

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA GESTIÓN CULTURAL DE LA
RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS QUIRÚRGICOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

GERMÁN DE JESÚS MENESES GÓMEZ
ALEJANDRO GARCÍA LOPERA
HERNANDO DE JESÚS LOPERA MORENO

UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
MEDELLÍN
2010

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN LA GESTIÓN CULTURAL DE LA
RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS QUIRÚRGICOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**

GERMÁN DE JESÚS MENESES GÓMEZ
ALEJANDRO GARCÍA LOPERA
HERNANDO DE JESÚS LOPERA MORENO

“LA MONOGRAFÍA SE PRESENTA PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA”

Asesor Temático:
JOHN F. SOTO

Asesor Metodológico:
MARÍA CECILIA ARCILA GIRALDO

UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
MEDELLÍN
2010

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta monografía a mi familia.

A mis padres Héctor y Margarita.

Porque gracias a sus enseñanzas he podido superar las adversidades, siempre
ceñido a mis principios y no desfallecer en el intento.

A mi madre quien a pesar quedar sola cuando murió mi padre, me ha dado todo
lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia, mi
empeño y todo ello con una gran dosis de amor desinteresado.

A mi esposa Claudia Ma. Mestre, a ella le dedico esta Monografía. Por su
paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su amor, por ser tal y como es,
... porque la Amo. Es la persona que más directamente ha vivido las
consecuencias del trabajo realizado. Ella quien cada día me brinda el apoyo, la
energía, la fuerza para conseguir un equilibrio el cual me permite dar el máximo de
mí.

ALEJANDRO GARCIA

A todos los que me regalaron formación y me enseñaron día a día, como:
Educadores, Educandos, La familia, el hogar, Padres de familia, a mi esposa
Carmen Aurora, a mis hijos Manuela y Santiago, a mis hermanos, familiares y
amigos.

GERMAN DE J. MENESES GOMEZ

A mi familia por su apoyo decidido y constante

HERNANDO DE JESÚS LOPERA MORENO

NOTA DE ACEPTACIÓN

Como Directores de la tesis presentada para optar el grado de Especialistas en Alta Gerencia de los señores Hernando Lopera Moreno, Alejandro García Lopera y Germán de Jesús Meneses Gómez.

Informamos:

Que el trabajo titulado Propuesta de Mejoramiento en la Gestión Cultural de la Recolección y Disposición Final de Desechos Quirúrgicos en el Hospital General de Medellín, generado en dicho Hospital y realizado por los citados señores reúne las condiciones científicas y académicas para su presentación.

Dr. John F. Soto

Dra. Maria Cecilia Arcila

Medellín, Mayo 30 de 2010

AGRADECIMIENTOS

A nuestros Directores de tesis: Dr. John F. Soto como temático y Dra. María Cecilia Arcila como metodológica, por su acertada orientación y asesoría en el campo de la investigación y por su confianza y paciencia depositada en nosotros.

Al Dr. Alberto Pérez, director de investigaciones del Hospital General de Medellín por su confianza y apoyo incondicional para la realización de este proyecto.

Al Dr. Rafael Moreno Salazar, director clínicas quirúrgicas del Hospital General de Medellín por su apoyo y acompañamiento.

A señora Luz Amparo, jefe de enfermeras del Hospital General de Medellín por toda la colaboración brindada y en general a todo el personal del hospital por su amable atención y el tiempo que nos dedicaron en las actividades de campo.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
GLOSARIO DE TÉRMINOS	11
PRESENTACIÓN	14
INTRODUCCIÓN	16
JUSTIFICACIÓN	22
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	24
DELIMITACIÓN DEL TEMA	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
MARCO REFERENCIAL	28
OBJETIVOS	33
OBJETIVO GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
CAPITULO 1. DESARROLLO DE LA PROPUESTA	34
1.1 REFERENTES TEÓRICOS SOBRE EDUCACIÓN Y ETICA PARA UNA CULTURA AMBIENTAL EN SALUD	34
1.1.1 Teorías y modelos que promueven el cambio individual	34
1.1.2 Teorías y modelos que promueven el cambio comunitario	36
1.2 EL LUGAR DE LA ÉTICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS	40
1.3 REQUISITO IMPRESCINDIBLE	41
1.4 FUNCIONES	42
1.5 CREACIÓN DE CÓDIGOS DE ÉTICA	42
1.6 ANIMACIÓN A CUMPLIR LAS NORMAS ÉTICAS MEDIANTE LA PRESENCIA	42
1.7 CREACIÓN DE UN PROTECTOR O ABOGADO DE LOS INTERESES ÉTICOS	43
1.8 BENEFICIENCIA Y BUENA PRAXIS	43
1.9 EL EJERCICIO DEL "OMBUDSMAN DE SALUD"	44
1.10 EL COMPONENTE CULTURAL	46
CAPÍTULO 2. ELEMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA CULTURA AMBIENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN	49
CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	55
3.1 COMPONENTES DEL PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS QUIRÚRGICOS	58

CAPITULO 4. PROPUESTA DE GESTIÓN CULTURAL PARA LA RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ	65
4.1 PROPUESTA DE GESTIÓN	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	99

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A . ENCUESTA NO.1 - MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS	100
ANEXO B. ENCUESTA NO.2 - _MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS	105
ANEXO C. RESULTADO Y ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS	108

RESUMEN

Esta investigación que se presenta a continuación, parte de un estudio de los hábitos y comportamientos en los diferentes niveles del staff de personal en el Hospital General de Medellín, en relación a la manipulación, manejo y disposición de los desechos quirúrgicos, dada la importancia del comportamiento ético y cultural que debería introyectarse en la mentalidad de los directamente encargados de la manipulación de tales desechos para evitar infecciones y/o factores de riesgo.

Partimos de la premisa de que las Instituciones administradoras u oferentes de servicios de salud, tienen la responsabilidad de evitar las consecuencias adversas para la salud y el medio ambiente, los investigadores tienen como objetivos: elaborar una propuesta que formule de manera permanente la importancia de incorporar una cultura ambiental, para hacer el manejo organizacional del reciclaje efectivo de los desechos hospitalarios, el cual se integren los recursos especializados del Hospital General de Medellín con una red única, planificada y organizada por niveles asistenciales, diseñar un mecanismo estable de coordinación entre los diferentes centros del Sistema Hospitalario para el manejo de la cultura en el Hospital General de Medellín desarrollar los procedimientos básicos culturales en cada una de las etapas del manejo de los residuos quirúrgicos hospitalarios. Elaborar una propuesta sobre el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios a partir de las evidencias encontradas y de otras consideraciones relevantes desde el punto de vista sociocultural, económico u otro y diseñar un mecanismo estable de coordinación entre los diferentes centros del Sistema Hospitalarios para el manejo cultural de los desechos quirúrgicos que se soporte en una propuesta que formule de manera permanente, la incorporación de una ética comportamental y de una cultura ambiental hacia un reciclaje efectivo, como política propia del direccionamiento estratégico de calidad de la ESE Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez.

ABSTRACT

This research presented below, part of a study of the habits and behaviors at different levels of personal staff in the General Hospital of Medellin, in relation to the handling, management and disposal of surgical waste, given the importance of cultural and ethical behavior should introject in the minds of those directly responsible for the handling of such wastes to avoid infection and / or risk factors.

Starting from the premise that administrative institutions or health care providers have a responsibility to avoid the adverse consequences for health and the environment, researchers have the following objectives: develop a proposal that I made on a permanent basis the importance of incorporating an environmental culture, organizational management to make effective recycling of hospital waste, which are integrated Hospital General de Medellín specialized resources with a single network, planned and organized by levels of care, design a stable mechanism for coordination among the various centers of the System Hospital for the management of culture in Hospital General de Medellín develop cultural basic procedures in each stage of the surgical management of hospital waste. Develop a proposal on the surgical management of hospital wastes from the evidence gathered and other relevant considerations from the standpoint of socio cultural, economic or other and develop a stable mechanism for coordination among the various centers of the hospital system for managing cultural surgical waste to support a proposal made permanently, the incorporation of ethics a behavioral and environmental culture towards effective recycling as a policy specific to the strategic management of quality in the ESE Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutierrez.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

En la aplicación de la presente monografía se tendrán en cuenta además de las definiciones establecidas, las siguientes:

GENERADOR: Es la persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres; los bioterios y laboratorios de biotecnología; los cementerios, morgues, funerarias y hornos crematorios; los consultorios, clínicas, farmacias, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis, zoológicos, laboratorios farmacéuticos y de producción de dispositivos médicos. .

GESTIÓN INTEGRAL: Es el manejo que implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con la gestión de los residuos hospitalarios y similares desde su generación hasta su disposición final.

GESTIÓN: Es un conjunto de los métodos, procedimientos y acciones desarrollados por la Gerencia, Dirección o Administración del generador de residuos hospitalarios y similares, sean estas personas naturales y jurídicas y por los prestadores del servicio de desactivación y del servicio público especial de aseo, para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente sobre residuos hospitalarios y similares.

GSSO: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional del HGM Luz Castro de Gutiérrez.

MPGIRH Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares –: Es el documento expedido por los Ministerios del Medio Ambiente y Salud, mediante el cual se establecen los procedimientos, procesos, actividades y estándares de microorganismos que deben adoptarse y realizarse en los componentes interno y externo de la gestión de los residuos provenientes del generador.

PGIRH: Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares **PGIRH:** Es el documento diseñado por los generadores, los prestadores del servicio de desactivación y especial de aseo, el cual contiene de una manera organizada y coherente las actividades necesarias que garanticen la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares, de acuerdo con los lineamientos del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares –MPGIRH.

PANADISMO: término de la microbiología que hace referencia a los adenovirus causantes de la enfermedad respiratoria Aguda, la conjuntivitis, la gastroenteritis, la faringitis febril aguda, entre otras

PRESTADORES DEL SERVICIO DE DESACTIVACIÓN: Son las personas naturales o jurídicas que prestan el servicio de desactivación dentro de las instalaciones del generador, o fuera de el, mediante técnicas que aseguren los estándares de desinfección establecidos por los Ministerios del Medio Ambiente y de Salud de conformidad con sus competencias.

PRESTADORES DEL SERVICIO PÚBLICO ESPECIAL DE ASEO: Son las personas naturales o jurídicas encargadas de la prestación del Servicio Público Especial de Aseo para residuos hospitalarios peligrosos, el cual incluye entre otras, las actividades de recolección, transporte, aprovechamiento, tratamiento y disposición final de los mismos, mediante la utilización de la tecnología apropiada,

a la frecuencia requerida y con observancia de los procedimientos establecidos por los Ministerios del Medio Ambiente y de Salud, de acuerdo a sus competencias, con el fin de efectuar la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles en beneficio de los usuarios de tal forma que se garantice la salud pública y la preservación del medio ambiente.

RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES: son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por el generador. De conformidad con la clasificación establecida en el decreto 2676 de 2000.

SISTEMA: Es el conjunto coordinado de componentes y elementos que actúan articuladamente cumpliendo una función específica.

SGSSS: Sistema General de seguridad Social en Salud de Colombia Bajo la Normatividad de la Ley 100

PRESENTACIÓN

Hoy en día el problema de la contaminación ambiental figura entre las principales preocupaciones de la sociedad moderna debido a los efectos que está produciendo en la salud. Sin duda los residuos quirúrgicos hospitalarios son una de las principales causas de la contaminación del ambiente.

En la segunda mitad del siglo XX a nivel internacional se multiplica la legislación y los acuerdos medioambientales, en los distintos niveles se va incluyendo también, aceleradamente temas ambientales y la formación, como la educación se ven como unas herramientas fundamentales para aumentar la conciencia cultural en este campo.

Declaraciones y convenios internacionales sobre residuos quirúrgicos hospitalarios, traspasan fronteras, por citar algunos: Convenio de Brasilia – Sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, Declaración de Río sobre Medio Ambiente y el Desarrollo (1992, Agenda 21). Pero es cada uno de los países el que tiene que hacer sus leyes concretas para su ampliación en su propio territorio.

En Colombia la legislación sobre residuos peligrosos se presenta a partir de 1993 y contempla como residuos peligrosos a todos aquellos residuos, en cualquier estado físico, que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables y biológicos, representen un problema para el equilibrio ecológico o el ambiente.

En el presente estudio solo trataremos lo referente al *manejo cultural de los residuos quirúrgicos hospitalarios*, por ser estos los de mayor interés por la cantidad de generación y su potencial de contagio.

Las “precauciones universales” son un factor cultural que invita al manejo adecuado y responsable de los desechos quirúrgicos hospitalarios, además de ser una obligación legal y moral se esta convirtiendo en un criterio de selección de servicios profesionales.

INTRODUCCIÓN

..La vida en procura de su calidad y su sentido es fuente primigenia de todo derecho.

*Como totalidad dinámica, la estructura biológica de nuestro planeta constituye un tejido interactivo que implica el conjunto de relaciones entre lo biótico y lo abiótico y, en consecuencia, de las relaciones hombre-hombre y hombre-naturaleza**

La idea de tratar este tema surgió de un planteamiento genérico sobre el manejo y disposición final de residuos en la ciudad de Medellín y que por lo extenso de la temática, adicional al tiempo limitado para realizar la investigación, debimos circunscribirlo a un capítulo y espacio específicos. Buscando enriquecer nuestro conocimiento y generar un impacto social que aporte al colectivo, elegimos el tema la cultura en el manejo y disposición de residuos quirúrgicos.

Esta investigación la llevamos a cabo considerando que los grandes hospitales urbanos generan más de dos millones de toneladas de residuos cada año y que en los países en desarrollo por muchos aspectos los residuos quirúrgicos no son tratados de manera optima ya que en algunos momentos del proceso son manejados de manera similar a la basura común y su disposición final se realiza muy cercana a esta o en sitios que no cumplen con los estándares de aislamiento apropiados. Ello facilita el riesgo de contagio a las personas que trabajan directa o indirectamente con los desechos quirúrgicos, pero también a la población en general, puesto que la cultura sobre el manejo y reciclaje de basuras, en ocasiones, no es inherente al actuar de quienes las manipulan.

* Políticas de la administración del riesgo. p. 65

Reviste para el equipo de investigadores especial importancia ambiental y para la salud pública, el manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos hospitalarios en todas las instituciones de salud. Cuando por alguna circunstancia no hay una adecuada gestión de estos desechos con frecuencia se presentan infecciones y enfermedades ocasionadas por microorganismos patógenos como Hepatitis, Rubéola, Panadismo¹, Tuberculosis, Citomegalovirus, SIDA, cáncer y otras con consecuencias graves para la comunidad, particularmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud que generan grandes volúmenes y variedades de desechos quirúrgicos.

También en los lugares de disposición final, los desechos presentan un alto riesgo potencial para la salud humana y el ambiente afectando el agua superficial y subterránea, suelos, aire, medio biótico y calidad de vida, al no realizarse una óptima gestión de ellos.

La investigación la desarrollamos en el Hospital General de Medellín y tomamos específicamente el área de cirugía como punto de referencia para realizarla, puesto que allí se genera un volumen considerable de desechos radioactivos, biológicos, químicos y patológicos e igualmente interactúa un buen número de personal que son el motor multiplicador de la cultura del buen manejo y clasificación de los desechos.

Debido a que las infecciones y sus factores de riesgo en los hospitales, son a diario motivo de preocupación, por cuanto el personal de salud y los mismos usuarios son susceptibles a ser contagiados, es que surge la inquietud de estudiar, como afecta al personal de salud que labora en el Hospital General de Medellín el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios, es necesario conocer por parte del equipo de salud todos aquellos aspectos que están relacionados con el procedimientos y formas de seleccionar, recoger y disponer

¹ Véase significados en el vocabulario final

los desechos, pues el conocimiento que se tenga de ello constituye una estrategia preventiva para el personal de salud y su incorporación a la cultura.

Es el afán de los administradores el reducir costos y concentrarse en actividades que agreguen valor al usuario e ingresos a la entidad, lo que posibilita la acción de poca inversión en factores importantes que afectan de manera directa la salud pública, como es la actividad de manejo y disposición de desechos quirúrgicos. Hoy requerimos modificaciones estructurales en el comportamiento de los funcionarios del hospital que de manera directa o indirectamente se relacionan con dicha actividad con el objeto de minimizar los riesgos en la proliferación o generación de enfermedades y a la postre maximizando la protección de la salud pública. Afortunadamente encontramos en el hospital General de Medellín, desde un código del Buen Gobierno hasta un marco de descripción de prácticas y procedimientos, de seguridad, salud ocupacional y medio ambiente definidos Sobre los cuáles incidimos con nuestra propuesta.

Tenemos como objetivo generar un punto de partida para un trabajo científico que involucre a especialistas en diferentes áreas de la salud y del comportamiento humano cuyos resultados permitan que las personas incorporen a su Ser una cultura de manipulación y reciclaje de los desechos que sea eficiente, eficaz y efectiva en los hospitales.

Muchos estudios e investigaciones se han realizado al respecto generándose grandes e interesantes tratados acerca de los métodos y procedimientos para el tratamiento de estos residuos y desechos, se han establecido estándares y creado normas, prueba de ello la tenemos en la legislación de cada país, en las declaraciones de organismos internacionales y en acuerdos globales, se han realizado grandes inversiones y con ello se han logrando excelentes resultados pero aún se tienen deficiencias a nivel mundial y en especial en los países en desarrollo ya por incapacidad económica o ya por situaciones culturales.

Misteriosamente la parte de la cultura de incorporación al Ser no ha sido tratada, esto hace que el tema sea novedoso, ya que hasta hoy no se ha efectuado ningún estudio formal sobre los riesgos y consecuencias que se generan al no considerar como una cultura el manejo y disposición de los desechos quirúrgicos en los hospitales por parte de los administradores y en especial los trabajadores puesto que no solo se trata de cumplir normas.

Al cuestionarnos si es posible que las personas que tiene contacto directo e indirecto en la manipulación, manejo y control de la disposición final de los desechos y residuos quirúrgicos en el Hospital General de Medellín incorporen a su comportamiento habitual y de manera natural una cultura de gestión de desechos y residuos mediante un proceso apropiado e impecable ello evitaría la propagación de infecciones y contaminación del medio ambiente, la respuesta sin lugar a dudas es afirmativa.

A la postre la investigación pretende contribuir a la prevención y porque no a evitar los riesgos generados por los desechos quirúrgicos; mediante el hallazgo de herramientas y actuaciones que les permiten a los funcionarios incorporar en su Ser hábitos que practicarán de manera natural al momento de realizar sus labores. Se propone una guía que utiliza los factores que predisponen, habilitan y refuerzan la elección del estilo de vida individual o modelan las condiciones del entorno, según se presenta en el modelo clásico Preceder-Proceder² para la planificación y la promoción de la conducta, Cobra importancia el escuchar y comprender las necesidades y los deseos de los funcionarios y de cubrirlas o suplirlas, lo cual es frecuentemente descuidada, así como la evaluación de ellos en su etapa de desarrollo personal y profesional en curso y su adaptación al medio específicamente en cuanto a sus capacidades y a los intereses de este grupo de funcionarios en particular. Los elementos básicos presentados a lo largo de todos

² La Aplicación de teorías y técnicas de las ciencias Sociales a la promoción de Salud EN:// Revista Panamericana de la Salud. Vol. 4. No. 2. Washington: Agos. 1998

los capítulos brindan un marco dentro del cual los promotores de la cultura en el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios podrían crear un conjunto de intervenciones que permitan a los funcionarios alcanzar y mantener patrones de conducta y estilos de vida enmarcados en el propósito.

Realizamos la investigación visitando inicialmente las instalaciones del Hospital General de Medellín relacionadas directa o indirectamente con los desechos quirúrgicos, obteniendo información acerca de las condiciones actuales en el manejo de los desechos quirúrgicos, las principales dificultades y las perspectivas de trabajo que se tienen en esa rama. Previa autorización de las Direcciones de Investigación y Clínicas Quirúrgicas se procedió a montar el cronograma de trabajo, posteriormente para el diagnóstico del cumplimiento de las normas fue elaborada una encuesta higiénico-sanitaria de dos tipos confeccionadas a partir de información sobre el manejo de desechos hospitalarios.

El estudio transversal, descriptivo de campo fue realizado con la participación de un grupo de funcionarios adscritos a las siguientes áreas: quirófanos, obstetricia, cuidados intensivos, urgencias, lavandería y morgue, vinculados por contratación directa e indirecta, dichos empleados fueron monitoreados en su puesto de trabajo al momento de desempeñar sus actividades profesionales en las diferentes especialidades, en todos los horarios y diferentes días incluidos festivos. Al momento de realizar las encuestas se dieron las explicaciones, justificaciones e instrucciones al igual que se resolvieron dudas e inquietudes respecto del tema, de igual forma se informó sobre la confidencialidad con que se manejaría la encuesta. La mayoría de las encuestas se realizaron de manera interactiva y unas pocas fueron recibidas con posterioridad. También utilizamos las entrevistas a personal directivo y el criterio por observación ocular.

Los datos obtenidos a partir de la encuestas fueron procesados a través de un programa que incluyera todas las variables que fueron seleccionadas y declaradas del tipo nominales activas.

Debemos anotar que se excluyeron algunas áreas que aunque manejan desechos quirúrgicos su exclusión no afecta el resultado de la muestra.

La gestión de los desechos quirúrgicos hospitalarios corresponde a una problemática que debe ser resuelta en forma integral y adecuada a las condiciones tecnológicas y legales de cada país o región. Sin embargo, siempre debe primar el criterio de que el o los tratamientos que se seleccionen, así como la disposición final de los desechos, debe ser tal que no se ocasione un mal mayor al ambiente o se ponga en riesgo a un grupo poblacional ajeno a esta problemática.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que las infecciones y sus factores de riesgo en los hospitales, son a diario motivo de preocupación, por cuanto el personal de salud y los mismos usuarios son susceptibles a ser contagiados, es que surge la inquietud de estudiar, como afecta al personal de salud que labora en el Hospital General de Medellín el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios, es necesario conocer por parte del equipo de salud todos aquellos aspectos que están relacionados con el procedimientos y formas de seleccionar, recoger y disponer los desechos, pues el conocimiento que se tenga de ello constituye una estrategia preventiva para el personal de salud y su manejo cultural.

Para realizar una investigación es necesario tener un interés general o circunstancias que motiven a efectuarla, y el problema planteado se origina en las siguientes razones:

Se trata de un tema novedoso, ya que hasta hoy no se ha efectuado ningún estudio funcional sobre los riesgos a que se encuentran expuestos los trabajadores por el manejo de la cultura en la disposición de los desechos quirúrgicos en los Hospitales.

Actualmente un porcentaje significativo de los residuos generados en los servicios de salud y similares, especialmente en las salas de atención de enfermedades infectocontagiosas, salas de emergencia y / o urgencias, laboratorios clínicos, bancos de sangre, salas de maternidad, cirugía, morgues, radiología, entre otros, son peligrosos por su carácter infeccioso, reactivo, radioactivo e inflamable. De acuerdo con los estudios realizados, 40% aproximadamente de quienes entran en contacto directo con estos espacios, presenta características infecciosas pero debido a su inadecuado manejo, el 60% restante se contamina, incrementando los costos de tratamiento, los impactos y los riesgos sanitarios y ambientales.

Así mismo, con base en el número de camas³ , se ha estimado que en Colombia únicamente en los hospitales de nivel 1, 2 y 3, sin contar las instituciones privadas se generan aproximadamente 8.500 toneladas por año de residuos hospitalarios y similares⁴, que siendo estos, agentes causantes de enfermedades virales como hepatitis B o C, entre otras, generan riesgo para los trabajadores de la salud y para quienes manejan los residuos dentro y fuera del establecimiento generador.

³ Datos proporcionados por el Ministerio de Salud, 1999

⁴ Dato suministrado por la Unidad ejecutiva de Servicios Públicos de Bogotá, 1999

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible que las personas que tiene contacto directo e indirecto en la manipulación, manejo y control de la disposición final de los desechos y residuos quirúrgicos en el Hospital General de Medellín incorporen a su comportamiento habitual y de manera natural, una cultura de gestión de desechos y residuos garantizando así un proceso apropiado e impecable?

¿Acaso con el aporte de cada participe haciendo consciente en su actuar la cultura del manejo apropiado de los desechos hospitalarios para contribuir a la conservación de la salud y el medio ambiente, se lograrían grandes avances en la solución del problema?

El resultado sería muy significativo cuando se trata de residuos sólidos especiales⁵, dado que al hacer el proyecto plantamos la semilla, pero cuando la empecemos a regar irá germinando hasta llegar a todas las áreas y empleados al interior y porque no, a todas la personas que manipulen desechos.

⁵ Art.11, ley 142 de 1994

DELIMITACIÓN DEL TEMA

Este proyecto surgió de una idea global general sobre la cultura de la manipulación, manejo y disposición final de desechos quirúrgicos en la ciudad de Medellín y que por lo extenso de la temática, adicional al tiempo limitado que tenemos para realizar el trabajo, debimos circunscribirlo a un capítulo y espacio específicos. Buscando enriquecer nuestro conocimiento, generar impacto social y basado en los condicionamientos antes señalados por lo cual elegimos el tema la cultura de manejo y disposición de residuos quirúrgicos. Respecto al espacio se planteó la idea de realizarlo en el Hospital General de Medellín ya que uno de nosotros tenía la posibilidad de realizar los contactos para que se nos permita el acceso y la colaboración; adicional a esto, por el cariño que de manera particular sentimos los integrantes del equipo hacia la Institución porque hemos tenido la fortuna de recibir excelente servicio tanto directo como a través de seres queridos.

Tipo de riesgo en la manipulación o manejo de los desechos quirúrgicos al que se encuentran expuestos los funcionarios.

Leyes, normas y reglamentos en lo que respecta a las medidas de seguridad e higiene y que estén relacionadas con el tema de investigación.

Delimitación espacial. La investigación a desarrollar se llevara a cabo en el Hospital Genera de Medellín Luz Castro de Gutiérrez.

Delimitación temporal. Proyectamos realizar la investigación en un periodo de 1 mes en campo, por que se requiere contar con la disposición de tiempo tanto de los partícipes de la investigación como del personal de apoyo por parte del hospital, adicional está el tiempo de análisis, interpretación y seguridad de la información.

Alcances de la investigación. En los límites a los cuales se suscribe la investigación comprende los siguientes aspectos:

Funcionarios que participe en la labor de aseo del Hospital General de Medellín, independiente de la naturaleza del vínculo laboral o jurídico que este tenga, es decir, se tomaron en cuenta todos los funcionarios ya sea que se encuentran contratados por ley de salarios, por contratos, por jornadas, eventuales y demás.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto se lleva a cabo considerando que la investigación es útil porque tenemos información de que los grandes hospitales urbanos pueden generar más de dos millones de toneladas de residuos quirúrgicos cada año. Sin embargo, muchos hospitales, clínicas urbanas y especialmente la ubicadas en zonas rurales de los países en desarrollo descartan todos los residuos junto a la basura común - desde los del área de recepción hasta los de la sala de cirugía- poniendo en riesgo de contagio a las personas que trabajan directa o indirectamente con estos, pero también a la población en general, puesto que la cultura sobre el manejo y reciclaje de basuras, en ocasiones, no es inherente al actuar de quienes las manipulan.

La investigación será desarrollada en el Hospital General de Medellín y tomaremos específicamente el área de cirugía como punto de referencia para desarrollar el proceso investigativo, puesto que es allí donde se generan un volumen considerable de desechos radioactivos, biológicos, químicos y patológicos e igualmente interactúa un gran número de personal quienes son el motor multiplicador de la cultura del buen manejo y clasificación de los desechos.

Este proyecto sirve para reconocer, re informar y fomentar de manera permanente la importancia de incorporar al Ser una cultura para hacer un manejo y reciclaje de los desechos eficiente y eficaz en los hospitales.

MARCO REFERENCIAL

El Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, es una Empresa Social del Estado, tiene una categoría especial de entidad pública descentralizada propiedad del Municipio de Medellín, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que tiene como Misión: Prestar servicios de salud de alta complejidad, con sentido humanitario, ético y de calidad, promueve el desarrollo de su talento humano, así como el avance tecnológico, científico y docente. Hace parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La operación del Modelo de Gestión de Calidad, se puede describir desde el direccionamiento estratégico que contiene el proceso Planificador y este a su vez está conformado por objetivos, metas, recursos (métodos, materiales, mano de obra, maquinaria, mantenimiento y medio ambiente), planes, programas y proyectos y plataforma estratégica. Se cuenta con el área de Garantía de Calidad, quien coordina, controla y verifica la efectividad del Sistema. Para prestar los servicios de salud de mediana y alta complejidad, el Hospital tiene un portafolio con los siguientes servicios certificados bajo la norma NTC ISO 9001:2000: Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Unidad de Cuidados Críticos, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Farmacia, Central de Mezclas Parenterales, Imagenología, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.

Direccionar un Enfoque de Calidad, ha sido tal vez la decisión estratégica más importante del Hospital General de Medellín, durante sus 56 años de vida institucional, enmarcado esto en un proceso de reconversión administrativa, estratégica y funcional para lograr una transformación empresarial, que se adelanta desde hace aproximadamente 10 años, generando un Nuevo Hospital General de Medellín. Se tiene plena certeza que este proceso ha sido de suma importancia en la consolidación de una Cultura Organizacional Propia, que permite garantizar Cultura de la Calidad, Supervivencia, Competitividad, Crecimiento y Desarrollo. El Hospital General de Medellín en los últimos 10 años viene

consolidando un vigoroso proceso de transformación, en el marco de la dinámica dada al sector salud por la ley 100 de 1993, múltiples decretos reglamentarios y todos los acontecimientos conexos, positivos y negativos que han tenido que ver con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En medio de esta dinámica de cambio se tomó la decisión estratégica de trabajar la calidad, impulsando un Modelo centrado en la persona humana, el activo más valioso de toda organización, que ha generado un conocimiento y aprendizaje de indiscutible valor, herramienta competitiva clave para el desarrollo y gestión en nuestra empresa. Se ha contado para adelantar este proceso, con el compromiso y actitud de cambio de todos los funcionarios, el decidido e importantísimo apoyo de la comunidad y fuerzas decisorias de entes gubernamentales y privados que han contribuido al logro en un alto porcentaje de los objetivos trazados.

En el Modelo de Gestión de Calidad desarrollado se plantean objetivos y estrategias que brindan mejores condiciones de salud y bienestar a los usuarios, realizando inversiones en tecnología, formación del talento humano, infraestructura física e investigación, consolidando el cumplimiento de nuestro lema: Atención Excelente y Calidad de Vida.

Son las personas, funcionarios, pacientes, acompañantes, proveedores y visitantes, los actores principales de nuestro Modelo de Gestión de Calidad y quienes se benefician de nuestra labor. Los esfuerzos en nuestro Modelo están dirigidos a generar bienestar, confianza y seguridad.

Durante el desarrollo y aplicación de nuestro Modelo de Calidad se han presentado obstáculos en su implementación que han tenido que ver con la consolidación de una Cultura de Calidad y de Servicio, tales como:

- Resistencia al cambio.

- Recuperación de la cartera.
- Insuficientes recursos económicos para desarrollo tecnológico, de dotación e investigación.
- Negociación en la contratación con empresas pagadoras.
- Incipiente proceso comunicacional.
- Estructura organizacional poco flexible, pesada y costosa.
- Estrategias de no pago en el sector salud.
- Falta de supervisión y control de la normatividad por parte de los organismos de seguridad y control. No aplicación adecuada de las normas del SGSSS.

En cuanto al aprendizaje inferido estamos seguros que el Hospital General de Medellín tiene una estrategia sectorial e institucional, cuyo núcleo de acción es el direccionamiento de un Enfoque de Calidad, siendo la decisión estratégica más importante en sus 56 años de vida institucional, enmarcado este en un proceso de reconversión administrativa, tecnológica y de infraestructura con énfasis en el desarrollo del personal y en la prestación de servicios misionales. Se tiene plena certeza que este proceso ha sido de suma importancia en la consolidación de una cultura organizacional propia, que permite garantizar: cultura de la calidad, supervivencia, competitividad, crecimiento y desarrollo.

Innovación Creación o Adaptación de Tecnologías Administrativas

Se aplicaron las siguientes herramientas, métodos, procedimientos, técnicas y acciones que han agilizado los procesos y se ha obtenido un máximo aprovechamiento de los recursos.

- Como resultado de la Innovación:
- hoja de ruta de facturación,
- programa de atención integral al paciente hospitalizado,
- campañas extramurales de captación de sangre,
- re potenciación de equipos hospitalarios, etc.

Como resultado de la creación:

- modelamiento de la cultura organizacional,
- creación del personaje institucional,
- creación de nuevas áreas, etc.

Como resultado de la adaptación, entre otras:

- planeación estratégica,
- aplicación de la ley 100,
- sistema obligatorio de garantía de calidad,
- aplicación de la teoría de las 5 Ss.

Como resultado de las prácticas administrativas y comportamientos, se han enmarcado desde las siguientes:

- dimensiones estratégicas,
- direccionamiento estratégico,
- programa de cultura organizacional,
- aplicación del liderazgo,
- análisis del mercado,
- investigación de las necesidades y expectativas de los clientes, mejoramiento continuo,
- principios, creencias y valores,
- plan de capacitación y evaluación de desempeño,
- fortalecimiento de la calidad de vida en el trabajo,
- sistemas de información,
- gestión de la calidad y los procesos,
- servicios generales que contribuyen a la calidad de vida,
- promoción de la participación de la comunidad y gestión de compras.

Los resultados claves del hospital derivados del Direccionamiento estratégico le han permitido a la institución consolidarse competitivamente en el mercado, así como hacer en forma gradual y planeada la apertura de nuevos servicios, que le afianzan sus procesos financieros y de prestación de servicios asistenciales, logrando con ello, asegurar día a día la permanencia y sustentabilidad en el dinámico sector de la salud.

El afianzar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud y la creación y fortalecimiento de una cultura organizacional propia de una empresa social del estado, son activos estratégicos que han generado una diferenciación relevante respecto a la competencia hospitalaria. También es muy importante sumar a esto la consolidación financiera que ha alcanzado la institución y que proyecta sostenerse en el tiempo, a través de las perspectivas de mercadeo, competitividad y sociales, lo cual a su vez se enmarca en las condiciones económicas y financieras para la sustentabilidad de la experiencia.

Otro elemento dentro de las condiciones sociales determinante de la sustentabilidad lo constituye la respuesta que tiene que dar la institución por su carácter de empresa social del estado a las necesidades y expectativas de la comunidad en materia de servicios de salud de mediana y alta complejidad.

Se suma a todo lo anterior como argumento de sustentabilidad, es el posicionamiento que ha alcanzado la institución por su modelo de calidad, en los escenarios decisorios a nivel de Ejecutivo Nacional, Ministerio de la Protección Social, Gobernación de Antioquia, Congreso de la República, Alcaldía de Medellín.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta que formule de manera permanente la importancia de incorporar una cultura ambiental, para hacer el manejo de reciclaje efectivo de los desechos quirúrgicos hospitalarios, en la cual se integren los recursos especializados del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez con una red única, planificada y organizada por niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar los procedimientos básicos culturales en cada una de las etapas del manejo de los residuos quirúrgicos hospitalarios.

Elaborar una propuesta sobre el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios a partir de las evidencias encontradas y de otras consideraciones relevantes desde el punto de vista comportamental y sociocultural.

CAPITULO 1. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

1.1 REFERENTES TEÓRICOS SOBRE EDUCACIÓN Y ETICA PARA UNA CULTURA AMBIENTAL EN SALUD

1.1.1 Teorías y modelos que promueven el cambio individual. La conducta, cuando se observa desde una perspectiva ecológica, se ve afectada por muchos planos de influencia y tiene efectos sobre ellos. Los planos de influencia que se identificaron para los patrones de conducta y las condiciones de responsabilidades son los siguientes:

(1) factores individuales o aquellos en que la postura actitudinal de quienes diseñan los servicios, usan los servicios, prestan los servicios, o intervienen en la prestación del servicios, son factores determinantes en el logro o no de las metas.

(2) factores interpersonales, o aquellos donde existe una relación entre nuestras expectativas y la realidad cotidiana y el grado de adaptación personal al potencial desajuste o logros obtenidos.

(3) factores organizativos y comunitarios: La eficacia de los sistemas de prevención de riesgos laborales está condicionada por decisiones adoptadas en el ámbito de la gestión de la calidad, el desarrollo tecnológico, la organización del trabajo y las políticas de recursos humanos.

(4) factores de políticas públicas, como vectores hacia el desarrollo sostenible hacia el buen o mal uso que una colectividad hace de sus riquezas, de sus fortalezas, con la innegable participación reguladora de los gobiernos.

Consideramos que desde esta perspectiva ecológica, la conducta influye en el entorno social y también recibe influencia del mismo. Esta perspectiva de

interacción en varios planos muestra claramente las ventajas de las intervenciones en muchos niveles, como aquellas en las cuales se combinan elementos del desarrollo, de la conducta y del entorno. Por ejemplo, es menos probable que los funcionarios que estén capacitados en el manejo de los desechos empiecen a realizar actividades no acordes con el proceso ya que conocen lo que está “bien” y lo que está “mal”. En forma similar, si sus mejores amigos tampoco aprueban el hábito del mal uso de las cosas, estarán menos dispuestos a empezar a hacer malos manejos (plano interpersonal). Además, si los funcionarios viven y trabajan en un ambiente de responsabilidades sanas y escuchan los atractivos mensajes publicitarios en los medios de comunicación interna del Hospital, que alientan un estilo de vida que promueve los mejores manejos, también será menos probable que adopten esta conducta (plano comunitario).

Por último, los funcionarios se abstendrán de hacer malos manejos de los desechos si las instrucciones dadas a través de los diferentes medios las hacen cumplir con rigurosidad (plano de políticas públicas). La conducta individual moldea las dimensiones de la conducta colectiva con respecto a las responsabilidades y viceversa, incluida la compleja interacción entre ambas.

Modelos de conducta individual en el contexto del trabajo:

1. El modelo de creencias de manejo de desechos,
2. El modelo transteórico⁶ y las etapas de cambio,
3. La teoría de la acción razonada,
4. La teoría de la conducta planificada,
5. La teoría del establecimiento de metas,
6. La teoría de la autorregulación,
7. La teoría de la búsqueda de sensaciones.

⁶ Se refiere al modelo del cambio de Cabrera

Las personas son seres sociales que derivan de otras su sentido de sí mismas y de eficacia personal por medio de intercambios interpersonales. Este entorno, además de proporcionar los medios, modelos, refuerzos y recursos con los que el ser humano puede aprender más sobre sí mismo, es decisivo para pronosticar la conducta de una persona y, a su vez, la consideración de las influencias sociales en los patrones de conducta reviste importancia crítica.

Acerca del desarrollo humano⁷ también destacan la función decisiva de la interacción permanente de las características de la persona con la familia, la comunidad y la cultura en general.

1.1.2 Teorías y modelos que promueven el cambio comunitario. Las teorías y los modelos en el ámbito comunitario⁸ son indispensables para los esfuerzos integrales en la promoción de buenas conductas. Las normas sociales, los reglamentos y las políticas son factores clave para apoyar la adopción de patrones de conducta promotores de los buenos manejos de los desechos quirúrgicos hospitalarios para reducir o eliminar los riesgos que comprometen la salud en los ámbitos social y físico.

En el Caso de Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, vemos como los modelos y las teorías en el ámbito comunitario nos ayudan a entender mejor cómo se organizan los grupos sociales para identificar sus necesidades y deseos, establecer la variedad de soluciones posibles y correctas para los problemas de la comunidad y decidir cuál es la mejor manera de promover el cambio social y ambiental que facilite la tarea de escoger entre las opciones más correctas. Los modelos y las teorías en el ámbito comunitario son un punto de convergencia de los enfoques de educación para las buenas prácticas y las intervenciones normativas, económicas, reglamentarias y ambientales.

⁷ Greenspan y Shanker, 2003, 2002

⁸ Ibídem

La formación para las buenas prácticas ofrece un ímpetu que despierta conciencia, interés y acción para la participación de los funcionarios del hospital y su compromiso con lo social indispensable. Sin la formación correspondiente, la promoción de las buenas prácticas sería un problema para la institución. Por otro lado, sin el apoyo político para el cambio social, la educación para la salud muchas veces es ineficaz para ayudar a las personas a alcanzar sus metas en el plano de la conducta, incluso con esfuerzos individuales exitosos”. Los servicios de atención de salud, las escuelas, los centros recreativos y deportivos, las organizaciones comunitarias, los organismos gubernamentales y los líderes políticos y empresariales forman parte de la comunidad donde se desarrolla, crece, estudia, juega y trabajan las personas. Estas entidades y personas son los participantes principales que pueden desempeñar una función decisiva en la promoción de un estilo de vida conductual.

Ese estilo de vida conductual tiene como precedente una cultura que marca los individuos. Definimos entonces la cultura como un constructo social, y por lo tanto, también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los comportamientos más o menos saludables (denominémoslos eco-culturales) adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. La educación para la salud es fundamental en las sociedades para:

- Modificar conductas no saludables.
- Promocionar conductas saludables.
- Provocar procesos de cambio social.

Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta. Es el componente subjetivo de la salud.

La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se le da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc.

En los estilos de vida y conductas saludables, aquí, se pone de relevancia los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la realización de ejercicio han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

La vinculación de la cultura humana, los elementos conductuales de los funcionarios, y el sistema ambiental se presentan como una prioridad en el Hospital General de Medellín por el carácter estratégico que significa para la sostenibilidad del desarrollo de la institución.

Consideramos que el tema de la ética y el medio ambiente y en general el tema ambiental es muy nuevo para nuestra cultura: tanto es así que sólo hasta la Constitución de 1991 (Art.49, 63) en Colombia se incluyó un capítulo específico sobre el tema del medio ambiente y se menciona el derecho de los ciudadanos a gozar de un ambiente sano.

Tradicionalmente el tema de la ética no ha estado ligado a los aspectos referentes a la naturaleza y al medioambiente. Las viejas cuestiones de la relación entre el ser y el deber, la causa y el fin, la naturaleza y el valor, que son del dominio de la ética, han estado circunscritas a una esfera en donde ha quedado excluido el tema del medioambiente. Y sólo hasta décadas muy recientes, éste tema ha pasado a

tener una preocupación ética notable, salvo el caso de la medicina que ha tenido una tradición en el asunto desde la antigüedad.

Nos dice Hans Jonas (1979), que todas las éticas habidas hasta ahora –ya adoptasen la forma de preceptos directos de hacer ciertas cosas y no hacer otras, o de una determinación de los principios de tales preceptos, o de la presentación de un fundamento de la obligatoriedad de obedecer a tales principios– compartían tácitamente las siguientes premisas conectadas entre sí:

- 1) La condición humana, resultante de la naturaleza del hombre y de las cosas, permanece en lo fundamental fija de una vez para siempre.
- 2) Sobre esa base es posible determinar con claridad y sin dificultades el bien humano;
- 3) El alcance de la acción humana y, por ende, de la responsabilidad humana está estrictamente delimitado.

Pero la época que se inició desde mediados del siglo XX, con la capacidad del hombre de romper esa relación constante del hombre con la naturaleza, mediante el desarrollo científico-tecnológico, ha modificado sensiblemente el panorama. Antes de nuestra época, las intervenciones del hombre en la naturaleza, tal y como él mismo las veía, eran esencialmente superficiales e incapaces de dañar su permanente equilibrio. Pero ahora, las cosas han cambiado.

El dominio tradicional de la ética estaba circunscrito a la relación entre los hombres, en la ciudad. La vida humana transcurría entre lo permanente y lo cambiante: lo permanente era la naturaleza; lo cambiante, sus propias obras. La más grande de éstas fue la ciudad, a la que pudo otorgar cierta permanencia con las leyes que para ella ideó y que se propuso respetar. La naturaleza no era objeto de la responsabilidad humana; ella cuidaba de sí misma y cuidaba también, del hombre. Frente a la naturaleza no se hacía uso de la ética, sino de la inteligencia y

de la capacidad de invención. Toda la ética que nos ha sido transmitida habita, pues, este marco intrahumano, el de la ciudad.

Pero lo que hemos conocido en el siglo XX, es que la naturaleza es vulnerable. El desarrollo científico-tecnológico moderno nos ha mostrado la tremenda vulnerabilidad de la naturaleza, una vulnerabilidad que no se sospechaba antes de que se hiciese reconocible en los daños causados. Y es sobre esta capacidad de daño sobre la naturaleza, lo que nos hace considerar la importancia del saber previo, como principio de cautela frente a nuestras acciones.

1.2 EL LUGAR DE LA ÉTICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

En varios países latinoamericanos entre ellos Argentina, se está discutiendo la reglamentación de comités de ética en los hospitales. Sin embargo hay una tendencia a confundir dos tipos de comités de ética: el de investigación y el de ética clínica. Pese a que en una primera aproximación pueda parecer exagerado o sutil formular estas distinciones, es necesario distinguir claramente los propósitos, roles y poderes que cada uno de ellos involucra.

El Comité de Ética de Investigación está vinculado a las atrocidades cometidas por médicos e investigadores nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Casos elocuentes fueron el estudio de sífilis en población negra en Tuskegee, la inoculación de células cancerosas a ancianos en un asilo de Brooklyn y el contagio de hepatitis a niños con retrasos mentales en el Colegio Willowbrook. Casos recientes en países en desarrollo son los que se acaban de denunciar en África respecto del uso de placebos en mujeres embarazadas infectadas con SIDA, dado que se ha probado la importancia de drogas retro virales para prevenir la transmisión de la infección a los recién nacidos.

1.3 REQUISITO IMPRESCINDIBLE

Ya desde 1974 se elaboraron códigos de ética (como el de Núremberg), y en 1966 en EE.UU., se propuso la creación de comités de ética para que analizaran los protocolos de investigación: el tipo de consentimiento informado que se pide - la información que se brinda, la voluntad expresa del agente y la falta de coacción -, el riesgo al que se somete a los sujetos de investigación, el uso adecuado del placebo, etc.

Estos organismos son interdisciplinarios, deben contar con investigadores entre sus miembros y tienen el poder de rechazar un protocolo de investigación si no cumple con las pautas éticas establecidas.

El Comité de Ética Clínica, en cambio, carece de estas últimas facultades: su rol es meramente consultivo. Pero lo más importante son los temas a los que se aboca y la idoneidad que debe tener para tratarlos. No se trata de abusos de investigación, ni de la protección de poblaciones vulnerables *per se*, sino de situaciones altamente conflictivas en la práctica médica cotidiana. Tres casos paradigmáticos jalonan su historia: Karen Ann Quinlan (1976), Baby Doe (1982) y Jane Doe (1983) que, en circunstancias diferentes, médicos y familiares de los pacientes debieron tomar decisiones sobre la continuación o supresión de tratamientos de carácter vital.

Es innegable que los conocimientos y capacidades necesarios para evaluar protocolos de investigación son muy diferentes de los que hay que tener para considerar situaciones dilemáticas.

1.4 FUNCIONES

Expertos en la creación y la conducción de estas organizaciones señalan que las tres funciones principales de los CHE son la educativa, la consultiva y la formativa. En el aspecto educacional, desarrollan acciones dirigidas a humanizar la práctica asistencial en los establecimientos hospitalarios y toman a su cargo la adecuada difusión de los derechos y deberes del paciente y del médico. Su función consultiva se ejerce en temas y casos específicos, surgidos de la práctica hospitalaria. En cuanto a lo normativo, cada CHE se esfuerza en hacer cumplir dentro del ámbito hospitalario las normas éticas vigentes.

Es este un ejemplo y propósito incluido dentro del desarrollo pedagógico del presente trabajo.

Así también:

1.5 CREACIÓN DE CÓDIGOS DE ÉTICA

Pueden establecerse códigos que superen el nivel de compromiso de una lealtad de dientes afuera. Posteriormente, estos códigos han de transmitirse, respetarse y convertirse en documentos prácticos vivientes.

1.6 ANIMACIÓN A CUMPLIR LAS NORMAS ÉTICAS MEDIANTE LA PRESENCIA

Un clima ético eficaz está condicionado a que los empleados dispongan del mecanismo de la presencia con el apoyo de la gerencia, para argumentar una falta ante violadores de los códigos de ética.

1.7 CREACIÓN DE UN PROTECTOR O ABOGADO DE LOS INTERESES ÉTICOS

Otro mecanismo interesante es la creación del "defensor ético".

La responsabilidad fundamental de esta persona sería la de identificar las cuestiones generales de carácter ético que deberían transmitirse constantemente a la gerencia y a los empleados, junto con las cuestiones convencionales de marketing, operativas, financieras y jurídicas.

1.8 BENEFICIENCIA Y BUENA PRAXIS

Son otros dos principios éticos de relevancia para gerentes, profesionales, practicantes, alumnos, hospitales e instituciones todas y de la salud.

La primera significa actuar con caridad y amabilidad. Este principio está incorporado en actos a través de los cuales los servicios o cosas que benefician a la gente son provistos, incluyendo el concepto más complejo de balancear los beneficios y los perjuicios, usando los costos y beneficios relativos de decisiones y acciones alternativas como base para optar entre alternativas.

La beneficencia, la cual requiere un compromiso positivo para contribuir al bienestar de los pacientes, tiene una larga y noble tradición en las profesiones y organizaciones de salud.

La buena praxis, un principio con profundas raíces en la ética médica, es ejemplificada en la máxima "primum non nocere": primero no lastimes. Todos aquellos comprometidos y guiados por el principio de buena praxis toman decisiones que minimizan el daño, el cual puede ser tanto mental como físico y puede ser infligido a través de ciertos actos como aquellos que violan la

privacidad de los pacientes. Dondequiera que el beneficio es un compromiso positivo, la buena praxis es negativa - refrenamiento de realizar algo que dañe.

Los principios de beneficencia y buena praxis se reflejan en acciones y decisiones que implican asegurar la calidad de los servicios de salud y en el ejercicio de los deberes administrativos de los profesionales e instituciones de la salud, el uso de la información confidencial y la resolución de conflictos de intereses.

1.9 EL EJERCICIO DEL "OMBUDSMAN DE SALUD"

La nueva figura del Ombudsman de salud, creada en Suecia, ha sido adoptada por el municipio de Majada honda, en las afueras de Madrid. La función del ombudsman sanitario será ejercer la defensa de los usuarios de los sistemas de salud. Para ese fin se hará cargo de las denuncias de los pacientes y procurará solucionar los problemas que se susciten. En la comuna española se decidió nombrar para el cargo a un ciudadano que no dependa del sector sanitario y, en lo posible, ligado al ejercicio del derecho.

El encargado de nombrar al ombudsman será el Ayuntamiento de Majada honda, que también tendrá poder para removerlo de su cargo llegado el caso o el tiempo de finalización de su función". (SNC - Boletín Farmacéutico Bonaerense).

En Argentina, al no haber presupuesto para los problemas éticos, éstos se resuelven bajo la mira de la ética individual. Está condicionada por aspectos económicos, culturales o ideológicos. Así tampoco existen comités de ética de investigación sobre proyectos en los seres humanos; se analiza la viabilidad técnica de los proyectos pero no el aspecto ético. Ésta es una discusión que se debería discutir en el ámbito de la legislatura. Los resultados de la tecnología son evaluados como respetables y con autonomía.

Un teólogo sin información ni práctica científica es peligroso y también lo inverso es peligroso. La visión de un teólogo es totalizante y debe ocupar los principios de beneficencia, autonomía y justicia ética. El tecno científico mira sólo la parte y es peligroso cuando no se confronta con la totalidad. Se impone la interdisciplinariedad entre la tecno ciencia, la filosofía y la teología.

Si la técnica invade al médico, se está ante el desastre de que la materia avasalle a la vida. Se necesitan de las virtudes éticas humanas fundamentales para darnos la percepción de la totalidad. Respecto de la ética y la calidad total es básico y relevante tener en cuenta poner la ética dentro de la calidad.

La bioética cumplió, en 1990, 20 años de vida. La ética social es todavía más joven.

En el país la ética social se remonta al nacimiento de la salud pública moderna hace alrededor de 50 años.

Establecer prioridades en los recursos ha sido una preocupación permanente en las distintas políticas de planificación en la década del sesenta. Se tuvo en cuenta la magnitud del daño, la trascendencia en relación con las distintas edades y las posibilidades de la medicina para controlar el daño.

El sentido de equidad en la atención a la salud aparece con la inquietud de retomar los aspectos de la relación médico - paciente, en la preocupación por formar médicos generales.

La década del ochenta está marcada por una crisis económicamente generalizada y asociada a los costos de la tecnología de la medicina.

En los noventa los pacientes pasan a ser clientes y en el caso de la medicina, existe una concentración de poder en grandes organizaciones. Esto provoca el olvido de valores y el abandono de viejos principios. La transferencia electrónica de fondos determina los cambios en el sistema de salud. No sido posible, aún, un juicio por la asignación de recursos si sólo se limita a las necesidades que va a satisfacer pues éste es el esquema de aplicación del trabajo al capital que implica solidaridad y cooperación, de modo que la producción esté más relacionada con la distribución que con la ganancia.

Tomar consciencia de las diferencias y formar con seriedad a sus integrantes ayudará a que estos ejemplos y/ o propuestas no resulten un mero planteo burocrático o una moda inútil ni se desvirtúe la esencia de los mismos. Se insiste una vez más, en la formación o realización de un Comité de Ética en los institutos de asistencia médica de la categoría o dimensión que fuere, no sólo en los hospitales públicos sino también en los privados.

Ninguna ética anterior hubo de tener en cuenta las condiciones globales de la vida humana ni el futuro remoto, más aún, la existencia misma de la especie. El hecho de que precisamente hoy estén en juego esas cosas exige, en una palabra, una concepción nueva de los derechos y deberes, algo para lo que ninguna ética ni metafísica anterior proporciona los principios y menos aún una doctrina ya lista (Jonás, op. cit).

1.10 EL COMPONENTE CULTURAL

Las teorías más importantes al respecto son⁹:

⁹ QUINTANA, Margarita La Bioética y su componente cultural. Calle B. Revista Cultural Cumana yagua. Cuba. 2010

Cultural o conductual: Parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de las conductas se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad.

Materialista o estructural: Cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud.

La Cultura se define como una abstracción, es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto nuestro conocimiento de la cultura de un grupo va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que vamos a poder concretar en patrones específicos de comportamiento. Cada individuo tiene su mapa mental, su guía de comportamiento, lo que llamamos su cultura personal. Mucha de esa cultura personal está formada por los patrones de comportamiento que comparte con esos grupo social, es decir, parte de esa cultura consiste en el concepto que tiene de los mapas mentales de los otros miembros de la sociedad. Por lo tanto la cultura de una sociedad se basa en la relación mutua que existe entre los mapas mentales individuales.

Los conceptos de cultura y sociedad son frecuentemente definidos por separado pero debemos saber que entre ellos hay una profunda conexión, cultura se refiere a los comportamientos específicos e ideas dadas que emergen de estos

comportamientos, y sociedad se refiere a un grupo de gente que “tienen, poseen” una cultura.

Clifford Geertz¹⁰ refiriéndose a la cultura y la sociedad (ó como él dice a la estructura social) dice: “la cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones; la estructura social (sociedad) es la forma que asume la acción, la red de relaciones sociales realmente existentes. La cultura y la estructura social (sociedad) no son, entonces, sino diferentes abstracciones de los mismos fenómenos”. *American Anthropologist*, vol. 59, 1957.

Algunas características universales de la cultura: a. La cultura es un sistema arbitral: no hay reglas que obliguen a elegir un modelo; cada cultura ostenta su propio modelo de comportamiento cultura.

b. Es compartida: es necesario que todos los miembros tengan los mismos patrones de cultura para poder vivir juntos, por eso se comparte la cultura a través de la infancia, cuando se está introduciendo a los niños en la sociedad, es decir, se les está socializando (un proceso de socialización).

c. Es todo un sistema integrado: donde cada una de las partes de esa cultura está interrelacionada con, y afectando las otras partes de la cultura.

d. No es lo mismo la “idea propia de cultura” que la “cultura real vivida”: una cosa es lo que la gente dice qué es su cultura, y otra muy distinta es lo que ellos están pensando, en base a su modelo ideal de lo que deberían hacer, sobre lo que están haciendo.

¹⁰ *American Anthropologist*, vol. 59, 1957

CAPÍTULO 2. ELEMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA CULTURA AMBIENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Es el conjunto de Componentes que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional del Hospital. El cual tiene como objetivo la creación de una cultura ambiental fundamentada en el direccionamiento estratégico, administrativo y operativo de la Institución.

La cultura ambiental, define el estándar de conducta del Hospital y establece las declaraciones explícitas de forma participativa en relación con las conductas de los empleados para la aplicación de los propósitos del Hospital, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución Política, la ley y la finalidad social del Estado. Para esto, requiere que su formulación sea explícita para que se convierta en un parámetro del comportamiento que oriente la actuación de todos los servidores y se propicie un clima de confianza para el logro de los objetivos de la Institución.

Por medio de la cultura ambiental al interior del Hospital se desea que cada persona involucrada en el manejo de los residuos hospitalarios, conozca y cumpla cada procedimiento y medida de seguridad, para optimizar resultados y reducir el impacto ambiental que se puedan presentar y dar cumplimientos al Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002, los cuales dictan los parámetros sobre el manejo adecuado a los residuos hospitalarios y similares, toda esta actividad enfocada a la aplicación de lo establecido en el documento “Conductas Básicas de Bioseguridad, Manejo Integral” expedido por el Ministerio de Salud.

Educación Ambiental es el proceso que consiste en reconocer valores y aclarar conceptos con objeto de fomentar y formar actitudes y aptitudes necesarias para comprender y apreciar las interrelaciones entre el hombre, su cultura y su medio biofísico. La educación ambiental también entraña en la práctica la toma de

decisiones y la propia elaboración de un código de comportamiento respecto a las cuestiones relacionadas con la calidad del ambiente.

La educación y cultura ambiental permite lograr tanto en los individuos como las comunidades la comprensión de la complejidad del ambiente natural y el creado por el hombre, resultado este último de la interacción de los factores biológicos, físico-químicos, sociales, económicos y culturales, para que adquieran los conocimientos, valores, actitudes y habilidades; prácticas que les permitan participar de manera responsable y efectiva en la previsión y resolución de los problemas ambientales; la educación ambiental contribuirá a desarrollar el sentido de responsabilidad y solidaridad entre los sujetos involucrados en la estructura organizacional I, para garantizar la conservación y el mejoramiento del ambiente.

Cuando el talento humano del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN asuma una actitud eco-cultural frente al manejo con criterio eco-lógico de los residuos Hospitalarios, desarrollará habilidades como: creatividad, aprender a aprender, Percepción holística (de todas facetas), auto-responsabilidad, liderazgo y auto-liderazgo frente al riesgo clínico, inteligencia autónoma y colectiva para la toma de decisiones ante hechos críticos, crítica pro-activa hacia la construcción y reconstrucción del modelo, decisión para actuar en grupo, entre otras. Para el logro de lo anterior, se requiere el establecimiento de principios para la educación en valores sobre el medio ambiente institucional.

La educación ética se distingue por su universalidad, y prescriptividad. Mientras que la educación en valores involucra elementos universales de los principios éticos definidos, y puede también involucrar costumbres y normas sociales específicas para un contexto o grupo social. La educación en valores puede ser considerada como una parte de la educación ética, siempre y cuando los valores que transmita estén acordes con principios éticos universales y encajen dentro del Código de Buen Gobierno del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, y en este

caso hablaremos específicamente de educación en valores morales. Con ello queremos decir, que nos referiremos siempre a educación en valores morales, cada vez que mencionemos el tema de los valores, pero sin olvidar que valores también son aquellas normas y costumbre del gusto y deseo propios de una comunidad, pero que pueden no ser exactamente valores morales.

Iniciemos con la cuestión de una intervención ambiental. Siempre hay diferentes posibilidades o alternativas frente a las intervenciones que una sociedad propone con relación al medio ambiente.

En el tema ambiental también hay que tener en cuenta las diferentes posibilidades que se generan al tomar una u otra alternativa de intervención sobre el medioambiente. Esto nos lleva por consiguiente, al plano no solo de las elecciones, sino de las decisiones y por consiguiente de las responsabilidades. ¿Por qué se toma esta o aquella decisión? ¿Quién la toma y en función de que criterios? ¿Cuáles son los mecanismos de toma de decisiones? ¿Qué consecuencias trae determinada decisión en el corto, mediano y largo plazo? ¿En definitiva, en función de qué sistema de valores ha sido tomada tal decisión? (Giordan y Souchon, 1997).

El objetivo de la educación ambiental, con relación al tema de los valores, a nuestro juicio, es permitir al personal hospitalario, avanzar en la construcción de conductas, criterios y comportamientos hacia la sostenibilidad de una determinada cultura que beneficie la comunidad sin perder de vista la sociedad en su conjunto.

Decimos también que se trata de una actividad de construcción de valores, no de imposición de valores. "En la medida en que la moral no sea una imposición heterónoma, una deducción lógica realizada desde posiciones teóricas establecidas,

Un hallazgo más o menos azaroso o una deducción casi del todo espontánea, podemos decir que solo nos cabe una alternativa: entenderla como una tarea de construcción o reconstrucción personal y colectiva de formas morales valiosas. La moral no está dada de antemano ni tampoco se descubre o elige casualmente, sino que exige un trabajo de elaboración personal, social y cultural" (Puig Rovira, 1998).

Decimos también que la educación en valores desde una perspectiva ambiental se enfoca centralmente en el tema de la sostenibilidad, puesto que, como sabemos, la sostenibilidad busca no comprometer la capacidad medioambiental de las futuras generaciones, además que propende por valorar bajo otras condiciones, por ejemplo, el de la desaparición de una especie, o bien el valorar ciertos hábitats, que en términos económicos pueden ser muy bajos, pero de gran beneficio ambiental.

Por último, mencionamos que en conjunto, hay que tener presente no solo la sostenibilidad de la sociedad en la que está inmersa la institución, sino también la del planeta, puesto que cualquier decisión ambiental puede desencadenar consecuencias insospechadas en otros lugares. Pero tener en cuenta el planeta o, al menos un espacio mayor de análisis como lo es la empresa prestadora de servicios especializados en salud de la que se hace referencia, significa entonces.

Si hemos dicho que la educación ambiental, desde el ámbito de los valores, es una construcción, por consiguiente se puede plantear en términos de las teorías de la construcción de la personalidad moral. En este sentido, hay que tener en cuenta cuáles son los aspectos que conciernen a la personalidad moral, que puedan ser objeto de una educación ambiental centrada en los valores, nunca diferentes a los que dirigen las metas que se propone la empresa hospitalaria Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez de Medellín.

De acuerdo con Puig Rovira, hay varios elementos o componentes de la personalidad moral, los cuales se pueden resumir en:

Un primer momento de adaptación y reconocimiento de sí mismo, es decir de socialización o adquisición de pautas sociales básicas de convivencia, pero también de adaptación y reconocimiento de las propias decisiones o posiciones que se valoran;

Un segundo momento, tiene que ver con la incorporación de aquellos elementos culturales y de valor que son normativos deseables, como la justicia, la libertad, la igualdad, la solidaridad, las formas democráticas de convivencia, en general la Declaración Universal de los Derechos Humanos;

Un tercer momento hace referencia a las adquisiciones procedimentales para la construcción de la personalidad moral, tales como las capacidades para el juicio, la comprensión y autorregulación, y en general las formas para el diálogo y la sensibilidad moral, capaces de permitir la pluralidad y la democracia; por último, se trata de edificar la personalidad moral como la propia biografía, en tanto cristalización de valores y espacio de diferenciación, que permita una noción de felicidad por la vida, que cada cual reconoce que mereció ser vivida (Puig Rovira, 1998).

Estos componentes de la personalidad moral, llevados al plano ambiental, coinciden con lo que otros autores han señalado como un esquema de trabajo para los valores en el tema ambiental. Giordan y Souchon (1997) por ejemplo, no utilizan los términos de construcción para referirse a la educación en valores, hablan es de "búsqueda de valores que se adapten mejor a la lucha por la supervivencia de la humanidad". A la hora de proponer la forma de esa búsqueda, apelan a una explicitación de valores que conlleva a confrontar los propios, como los de aquellos que hacen parte de las decisiones tomadas en una intervención

ambiental: "En el marco de la Educación Ambiental, la educación de los valores debe, en primer lugar, permitir a la persona revelarse a sí misma los elementos de su propio sistema de valores (¡no siempre coherentes!) y, en segundo lugar, clasificar sus principales componentes. Seguidamente deberá poder justificar mejor su apego a ciertos valores, que ya son más fáciles de expresar. Como consecuencia de este proceso se va dibujando un sistema de valores/actitudes/comportamientos, del que cada cual es responsable, en función de múltiples factores sociales y culturales... No se trata de proponer un sistema tipo" (Giordan y Souchon, 1997). Sin embargo, tampoco se renuncia en este caso a un conjunto de valores universales o principios éticos, como la tolerancia, y la responsabilidad. Situación que es comparable al segundo momento que identificábamos para la construcción de la personalidad moral.

Desde una perspectiva que involucra más a la ciencia y la tecnología y su relación con el medio ambiente, algunos autores han propuesto el llamado Ciclo de Responsabilidad, como una manera de aprender a trabajar en el aula, en la oficina, en el trabajo, o en cualquier espacio público o privado el tema ético (Waks, 1988). En este caso, la dimensión ambiental es un compromiso con la acción, y por consiguiente las formas de reconocimiento de sí mismo, que también constituyen la primera fase del Ciclo, es un criterio para identificar nuestras imágenes y deseos que, proyectados al futuro, nos exigen un compromiso con el medio ambiente.

Como vemos, aparece la necesidad de responsabilidad inter generacional, que es el corazón de la sostenibilidad. Responsabilidad hacia el futuro, cual es la base de la ética moderna, la que salió de finales del siglo XX y tiene mucho por transitar en el siglo XXI.

CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Es el conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten al Hospital evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Se constituye en el componente de control que al interactuar sus diferentes elementos le permite a la Institución, auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

El grupo más expuesto al riesgo del manejo de los residuos infecciosos de los hospitales son los trabajadores de los establecimientos de salud, especialmente los enfermeros y el personal de limpieza, seguido de los trabajadores que manipulan los desechos fuera del hospital. En los vaciaderos o rellenos, donde se recuperan materiales diversos para su venta, el riesgo es muy serio. Sin embargo, no existen datos sobre la incidencia de lesiones e infecciones en esas situaciones. Es excepcional que las víctimas sean pacientes o el público en general.

Los trabajadores que se lesionan con más frecuencia son los auxiliares de enfermería, las enfermeras tituladas, el personal de limpieza y mantenimiento y el personal de oficina. De todos los trabajadores que pueden estar en contacto con desechos médicos, los de saneamiento (por ejemplo, los recolectores de basura) son los que tienen el índice más elevado de lesiones laborales.

Entre los problemas técnicos se puede mencionar la separación inadecuada de los desechos quirúrgicos hospitalarios en el punto de origen debido a la poca formación del personal encargado. Además de esto, no se disponen adecuadamente los objetos punzocortantes, lo que explica las numerosas lesiones del personal que manipula los desechos.

- **Contexto estratégico.** El contexto estratégico, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones del Hospital, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales. Del contexto estratégico no se puede excluir las políticas públicas en el manejo y disposición final de los residuos sólidos y líquidos, la normatividad estatal para tales efectos y/o procedimientos, los procesos y procedimientos de otras experiencias exitosas en materia hospitalaria, las políticas de salud pública a nivel local y Departamental, entre otras.

- **Identificación de riesgos.** La identificación de riesgos es un elemento que posibilita conocer los eventos potenciales que estén o no bajo el control del Hospital, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo causas y efectos de su ocurrencia. La identificación de riesgos se realiza tomando como referente el Componente de Direccionamiento Estratégico, para ello, se determinan los eventos generados en el entorno o dentro de la Institución que puedan afectar el logro de los objetivos. A continuación se presentan los conceptos que identifican el riesgo.

Riesgo: representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones del Hospital y afectar el logro de sus objetivos.

Causas: son los medios, circunstancias y agentes generadores de riesgos.

Efectos: constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos del Hospital; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas,

de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental

• **Análisis de Riesgos.** Este elemento, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad del Hospital para su aceptación y manejo. Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

La calificación del riesgo: se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

La evaluación del riesgo: permite comparar los resultados de su calificación, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición del Hospital al riesgo y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento, confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

Valoración de Riesgos. Determina el nivel o grado de exposición del Hospital al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento. La valoración del riesgo toma como base la calificación y evaluación de los riesgos, con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas.

Los riesgos asociados con las condiciones ambientales se derivan por un lado, por el efecto de las intervenciones antrópicas sobre el ambiente y por otro, de la vulnerabilidad de los funcionarios a los factores de riesgo. Además las condiciones ambientales tienen un profundo efecto tanto en la cultura humana como en la vida del planeta, ya sea directamente o a través del deterioro ambiental, que limita la utilización de los recursos.

Los cambios que se proponen para enfrentar la problemática actual del desarrollo pasan por aspectos que van desde la descentralización hacia los niveles más cercanos, donde esta se genera, hasta la participación ciudadana en la solución de los problemas, con los gobiernos como facilitadores de los procesos y un fuerte papel en la generación de políticas, regulación y control.

El entorno en el que los individuos nos movemos condiciona de forma decisiva nuestra salud. Debe velarse porque el medio ambiente tanto físico, político, cultural, social y económico contribuya a mejorar el nivel de salud de las poblaciones. Los patrones de vida, de trabajo, de ocio, etc., deben ser fuentes de salud. La promoción de la salud debe favorecer condiciones de vida y de trabajo seguro, estimulante y agradable. Se debe intervenir sobre el entorno con el objeto de fomentar aquellos factores que contribuyan a mantener estilos de vida sana, de tal forma que el principio de hacer "facilita una opción sana" sean una realidad en el medio ambiente donde el individuo vive.

La promoción de salud debe preocuparse por evaluar los efectos del medio sobre la salud, así como garantizar que este efecto sea lo más positivo posible. La protección de los medio naturales y artificiales y la conservación de los recursos naturales deben recibir una mayor atención en toda estrategia de promoción de salud.

3.1 COMPONENTES DEL PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS QUIRÚRGICOS

La gestión de residuos debe tomar en cuenta los aspectos legales y reglamentarios dentro de los cuales se encuentran los acuerdos internacionales como la Convención de Basilea para el Movimiento Transfronterizo de Residuos Peligrosos y su Eliminación, y los principios tales como "el que contamina paga", "precaución", "responsabilidad por el manejo", "proximidad", entre otros.

Los lineamientos técnicos y de política deberán ser de aplicación práctica y directa, consignando de manera clara sus fundamentos, objetivos y etapas claves para alcanzar tales objetivos. En resumen, un plan de manejo de residuos quirúrgicos hospitalarios para un centro de atención de salud deberá considerar los siguientes aspectos:

- Asignación de responsabilidades.
- Definición de la estructura de manejo, jerarquía y responsabilidades.
- Evaluación de la generación y composición de residuos.
- Elaboración y desarrollo del plan de manejo.

Puntos a tomar en cuenta:

- El plan debe contener los procedimientos usuales así como las propuestas para mejorar el manejo de residuos.
- El plan debe enfocar principalmente los residuos infecciosos (el área más problemática).
- El plan debe ser preparado por la persona o comité responsable de la vigilancia del manejo de residuos.
- El plan debe precisar las responsabilidades individuales para todos los procedimientos.
- El plan final debe ser aprobado por el administrador de la organización responsable del planeamiento.
- El plan debe ser actualizado regularmente.
- Implantación del plan de manejo.
- Seguimiento y evaluación.
- El plan de manejo de residuos debe considerar asimismo un plan de emergencia para accidentes, el cual debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Avisar al personal de seguridad.
- Aislar el área del accidente.
- Notificar a la autoridad.
- Identificar a la persona responsable.
- Identificar el producto.
- Utilizar equipo de protección personal.
- Preparar e implementar plan de acción.
- Plan de implementación:
- Descontaminación del área.
- Disposición de los residuos de limpieza.
- Documentos del evento.
- Control.

Políticas de administración de riesgos. Este elemento de control permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior del Hospital. De esta forma se establecen las guías de acción para que todos los servidores coordinen y administren los eventos que pueden lograr de los objetivos de la institución. Las Políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir o transferir, o asumir el riesgo. Para ello continuación se consideran los siguientes aspectos.

Evitar el riesgo: tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización.

Reducir el riesgo: implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).

Compartir o Transferir el riesgo: reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.

Asumir un riesgo: aceptar la pérdida residual probable y elaborar los planes de contingencia para su manejo.

La interacción se realizara exclusivamente con los funcionarios que se relaciones con el tema de la investigación y las personas que adicionalmente designe el hospital según lo considere.

Los establecimientos de atención de salud tienen la responsabilidad de evitar las consecuencias adversas para la salud o el ambiente como resultado de las actividades relacionadas con el manejo de sus residuos. Es necesario que se tome conciencia de la necesidad de adoptar una política ambiental de manejo de residuos.

La gestión de los residuos hospitalarios no es sólo un problema técnico.

Existen factores culturales, sociales y económicos que tienen influencia en dicha problemática. Se requiere establecer una política adecuada y sostenible que cuente con el apoyo del componente legislativo, factor esencial para el cumplimiento de lo establecido, pero es evidente que el aporte desde el comportamiento cultural de los funcionarios relacionados con el tema es determinante en el proceso.

El grupo más expuesto al riesgo del manejo de los residuos infecciosos de los hospitales son sus mismos trabajadores, especialmente los enfermeros y el personal de limpieza, seguido de los trabajadores que manipulan los desechos

fuera del hospital. En los vaciaderos o rellenos, donde se recuperan materiales diversos para su venta, el riesgo es muy serio. Sin embargo, no existen datos sobre la incidencia de lesiones e infecciones en esas situaciones. Es excepcional que las víctimas sean pacientes o el público en general.

Los trabajadores que se lesionan con más frecuencia son los auxiliares de enfermería, las enfermeras tituladas, el personal de limpieza y mantenimiento y el personal de oficina. De todos los trabajadores que pueden estar en contacto con desechos médicos, los colectores de basura son los que tienen el índice más elevado de lesiones laborales.

Entre los problemas técnicos se puede mencionar la separación inadecuada de los desechos quirúrgicos hospitalarios en el punto de origen debido a la poca formación del personal encargado. Además de esto, no se disponen adecuadamente los objetos punzocortantes, lo que explica las numerosas lesiones del personal que manipula los desechos

Los estudios con base en las encuestas, apuntan a la adopción de enfoques integradores en todos los niveles del hospital que proporcionen la trazabilidad¹¹ en el cambio de conducta de los funcionarios para gestionar el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios pero considerando el cambio de la conducta individual en un marco de conciencia colectiva.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La

¹¹ Para este caso: transversalidad

aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

Los niveles ecológicos tales como: el interpersonal, el comunitario y el de políticas públicas, en los cuales el cambio también necesita producirse de forma óptima a fin de apoyar y reforzar el cambio cultural en el nivel individual, esto se traduce en conciencia moral, conciencia social y conciencia colectiva que parte de lo individual y termina en el comunitario.

Las capacidades de desarrollo que promueven el manejo conductual: son aquellas que se ajustan a la edad y facilitan la adopción de conductas responsables y de servicio (por ej., la formación de una convicción personal contra los malos usos, protección y disposición de los desechos, la capacidad de imponerse límites en la exploración de acuerdo a conductas alternativas para relacionarse y canalizar apoyos para su mejor manejo).

Las necesidades: son los requerimientos de los diferentes individuos en diversos niveles (por ej., directores, jefes, enfermeras, pacientes, padres, docentes, líderes comunitarios, responsables de la toma de decisiones) para promover la cultura en el manejo de los desechos quirúrgicos y el desarrollo de las políticas del Hospital frente al tema.

Los deseos: son los intereses personales, las aspiraciones, los anhelos y los objetivos de los diferentes individuos (por ej., directores, jefes, enfermeras, pacientes, padres, docentes, líderes comunitarios y responsables de la toma de decisiones) en diversos niveles que motivan la adopción de varios tipos de conductas.

Los estilos de vida que promueven la conducta: comprenden un grupo de conductas que ayudan a preservar la seguridad en el manejo del desecho

quirúrgico y aquellas relacionadas con la violencia, el alcohol, el tabaco y el uso de drogas; así como los hábitos nutricionales y la actividad física.

La bioseguridad constituye hoy en día una gran reserva de oportunidades para mejorar la capacidad competitiva de las Instituciones de Salud, la calidad de vida de nuestros Trabajadores y Pacientes.

Contribuir a la construcción y apropiación de una cultura de comportamiento dentro del ambiente hospitalario, por parte del equipo de Salud. Minimizar el riesgo potencial de accidentes laborales Evitar las infecciones intra hospitalarias, proteger al paciente, personal hospitalario y la comunidad en general.

La vida en procura de su calidad y su sentido es fuente primigenia de todo derecho. Como totalidad dinámica, la estructura biológica de nuestro planeta constituye un tejido interactivo que implica el conjunto de relaciones entre lo biótico y lo abiótico y, en consecuencia, de las relaciones hombre-hombre y hombre-naturaleza.

A partir de la intervención humana, el destino futuro del medio ambiente es, al mismo tiempo, fruto y causa (naturaleza transformada) de los criterios, políticas y estrategias para utilizar los recursos de la naturaleza. Urge una nueva responsabilidad vital a partir de una conciencia ambiental que inscriba al ser humano en el interior mismo de la comunidad, como ambiente adecuado para poder garantizar la perduración de la naturaleza humana.

El propiciar el respeto por la vida y sus ambientes es un imperativo sanitario, educativo, cultural y fundamental de la Bioseguridad, como instancia crítica del desarrollo sostenible en plena coherencia con el medio ambiente. También constituye un imperativo fortalecer este tipo de reflexiones con miras a la consolidación de ambientes propicios para la salud humana (salud ambiental).

CAPITULO 4. PROPUESTA DE GESTIÓN CULTURAL PARA LA RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ

Las instituciones hospitalarias de Medellín, tienen como política del plan de manejo de residuos sólidos y líquidos, primero que todo, conformación del comité de ética hospitalaria, también llamados Comités de bioética hospitalaria, o comités bioéticos Asistenciales. Ellos existen con el fin de hacer un aporte educativo en Bioética a los usuarios, la institución hospitalaria y la sociedad, en lo referente a calidad de asistencia, docencia, investigación, proyección social, políticas, guías de manejo, protocolos, legislación y resolución de conflictos, mediante una tarea de capacitación, investigativa, de atención de consultas, análisis, prevención, asesoría y prestación de sugerencias, recomendaciones y consejos, teniendo en cuenta los derechos y deberes de cada ser de la especie humana relacionado con los fines del Comité, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad con la generaciones futuras, a la luz de valores y principios éticos y bioéticos, todo en pro de una cultura continuada de la prevención.

En definitiva, la proyección de estos en el contexto nacional e internacional es debida a la integralidad, cohesión y aplicabilidad del enfoque con que se está capacitando y trabajando con el personal de salud y representantes de la comunidad, para realizar una tarea educativa intensa, extensa y profunda, en ética y bioética dentro del medio hospitalario.

El Hospital General de Medellín, tiene regulado su Comité mediante resolución 381 G del 24 de octubre del 2005 y de conformidad con lo dispuesto en el 1757 de 1994, los comités de ética hospitalaria...”deben cumplir las funciones establecidas en dicha norma, las cuáles giran en torno al cumplimiento de los derechos y

obligaciones de los pacientes y al mejoramiento de la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

El Hospital General de Medellín Luz castro de Gutiérrez, tiene como banderas centrales además, identificar una cultura de la seguridad del paciente, direccionada hacia una cultura gestión de procesos, una gestión cultural y un direccionamiento de la gestión de procesos..una consolidación de instrumentos de verificación, hacia la verificación de estándares de calidad, lo que en términos propios se les llama, el fortalecimiento de una cultura de la calidad entre otros. Para ello detectamos como tiene definido un *marco de descripción de prácticas y procedimientos, de seguridad, salud ocupacional y medio ambiente definidos*...donde se contemplan unos procedimientos codificados, y previamente establecidos dentro de sus procesos de gestión de la calidad. Estos son:

1. Manejo Seguro de Sustancias Químicas

1.1. Mantener un inventario de las sustancias o productos químicos utilizados en el desarrollo de las actividades dentro del hospital y entregarlo al interventor. Para ello utilizar el formato del hospital pero de manera resumida.

1. 2. Coordinar con el área de salud ocupacional el control de los productos químicos que ya tienen un manejo dentro del inventario del hospital. Mantener disponibles en el lugar donde se encuentren estos productos las

Tarjetas de Emergencia u Hojas de Seguridad.

1. 3. Señalizar y rotular las áreas y los recipientes que contengan productos químicos.

1. 4 Revisar las condiciones de transporte de productos químicos solicitados por el contratista y dejar registro. Esta actividad se puede realizar en coordinación con los procedimientos establecidos por el hospital utilizando los formatos definidos.

1. 5No utilizar sustancias químicas peligrosas para actividades de limpieza o desinfección que atenten contra la salud y el medio ambiente.

1.6.Reportar cualquier incidente o accidente con estas sustancias o productos químicos al interventor y/o área de salud ocupacional.

1.7. Si utiliza cilindros de gas comprimido, estos deben estar asegurados contra caídas, con las válvulas protegidas con capucha, alejados de fuentes de calor, los vacíos separados de los llenos debidamente rotulados con esta condición de llenado, pictograma de peligrosidad y tarjeta de emergencia ubicada cerca de estos. Esta condición aplica para el almacenamiento, transporte y manipulación de estos.

1.6 Para complementar las condiciones de seguridad el contratista debe solicitar esta información al interventor y/o salud ocupacional.

1.7 Documentar prácticas de respuesta ante emergencias con sustancias químicas coherentes con las prácticas definidas en el hospital dentro del plan de contingencias o demostrar el conocimiento de los procedimientos del hospital (Fugas de gas, derrames de sustancias o combustibles, intoxicación alimentaria).

2. Control de Vertimientos

2.1 El objetivo es minimizar el impacto ambiental al recurso hídrico a través del cumplimiento de la normatividad ambiental vigente y de los procedimientos establecidos en el hospital.

3. 2 Todo contratista que genere aguas residuales de lavado en sus procesos debe verificar la existencia de trampas de grasas en la zona donde se encuentra o de lo contrario debe responsabilizarse de su instalación.

2.3 Si se instalan trampas de grasa temporales, estas deben contar con un procedimiento documentado para la limpieza y desinfección periódicas con el objeto de evitar olores ofensivos y pérdidas de eficiencia en la remoción.

2.4 Todo contratista debe utilizar detergentes o agentes de limpieza con alto nivel de biodegradabilidad, mantener disponible la ficha técnica y tarjeta de emergencia del producto y enviar copia al interventor y/o área de salud ocupacional.

2.5 Los vertimientos generados se deben caracterizar con el fin de comparar con los límites permisibles de la legislación sin importar si estos van al desagüe, o son manejados como residuos o aún teniendo trampa de grasas.

2.6 Si los residuos caracterizados superan los límites legales permisibles, el contratista debe establecer los controles necesarios para ajustarse a la norma legal

3.0 Orden y Aseo.

Esta práctica tiene el propósito de minimizar los incidentes y accidentes, la contaminación visual y mejorar la productividad.

3.1 Todo contratista recibe inducción sobre la metodología utilizada en el hospital a la cual deberá acogerse en el área donde desarrolle sus actividades.

3.2 Los contratistas serán evaluados periódicamente, según sea la duración del contrato y se retroalimentarán sobre las condiciones a mejorar

4.0 Uso de recursos

4.1 Esta práctica tiene el objetivo de fomentar la protección de los recursos naturales a través de un uso racional de estos.

4.2 Cualquiera que sea el recurso natural que utilice el contratista, este debe demostrar la adquisición legal de estos y un control sobre los proveedores a través de la exigencia del cumplimiento de requisitos legales en relación a licencias y permisos de explotación de los recursos y calidad de estos (madera, agregados, productos químicos, combustibles, energía y agua, entre otros).

4.3 Llevar un registro sobre las cantidades de recursos adquiridos y/o consumidos y de la calidad de estos en el caso de combustibles.

4.4 Evaluar los consumos identificando desviaciones con respecto al uso racional de estos y tomar los correctivos necesarios.

4.5 Todo contratista debe sensibilizar periódicamente a sus empleados con respecto a las normas internas del hospital para el uso eficiente de los recursos que se requieran para ejecutar las actividades objeto del contrato

5.0 Elementos de protección personal

5.1 Todo contratista debe garantizar el uso de los elementos de protección personal adecuados, en función del riesgo según la actividad que esté desarrollando, la comodidad, eficacia y durabilidad de estos.

5.2 Deben conservar registro de la entrega de estos con la debida inducción sobre su uso y mantenimiento.

5.3 Periódicamente se evaluará en el lugar de trabajo el uso adecuado de estos elementos.

5.4 Se deben tener criterios de reposición oportuna y en ningún momento se permitirá laborar sin la protección requerida.

5.5 El suministro y reposición de estos puede ser coordinado con el área de salud ocupacional del hospital según el tipo de contratista

6.0 Trabajos de alto riesgo

6.1 Cualquier contratista que requiera ejecutar actividades de alto riesgo como el trabajo en alturas, en espacios confinados, energías peligrosas y trabajos en caliente, debe aplicar la norma interna del hospital exigida para la ejecución de este tipo de trabajos, la cual requiere la expedición de permisos específicos según el tipo de actividad.

6.2. El conocimiento de esta norma se obtiene a través del interventor y/o área de salud ocupacional

7.0 Inspecciones de seguridad

7.1 El contratista, según aplique en cuanto al tipo y duración del contrato, deberá tener una metodología propia para la realización de inspecciones periódicas encaminadas a identificar condiciones y actos inseguros en el área donde se desempeña la actividad.

7.2 Debe tomar correctivos inmediatos sobre las desviaciones encontrada

7.3 Debe enviar copia del chequeo y de los correctivos tomados al interventor y/o salud ocupacional, a más tardar al día siguiente de su ejecución

8.0 Estándares de seguridad

8.1 Los contratistas deben tener identificadas las actividades críticas en cuanto su peligrosidad y elaborar el análisis del riesgo de esta operación.

8.2 Con base en el análisis anterior deben elaborar y difundir estándares respectivos sobre la forma segura de ejecutar las actividades, a las personas responsables de su realización.

9.0 Accidentes de trabajo

9.1 Los contratistas deben tener una metodología establecida para el reporte e investigación de incidentes y accidentes que se presenten con sus trabajadores, bajo los lineamientos de la resolución 1401 de 2007.

9.2 Para el reporte e investigación se puede optar por aplicar la metodología interna del hospital para lo cual se hace necesario el conocimiento de los lineamientos y del mecanismo de reporte

10.0 Comité Paritario de Salud Ocupacional

10.1 Los contratistas deben cumplir con el requisito de tener dentro de su organización un comité paritario de salud ocupacional o un vigía de I salud ocupacional, según aplique de acuerdo con la legislación vigente.

10.2 En su defecto puede solicitar la participación en el Copaso del hospital, como invitado permanente para lo cual deberá nombrar uno o dos representantes con el objeto de manejar la seguridad de manera integral, mientras se encuentra desarrollando las actividades al interior del hospital.

10.3 Lo anterior está supeditado a la cantidad de contratistas que decidan acogerse a esta alternativa ya que por funcionalidad, se tiene un límite máximo de invitado y su aceptación o no deberá ser aprobada por el área de salud ocupacional.

10.4 En caso de optar por esta opción deberá conservar copia de las actas donde se avala su participación y aporte.

10.5 Aunque no es oficialmente miembro del Copaso deberá ejercer las actividades propias de este grupo.

11 Emergencias

11.1 Todos los contratistas deberán conocer el plan de contingencias que tiene el hospital para atender eventos de emergencia tanto de origen interno como externo.

11.2 Los empleados de contratistas deben recibir sensibilización sobre las normas mínimas que deben cumplir en caso de presentarse una emergencia y sobre la forma como deben actuar durante esta.

11.3 Deben tener claridad sobre las rutas de evacuación, las salidas de emergencia, los puntos de encuentro y conocimiento de los distintivos que diferencian al personal entrenado de la estructura orgánica del plan de respuesta ante emergencias

12. Señalización y demarcación

12.1 Cada vez que aplique, el contratista deberá utilizar señales de advertencia de peligros y de normatividad en seguridad y medio ambiente a cumplir por sus trabajadores o cualquier persona que ingrese al área donde se desarrollan las actividades.

12.2 Igualmente deberá demarcar áreas de circulación, almacenamiento, operación de equipos y otras que se consideren necesarias para la seguridad de las personas

13. Mantenimiento preventivo y correctivo

13.1 Según aplique, el contratista deberá tener un plan de mantenimiento para máquinas, equipos, herramientas, dispositivos de control de contaminación, recursos de atención de emergencias y demás elementos que la requieran y que se utilicen dentro del área de ejecución del objeto

Hospital General de Medellín, atención excelente y calidad de vida del contrato, con el propósito de prevenir consecuencias que podrían resultar del uso inadecuado y en mal estado de cualquier elemento de trabajo.

13.2 Se deben conservar los registros de ejecución de este plan

13.3 Deberá demostrar análisis de esta información y los resultados y acciones de este análisis.

14. Trabajos nocturnos

14.1 Cuando sea necesario realizar trabajos en jornada nocturna, el contratista debe identificar, evaluar y difundir los peligros, los tipos de emergencias, y demás disposiciones de seguridad y salud ocupacional para los trabajos a realizar en horas de la noche

14.2 A los trabajadores que se asignen a trabajos nocturnos se les debe evaluar su estado de salud gratuitamente y asesorarlos sobre la manera de evitar problemas de salud relacionados con su trabajo, antes de su asignación al trabajo nocturno a intervalos regulares durante tal asignación y, en caso de que padezcan durante tal asignación problemas de salud que no se deban a factores ajenos al trabajo nocturno.

15. REQUISITOS ADICIONALES

Programa de Seguridad, Salud Ocupacional y cronograma de actividades

15.1 A criterio del área de salud ocupacional, se podrá solicitar un programa de salud ocupacional y el respectivo cronograma de actividades, para lo cual se tendrá en cuenta si la duración del contrato es considerablemente largo, el tamaño del contratista en cuanto al número de empleados y de máquinas, equipos y herramientas a utilizar en la ejecución de actividades del contrato

15.2 En caso de aplicar este requisito, se verificará su coherencia con las exigencias de la resolución 1016 de 1989

15.3 El plan debe contener los procedimientos usuales así como las propuestas para mejorar el manejo de residuos.

15.4 El plan debe enfocar principalmente los residuos infecciosos (el área más problemática).

15.5 El plan debe ser preparado por la persona o comité responsable de la vigilancia del manejo de residuos.

15.6 El plan debe precisar las responsabilidades individuales para todos los procedimientos.

15.7 El plan final debe ser aprobado por el administrador de la organización responsable del planeamiento.

15.8 El plan debe ser actualizado regularmente.

15.9 implantación del plan de manejo.

15.10 Seguimiento y evaluación.

15.11 El plan de manejo de residuos debe considerar asimismo un plan de emergencia para accidentes, el cual debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

15.11.1 Avisar al personal de seguridad.

15.11.2 Aislar el área del accidente.

15.11.3 Notificar a la autoridad.

15.11.4 Identificar a la persona responsable.

15.11.5 Identificar el producto.

15.11.6 Utilizar equipo de protección personal.

15.11.7 Preparar e implementar plan de acción.

15.12 Plan de implementación:

15.12.1 Descontaminación del área.

15.12.2 Disposición de los residuos de limpieza.

15.12.3 Documentos del evento.

15.12.4 Control.

4.1 PROPUESTA DE GESTIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El Programa de Medio Ambiente Hospitalario surge de la necesidad de contar con una organización fortalecida y una administración dinámica que responda oportunamente a las necesidades del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez, en materia ambiental encontramos que a lo largo de los

últimos años de trabajo en HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez de Medellín, se han desarrollando políticas y acciones encaminadas a un desarrollo sustentable, con la finalidad de proporcionar a la comunidad trabajadora y usuaria una mayor calidad de vida, así como mitigar todas aquellas actividades de riesgo que puedan ocasionar contaminación a la atmósfera, cuerpos de agua a través de descargas de agua residuales y generación de residuos peligrosos, producto de las actividades asistenciales de la Institución Hospitalaria, todo ello atendiendo la normatividad ambiental aplicable.

La capacitación y sensibilización del personal ha representado una herramienta de suma importancia para el desarrollo del Programa, ya que a través de ella se ha buscado modificar patrones de conducta establecidos y generar cambios de actitud en beneficio de una mayor calidad ambiental y que en la actualidad se ha logrado fomentar una cultura de uso aprovechamiento de recursos con bajo impacto ambiental. . Anexando al anterior vademécum de acciones contempladas en el capítulo 3, es necesario trazar un plan de gestión cultural que incremente acciones como se puede visualizar a continuación.

II. MARCO IDEOLÓGICO.

Misión

El desarrollo de una cultura de protección al medio ambiente Institucional, que mejore la calidad de vida de los trabajadores y prestadores de servicio, dando énfasis a la disposición adecuada de residuos peligrosos, control de gases contaminantes y aguas residuales, así como la aplicación de programas de educación ambiental y de mitigación de partículas sólidas suspendidas, bajo los estándares de la normatividad aplicable.

Visión

Constituirse como una unidad administrativa que vigile la aplicación de la normatividad ambiental tanto Departamental, nacional, como local, promueva el desarrollo y acciones institucionales para propiciar un ambiente saludable en el ámbito Institucional y del entorno.

Valores Institucionales

Para el cumplimiento de la Misión y alcanzar la Visión requerida serán necesarios esfuerzos a mediano y largo plazo, guiados y apoyados por los niveles directivos, mediante un trabajo constante y de colaboración de la población trabajadora, fomentando en forma sistemática valores institucionales, bajo un enfoque de gestión de la calidad:

Corresponsabilidad:

Responsabilidad compartida de los individuos sobre las acciones emprendidas en beneficio de propios y de la ciudad de Medellín en General con la ciudadanía y las demás entidades que la representan en materia de salubridad y medio ambiente.

Liderazgo

Proceso que ayuda a dirigir y movilizar personas y/o ideas. Influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a la consecución de un objeto.

Mejora continua:

Mediante el sistema Gestión de la calidad Institucional del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, se medirá y analizará los resultados del Programa, con el fin de mejorarlos de forma permanente para cumplir con los objetivos propuestos.

Profesionalismo y compromiso:

Desarrollar el quehacer cotidiano con nuestros mejores elementos técnicos y humanísticos así como con el compromiso del desarrollo y del desempeño.

Trabajo en equipo:

La participación y el compromiso de todos los niveles jerárquicos en la resolución de problemas y toma de decisiones, con la finalidad de obtener resultados y soluciones cada vez de mayor calidad, en forma oportuna en beneficio de la Institución y de los servicios otorgados.

Filosofía:

Crear una cultura de sustentabilidad ambiental donde los efectos producidos por el manejo de sus residuos quirúrgicos y la apropiación y uso de insumos, genere bienestar en relación a la salud humana y medio ambiente hospitalario, asimismo mitigar daños que puedan ocasionar impactos negativos.

III. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El análisis estratégico es un diagnóstico que realiza una exploración externa para identificar los cambios que vienen (oportunidades y amenazas) y un examen interno para establecer qué capacidad tiene la Institución para hacerles frente (fortalezas y debilidades) y sobre esta base definir las estrategias que conviene seguir.

Análisis Estratégico del Programa.

Resistencia al cambio, poca participación y compromiso de algunos grupos de la población trabajadora en la aplicación de acciones en materia ambiental.

Falta de comunicación y/o coordinación entre áreas operativas y normativas para en cumplimiento de objetivos.

Participación y compromiso limitado de autoridades en la implementación de estrategias que involucren a varias áreas de la Institución.

Poca participación del personal en cursos de capacitación y sensibilización.

Participación y compromiso limitado de los miembros del GSSO (Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional)

Falta de capacitación extramuros de los técnicos en materia ambiental de la Institución.

Participación dinámica de la mayoría de la población Trabajadora en las campañas de mejora ambiental.

Convenios con Dependencias Externas para la realización de talleres, conferencias y cursos de capacitación.

Disponibilidad y actitud proactiva del personal técnico para recibir cursos de capacitación, fuera de horarios laborales establecidos.

Cumplimiento cabal del Reglamento sobre Consumo de tabaco a nivel externo de la Institución.

1. Programa de capacitación ambiental y comunicación de riesgos.
2. Financiamiento para la gestión ambiental.
3. Espacios libres de partículas sólidas suspendidas
4. Manejo Integral de Residuos quirúrgicos Hospitalarios.

Modificaciones en el Marco Jurídico Institucional que influya directamente en el manejo actual en materia ambiental.

Establecer y difundir políticas, acciones y lineamientos ambientales, que se apliquen en procesos operativos y toma de decisiones en la Institución, con la finalidad de promover una cultura de co responsabilidad ambiental en la población trabajadora, que contribuya al uso responsable y eficiente de los recursos materiales y financieros.

IV. TABLA DE ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados se propone el desarrollo de las siguientes estrategias en el Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez:

V. PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Objetivo General

Anexo a los Procedimientos muy claramente definidos anteriormente, pretendemos implementar un Plan cultural de prevención y mitigación de riesgos ambientales en materia de disposición final de Desechos Quirúrgicos, que refuerce y dé continuidad a los procedimientos definidos e incluya factores que inciden directamente sobre la salud y medio ambiente hospitalario.

Estrategias propuestas

Cambio de líneas de autoridad, políticas o estrategias coyunturales que propicien retraso en la implementación de acciones Institucionales.

Recortes presupuestales que limiten la compra de insumos y servicios.

Riesgo de no estar acorde con el cambio tecnológico.

Difusión de políticas, acciones y lineamientos ambientales, que se aplicando, con la finalidad de promover una cultura de responsabilidad ambiental en la población trabajadora.

Apoyo incondicional de la alta gerencia de la institución de las decisiones que se consensuan. Hospitalario.

Fomento al uso racional de agua y energéticos.

Constitución de Comité de Protección Civil en acciones que coadyuven a mitigar riesgos en caso de contingencias ambientales cuya acción esté ligada al GSSO.

Alianzas estratégicas con Instituciones externas.

Programa de capacitación ambiental y comunicación de riesgos.

Sinergia con el equipo de Protección Civil para el fomento de una cultura organizacional para el control de amenazas medio ambientales e imprevistos en contaminación de áreas de acceso limitado.

Actividades de comunicación social para mejorar el medio ambiente.

Financiamiento para la gestión ambiental.

Búsqueda de recursos a través de organismos internacionales.

Espacios libres de partículas sólidas suspendidas.

Espacio libre de humo de tabaco.

Manejo Integral de Residuos Hospitalarios.

Plan de Manejo de Residuos Hospitalarios.

Manejo de fármacos caducos no controlados.

Alianzas estratégicas Institucionales externas.

Alianzas con MINSALUD, METROSALUD Medellín, Ministerio del medio ambiente, Secretaría del Medio ambiente de Medellín

Centro de investigaciones Biológicas CIB-UDEA y CIU-UdeA

Otras Instituciones Prestadoras de servicios de salud de la ciudad y del país.

Objetivos Específicos

Fomentar una cultura sustentable de apropiación responsable de los recursos que cotidianamente son utilizados en las diferentes áreas que componen el Hospital General de Medellín, donde la educación no formal cumpla un papel desencadenante y decidido en cambios de actitud hacia el medio ambiente hospitalario.

Proporcionar los elementos necesarios para lograr ser un hospital ambientalmente sustentable.

Generar oportunidades innovadoras respaldadas en el avance científico, con nuevas tecnologías, con bajos costos y alto grado de seguridad y eficiencia..

Síntesis y escenarios del análisis organizacional.

Implementar el desarrollo del Programa Medio Ambiente Hospitalario en el Hospital General de Medellín, que permita cumplir de manera relevante la implementación de acciones para dar cumplimiento al marco jurídico actual en materia de residuos peligrosos; control de gases atmosféricos, descargas de aguas residuales, en el fomento de una cultura ambiental dirigida a sensibilizar a la población trabajadora y usuaria en el uso racional de los recursos en beneficio de nuestro entorno.

Sin embargo, existen actividades por realizar principalmente en el campo de la planificación y toma de decisiones donde, será necesario trabajar

sistemáticamente con un claro enfoque hacia la innovación y aplicación de nuevas técnicas ambientales para lograr que la Institución sea considerada sustentable; la capacitación y la participación de todos los actores será un requisito indispensable para lograrlo.

Límites del Programa

Límites de tiempo:

Este Programa se plantea que se realice en forma permanente, sin embargo las metas propuestas deberán ser atendidas en los ejercicios 2010- 2011, con la finalidad de que a mediano corto se planteen nuevas áreas de oportunidad.

Límites de espacio:

Las Direcciones de Administración, Médica, Investigación y el comité de protección civil a constituirse dentro de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional GSSO, serán las áreas internas involucradas en el desarrollo de este Programa, ya que los vasos comunicantes exigen un esfuerzo conjunto para la resolución de problemas.

Universo de Trabajo:

Constituido por los trabajadores de los distintos turnos, en especial aquellos que tienen directo contacto con materias primas, insumos, instrumentación, excedentes y residuos sólidos y líquidos, asimismo públicos usuarios (pacientes y familiares) que asiste a los servicios, visitantes y proveedores donde se calcula una afluencia diaria de muy representativa.

Actividades a implementar:

Supervisión del Manejo de los RQH en áreas generadoras (Hospitalización e Investigación).

Asesoría técnica en el manejo de RQH de acuerdo a las normas pre establecidas

Capacitación sobre el Manejo de RQH dirigidas a personal Médico, Paramédico e Investigadores.

Asesoría técnica para la elaboración de Reportes Semestrales, enviados para su registro a la Gerencia General y a la Dirección administrativa del Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez.

Reposición de carteles de señalización para la separación de residuos. Biológico Infecciosos Reporte mensual de incidencias en mezcla de residuos, a la Dirección Médica y áreas involucradas.

Supervisión del manejo integral de residuos

Asesoría Técnica en la elaboración de Actas de Hechos para la disposición de Fármacos Caducos no Controlados peligrosos del tipo químico

Pláticas de capacitación sobre el Manejo de Sustancias Químicas, en coordinación con el Comité de Protección Civil a crearse.

Metas Manejo de Residuos Peligrosos del Tipo Químico

Seguimiento al Programa Farmacéutico.

Seguimiento y evaluación del Programa “No basta con tirarla, hay que separarla”, en cumplimiento a los decretos establecidos para el manejo de de Residuos Sólidos.

Capacitación sobre manejo y disposición de residuos sólidos municipales.

Gestionar ante la MINSALUD la realización de conferencias informativas sobre beneficios y sanciones económicas por incumplimiento a la Ley de Residuos Sólidos Municipales.

Solicitar el apoyo los comités, proveedores y restaurantes dentro de la Institución para el cumplimiento de Ley de Residuos Sólidos

En coordinación con el programa de GSSO, establecer un programa de recolección externa de residuos orgánicos e inorgánicos.

Capacitar a Supervisores de Limpieza sobre el manejo adecuado de residuos municipales, con la carga.

Fomento al aprovechamiento de materiales susceptibles de para lograr una disminución de la generación de desechos.

Plan de Manejo Integral de Residuos Hospitalarios

Elaboración de un Plan de Manejo Integral de residuos Hospitalarios, que será el rector del manejo de los desechos generados en la Institución.

Supervisión a la ley de Consumo de Tabaco Seguimiento al programa anual de la Clínica Contra el Tabaquismo.

Instalación de un Comité de Vigilancia para el Cumplimiento del Reglamento Sobre

Consumo de Tabaco.

Edificios Libres de Humo de Tabaco

Organización de eventos para los festejos del “Día Mundial Sin Tabaco”

Fomentar la compra de artículos “verdes” cuya característica de fabricación es evitar impactos negativos al medio ambiente

Fomentar el uso y manejo responsable de agua y energía, proponiendo dispositivos ahorradores y acciones de capacitación que permitan sensibilizar a la población trabajadora para un uso eficiente.

Fomento al Ahorro Instalar y dar seguimiento a una Comisión de vigilancia de ahorro de agua y energía, en diferentes turnos laborales.

Supervisión del control de fauna nociva, así como plagas en áreas verdes.

En coordinación con la Subdirección de Servicios Generales elaboración de propuestas en las bases de licitación para los servicios de Limpieza, Vigilancia, Fumigación y Transporte Externo de los RQ.

Evaluación técnica en la Licitación de la documentación presentada por las empresas concursantes para el servicio de Fumigación y Transporte externo de los RQ H.

Servicio control de Limpieza

Recorridos de supervisión para verificar el servicio de Limpieza en las áreas de atención médica, asimismo la elaboración de reportes.

Elaboración del Suplemento Ambiental

Fomentar y gestionar la donación de materiales educativos en el área ambiental para su difusión en la Institución.

Gestionar en la Secretaría del Medio ambiente Municipal el préstamo de Campañas y exposiciones relacionadas con la educación y la cultura del medio ambiente y la Educación Ambiental

Gestionar ante instancias externas especializadas la impartición de cursos, pláticas y talleres ambientales que aporten conocimientos y habilidades entre trabajadores y público usuario.

Denominación Metas

Formar un grupo interdisciplinario que realice un efecto multiplicador en materia ambiental, (se contempla la participación del área de Trabajo Social y Escolaridad), entre público usuario y trabajadores.

Informe sobre Morbilidad en el Hospital General de Medellín

Enviar mensualmente información sobre Morbilidad Infantil

Emergencias Ambientales de la Dirección General de Salud Ambiental de Metrosalud.

La innovación:

Rediseñar y adecuar lineamientos Técnicos para la gestión de la Licencia Ambiental Única.

Rediseñar y adecuar lineamientos Técnicos para la gestión de la cultura Ambiental

Instalar una Comisión Coordinadora encargada del seguimiento y evaluación de las acciones del Plan aquí propuesto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Analizados cualitativamente los resultados de las diferentes variables de la encuesta, se concluye que el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios en el Hospital General de Medellín, corresponde a una problemática que, aunque debe ser resuelta en forma integral y adecuada a las condiciones tecnológicas y legales del Hospital, requieren un direccionamiento estratégico para implantar la cultura organizacional en torno a la bioseguridad, como política de calidad interna..

En síntesis, el Modelo Cultural manejo de desechos quirúrgicos hospitalarios en el Hospital General de Medellín requiere de los siguientes pasos que podrán ayudar a los planificadores de programas (Coordinadores de centros) a conducir el diseño de los programas en forma sistemática, permitiéndoles la reflexión de cada uno de los componentes que se incluirán en el diseño de las intervenciones y facilitándoles el proceso de toma de decisiones:

Identificar el grupo objetivo:

Los funcionarios y la etapa de desarrollo profesional en que se encuentran. Al aplicar el modelo se recomienda que los planificadores de programas identifiquen, en primer lugar, las etapas específicas y el desarrollo profesional de los funcionarios con los que trabajarán; además, que determinen las necesidades establecidas y los objetivos de los diferentes individuos implicados. Cabe destacar que las necesidades frecuentemente denominadas “urgentes” son desde siempre las que están relacionadas con el cambio conductual para el manejo de los desechos quirúrgicos. se recomienda concentrarse en la construcción de los puntos fuertes y las conductas positivas de estos grupos de profesionales. En investigaciones recientes se demuestra que si se adopta un enfoque positivo al promover las habilidades y cualidades, en lugar de prevenir las carencias, existe una mayor probabilidad de atraer el interés y la participación de los funcionarios.

Por estas razones, se sugiere que los planificadores de programas centren sus esfuerzos en lograr intervenciones tempranas dirigidas a estos grupos, así, no muestren signos evidentes de conductas negativas que comprometan el manejo de los desechos quirúrgicos

Identificar las necesidades y deseos de los funcionarios:

Las necesidades y deseos que detectamos de los funcionarios varían de acuerdo con las diferentes etapas de desarrollo personal y profesional. Sin embargo, la concienciación y el entendimiento de las necesidades y los deseos de las mujeres y los hombres, dentro del contexto cultural de la comunidad hospitalaria en sí misma, son cruciales para el desarrollo de intervenciones en el manejo cultural de los desechos de manera eficaz. Debido a que los valores sociales y culturales varían entre las comunidades, el conocimiento de las necesidades y los deseos de la población de funcionarios generalmente se producen a través de la organización de pequeños grupos de enfoque entre la población objetivo.

Identificar el nivel de intervención:

Los funcionarios viven y trabajan en un entorno complejo, de múltiples niveles de influencia de las conductas relacionadas con los demás: individual, interpersonal, institucional u organizativo, comunitario y de políticas públicas. Dado que el conjunto de investigaciones se amplía sobre la base de que el cambio de conducta favorable se logra de mejor manera si se proveen aportes desde varios niveles para apoyar y reforzar este cambio de manera sinérgica, se recomienda que las intervenciones que alientan un cambio cultural positivo se incorporen en cada nivel ecológico en vez de centrarse exclusivamente en el cambio de la conducta individual, cobra importancia el generar conciencia colectiva.

Identificar las necesidades y los deseos de otros:

En un enfoque de varios niveles, se deberán tener en cuenta las necesidades y los deseos de todos los funcionarios del Hospital relacionados con el tema y de otros que participen en la promoción de mejores actitudes conductuales, con el fin de asegurar el apoyo activo de este y la participación en las intervenciones y programas creados. Puesto que los miembros de este grupo se relacionan con los demás cada uno aportará perspectivas únicas para el proceso de planificación. Por otra parte, podrían aumentar las posibilidades de intervenciones significativas y apropiadas que estimulen un mayor interés y compromiso.

Identificar las teorías que apoyarán el diseño de la intervención en el manejo cultural de los desechos quirúrgicos:

Se propone que se seleccione al menos una teoría en cada nivel ecológico para guiar el diseño de las intervenciones. Antes de seleccionar los marcos teóricos, compuestos idealmente de teorías escogidas a partir de los diferentes niveles ecológicos, los planificadores de programas necesitarán utilizar un enfoque psicológico orientado al problema.

Traducción de la teoría a la práctica:

La selección de teorías significativas para tratar una conducta específica de los funcionarios o un desafío (por ej., la adopción de hábitos responsables y razonables en el uso de los implementos de recolección) ayudará a identificar, en cada nivel ecológico, los grupos de factores determinantes (actitudes, normas subjetivas, elección de modelos, estrategias para enfrentar problemas, pobreza, leyes locales) y de conductas (conductas de los profesionales frente al manejo del desecho quirúrgico) que promueven y comprometen el Hospital.

El desafío está en traducir esos constructos teóricos en variables conmensurables antes de la intervención, de manera que los cambios que propones, puedan medirse luego de la intervención. De este modo, las intervenciones seguirán un diseño lógico que incluya el análisis y la evaluación, uno de los elementos claves en el desarrollo de las intervenciones y los programas eficaces sobre el manejo cultural de los desechos quirúrgicos. Las teorías seleccionadas también contribuirán al diseño de las intervenciones en cada nivel ecológico, con el fin de disminuir la cantidad de factores determinantes y conductas que comprometen la cultura en el manejo de los desechos y de aumentar, una vez que la intervención se haya aplicado, la cantidad de factores determinantes y conductas que promueven un buen manejo. A pesar de que el objetivo final en cada nivel sea la adopción y el sostenimiento de conductas que promuevan el manejo entre los funcionarios y el cambio de conductas que la comprometan, el proceso para lograrlo podría requerir, como primera medida, la identificación de los factores determinantes de las conductas (actitudes), que luego servirán como indicadores del proceso conmensurable antes de obtener los cambios en los indicadores de los resultados (conducta final).

En el modelo proponemos no solo la identificación de los factores determinantes y las conductas específicas de los funcionarios (actitudes en cuanto al manejo de los desechos, las habilidades de resistencia ante la posibilidad de manejo) sino también la promoción del fortalecimiento de las capacidades de desarrollo apropiadamente calculadas para los diferentes funcionarios con intervenciones que, a su vez, fortalecerán sus habilidades para tomar decisiones conscientes, como lo son:

- Mejorar el control del estado anímico
- Controlar la manifestación de emociones
- Analizar críticamente los modelos que conllevan a la adquisición de hábitos irresponsables o excesivos en el manejo de los desechos, entre otros.

Cuando se hace referencia a los procedimientos básicos culturales en cada una de las etapas del manejo de los residuos quirúrgicos hospitalarios, existen unos elementos básicos que se destacan y brindan un marco completo sobre el que los planificadores de programas (culturales para el manejo de desechos quirúrgicos) podrán desarrollar un conjunto de intervenciones que ayuden a los funcionarios a mantener conductas y estilos de vida saludables.

Encontramos que el enfoque de la cultura en el manejo de los desechos quirúrgicos por parte de la población de funcionarios del Hospital General de Medellín describe un amplio rango de factores y condiciones que tienen una fuerte influencia en su manejo, y se identifican de la siguiente manera:

- Ingresos y clase social
- Redes de apoyo social
- Educación y alfabetización
- Empoderamiento en su empleo y condiciones laborales
- Entorno social; entorno físico
- Prácticas personales de la salud
- Capacidad para enfrentar problemas
- Desarrollo saludable y perjudicial
- Composición genética y biológica
- Disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios
- Sexo;
- Características culturales.

Los factores determinantes en la conducta que afectan el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios: son las condiciones y circunstancias que influyen en las conductas de las personas que, a su vez, afectan el entorno laboral. Dentro del

marco de las teorías del cambio conductual, estos constan de una serie de constructos teóricos que predicen la conducta (por ej., las actitudes, los beneficios percibidos, las intenciones, las normas subjetivas). Estas condiciones o factores determinantes de la conducta pueden identificarse en los cuatro niveles ecológicos: individual (por ej., las actitudes), interpersonal (por ej., los modelos), comunitario (por ej., empoderamiento de la gente) y de políticas (por ej., las políticas públicas). Los factores determinantes se pueden expresar como variables, pueden medirse y modificarse, y pueden servir como indicadores de progreso hacia el cambio de conducta de los funcionarios hacia el entorno del Hospital.

Los factores determinantes que promueven el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios: son aquellos, en diferentes niveles de la intervención, que facilitan la adopción de conductas personales saludables (por ej., las actitudes positivas hacia el uso adecuado de los recipientes, los modelos positivos, la participación decisiva y de servicio de los funcionarios en las campañas de prevención en el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios, las políticas efectivas que permitan el acceso a los programas). Así, como las fortalezas del desarrollo, son factores determinantes en la promoción del manejo conductual de los desechos quirúrgicos.

Los factores determinantes que comprometen el manejo de los desechos quirúrgicos hospitalarios: son aquellos que facilitan la adopción de conductas perjudiciales (por ej., las actitudes negativas hacia el uso inadecuado de los elementos protección, los modelos que alientan el manejo de los desechos sin una protección adecuada, la falta de apoyo social y de redes sociales, las políticas internas que restringen o merman presupuestos para tal fin). Los factores de riesgo son factores determinantes que comprometen el manejo de los desechos quirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA

Antropología cultural. Harris m. Alianza. 1990.

Bioética y responsabilidad científica. Dr. Jean Dausset. Rev. Med. Y Soc. 1997.

Bioética. Temas y Perspectivas. Dr. J. Mainetti. Fundación Mainetti. 1997.

C E P I S/O P S/O M S. Guía para el manejo interno de residuos sólidos en centros de atención de salud. 2 ed. Lima, 1996.

CALLON, M. (1995), "Technological Conception and Adoption Network: Lessons for the CTA Practitioner", En: Rip, A., T. Misa y J. Schot (eds.), *Managing Technology in Society*, Londres: Pinter.

Códigos de ética. Informes por INTERNET.

CUELLO, C. Y DURBIN, P. (1993), "Desarrollo sostenible y filosofía de la tecnología", En: *Estudios sobre tecnología, ecología y filosofía*, Jornadas sobre tecnología y ecología de la VII Biennial of society for philosophy and technology, celebradas en Peñíscola, Mayo de 1993.

CUTCLIFFE, S. (1990), "CTS: Un campo interdisciplinar: En: Medina, Manuel, y Sanmartín, J., *Ciencia, tecnología y sociedad, Estudios interdisciplinarios en la universidad, en la educación y en la gestión pública*, Barcelona: Anthropos.

FOUNTOWICZ, S. Y RAVETZ, J. (1997), "Problemas ambientales, ciencia post-normal y comunidades de evaluadores extendidas", En: González, et al, *Ciencia, Tecnología y Sociedad*, Barcelona: Ariel.

Funciones de los comités hospitalarios de (BIO) ÉTICA. Los CHE. Revista Ética y Salud vol. Nro. 3. 1996.

GIORDAN, A. Y SOUCHON, C. (1997), *La educación ambiental: guía práctica*, Sevilla: Diada.

GONZÁLEZ GARCÍA, M., LÓPEZ CEREZO, J.L. Y LUJÁN, J.L. (1996), *Ciencia, Tecnología y Sociedad: una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*, Madrid: Tecnos. Informe de consultoría. Ginebra, 1992.

JACOBS, M. (1991), *La economía verde. Medio ambiente, desarrollo sostenible y la política del futuro*, Barcelona: Icaria, 1997.

JONAS, H. (1979), *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona: Herder, 1995.

La crisis Bioética. Dr., j. Mainetti. Quirón 1990.

La ética médica culmina en la ética social. Carlos J. García Díaz. Edt. Sud. 1990.

Las nuevas realidades. Peter Drucker. Edit. Sudamericana 1990.

LÓPEZ CEREZO, J. A. (2000), "Qué es CTS", En: *Curso a distancia a través de Internet, Incorporación del enfoque Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS) en la educación secundaria*, Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura OEI, (En prensa).

MEADOWS, et. al., (1972), *The limits to growth*, Potomac: London.

MITCHAM, C. (1996), "Cuestiones éticas en ciencia y tecnología: análisis introductorio y bibliografía", En: González García, M., López Cerezo, J.A. y. Luján, J.L. *Ciencia, Tecnología y Sociedad: una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*, Madrid: Tecnos.

MORIN, E. (1999), *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*, Paris: UNESCO.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O M S / O P S). Manejo de desechos médicos en países en desarrollo.

OSORIO, C. (1999), *Socialización en Educación Ambiental, Módulo de Taller*, Santiago de Cali: Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca CVC.

PUIG ROVIRA, J. (1998), "Construcción dialógica de la personalidad moral", En: OEI, *Educación, valores y democracia*, Madrid: OEI.

PUIG, J. Y COROMINAS, J. (1990), *La ruta de la energía*, Barcelona: Anthropos.

REPERTORIO CIENTÍFICO

SANMARTÍN, J. (1993), "Tecnología y ecología: muchos problemas y unas pocas soluciones", En: *Estudios sobre tecnología, ecología y filosofía*, Jornadas sobre tecnología y ecología de la VII Biennial of society for philosophy and technology, celebradas en Peñíscola, Mayo de 1993.

Ser ético no es una moda. Gerhard Plernet. 1996.

SOSA, N. (1990), *Ética ecológica*, Madrid: Libertarias/Prodhufo, S. A.

VACCAREZZA, L. (1998), "Ciencia, tecnología y sociedad: el estado de la cuestión en América Latina, En: OEI, *Revista iberoamericana de educación, Ciencia, tecnología y sociedad ante la educación*, # 15, Septiembre-Diciembre

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Healthcare waste management handbook. A WHO guide for developing countries (Draft), 1997 .

ANEXOS

ANEXO A . ENCUESTA NO.1
MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS

Apreciado participante:

Somos estudiantes de postgrado de la Universidad de Medellín y actualmente cursamos Especialización en Alta Gerencia, necesitamos conocer de usted su opinión sobre algunos aspectos que nos permitan desarrollar actitudes positivas hacia la incorporación de una cultura ambiental generadora de bienestar en el manejo de los residuos quirúrgicos al interior y exterior del Hospital General de Medellín, que redunde en beneficio del sector salud y nos sirva como trabajo básico de investigación para optar al título de especialistas. La información aquí suministrada es de carácter confidencial.

Responda marcando con una **X**, la casilla correspondiente a su elección. Por favor marque solo una opción por pregunta.

I. ACTITUDES COMPORTAMENTALES SOBRE LOS DESECHOS QUIRÚRGICOS

¿En el Hospital General de Medellín los desechos quirúrgicos son separados en su lugar de origen?	Si	No	Otra Área
Esta operación se realiza en:	Cajas de cartón	Bolsas plásticas	Otros depósitos

De ser realizada en bolsas plásticas marque las características de las utilizadas en el Hospital General de Medellín:

Conoce usted el significado del color de las bolsas?	Si	No
--	----	----

Sabe usted que desechos se debe depositar en la bolsa de color:

Color Bolsa	Si	No
Rojo		
Verde		
Gris		
Negra		
Amarilla		
Transparente		

En alguna ocasión se le ha roto la bolsa?	Si	No
---	----	----

Las bolsas son fácilmente identificadas por estar debidamente rotuladas	Si	No
Los puntos de recepción de estas bolsas están debidamente identificados	Si	No

II. ASPECTOS CULTURALES SOBRE EL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL MANEJO DE LOS DESECHOS QUIRURGICOS

Recibe entrenamiento adecuado para trabajar en este procedimiento- servicio	Si	No
---	----	----

Usa uniforme completo, zapatos adecuados, con guantes, gorro incluido	Si	No
---	----	----

Les son realizados exámenes periódicos de salud (psicológicos y físicos)	Si	No
--	----	----

Se le ha aplicado algunas de las siguientes vacunas contra:

Tipo de Vacuna	Si	No
Tétano		
Fiebre Tifoidea		
Hepatitis B		
Influenza		

Tiene usted acceso al cuarto de Incineradores?	Si	No
--	----	----

Ha recibido entrenamiento para ello?	Si	No

III. CULTURA SOBRE EL MANEJO DE LOS DESECHOS QUIRURGICOS

Existe control de los desechos quirúrgicos generados por cama, por día, o por consulta en el Hospital General de Medellín

Área	Si	No
Cama		
Día		
Consulta General		

Antes de la disposición de los desechos líquidos o semisólidos se usa desinfectante para su descontaminación.	Si	No
---	----	----

Qué desinfectante es usado? _____

En qué proporción? _____

Los desechos corto punzantes biológicos infecciosos son etiquetados y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico	Si	No
---	----	----

IV. CULTURA DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO DE LOS DESECHOS

Se realiza en vehículos de tracción manual están diseñados y rotulados para este uso y fines pertinentes	Si	No
--	----	----

Se realiza en otros medios?	Si	No
-----------------------------	----	----

Si la respuesta es afirmativa por favor describa en que otros medios se realiza el transporte:

Se realiza en horarios que no comprometan visitas o procedimientos	Si	No
--	----	----

La ruta de transporte hacia el punto de almacenamiento temporal esta señalada en toda la estructura locativa	Si	No
--	----	----

V. CULTURA DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL

Se realiza en un punto cercano a las puertas de los quirófanos	Si	No
--	----	----

Considera usted que le almacenamiento temporal de los desechos quirúrgicos pueda estar realizándose en algún sitio inapropiado?	Si	No
---	----	----

Se realiza cerca de otras áreas, cuáles? _____

Estos puntos de recepción poseen:

Extintores debidamente identificados	Si	No
--------------------------------------	----	----

Pisos sellados e impermeables	Si	No
-------------------------------	----	----

Muro de contención	Si	No
--------------------	----	----

Letreros legibles de identificación	Si	No
-------------------------------------	----	----

El Hospital cuenta con:

Plan de contingencia para la manipulación y disposición final de los desechos quirúrgicos?	Si	No
--	----	----

Plan de emergencia	Si	No
--------------------	----	----

Programa de supervisión y entrenamiento para la manipulación y disposición final de los desechos quirúrgicos.	Si	No
---	----	----

Cuáles de estos son llevados a cabo _____

Nombre Encuestado:

Cargo

Fecha

Encuesta realizada por:

Le agradecemos por su colaboración!!!

ANEXO B. ENCUESTA NO.2
MANEJO Y DISPOSICIÓN DE DESECHOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS

Apreciado participante:

Somos estudiantes de postgrado de la Universidad de Medellín y actualmente cursamos Especialización en Alta Gerencia, necesitamos conocer de usted su opinión sobre algunos aspectos que nos permitan desarrollar actitudes positivas hacia la incorporación de una cultura ambiental generadora de bienestar en el manejo de los residuos quirúrgicos al interior y exterior del Hospital General de Medellín, que redunde en beneficio del sector salud y nos sirva como trabajo básico de investigación para optar al título de especialistas. La información aquí suministrada es de carácter confidencial.

Responda marcando con una **X**, la casilla correspondiente a su elección. Por favor marque solo una opción por pregunta.

I. CULTURA DE RECOLECCION Y TRANSPORTE EXTERNO

Los desechos quirúrgicos son compactados	Si	No
--	----	----

Los desechos quirúrgicos son colocados conjuntamente con:

Los desechos municipales	Si	No
--------------------------	----	----

Los desechos industriales	Si	No
---------------------------	----	----

En vertederos especializados para estos fines	Si	No
---	----	----

El transporte externo es realizado por:

Personal de servicio del Hospital	Si	No
-----------------------------------	----	----

Personal de empresa especializada	Si	No
-----------------------------------	----	----

El transporte externo se realiza en vehículo de carga y descarga mecanizada	Si	No
---	----	----

Este vehículo esta rotulado con el símbolo universal de riesgo biológico	Si	No
--	----	----

II. CULTURA AL TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS QUIRURGICOS

Antes de ser llevados para su disposición final los desechos quirúrgicos son desinfectados o esterilizados	Si	No
--	----	----

Si la respuesta es afirmativa la esterilización se realiza a través de:

Tipo Esterilización	Si	No
Desinfección química		
Esterilización térmica		
Radiación		
Incineración		

En el caso de muestras infecciosas de laboratorio, estas son esterilizadas en el lugar de origen	Si	No
--	----	----

Los desechos quirúrgicos peligrosos son sometidos a tratamiento específico antes de su disposición final	Si	No
--	----	----

En caso de respuesta afirmativa diga cuál (es) tratamiento (s) son utilizado (s):

Tipo Esterilización	Si	No

Autoclave		
Microondas		
Inactivación térmica		
Esterilización a gas		
Desinfección química		
Esterilización por radiación		
Plasma		

Finalmente nos gustaría saber si el Hospital cuenta con:

Plan de contingencia para la manipulación y disposición final de los desechos quirúrgicos?	Si	No
--	----	----

Plan de emergencia	Si	No
--------------------	----	----

Programa de supervisión y entrenamiento de qué???	Si	No
---	----	----

¿Cuáles de estos son llevados a cabo? _____

Nombre Encuestado:

Cargo

Fecha

Encuesta realizada por:

Le agradecemos por su colaboración!!!

ANEXO C. RESULTADO Y ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

Con base en la pregunta planteada se evidencia que el personal cuenta con el conocimiento, la capacidad y los medios los cuales permiten tener un manejo óptimo en los desechos quirúrgicos hospitalarios.

Se recomienda reforzar el conocimiento de los métodos, modos y tipos de empaque debido a los siguientes resultados:

Del personal encuestado solo el 41% no tiene un conocimiento claro sobre el tipo de desechos que debe de ser empacado de acuerdo el color de la bolsa plástica.

El 9% del persona ha tenido dificultades con la calidad de la bolsa plasta puesto que es se le ha roto lo que ha generado alerta de contaminación.

Al 15% del personal se le dificulta el manejo de la bolsa puesto que esta no se encuentra debidamente rotulada.

Los sitios de acopio de las bolsas plásticas no está debidamente identificados por esa razón al 14% del personal le es claro su lugar de depósito.

Del personal encuestado solo el 20% no ha recibido el entrenamiento adecuado para el manejo de los desechos quirúrgicos.

El 21% del personal no cuenta con la totalidad de los elementos que conforman el uniforme de trabajo para la manipulación de los desechos quirúrgicos.

El 34% del personal encuestado informa que no se han realizado las vacunas enunciadas en la encuesta, de las vacunas consultadas no le han aplicado al 61% la vacuna contra la Fiebre Tifoidea, le sigue en su orden 50% la vacuna contra la influenza.

Se recomienda realizar un reentrenamiento al personal sobre el manejo de los desechos el cual incluya la manipulación, elementos de protección uniformes

El 63% del personal evidencia que no hay un control de los desechos quirúrgicos generados por las siguientes áreas del hospital en el siguiente orden: 71% en camas, 70% consulta general y 48% por día

Al momento preguntar Antes de la disposición de los desechos líquidos o semi-sólidos se usa desinfectante para su descontaminación el 38% personal respondió que no.

Se recomienda desarrollar un flujo grama el cual permita que el personal conozca todo el procedimiento de los desechos quirúrgicos hospitalarios, el cual les permita generar trashabilidad de los desechos por área de generación

El 36% del personal encuestado afirma que los vehículos de tracción manual utilizados al interior del hospital para la recolección de los desechos quirúrgicos, no están debidamente rotulados lo cual dificulta la identificación de los desechos que son allí transportados. Al momento de ampliar la pregunta sobre los medios en los cuales son transportados los desechos las respuestas dadas por los encuestados fueron: camillas, canecas plásticas, mesas, bolsas y no siempre son utilizados los vehículos con los que cuentan el hospital para realizar los traslados de los desechos.

El 45% del personal encuestado indica que los desechos son transportados en horarios de visitas y procedimientos quirúrgicos los cuales comprometen al personal visitante e interno.

El 82% del personal encuestado evidencia que la ruta para el traslado de los desechos quirúrgicos al depósito temporal no está debidamente señalizada.

Se recomienda hacer una capacitación y verificación del manual de procedimientos sobre elementos a utilizar, ruta y horario para el traslado de los desechos quirúrgicos a los centro de acopio.

Cuando el personal se le pregunto sobre el lugar donde se almacenan temporalmente los desechos el 50% respondió que este se realizaba en salida de los quirófanos “puerta” pero al mismo tiempo el 67% de los encuestados respondió que no había otro sitio provisional dentro del quirófano para almacenar temporalmente los desechos quirúrgicos.

Cuando se encuestó al personal sobre la percepción que tienen en los sitios de almacenamiento de los desechos quirúrgicos y los elementos de seguridad el 38% los encuestados no tiene un conocimiento claro de los elementos que los confirman y su utilización.

Se recomienda capacitar al 17% del personal que según la respuesta dada no cuenta con el conocimiento para la manipulación de los desechos quirúrgicos

El personal encargado de la manipulación, manejo y transporte de los desechos quirúrgicos hospitalarios dio como respuesta que el 33% de los desechos quirúrgicos no es realizado en vehículos de cargo y descargue mecanizado y son cargados de forma manual, lo que genera mayor riesgo para el personal que trabaja directamente con estos desechos.

Al momento de realizar la pregunta que de si los vehículos en los cuales se transportan estos desechos el personal 13% de los encuestados información que estos no contaban con los distintivos “símbolos” de desechos peligrosos.

Cuando se pregunto que si los desechos eran esterilizados antes de ser entregados a los recolectores externos del hospital el 42% respondió que dichos desechos no son esterilizados.

El 58% del personal informa que si se realiza una esterilización de los desechos quirúrgicos con los siguientes medios:

Desinfección química	43%
Esterilización térmica	29%
Incineración	21%
Radiación	7%

El 46% del personal informa que los desechos del laboratorio con resultado infeccioso no son esterilizados en el mismo laboratorio.

El 42% personal informa que los desechos peligrosos no son sometidos a un tratamiento específico antes de su disposición final. El personal que dio como respuesta positiva informo que esta se realiza por los siguientes medios autoclave, microondas inactivación térmica, esterilización a gas, desinfección química, esterilización por radiación

El personal informa que recibe una adecuada capacitación para el manejo de los desechos quirúrgicos, el cual es desarrollado desde el momento en el cual el empleado comienza a trabajar en la institución.

Se recomienda realizar seguimiento al proceso final de los desechos quirúrgicos para que estos sean esterilizados en su totalidad y de esta forma disminuir el riesgo de contaminación al interior del hospital y la comunidad en general.