Los trabajadores expuestos llevaban colocados los protectores plomados.

OBSERVACIONES

- Para poder registrar el cambio de titular de la instalación de RX-T/30826 se tiene que presentar la documentación en el Registro de instalaciones de rayos X para usos médicos y veterinarios de la Generalitat de Catalunya.
- No todos los médicos intervencionistas disponían de los diplomas de segundo nivel de formación en protección radiológica, orientados a la práctica intervencionista (artículo 13.4 del Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre).

DESVIACIONES

- La puerta de acceso al TC de la marca _____ con ns _____, desde el vestuario principal, no ajustaba bien al marco, por lo que no se garantizaba que la exposición de los trabajadores expuestos y miembros del público detrás de ella se mantuviese en el valor más bajo razonablemente posible (art. 60.1a del RD 1029/2022, de 21 de diciembre).
- No estaban disponibles las acreditaciones del personal expuesto de la instalación de RX. Además, no todo el personal que manipulaba los equipos de RX disponía de la acreditación correspondiente (art. 23 del RD 1085/2009, de 18 de julio).
- No estaba disponible, para cada equipo arco quirúrgico, el registro diario del personal que había participado en las intervenciones en la cuales se había

utilizado, ni las asignaciones de dosis realizadas a dichos trabajadores (art. 34 del RD 1029/2022).

- No se dispone de un base de datos de personal informatizada que permita una gestión eficaz del personal expuesto de las instalaciones de radiodiagnóstico. Los sistemas implementados para la gestión del personal que trabaja en las instalaciones de radiodiagnóstico no garantizaba el correcto control dosimétrico de todo el personal expuesto (art. 19 del Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio).
- No estaban disponibles todos los certificados de aptitud médica de los trabajadores expuestos clasificados con categoría A (art. 45 del RD 1029/2022).
- Los protectores plomados del área quirúrgica no se guardaban adecuadamente una vez finalizaban su uso, lo que dificultaba la disponibilidad para otros trabajadores y para realizar los controles del SFMPR (art. 2e del RD 1085/2009, de 3 de julio).

Con el fin de que quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señala la Ley 15/1980, de 22 de abril, de creación del Consejo de Seguridad Nuclear; la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear; el Real Decreto 1217/2024, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas y otras actividades relacionadas con la exposición a las radiaciones ionizantes; el Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes, así como la autorización referida, y en virtud de las funciones encomendadas por el Consejo de Seguridad Nuclear a la Generalitat de Catalunya en el acuerdo de 15 de junio de 1984 y renovado en fechas de 14 de mayo de 1987, 20 de diciembre de 1996 y 22 de diciembre de 1998, se levanta y suscribe la presente acta firmada electrónicamente.

TRÁMITE: En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas, y otras actividades relacionadas con la exposición a las radiaciones ionizantes, aprobado por el Real Decreto 1217/2024,

USO PÚBLICO

de 3 de diciembre, se invita a un representante autorizado de EDP Salut Sant Joan de Reus – Baix Camp, SL para que en el plazo que establece el artículo 73 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, manifieste con su firma su conformidad con el contenido del acta, o hacer constar las manifestaciones que estime pertinentes.

A tal efecto se deberá firmar el documento de trámite adjunto y que debe incluir la referencia del expediente que figura en el cabecero de esta acta de inspección.



Tràmit a l'acta d'inspecció *Trámite al acta de inspección*

Titular de la instal·lació / *Titular de la instalación*

SALUT SANT JOAN DE REUS - BAIX CAMP

Referència de l'acta d'inspecció / *Referencia del acta de inspección*

CSN-GC/AIN/ 02/RX/T-330826/2025

Seleccioneu una de les dues opcions / *Seleccionar una de las dos opciones:*

- ☐ Dono el meu vistiplau al contingut de l'acta / *Doy mi conformidad al contenido del acta*
- ☒ Presento al·legacions o esmenes al contingut de l'acta / *Presento alegaciones o reparos al contenido del acta*

Especifiquen les al·legacions o esmenes / *Especifique las alegaciones o reparos:*

OBSERVACIONES

- Para poder registrar el cambio de titular de la instalación de RX-T/30826 se tiene que presentar la documentación en el Registro de instalaciones de rayos X para usos médicos y veterinarios de la Generalitat de Catalunya.

Procedemos a realizar el cambio de titularidad en el registro de instalaciones de rayos X para usos médicos y veterinarios de la Generalitat de Catalunya.

- No todos los médicos intervencionistas disponían de los diplomas de segundo nivel de formación en protección radiológica, orientados a la práctica intervencionista (artículo 13.4 del Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre.

Se están realizando cursos de 2º nivel de protección radiológica orientado a la práctica intervencionista. Ya se realizó uno con anterioridad y está programado otro para el mes de febrero para corregir esta desviación.

DESVIACIONES

- La puerta de acceso al TC de la marca con nº de serie , desde el vestuario principal, no ajustaba bien al marco, por lo que no se garantizaba que la exposición de los trabajadores expuestos y miembros del público detrás de ella se mantuviese en el valor más bajo razonablemente posible (art. 60.1a del RD 1029/2022, de 21 de diciembre.

En fecha 9/7/2025 se realizó en control de los niveles de radiación, así como el control de calidad de dicho equipo, posterior a la modificación del ajuste de la puerta al marco. En el informe emitido en fecha 18/7/2025, del que se adjunta copia, se refleja que los niveles de dosis en todos los puntos controlados, entre los que está la zona problema, se hallan dentro de la normalidad. Por lo que se da por resuelto.

- No estaban disponibles las acreditaciones del personal expuesto de la instalación de RX. Además, no todo el personal que manipulaba los equipos de RX disponía de la acreditación correspondiente (art. 23 del RD 1085/2009, de 18 de julio.

Se ha pedido a todo el personal de RX que aporten al SPR la acreditación y de no tenerla, se ha mostrado el procedimiento de petición al CSN para que lo realicen y aporten el resguardo de la petición. Estas se guardarán en el SPR y se ha creado una base de datos con todo el personal con acreditación. Del mismo modo se facilita a todo el personal, que debe disponer de ella, que desde el SPR se les facilitará la ayuda necesaria para que puedan obtenerla.

- No estaba disponible, para cada equipo arco quirúrgico, el registro diario del personal que había participado en las intervenciones en la cuales se había utilizado, ni las asignaciones de dosis realizadas a dichos trabajadores (art. 34 del RD 1029/2022.

Se ha empezado a desarrollar una base de datos donde aparecerá para cada paciente que se le haya realizado una exploración con RX, donde constará el tiempo y características, y personal que haya estado en la sala durante la realización del tratamiento, a fin de obtener la relación de personal expuesto y poder asignar la estimación de dosis

USO PÚBLICO

individual. Dicha base de datos será directamente controlada por el SPR.

- No se dispone de un base de datos de personal informatizada que permita una gestión eficaz del personal expuesto de las instalaciones de radiodiagnóstico. Los sistemas implementados para la gestión del personal que trabaja en las instalaciones de radiodiagnóstico no garantizaban el correcto control dosimétrico de todo el personal expuesto (art. 19 del Real Decreto 1085/2009, de 3 de julio).

Se creará una base de datos juntamente con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales donde se recoja todo el personal profesionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, ya desde antes de su inicio de la actividad laboral. Juntamente con la base de datos anterior recogerán todos los datos necesarios para una correcta asignación de dosis y del control de los trabajadores profesionalmente expuestos. Dicha base de datos será directamente visualizada por el SPR.

- No estaban disponibles todos los certificados de aptitud médica de los trabajadores expuestos clasificados con categoría A (art. 45 del RD 1029/2022). En la base de datos anterior, creada con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la EDP Salut Sant Joan de Reus - Baix Camp, constará el estado en cada momento de la aptitud médica de cada profesional. Por lo que el SPR dispondrá de forma directa en el tiempo del estado de cada aptitud.

- Los protectores plomados del área quirúrgica no se guardaban adecuadamente una vez finalizaban su uso, lo que dificultaba la disponibilidad para otros trabajadores y para realizar los controles del SFMPR (art. 2e del RD 1085/2009, de 3 de julio).

Se ha puesto en conocimiento, por escrito, de la supervisora de quirófanos el hecho y se le ha pedido que ponga solución a tal situación. Haremos seguimiento de la implantación de soluciones desde el SPR.

Documentació / Documentación

☒ Adjunto documentació complementària (afegiu-la en un zip a aquest document de tràmit en un sol fitxer comprimit)
Adjunto documentación complementaria (añadirla en un zip junto a este documento de trámite en un solo fichero comprimido)

Signatures / Firmas

Signatura del titular o persona que hagi presenciado la inspecció en el seu nom (màxim de 3 signatures):
Firma del titular o persona que haya presenciado la inspección en su nombre (máximo de 3 firmas):

~



CSN-GC/DAIN/2/RX/T-30826/2025

Diligencia

En relación con los comentarios formulados en el TRÁMITE del acta de la inspección CSN-GC/AIN/2/RX/T-30826/2025, realizada el 23/07/2025 en Reus, a la instalación radiactiva EDP Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp, la inspectora que la suscribe declara,

- Página 10, Párrafo 8

Se acepta la medida adoptada. El cambio de nombre se registró en fecha 29.08.2025.

- Página 10, Párrafo 9

Se acepta el comentario realizado que no modifica el acta de inspección.

- Página 10, Párrafo 10

Se acepta el documento aportado que subsana la desviación.

- Página 10, Párrafo 11

Se acepta la medida adoptada, que inicia la subsanación de la desviación. Se hará un seguimiento en el trámite de evaluación del acta de inspección.

- Página 10, Párrafo 12

Se acepta la medida adoptada, que inicia la subsanación de la desviación. Se hará un seguimiento en el trámite de evaluación del acta de inspección.

- Página 11, Párrafo 1

Se acepta la medida adoptada, que inicia la subsanación de la desviación. Se hará un seguimiento en el trámite de evaluación del acta de inspección.

- Página 11, Párrafo 2

Se acepta la medida adoptada, que inicia la subsanación de la desviación. Se hará un seguimiento en el trámite de evaluación del acta de inspección.

- Página 11, Párrafo 3

Se acepta la medida adoptada, que inicia la subsanación de la desviación. Se hará un seguimiento en el trámite de evaluación del acta de inspección.