

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE SATISFACCIÓN
DEL USUARIO Y SEGURIDAD EN EL MANEJO DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS EN GUACARI IPS INDIGENA SAS DEL MUNICIPIO DE
SAN ONOFRE SUCRE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014**

Autores

**JUDITH MORENO JULIO
KARINA PAOLA DIAZ RAMOS**



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS**

2015

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE SATISFACCIÓN
DEL USUARIO Y SEGURIDAD EN EL MANEJO DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS EN GUACARI IPS INDIGENA SAS DEL MUNICIPIO DE
SAN ONOFRE SUCRE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014**

Autores

JUDITH MORENO JULIO

KARINA PAOLA DIAZ RAMOS

Estudiantes de último semestre

Especialización en Gerencia en Salud

Asesora

MÓNICA MARÍA DE LAVALLE ARCHIBOLD

Odontóloga - Especialista en Gerencia en Salud

Candidata Maestría en Auditoría y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS**

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D.T Y C. Marzo de 2015.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, quien nos dio la fortaleza, la energía y las ganas de superación, teniendo como base este proyecto de investigación que no solo buscaba cumplir nuestras necesidades académicas sino brindar ayuda a la comunidad a través de la mejora de los servicios prestados.

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión de la Dra. Mónica María De Lavalle Archibold, a quien expresamos nuestro más sincero y profundo agradecimiento, por aportar su valioso tiempo, paciencia y conocimiento para su desarrollo exitoso.

A los directivos y empleados de GUACARI IPSI del Municipio de San Onofre Sucre, quienes en todo momento se mostraron colaboradores, amables y con disposición de brindarnos su tiempo para permitir el desarrollo de las actividades de este trabajo de investigación.

No menos importantes son nuestros familiares, por ello agradecemos su apoyo incondicional, su cariño y comprensión, y hacer más fácil el afrontar cada jornada de trabajo.

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a Dios por regalarnos la vida, la oportunidad de formarnos en una Institución como la Universidad de Cartagena y por regalarnos la fortaleza y disposición para terminar este trabajo de investigación.

A nuestros padres, esposos, hijos y demás familiares por estar siempre cuando más los necesitábamos, por sus consejos y recomendaciones en los momentos más difíciles, por ser el motor que nos impulsa a levantarnos cada día con el ánimo de avanzar y realizar nuestros objetivos.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE TABLAS | 9 |
| LISTA DE FIGURAS | 9 |
| LISTA DE ANEXOS | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| | |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA..... | 13 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 16 |
| | |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 17 |
| | |
| 3. OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 19 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 20 |
| | |
| 4. MARCO TEORICO | 20 |
| 4.1 MARCO HISTÓRICO | 20 |
| 4.2 MARCO DE REFERENCIA | 25 |
| 4.3 MARCO CONCEPTUAL..... | 28 |
| 4.3.1 <i>Calidad</i> | 28 |
| 4.3.2 <i>Calidad del servicio</i> | 29 |
| 4.3.3 <i>Enfoques de la evaluación de la calidad</i> | 30 |
| 4.3.4 <i>Garantía de la calidad</i> | 31 |
| 4.3.5 <i>Estándares de calidad</i> | 32 |
| 4.3.6 <i>Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud –SOGCS</i> | 33 |
| 4.3.7 <i>La calidad de la atención de salud</i> | 34 |
| 4.3.8 <i>Satisfacción del usuario</i> | 34 |
| 4.3.9 <i>Formas de evaluar la Calidad</i> | 37 |
| 4.3.10 <i>Residuos hospitalarios</i> | 38 |
| 4.3.11 <i>Obligaciones del generador de residuos hospitalarios</i> | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3.12 Obligaciones del transportador de desechos o residuos peligrosos. . . | 42 |
| 4.3.13 Obligaciones del gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos. | 44 |
| 4.3.14 Obligaciones de las autoridades del sector salud. | 45 |
| 4.3.15 Obligaciones de las autoridades ambientales. | 46 |
| 4.3.16 Obligaciones de las autoridades de tránsito y transporte. | 47 |
| 4.4 MARCO LEGAL | 48 |
| 4.5 MARCO INSTITUCIONAL..... | 51 |
| 4.5.1. Quienes Somos | 51 |
| 4.5.2 Misión..... | 52 |
| 4.5.3 Visión | 52 |
| 4.5.4 Servicios | 52 |
| 4.5.5 Talento Humano | 53 |
| 5. DELIMITACIÓN DEL TEMA..... | 54 |
| 5.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL | 54 |
| 5.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL | 54 |
| 5.3 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL | 54 |
| 6. METODOLOGIA..... | 55 |
| 6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 55 |
| 6.2 POBLACIÓN Y SU SELECCIÓN | 55 |
| 6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 56 |
| 6.4 INSTRUMENTOS | 56 |
| 6.5 PROCEDIMIENTOS | 57 |
| 6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 58 |
| 6.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN | 60 |
| 6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 61 |
| 7. RESULTADOS | 61 |
| 7.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO..... | 62 |
| 7.2 ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS. | 75 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| 8. CONCLUSIÓN..... | 86 |
| 9. RECOMENDACIONES..... | 87 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 88 |
| ANEXOS..... | 90 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los usuarios de GUACARI IPS | 62 |
| Tabla 2. Satisfacción de los usuarios por cada ítem de la escala..... | 73 |
| Tabla 3. Verificación del manejo de residuos no peligrosos | 76 |
| Tabla 4. Verificación del manejo de residuos peligrosos | 76 |
| Tabla 5. Verificación de actividades inherentes al almacenamiento de residuos peligrosos | 78 |
| Tabla 6. Verificación de las actividades inherentes a la recolección y transporte externo de residuos sólidos | 80 |
| Tabla 7. Manejo administrativo de residuos hospitalarios en GUACARI IPS | 83 |
| Tabla 8. Manejo operacional de residuos hospitalarios en GUACARI IPS | 85 |
| Tabla 9. Característica de la zona de depósito temporal de residuos en GUACARI IPS | 85 |

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|--|------|
| Figura 1. Distribución del sexo..... | 62 |
| Figura 2. EPS a las cuales están afiliados los usuarios..... | 64 |
| Figura 3. Régimen de salud de los usuarios de GUACARI IPS..... | 64 |
| Figura 4. Distribución del tiempo de espera para ser atendido en GUACARI IPS | 65 |
| Figura 5. Frecuencia de reprogramación de citas..... | 66 |
| Figura 6. Distribución del tiempo de reprogramación de citas..... | 67 |
| Figura 7. Complicaciones y eventos adversos durante la atención..... | 68 |
| Figura 8. Comodidad de las salas de espera en GUACARI IPS..... | 68 |
| Figura 9. Condiciones adecuadas de limpieza general en GUACARI IPS..... | 69 |
| Figura 10. Conocimiento sobre el color y uso de cada cesta de basura..... | 70 |
| Figura 11. Estado de satisfacción de los usuarios atendidos en GUACARI IPS | 71 |
| Figura 12. . Distribución del nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en GUACARI IPS..... | 72 |
| Figura 13. Señalización de la ruta de evacuación de desechos biológicos .. | 81 |
| Figura 14. Herramientas utilizadas para la recolección de los residuos hospitalarios..... | 82 |
| Figura 15. Manejo inadecuado de residuos en GUACARI IPS..... | 82 |
| Figura 16. Talento Humano encuestado en GUACARI IPS..... | 83 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|------|
| Anexo 1. Formato de consentimiento informado..... | 90 |
| Anexo 2. Instrumento 1 | 92 |

INTRODUCCIÓN

El manejo y la disposición final de los desechos hospitalarios ha sido objeto de atención en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado paneles de expertos para analizar la materia y ha difundido recomendaciones específicas para países en vías de desarrollo. Frente a la postura de la OMS y de diversas agencias gubernamentales que promueven un tratamiento agresivo de los residuos biológicos, existen también posiciones divergentes. Tomando como base los riesgos epidemiológicos conocidos, hay quienes postulan que la gran mayoría de los residuos generados por las instituciones de salud son asimilables a los desechos domésticos, y que por lo tanto, no merecen un manejo especial, salvo casos específicos como los elementos radioactivos, los agentes citotóxicos, y otros de connotaciones especiales como los restos humanos identificables a simple vista¹.

Este contexto de controversia, y el impacto económico que las decisiones en esta materia pueden tener para el sistema público de salud, justifican la evaluación objetiva de los riesgos reales asociados a los desechos hospitalarios para la población, y a la adopción de medidas de protección efectivas en los casos en los que la evidencia científica y epidemiológica lo sugiera.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¹ Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico de la situación del manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Julio de 1997 – No ENV97-107 del Banco Interamericano de Desarrollo

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Sistema de Salud en Colombia, establecido mediante la promulgación de la Ley 100 y en relación directa con los Sistemas de Información en Salud, establece mediante el Decreto 1011 el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, que se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

El manejo de la información en cada uno de los entes que participan en la prestación de servicios de salud en el territorio Colombiano estará supervisado por el Ministerio de la Protección Social quien diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permitiendo orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta calidad de atención que deben tener todas las entidades de salud pueden ser medidas por estándares establecidos por el ministerio de protección social y por los usuarios, que son los directamente afectados por la prestación de malos servicios, ya que ponen en riesgo su salud y por ende su calidad de vida; por lo tanto el nivel de satisfacción de los usuarios de una entidad en salud posiblemente puede ser un indicador de los procesos de gestión que se están realizando en la administración para brindar una atención con calidad.

En este sentido, GUACARI IPS en su sede ubicada en el municipio de San Onofre, no se conoce si cuenta con un sistema de gestión de calidad y de tenerlo, que tan ajustado está este a los requerimientos legales vigentes, por lo cual se hace necesario que se indague sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, por lo que se planteó realizar este estudio de investigación para evaluar la calidad del servicio prestado a través de la satisfacción del usuario y del manejo de residuos hospitalarios y similares. Entre los métodos de evaluación de la calidad se encuentra la satisfacción del usuario, ya que una entidad que ejerza todos sus procesos con calidad se va a reflejar en un buen servicio y atención, por lo tanto en la satisfacción del usuario.

En GUACARI IPS se ha encontrado que los usuarios han presentado inconformidades durante el proceso de atención como son: tiempo de espera prolongado al momento de acceder al servicio, especialmente en la atención de la consulta médica interna, la oportunidad en la entrega de los resultados, presentación de eventos adversos en la toma de muestras y reasignación de citas por aumento de la demanda del servicio; lo cual demuestra la necesidad de evaluar los niveles de satisfacción del usuarios como indicadores de calidad, esta satisfacción deben considerar un red amplia de factores relacionados con la atención propiamente dicha, oportunidad, infraestructura, accesibilidad, talento humano, calidad de este.

Por otro lado, otra forma de evaluar la calidad es a través del análisis y seguimientos de los procesos operacionales y administrativos que se realizan en las instituciones para garantizar la prestación de un buen servicio, entre estos procesos, todos los hospitales deben contar con un Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, por lo cual, la evaluación de este puede servir con indicador de los procesos de calidad, el análisis de los residuos hospitalarios y similares es muy importante en los hospitales, ya que estos residuos representan un riesgo para la salud del personal médico, paramédico y enfermería, pacientes, visitantes, personal de recolección de residuos y otros, y de la comunidad en general, además del riesgo ambiental que de ellos se derivan, debido a su inadecuado manejo presenta características infecciosas, incrementando los costos de tratamiento, los impactos y los riesgos sanitarios y ambientales. Así mismo, con base en el número de camas, 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 similares, que siendo estos, agentes causantes de enfermedades vírales 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 del generador.

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, laboratorios clínicos, salas de maternidad, cirugía, morgues, radiología, entre otros, son peligrosos por su carácter infeccioso, reactivo, radioactivo e inflamable.

El manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y similares presenta diversos impactos ambientales negativos que se evidencian en diferentes etapas como la segregación, el almacenamiento, el tratamiento, la recolección, el transporte y la disposición final. Las consecuencias de estos impactos no sólo afectan a la salud humana sino también a la atmósfera, el suelo y las aguas superficiales y subterráneas. A todo esto se suma el deterioro del paisaje natural y de los

centros urbanos. Debido a que tradicionalmente la prioridad de las instituciones ha sido la atención al paciente, por mucho tiempo se ha restado importancia a los problemas ambientales, creando en muchos casos un círculo vicioso de enfermedades derivadas del manejo inadecuado de los residuos.

Aunque mediante un visita previa a la sede de San Onofre se conoció que la institución tiene contrato de recolección de residuos hospitalarios con Bio-residuos, empresa de la ciudad de montería quienes semanalmente, específicamente cada miércoles llegan hasta la sede de San Onofre a recoger los residuos realizando pesaje general y que internamente la recolección de los residuos está a cargo del personal de servicios generales en los distintos servicios de la IPS y llevados al área de contenedores que se encuentran en el patio hasta su disposición final por las distintas empresas de recolección; se hace necesario conocer a cabalidad el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de esta institución, en donde se pongan de manifiesto los procesos de segregación, rutas de evacuación, bioseguridad del personal de aseo, etc.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo anterior surgió el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los principales factores que inciden en la calidad de los servicios prestados en GUACARI IPS INDIGENA SAS sede San Onofre, desde las perspectiva de la satisfacción del usuario y seguridad en el manejo de los residuos hospitalarios?

2. JUSTIFICACIÓN

La tendencia moderna ubica a las instituciones prestadoras de servicios de salud en un mercado competitivo, cada día más exigente, donde la permanencia en el mismo obliga a estas organizaciones a la búsqueda de nuevas alternativas que incorporen continuamente políticas de calidad, con el fin de no solo satisfacer las

necesidades de los usuarios, sino superar sus expectativas. Para el cumplimiento de lo anterior, resulta de vital importancia contar con un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) que permita organizar los procesos y orientarlos al cumplimiento de los objetivos de la institución.

La evaluación de la calidad de los servicios prestados en GUACARI IPS INDIGENA SAS sede San Onofre permitirá identificar los factores que afectan directamente la adecuada prestación de servicios y plantear acciones correctivas para fomentar el mejoramiento continuo.

Las instituciones prestadoras de servicios en Salud son organizaciones complejas, en las cuales se desenvuelven diversos procesos para generar bienes y servicios de salud, por eso la importancia de la optimización de cada uno de estos procesos, para obtener productos de salud con calidad; este proceso de control de riesgos asociados a los residuos hospitalarios y similares es un componente importante en la organización prestadora que contribuye para generar instituciones de calidad. Es importante tener protocolos del uso de los residuos, de manera que cada institución generadora tenga claro los procesos de almacenamiento, reciclaje y disposición. El tema de reciclaje ha ido cobrando importancia en los últimos tiempos y debe ser objeto de propuestas e investigaciones en Colombia. Por otro lado se planteó la relevancia de que las instituciones generadoras de residuos peligrosos, hagan seguimiento a la disposición final de los mismos y también a la importancia de empoderar a la comunidad en general, para que tenga información sobre el tema y haga vigilancia y control de lo que está pasando en su territorio, como ha sucedido últimamente con las denuncias presentadas por la población afectada y por los medios de comunicación ante el hallazgo de desechos hospitalarios en varias zonas del país.

Con la realización de esta investigación se espera conocer la calidad en la prestación del servicio de GUACARI IPS sede San Onofre, además de realizar diagnóstico sanitario y ambiental que permita formular un compromiso

institucional dando a conocer a todos los estamentos de la institución los criterios técnicos organizativos y operativos para realizar el manejo apropiado de los residuos y su disposición final, acorde con la normativa vigente, el nivel de complejidad de atención prestada y el entorno geográfico. Lo que traerá consigo la reducción del riesgo de contagios de enfermedades del todo el personal involucrado en la generación, clasificación, recolección y disposición final de residuos hospitalarios.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad del servicio prestado en GUACARI IPS sede San Onofre mediante los niveles de satisfacción del usuario y el análisis del manejo de

residuos hospitalarios y similares durante el primer semestre del 2014, para proponer oportunidades de mejora y cambios en el servicio que permitan satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los usuarios.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir las características sociodemográfica de la población estudio
- ✓ Determinar los niveles de satisfacción del usuario.
- ✓ Evaluar el cumplimiento del manejo de los residuos hospitalarios y similares en la clínica de acuerdo con las normas técnicas establecidas por el ministerio Protección Social.
- ✓ Determinar el cumplimiento de las normas de bioseguridad establecidas en el protocolo de bioseguridad y en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares.
- ✓ Evaluar la percepción del personal que labora en la institución respecto al manejo de residuos hospitalarios.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO HISTÓRICO

La calidad es un concepto muy ligado a la historia de la humanidad y para conocer sus orígenes tendríamos que remontarnos inclusive hasta épocas

primitivas, donde manufacturas de armas y utensilios de uso cotidiano fue a base del perfeccionamiento del proceso de elaboración , el hombre siempre ha buscado el depurar y garantizar la efectividad de sus productos y significa un orgullo para el fabricante cuando se logran mayores resultados de funciones del artefacto esto derivados de la mejora de la calidad.

Se conoce que es en la edad media que se empieza a marcar los productos como un distintivo de la persona que lo elaboraba y la responsabilidad sobre la eficacia del trabajo, es con la revolución industrial que los talleres comenzaron a realizar productos en serie masiva donde la especialización del trabajo y la necesidad de las fábricas de mejorar la calidad de los productos por lo que empiezan hacer uso de procedimientos para asegurar la calidad mediante la inspección del producto final. Según los estudios de Frederick W. Taylor y Henry Fayole datan de finales del siglo XIX y principios de siglo XX le toca a la administración definir la tarea de los operarios y especificarles el procedimiento y la relación que se debe dar entre tiempos y movimientos y la tarea del control de calidad compete a los supervisores.

Los procedimientos de la verificación de la calidad se ha ido perfeccionado sobre todo en los siglos XIX y XX, donde se le considera un proceso inherente y separado de la producción, estos procedimientos tuvieron su mayor perfeccionamiento en las industrias japonesas y norteamericanas.

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la segunda guerra mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que ésta se elevara, los primeros estudios sobre calidad se hicieron en Estados Unidos en el año de 1933 por el Doctor W. A. Shward, de los Bell Laboratories. El doctor Edwards Deming entre 1940-1943 fue uno de los grandes estadistas, discípulo Sheward, que había trabajado en el célebre Western Electric Company de la ciudad de Chicago, Illinois, fue ahí donde tuvieron lugar los primeros experimentos serios sobre productividad por Elton Mayor.

Como observamos el modelo de calidad total surge en Estados Unidos, durante la segunda guerra mundial, pero es abandonado. Durante la década de los 50's, época en que Estados Unidos tenía ocupado Japón, el modelo fue trasplantado a este país oriental, y ahí fue donde se desarrolló, en empresas japonesas con necesidad de incrementar su productividad para competir. Fue Debido al éxito japonés que los norteamericanos recuperaron el modelo para implantarlo en sus empresas, buscando salir del bache económico en el que se encontraba su economía, y también tratando de hacer frente al agresivo comercio exterior japonés y europeo que tenía invadido su mercado.

Debemos establecer que la calidad tanto en Europa como en Japón y Estados Unidos detonó precisamente al terminar la segunda guerra mundial y que justamente en este periodo fue cuando las naciones del mundo se organizaron para crear y elevar los estándares de calidad, es por ello que el antecedente de la ISO esta precisamente ligado a hace 50 años, cuando entre 1950 y 1966 la calidad se convirtió en una mega tendencia en el mundo entero. El papel de los japoneses en el procedimiento de la calidad fue ciertamente muy importante, pero no fueron únicamente los japoneses los que invirtieron en el procedimiento de la elevación de la calidad, sino que de hecho Alemania inició un impulso nunca antes visto por elevar la calidad y convertirla en algo fundamental.

La evolución del concepto de calidad en la industria y en los servicios nos muestra que pasamos de una etapa donde la calidad solamente se refería al control final, para separar los productos malos de los productos buenos, a una etapa de control de calidad en el proceso, con el lema: "La calidad no se controla, se fabrica".

Finalmente llegamos a una calidad de diseño que significa no solo corregir o reducir defectos sino prevenir que estos sucedan, como se postula en el enfoque de la calidad total. El camino hacia la calidad total además de requerir el establecimiento de una filosofía de calidad, crear una nueva cultura, mantener

un liderazgo, desarrollar al personal y trabajar en equipo, desarrollar a los proveedores, tener un enfoque al cliente y planificar la calidad, demanda vencer una serie de dificultades en el trabajo que se realiza día a día.

Se requiere resolver las variaciones que van surgiendo en los diferentes procesos de producción, reducir los defectos y además mejorar los niveles estándares de actuación. Para resolver estos problemas o variaciones y mejorar la calidad, es necesario basarse en hechos y no dejarse guiar solamente por el sentido común, la experiencia o la audacia. Basarse en estos tres elementos puede ocasionar que en caso de fracasar nadie quiera asumir la responsabilidad; de allí la conveniencia de basarse en hechos reales y objetivos. Además es necesario aplicar un conjunto de herramientas estadísticas siguiendo un procedimiento sistemático y estandarizado de solución de problemas.

En los años 80 la aplicación de la filosofía y técnicas del control de calidad en la producción supuso un enfoque revolucionario y tremendamente competitivo, que fue aprovechado sobre todo por la industria japonesa para colocarse a la cabeza del mercado mundial, lo que resulta curioso, siendo americanos los "padres" del control de calidad, puesto que la industria americana sólo se subió al carro del control de calidad una vez que la presión ejercida en el mercado por la superioridad de los productos japoneses les obligó a considerar las bondades de la nueva filosofía, en la que la calidad constituye un concepto global que no sólo se aplica al producto sino a todo el proceso de fabricación, incluyendo el control de costos, precios y beneficios, gestión de los suministros y plazos de entrega.

Aunque inicialmente el control de calidad se aplicó solo a la fabricación industrial, enseguida se extendió su radio de acción a la prestación de servicios, donde también podemos incluir el área de salud, aunque dentro del entorno médico hay sectores que por sus características, más asimilables a la industria, tienen una mayor tradición en el empleo del control de calidad; como son los laboratorios de análisis clínicos (hematología, bioquímica o microbiología), o los bancos de sangre. Sin embargo las técnicas han sido utilizadas también en otros entornos, como puede ser por ejemplo en la monitorización de fallos en operaciones

quirúrgicas, y su campo de aplicación está limitado tan sólo por nuestra imaginación, ya que cualquier actividad humana es susceptible de ser cuantificada y por tanto monitorizada para mejorar su calidad, desde el tiempo de espera de un paciente que acude a consulta, hasta el porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito, o el mismo registro de datos en la historia clínica del paciente.

Un elemento fundamental en la filosofía del control de calidad moderno es la utilización generalizada de procedimientos científicos, incluidos los métodos estadísticos, en la planificación, recolección de datos y análisis de los mismos, de tal forma que las decisiones no se sustenten en meras conjeturas.

Por su parte los residuos hospitalarios y similares representan un riesgo para la salud del personal médico, paramédico y enfermería, pacientes, visitantes, personal de recolección de residuos y otros, y de la comunidad en general, además del riesgo ambiental que de ellos se derivan.

EL manejo integral de los residuos hospitalarios se ha constituido en una de las prioridades del Programa de Calidad de Vida Urbana y del Plan Nacional para el impulso de la Política de Residuos del Ministerio del Medio Ambiente, dirigido a formular Programas de Gestión Integral de Residuos hospitalarios, con el propósito de prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios. Así mismo, el Plan Nacional de Salud Ambiental (PLANASA) del Ministerio de Salud, en este aspecto, está orientado a desarrollar Planes de Acción Sectorial para minimizar los factores de riesgo a la salud de nuestros habitantes.

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, laboratorios clínicos, bancos de sangre, salas de maternidad, cirugía, morgues, radiología, entre otros, son peligrosos por su carácter infeccioso, reactivo, radioactivo inflamable.

De acuerdo con los estudios realizados, 40% aproximadamente 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 camas, 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 similares, que siendo estos, agentes causantes de enfermedades vírales 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 del generador.

El programa Nacional para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios Reglamentado por el Decreto 2676 de 2000, establece responsabilidades compartidas para la gestión integral de los residuos hospitalarios: al sector de la salud y generador de residuos similares en cuanto a la planificación de la gestión interna, a las empresas de servicio público especial en relación con la planificación de la gestión externa y a las autoridades ambientales y sanitarias, las cuales deben desarrollar un trabajo articulado y armónico en lo que se refiere a la evaluación, seguimiento y monitoreo de las obligaciones establecidas al sector regulado.

4.2 MARCO DE REFERENCIA

Diversos estudios han evaluado cualitativa y cuantitativamente el contenido microbiológico de los residuos sólidos hospitalarios y residuos domiciliarios. Los residuos domiciliarios contienen en promedio más microorganismos con potencial patógeno para humanos, que los residuos sólidos hospitalarios. Por otro lado para valorar el peligro se debe considerar además la supervivencia de los microorganismos patogénicos en el medioambiente, que es limitada a excepción de alguno de ellos. Cada microorganismo tiene una tasa de mortalidad específica según su resistencia a las condiciones del medio ambiente tales como la temperatura, la humedad, la disponibilidad de materia orgánica, las radiaciones de rayos ultravioleta.

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, laboratorios clínicos, bancos de sangre, salas de maternidad, cirugía, morgues, radiología, entre otros, son peligrosos por su carácter infeccioso, reactivo, radioactivo inflamable.

De acuerdo con los estudios realizados, 40% aproximadamente 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 camas, 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 similares, que siendo estos, agentes causantes de enfermedades vírales 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 del generador.

En el estudio realizado por Alvear en el 2012, en el cual evaluaron el manejo interno y las disposición final de los residuos hospitalarios y similares en las E.S.Es del municipio de Arroyo hondo y Calamar reportaron que la mayoría de los individuos del hospital de Calamar evidenciaron un buen manejo de residuos hospitalarios; teniendo en cuenta el nivel de atención que presta esta institución se podría pensar que cuenta con todas las características necesarias para la disposición de sus residuos generados. Sin embargo, esto no demuestra que lo estén realizando bien como afirma Neveu² quien opina que aunque en las instituciones de salud existe un sistema de gestión de residuos, con personal propio y empresas externas encargadas del retiro y disposición final, no se visualiza una gestión integral de los residuos hospitalarios.

²Neveu et al. Residuos hospitalarios peligrosos en un centro de alta complejidad. Rev Méd Chile 2007; 135: 885-895

De este mismo modo Rasheed³ sostiene que aunque exista una formación adecuada se deben entrenar a los trabajadores en relación al conocimiento y las prácticas de gestión de los residuos y sugiere la realización de investigaciones para sellar las brechas existentes en el conocimiento sobre la gestión de los residuos hospitalarios.

A pesar de que en algunas instituciones se evidencien un buen manejo interno de residuos hospitalarios, siempre existen aspectos que mejorar como controlar y reportar los accidentes de trabajo o enfermedad profesional, relacionados con el manejo de residuos, características en infraestructura de la zona de depósito temporal de residuos y la disposición de Los residuos peligrosos tipo metal pesado y corto punzantes; así lo afirma Tabares⁴ quien sostiene que todas las instituciones salud aun cumpliendo con lo establecido por la ley se le deben realizar acciones de control porque siempre hay aspectos que reforzar para mantener la buena atención a los pacientes y protección del profesional médico.

Teniendo en cuenta que las instituciones prestadoras de los servicios de la salud son entidades que deben proteger el medio ambiente y por su sentido social están deben estar comprometidas con una buena recolección y disposición de los residuos hospitalarios desde que se generan hasta su disposición final como lo afirman Hayashi⁵, Ahmed⁶ y Hayward⁷. Los hospitales deben de adoptar medidas que ayuden a mejorar el plan de gestión integral de residuos hospitalarios donde el total de miembros de las instituciones participen activamente en el cumplimiento de las disposiciones legales y con esto se reduzca el riesgo de enfermedades tanto para la comunidad como para el personal médico y administrativo.

³Shahida Rasheed, Saira Iqbal, Lubna A. Baig*, Kehkashan Mufti. Hospital Waste Management in the Teaching Hospitals of Karachi. P: 1-4.

⁴Tabares JW y Vélez LM. Apuntes para la gestión de manejo de residuos sólidos hospitalarios. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Boletín Epidemiológico de Antioquia, Vol XXII, No. 1, 1997:7-16

⁵ Hayashi Y. Proper disposal of medical wastes - infection prevention and waste management at Hiroshima city, Asa Hospital, RinshoByori, 2000 (Suppl 112) pp. 26-31.

⁶ Ahmed S. Hospital waste sickening public and environment" Daily Times, 8th July 2004, p. 7.

⁷Hayward E. The ethical responsibility of the hospital to the environment. J Health Mater Manage 1992;14:19-27.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 Calidad

El concepto de calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. Una de las definiciones dadas por estudiosos en el tema es la emitida por la sociedad americana para el control de la calidad (ASQC) la cual define la calidad “conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

Según la norma ISO 9000 en su numeral (3.5.1), la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos. El término calidad puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente, entendiéndose por característica el rasgo diferenciador y la palabra

inherente estar unido, que por su naturaleza está unido inseparablemente con otra cosa.⁸

Según Donabedian la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. Para ello identifica las variables que definen esta propiedad: beneficios, riesgos y costos, mostrando sus relaciones a través de un modelo unificador, aplicable a las dimensiones técnica e interpersonal de la relación médico paciente; para incorporar posteriormente los conceptos de utilidad, acceso y satisfacción.

La organización mundial de la salud (OMS) considera que en el concepto de calidad de los servicios, deben estar presentes los siguientes atributos:

- Alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de recursos
- Mínimo de riesgos para el paciente
- Alto grado de satisfacción por parte del paciente
- Impacto final en la salud

4.3.2 Calidad del servicio

La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la institución para responder a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios. Se refiere a atributos de los productos (bienes o servicios) entregados, tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención.

⁸ PARAMO, José Ernesto .ISO9901:2000. Guía de interpretación y aplicación para instituciones prestadores de servicios de salud.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Hoy se acepta que no existe una definición única de calidad que llegue a satisfacer la totalidad de los interesados en el tema, ya que la misma representa un concepto multifacético que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: “calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad” de manera que hagan operativo el concepto.

Atributos de la calidad de la atención

- Oportunidad
- Continuidad
- Suficiencia e Integridad
- Racionalidad
- Pertinencia
- Satisfacción del Usuario
- Efectividad
- Eficiencia
- Optimización
- Aceptabilidad
- Legitimidad
- Equidad

4.3.3 Enfoques de la evaluación de la calidad

- ✓ **La dimensión técnico científica** con la cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza de riesgo beneficio.
- ✓ **La dimensión administrativa** referida a las relaciones prestadoras consumidores que se relaciona con los procesos de atención de que dispone la organización.
- ✓ **La dimensión humana** tradicionalmente desconocida o poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biosicosocial.

4.3.4 Garantía de la calidad

El término “garantía de calidad”, que adquiere actualmente cada vez más importancia, se refiere a los intentos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención y realizar medidas correctoras para solucionar los problemas detectados. Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. AvedisDonabedian, la define en términos amplios como el “conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención. Los doctores Rúelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como “un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular”. De acuerdo a la Dra. Heather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados

Unidos, la garantía de calidad es “un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Por ejemplo, cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

La garantía de calidad se ha desarrollado sobre todo en los hospitales que es la parte más visible y más cara del sistema de salud. En estos establecimientos el Personal acepta que la gran cantidad de recursos destinados a la atención deben ser bien utilizados, existe la aspiración de una supervisión en la calidad científica Técnica y una creciente preocupación de los profesionales y técnicos de estas Instituciones ante el aumento de los juicios de mala praxis.

4.3.5 Estándares de calidad

Es un patrón, norma o medida que se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares.

Los estándares son promedio de los valores observados en la evaluación. Muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable. En estudios de calidad se centra el interés en los estándares mínimos, incumplimiento de las normas mínimas establecidas.

Características de los estándares

- El estándar señala el potencial de un servicio determinado.
- Es la base no el techo.
- Los estándares siempre están en construcción, no son obra terminada.
- Es un valor posible siempre y cuando se cumpla con unas condiciones mínimas (equipos, insumos, mano de obra, etc.)
- Hay que analizarlos con relación a los cambios tecnológicos. El estándar representa lo más adecuado y aceptable en la competencia.
- El estándar no tiene en cuenta factores externos o imprevistos.
- El cumplimiento del estándar no es tarea de los operarios solamente.

Ventajas de los estándares

- Son indicadores cualitativos.
- Son fácilmente verificables por simple observación.
- Un estándar permite evaluar en un mismo servicio aspectos de estructura, procesos y resultados.
- Los niveles de satisfacción superiores implican haber satisfecho Niveles inferiores
- Pueden ser aplicados en entidades similares.

4.3.6 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud –SOGCS.

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Nuestro SOGCS se orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud. El sistema debe cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad.
- Oportunidad

- Seguridad
- Pertinencia
- Continuidad

4.3.7 La calidad de la atención de salud

Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.⁹

El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema Único de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad.

4.3.8 Satisfacción del usuario

El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario tomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios. Relación satisfacción-excelencia, donde no se trata de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La satisfacción se constituye como un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición

⁹ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/AutoevaluacioneinscripcionparalPS.aspx>

e interpretación de su presencia o no y es mucho más que una aspiración humana, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción.¹⁰

La medida de la satisfacción que se siente se constituyen a través de lo que sucede a diario en las instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que asisten a solicitar servicios a una institución de salud esperando algo y evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no. La cual se enmarca dentro de un sistema de calidad, el cual debe estar dirigido a cumplir con los requisitos y las necesidades del cliente o usuario.

Teniendo en cuenta que medir los índices de satisfacción resulta un proceso complejo resulta importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **El cliente (paciente)**

El paciente que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud. En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino. Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día.

Las expectativas que el paciente trae no tienen que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino. La expectativa de cada paciente

¹⁰ **ZAS ROS, Bárbara;** Revista, Psicología de la Salud, la satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. *La Habana, Cuba 26 de febrero de 2002*

es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

El prestador de los servicios de salud

Muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud las instituciones se centran en las quejas, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que el mismo esperaba; Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, logran los mejores calificativos aunque no ejecuten las técnicas o los procedimientos pero el paciente sale contento.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria. Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados.

Niveles de Satisfacción: Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio, los clientes experimentan uno de éstos tres niveles de satisfacción:

- **Insatisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del servicio o producto no alcanza las expectativas del cliente.
- **Satisfacción:** Se produce cuando el desempeño percibido del servicio o producto coincide con las expectativas del cliente.

- **Complacencia:** Se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.¹¹

4.3.9 Formas de evaluar la Calidad

Se hace necesario establecer herramientas que permitan evaluar la calidad en los servicios de salud desde el punto de vista médico y desde el punto de vista del paciente. Dentro de las herramientas que permiten medir calidad en la atención se encuentran:

Establecimiento de guías de atención y/o protocolos: Es muy importante el desarrollo de protocolos y guías ya que sirven de parámetro para la evaluación de una atención médica de calidad, las guías de atención determinan los pasos a seguir en la atención en función del diagnóstico y síntomas hasta el tratamiento, pasando por los exámenes auxiliares que el paciente se debe de hacer y en qué condiciones si fuera el caso, al hacer la evaluación se determinara si se atendió al paciente siguiendo los criterios sugeridos en el protocolo.

Auditorias permanentes: se considera imprescindible en la gestión médica moderna, precisamente por ser una de las más importantes formas de asegurar la calidad en la atención de la Salud. En toda institución de salud debe existir un área de Auditoria Medica permanente, encargada de asegurar la calidad de la atención medica desde el punto de vista de coordinar con los diferentes médicos las constantes mejoras de la practica medica en la clínica.¹²

Encuestas a pacientes: Son entrevistas a grupos de pacientes seleccionados en forma aleatoria, que sirven para medir el grado satisfacción de los pacientes de cada una de las áreas pero poniendo énfasis en la atención médica, de esta manera los pacientes se sienten escuchados y brindan una información que para

¹¹ THOMPSON, Iván. Revista. La satisfacción del cliente. Artículo Publicado en Julio 2005

¹² Otero J. Solucionando problemas en salud. Gerencia en salud. Instituto panamericano de gestión de la salud

la evaluación integral de la calidad es de suma importancia. Para la evaluación se deben tener en cuenta aspectos como comunicación, empatía, calidez y cordialidad en la relación Médico – Paciente, debido a que se considera un aspecto muy importante en el tratamiento integral del paciente.

4.3.10 Residuos hospitalarios

Según el capítulo II del decreto 351 2l 19 de febrero del 2014, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades; los residuos se clasifican en:

Residuos no peligrosos. Son aquellos producidos por el generador en desarrollo de su actividad, que no presentan ninguna de las características de peligrosidad establecidas en la normativa vigente.

Los residuos o desechos sólidos se clasifican de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1713 de 2002, o la norma que lo modifique o sustituya.

Residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Un residuo o desecho con riesgo biológico o infeccioso se considera peligroso, cuando contiene agentes patógenos como microorganismos y otros agentes con suficiente virulencia y concentración como para causar enfermedades en los seres humanos o en los animales.

Los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso se subclasifican en:

Biosanitarios. Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados y descartados durante la ejecución de las actividades señaladas en el artículo 2 de este decreto que tienen contacto con fluidos corporales de alto riesgo, tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, sistemas

cerrados y abiertos de drenajes, medios de cultivo o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca.

Anatomopatológicos. Son aquellos residuos como partes del cuerpo, muestras de órganos, tejidos o líquidos humanos, generados con ocasión de la realización de necropsias, procedimientos médicos, remoción quirúrgica, análisis de patología, toma de biopsias o como resultado de la obtención de muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico o histológico.

Cortopunzantes. Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden ocasionar un accidente, entre estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampolletas, pipetas, hojas de bisturí, vidrio o material de laboratorio como tubos capilares, de ensayo, tubos para toma de muestra, láminas portaobjetos y laminillas cubreobjetos, aplicadores, citocepillos, cristalería entera o rota, entre otros.

De animales. Son aquellos residuos provenientes de animales de experimentación, inoculados con microorganismos patógenos o de animales portadores de enfermedades infectocontagiosas. Se incluyen en esta categoría los decomisos no aprovechables generados en las plantas de beneficio.

Residuos o desechos radiactivos. Se entiende por residuo o desecho radiactivo aquellos que contienen radionucleidos en concentraciones o con actividades mayores que los niveles de dispensa establecidos por la autoridad reguladora o que están contaminados con ellos.

Otros residuos o desechos peligrosos. Los demás residuos de carácter peligroso que presenten características de corrosividad, explosividad, reactividad, toxicidad e inflamabilidad generados en la atención en salud y en otras actividades, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

Además todo residuo generado en la atención en salud y otras actividades, que haya estado en contacto o mezclado con residuos o desechos con riesgo

biológico o infeccioso que genere dudas en su clasificación, incluyendo restos de alimentos parcialmente consumidos o sin consumir, material desechable, entre otros, que han tenido contacto con pacientes considerados potencialmente infectantes o generados en áreas de aislamiento deberán ser gestionados como residuos peligrosos.

4.3.11 Obligaciones del generador de residuos hospitalarios

Según el capítulo III del decreto 351 2l 19 de febrero del 2014, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, en el marco de la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, el generador tiene las siguientes obligaciones:

1. Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e INVIMA en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente decreto, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.
2. Capacitar al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, con el fin de prevenir o reducir el riesgo que estos residuos representan para la salud y el ambiente, así como brindar los elementos de protección personal necesarios para la manipulación de estos.
3. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.

4. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y contar con personal capacitado y entrenado para su implementación.
5. Tomar y aplicar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente, relacionado con sus residuos peligrosos.
6. Los generadores que realicen atención en salud extramural, serán responsables por la gestión de los residuos peligrosos generados en dicha actividad y por lo tanto su gestión debe ser contemplada en el Plan de Gestión Integral de Residuos.
7. Dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 1609 de 2002 o la norma que la modifique o sustituya, cuando remita residuos peligrosos para ser transportados.
8. Suministrar al transportista de los residuos o desechos peligrosos las respectivas hojas de seguridad.
9. Responder por los residuos peligrosos que genere. La responsabilidad se extiende a sus afluentes, emisiones, productos y subproductos, equipos desmantelados y en desuso, elementos de protección personal utilizados en la manipulación de este tipo de residuos y por todos los efectos ocasionados a la salud y al ambiente.
10. Responder en forma integral por los efectos ocasionados a la salud y/o al ambiente, de un contenido químico o biológico no declarado al gestor y a las autoridades ambientales y sanitarias.
11. Entregar al transportador los residuos debidamente embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

12. Conservar los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso, hasta por un término de cinco (5) años.
13. Conservar las certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final que emitan los respectivos gestores de residuos peligrosos hasta por un término de cinco (5) años.

4.3.12 Obligaciones del transportador de desechos o residuos peligrosos.

Son obligaciones de las empresas que transporten desechos o residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, además de las contempladas en la normatividad vigente, las siguientes:

1. Dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 1609 de 2002 o la norma que la modifique o sustituya.
2. Capacitar y entrenar en los procedimientos operativos normalizados y de seguridad al personal que interviene en las operaciones de transporte, carga y descarga, de conformidad con el programa de capacitación y entrenamiento diseñado, adoptado e implementado por la empresa.
3. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.
4. Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
5. Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador.

6. Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos ambientales y sanitarios a que haya lugar.
7. En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.
8. Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos.
9. Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.
10. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación.
11. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades.

Los vehículos automotores tales como ambulancias, automóviles, entre otros, destinados exclusivamente al servicio de atención en salud, que transporten residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso generados en la atención extramural sujeta a las actividades objeto de la presente reglamentación y cuyas cantidades no sobrepasen los cinco (5) kilogramos de residuos peligrosos, deberán cumplir los requisitos técnicos contemplados en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud

y otras actividades y dicho transporte no estará sujeto al cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Decreto número 1609 de 2002 o la norma que lo sustituya o modifique.

4.3.13 Obligaciones del gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos.

Son obligaciones de las personas naturales o jurídicas que prestan los servicios de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento o disposición final de residuos o desechos peligrosos dentro del marco de la gestión integral, además de las contempladas en la normatividad vigente, las siguientes:

1. Obtener las licencias, permisos y demás autorizaciones de carácter ambiental a que haya lugar.
2. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.
3. Expedir al generador una certificación indicando que ha concluido la actividad de manejo de residuos o desechos peligrosos para la cual ha sido contratado.
4. Contar con personal que tenga la formación y capacitación para el manejo de los residuos o desechos peligrosos.
5. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y personal capacitado para su implementación.

6. Tomar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente.
7. Indicar en la publicidad de sus servicios o en las cartas de presentación de la empresa, el tipo de actividad y de residuos peligrosos que está autorizado a manejar.
8. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades.

Mientras no se haya efectuado y comprobado el aprovechamiento, tratamiento o disposición final de los residuos peligrosos, por parte de la autoridad ambiental competente el gestor o receptor es solidariamente responsable con el generador.

4.3.14 Obligaciones de las autoridades del sector salud.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud, efectuarán la inspección, vigilancia y control de la gestión interna de residuos generados en las actividades de qué trata el artículo 2° del presente decreto a excepción de su numeral 7, en relación con los factores de riesgo para la salud humana.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud que durante sus actividades de inspección, vigilancia y control de la gestión integral, encuentren incumplimiento de las disposiciones sanitarias en materia de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deberán adoptar las medidas a que haya lugar. Lo anterior sin perjuicio de las acciones pertinentes por parte de las autoridades ambientales competentes en relación con los factores de riesgo al ambiente.

Las Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y/o Distritales, según sea el caso, con base en los informes presentados por los generadores,

realizarán la consolidación y el respectivo reporte de la información sobre la gestión de residuos en sus áreas de jurisdicción cada año a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o la que haga sus veces.

El informe remitido por la Dirección Departamental de Salud deberá incluir la información de los municipios de categoría especial 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y presentarlo dentro del primer trimestre del año siguiente ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o el que haga sus veces.

De acuerdo con las competencias relacionadas con las actividades de Inspección, Vigilancia y Control en plantas de beneficio animal establecidas en la Ley 1122 de 2007 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) efectuará la inspección, vigilancia y control de la gestión interna de los residuos generados en las plantas de beneficio animal y presentará un informe consolidado anual dentro del primer trimestre del año siguiente ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o el que haga sus veces.

Para otorgar el certificado de cumplimiento de las condiciones del sistema único de habilitación de los servicios de salud, la autoridad sanitaria competente deberá verificar el cumplimiento de lo establecido en este decreto.

Las Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y/o Distritales, según sea el caso, deberán mantener actualizado el censo de los establecimientos generadores de residuos sujetos al ámbito de aplicación del presente decreto.

4.3.15 Obligaciones de las autoridades ambientales.

Las autoridades ambientales ejercerán la inspección, vigilancia y control de la gestión externa en el marco de la gestión integral de los residuos generados en las actividades de salud y otras actividades en relación con las autorizaciones

ambientales para el uso y aprovechamiento de los recursos naturales renovables. Lo anterior sin perjuicio de las acciones a que haya lugar por parte de las autoridades del sector salud en relación con los factores de riesgo para la salud humana.

4.3.16 Obligaciones de las autoridades de tránsito y transporte.

Las Autoridades de Tránsito y Transporte cumplirán las obligaciones establecidas en el artículo 16 del Decreto número 1609 de 2002 o la norma que lo modifique o sustituya.

En cuanto al transporte férreo y fluvial, este se realizará conforme a la normativa que establezca el Ministerio de Transporte o sus entidades adscritas.

Para el transporte marítimo, este se realizará de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Transporte y la Dirección General Marítima Portuaria (DIMAR); en el caso del transporte aéreo, este se regirá por los lineamientos de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil (Aerocivil), especialmente lo establecido en el Reglamento Aeronáutico de Colombia en la parte décima correspondiente al Transporte sin Riesgos de Mercancías Peligrosas por Vía Aérea.

Hasta tanto el Ministerio de Transporte o sus entidades adscritas no hayan establecido las normas correspondientes para cada uno de los modos de transporte mencionados en el presente artículo, se podrán utilizar los reglamentos técnicos establecidos por Naciones Unidas o sus organismos adscritos.

4.4 MARCO LEGAL

- ✓ La constitución política (1991) consagró en los artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole tres principios: eficiencia, universalidad y solidaridad.
- ✓ Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Ley 100 de 1993 numeral c del artículo 180, señala como requisito de la entidades promotoras de salud deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.
- ✓ Ley 100 de 1993 numeral 6 del artículo 178 determina que las entidades promotoras en salud debe establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- ✓ Ley 387 de 1997 define que la asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica y de rehabilitación se realice según lo dispuesto en el sistema general de seguridad social en salud, condicionada al reconocimiento de la condición de desplazado y de su inclusión en el registro oficial de población desplazada, y conforme las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para cada régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). para los no asegurados se dispone que la atención se realice en las instituciones públicas con cargo a los recursos de oferta del ente territorial receptor.
- ✓ Ley 1122 del 9 enero de 2007 la presente ley tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con

este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- ✓ Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996, presenta la organización del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud, que enuncia, particularmente en su artículo 9, los componentes que éste debe contener, dentro de los cuales se considera el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.
- ✓ Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud", el ministerio de la protección social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS.
- ✓ Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.
- ✓ Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
- ✓ Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

- ✓ Resolución número 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios. Deroga la resolución 1441 de 2013.
- ✓ Ley 1252 de 2008 por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Decreto 1713 de 2002 por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, la Ley 632 de 2000 y la Ley 689 de 2001, en relación con la prestación del servicio público de aseo, y el Decreto Ley 2811 de 1974 y la Ley 99 de 1993 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- ✓ Resolución 01164 de 2002 por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.
- ✓ Decreto 1669 de 2002 por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000.
- ✓ Decreto 351 de 2014 por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.
- ✓ Resolución 0482 de 2009 por la cual se reglamenta el manejo de bolsas o recipientes que han contenido soluciones para uso intravenoso, intraperitoneal y en hemodiálisis, generados como residuos en las actividades de atención de salud, susceptibles de ser aprovechados o reciclados.

4.5 MARCO INSTITUCIONAL

4.5.1. Quienes Somos

GUACARI IPS INDIGENA SAS fue creada en el municipio de San Marcos - Sucre en julio del año 2007 con una fuerte propuesta de impactar en la calidad de la atención de los servicios de salud de primer nivel; conformada por una asociación de los cabildos indígenas del Bajo Sinú, San Jorge y La Mojana.

Actualmente, debido a su crecimiento tanto financiero como de calidad en los servicios prestados, se ha expandido a otros municipios del departamento de Sucre, contando con 3 sedes adicionales ubicadas en los municipios de Majagual, Sincelejo y San Onofre.

Esta IPS ofrece en sus diferentes sedes una variedad de servicios entre los que se encuentran Consulta externa medica general, Odontología general, Urgencias, Laboratorio clínico y toma de muestras, Citología, Programas de promoción y prevención, Vacunación, Hospitalización general y pediátrica, Hospitalización ginecobstetrica, Consulta de ginecología y ecografía, Consulta de medicina interna, Servicio farmacéutico y Transporte asistencial básico; por lo cual la cantidad de usuarios que se atienden es considerable, así mismo es importante que toda entidad prestadora de servicios de salud cuente con un sistema de gestión de calidad, considerada como una estructura operacional de trabajo, mediante la cual una organización asegura la satisfacción de las necesidades de sus clientes a través de la planificación, mantenimiento y mejora continua en el desempeño de sus procesos, bajo un esquema de eficiencia y eficacia que le permite lograr ventajas competitivas.

La implementación del sistema de gestión de calidad incluye la obtención de una serie de beneficios dentro de los cuales se pueden resaltar la mejora continua de calidad de los productos y servicios, transparencia en el desarrollo de procesos, aseguramiento del cumplimiento de los objetivos en apego a leyes

y normas vigentes, integración del trabajo en armonía y enfocado al proceso, delimitación de funciones del personal, aumento de la productividad y eficiencia y mejora de niveles de satisfacción del cliente.

4.5.2 Misión

Es una empresa de carácter privado que ofrece servicios de salud con una atención integral comprometida con la seguridad del paciente brindando servicios oportunos y confiables que cumplan con la satisfacción y expectativas de sus usuarios, regidos por la normatividad vigente con estándares de calidad orientados al mejoramiento continuo y centrado en el usuario y su familia, con responsabilidad social y ambiental.

4.5.3 Visión

Se proyecta para el año 2015, en ser reconocida como institución del sector salud estable, solida, altamente competitiva y líder en el municipio de Pueblo Nuevo, con un personal calificado, en permanente crecimiento personal, ofreciendo servicios de baja y mediana complejidad con estándares superiores de calidad centrado en el usuario y su familia y generando un impacto positivo en la comunidad.

4.5.4 Servicios

Los servicios prestados para todas las sedes son:

- ✓ Consulta externa medica general
- ✓ Odontología general
- ✓ Urgencias
- ✓ Laboratorio clínico y toma de muestras.
- ✓ Citología
- ✓ Programas de promoción y prevención.

- ✓ Vacunación solo sede San Marcos.
- ✓ Hospitalización general y pediátrica.
- ✓ Hospitalización ginecobstetrica.
- ✓ Consulta de ginecología y ecografía.
- ✓ Consulta de medicina interna.
- ✓ Servicio farmacéutico.
- ✓ Transporte asistencial básico

4.5.5 Talento Humano

Actualmente la sede de San Onofre tiene una planta de trabajadores de 25 personas que se distribuyen así:

- ✓ 1 representante administrativo.
- ✓ 4 médicos generales.
- ✓ 1 odontólogo con su auxiliar odontológico.
- ✓ 1 bacterióloga con su auxiliar de laboratorio clínico.
- ✓ 1 enfermera jefe.
- ✓ 8 auxiliares de enfermería.
- ✓ 1 conductor de ambulancia.
- ✓ 3 porteros.
- ✓ 2 aseadoras.

5. DELIMITACIÓN DEL TEMA

5.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL

En la presente investigación se recolectó información concerniente al primer semestre del año 2014.

5.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La información se recolectó en la IPS GUACARI sede San Onofre ubicada en el municipio de San Onofre, Departamento de Sucre, El cual está situado en la costa atlántica colombiana.

5.3 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

En la presente investigación se evaluó la calidad del servicio prestado en GUACARI IPS sede San Onofre mediante los niveles de satisfacción del usuario y el análisis del manejo de residuos hospitalarios y similares durante el primer semestre del 2014, para proponer oportunidades de mejora y cambios en el servicio que permitan satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los usuarios. Se entiende como calidad del servicio el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos. El término calidad puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente, entendiéndose por característica el rasgo diferenciador y la palabra inherente estar unido, que por su naturaleza está unido inseparablemente con otra cosa.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo transversal.

6.2 POBLACIÓN Y SU SELECCIÓN

La población estuvo conformada por 3469 usuarios que asistieron a la sede de San Onofre en el primer semestre del año 2014. Se seleccionaron a través de un muestreo aleatorio simple una muestra de 590 usuarios para indagar sobre los niveles de satisfacción con la prestación del servicio de Salud. Adicionalmente se seleccionarán a 21 trabajadores para indagar sobre aspectos de calidad y manejo de residuos hospitalarios y similares. Se tuvo en cuenta la siguiente formula de muestreo para la selección de los participantes.

$$\begin{aligned}\mathcal{P}[M] &= \mathcal{P}[(e_1, e_2, \dots, e_n)] \\ &= \mathcal{P}[e_1] \cdot \mathcal{P}[e_2|e_1] \cdots \mathcal{P}[e_n|e_1, e_2, \dots, e_{n-1}] \\ &= \frac{1}{N} \cdot \frac{1}{N-1} \cdots \frac{1}{N-(n-1)} \\ &= \frac{(N-n)!}{N!} \\ &= \frac{1}{V_{N,n}}\end{aligned}$$

El muestreo aleatorio simple sin sustitución se utiliza cuando cada una de las unidades de la población (de tamaño N) tiene la misma probabilidad de ser elegida para integrar la muestra (de tamaño n). Esta probabilidad es igual a $f = n / N$ (se le denomine fracción de muestreo).

Este tipo de muestreo es sencillo y se utiliza cuando se dispone del marco muestral y existe poca variabilidad entre los datos.

Para seleccionar una muestra aleatoria simple se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Enumerar los elementos de la población del 1 hasta N (N, es el tamaño de la población).
2. Utilizar algún procedimiento para seleccionar los n elementos de la población que conforman la muestra.

Dichos procedimientos pueden ser: Tabla de números aleatorios o algún programa computacional que genere números aleatorios.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Entre los criterios de inclusión aplicados a la investigación se tuvieron en cuenta a usuarios adultos atendidos en GUACARI IPS INDIGENA SAS del municipio de San Onofre durante el periodo en estudio, aceptar y firmar el formato de consentimiento informado (ver anexo 1). Para poder restringir la entrada de unidades muestrales que puedan confundir la interpretación de los resultados, se plantearon como criterios de exclusión adultos que padecieran algún tipo de anomalías congénitas, sindrómicas, problemas mentales referidas en la anamnesis o que mostraran incapacidad para resolver la encuesta.

6.4 INSTRUMENTOS

Se elaboraron 3 formatos, el primero consistió en un formato que permitió clasificar a los usuarios participantes y evaluar todas las variables; este consiste en una encuesta que indaga sobre los datos personales del participante y sobre las características de su seguridad social, adicionalmente consta de un cuestionario tipo Likert con 10 ítems encaminados a evaluar los niveles de satisfacción del usuario (ver anexo 2). El segundo consiste en una encuesta que se aplicó a todos los trabajadores para indagar sobre aspectos de calidad y

manejo de residuos hospitalarios y similares. Así mismo se diseñó una lista de chequeo, para que los investigadores pudieran constatar que la IPS está cumpliendo con los estándares de calidad y con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares. Inicialmente se realizó una prueba piloto con individuos de características similares a la muestra; el ejercicio de calibración propiamente dicho se dividió en dos partes, la calibración de los instrumentos y la estandarización de los encuestadores.

En los instrumentos se evaluó la comprensión de las preguntas, la suficiencia de las categorías, la extensión del cuestionario y la pertinencia de la misma; lo que permitió hacer las modificaciones necesarias y luego ser aplicado a la muestra seleccionada; de este modo validar los instrumentos y verificar si cumplía con todos los indicadores de las variables teniendo en cuenta la consistencia interna a través de una prueba de reexaminación.

6.5 PROCEDIMIENTOS

Todos los trabajadores de la sede de San Onofre fueron seleccionados para participar en el estudio, en cuanto a los usuarios, del listado de atendidos durante el primer semestre del 2014 se seleccionaron e invitaron a participar en la presente investigación, a todos tanto trabajadores y usuarios se les informó los objetivos, beneficios de la misma y se solicitó la aprobación a través de la firma de un consentimiento informado (ver anexo 1), el cual debía ser diligenciado en presencia de dos testigos; luego se procedió con el diligenciamiento de la encuesta. A los usuarios se les aplicó el instrumento número 1 y a los trabajadores el número 2.

6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Dimensiones | Índice e indicadores |
|---------------------------------|--|-------------|--|
| Sexo | Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer | Demográfica | Femenino y masculino |
| Edad | Edad cronológica de cada individuo | Demográfica | Años cumplidos |
| Régimen de salud | Régimen de salud al del cual los usuarios hacen parte. | Económico | Contributivo Subsidiado Excepción |
| Tipo de régimen de excepción | Régimen de excepción al cual pertenecen los usuarios. | Económico | Ecopetrol Magisterio Fuerzas militares |
| Plan de atención complementaria | Inscripción a un PAC | Económico | Si /No |
| Tipo de PAC | Plan de atención complementaria al cual está suscrito el usuario | Económico | Medicina prepagada Pólizas de seguro Particular No aplica |
| EPS | EPS a la cual está afiliado | Económico | Cooameva Salud total, etc. |
| Presencia de satisfacción | Estado de percepción que aprueba o desaprueba una situación o conducta | Social | Si /No |
| Nivel de satisfacción | Grado de satisfacción del usuario respecto a la atención | Social | Puntuación en la escala |

**INDICADORES DEL PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS (PGIRH)**

| TIPO | Definición del Indicador | operalización | Periodicidad | Fuente de datos |
|-----------------------------|--|---|------------------------------|--|
| CUMPLIMIENTO | Atención de Accidentes y Emergencias | Número de Accidentes y Emergencias atendidas / Número de Accidentes y Emergencias presentadas x 100 | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |
| | Revisión de Accidentes | Número de Accidentes y emergencias revisadas / Número de Accidentes y emergencias presentadas x 100 | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |
| TIEMPOS DE RESPUESTA | Tiempo de respuesta a derrame de residuos líquidos infecciosos | Tiempo en minutos de respuesta ante un derrame de residuos líquidos infecciosos | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |
| | Tiempo de respuesta a rotura de bolsas contenedoras de residuos contaminados | Tiempo en minutos de respuesta ante la rotura de bolsas contenedoras de residuos contaminantes | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |
| | Tiempo de respuesta ante incidente de exposición | Tiempo en minutos de respuesta ante incidente de exposición | Cuando se presente el evento | Reporte de Accidente Laboral |
| | Tiempo de respuesta a la contingencia por demora en la Recolección de la Ruta Externa | Tiempo en horas de respuesta demora en la Recolección de residuos de la Empresa Recolectora Externa | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |
| | Tiempo de respuesta a la contingencia por interrupción del suministro de agua | Tiempo de respuesta en horas a la contingencia por interrupción del suministro de agua | Cuando se presente el evento | Actas Coordinación de Plan de Contingencia |

INDICADORES DE GESTION INTERNA

| VARIABLES | DEFINICION | PERIODICIDAD | INDICADORES |
|--|--|--------------|---|
| INDICADORES DE DESTINACION PARA RECICLAJE (IDR) | <p>RR= Cantidad de residuos reciclados en Kg./ mes.</p> <p>RT=Cantida d total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.</p> | MENSUAL | $\text{Destinación para reciclaje} = \frac{RR}{RT} \times 100$ |
| INDICADOR DE DESTINACION PARA INCINERACION (IDI) | <p>RI = Cantidad de residuos incinerados en Kg./ mes.</p> <p>RT=Cantida d total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.</p> | MENSUAL | $\text{Destinación para incineración} = \frac{RI}{RT} \times 100$ |
| INDICADORES DE DESTINACION PARA RELLENOS SANITARIOS (IDRS) | <p>RRS=Cantid ad de residuos dispuestos en relleno Sanitario en Kg./ mes.</p> <p>RT=Cantida d total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.</p> | MENSUAL | $\text{Destinación para rellenos sanitarios} = \frac{RRS}{RT} \times 100$ |

6.7

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron tabulados en una tabla matriz en Microsoft Excel versión 2010 y se analizaron a través del software STATA versión 12.0. Para el análisis estadístico se aplicó un análisis descriptivo a través de distribuciones de frecuencia absolutas, relativas y proporciones. Para las variables cuantitativas se calculó media y desviación estándar.

6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

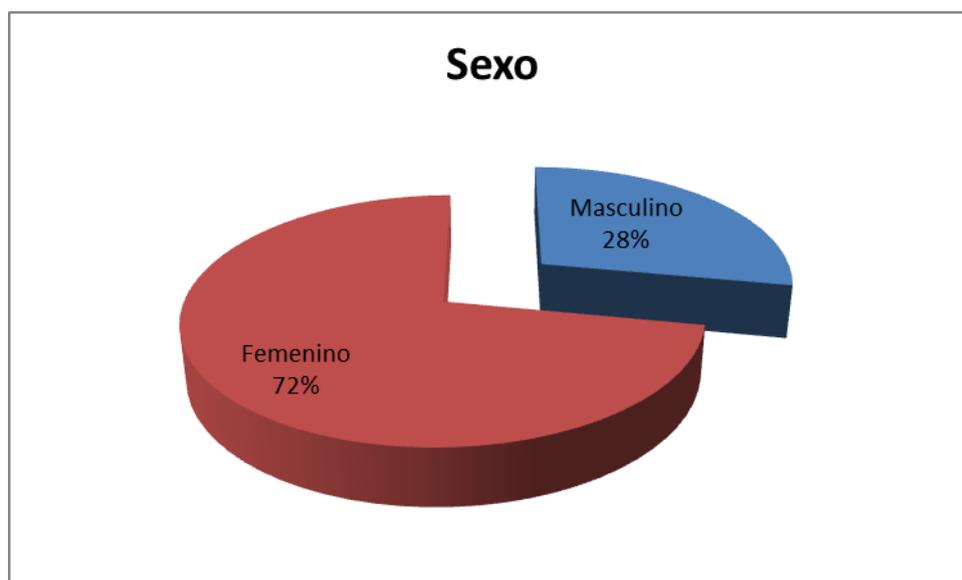
La presente investigación se clasifica de acuerdo a la resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993, capítulo 1, artículo 11 – inciso c, como una investigación sin riesgo a realizarse en personas adultas, se les solicitó a los participantes el consentimiento informado por escrito para la obtención de información con fines de realizar la evaluación de los niveles de satisfacción. A los participantes se les explicó el objetivo del presente trabajo, teniendo en cuenta que los investigadores asumirían el compromiso de no socializar la información obtenida en forma individual, tratando ante todo de no vulnerar la intimidad de los participantes. En este sentido se diseñó un consentimiento informado por escrito, basados en la normatividad legal vigente; normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en seres humanos, resolución 8430 de 1993 antiguo Ministerio de Salud, República de Colombia y declaración de Helsinki, modificación de Edimburgo año 2000.

7. RESULTADOS

7.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se encuestaron 590 usuarios asistentes a GUACARI IPS INDIGENA SAS del municipio de San Onofre Sucre durante el primer semestre del 2014, los cuales tenían un promedio de edad de 39 años (DE=22,1), en cuanto al sexo el 72% eran mujeres y el 28% hombres (Figura 1).

Figura 1. Distribución del sexo



En el mundo hay actualmente un hombre por cada mujer, exactamente hay 1,01 hombres por cada mujer, es decir un 50,5% de hombres y un 49,5% de mujeres. Sin embargo, este ratio cambia significativamente cuando se analiza por edades. En Colombia en porcentaje de mujeres en el 2014 era de 50,8%.

Con relación a la procedencia el 72,2% eran de procedencia urbana; el 90% de estrato socioeconómico bajo; viven en unión libre el 43,2% y 23,7% son casados y el 79% son católicos (ver tabla 1).

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los usuarios de GUACARI IPS

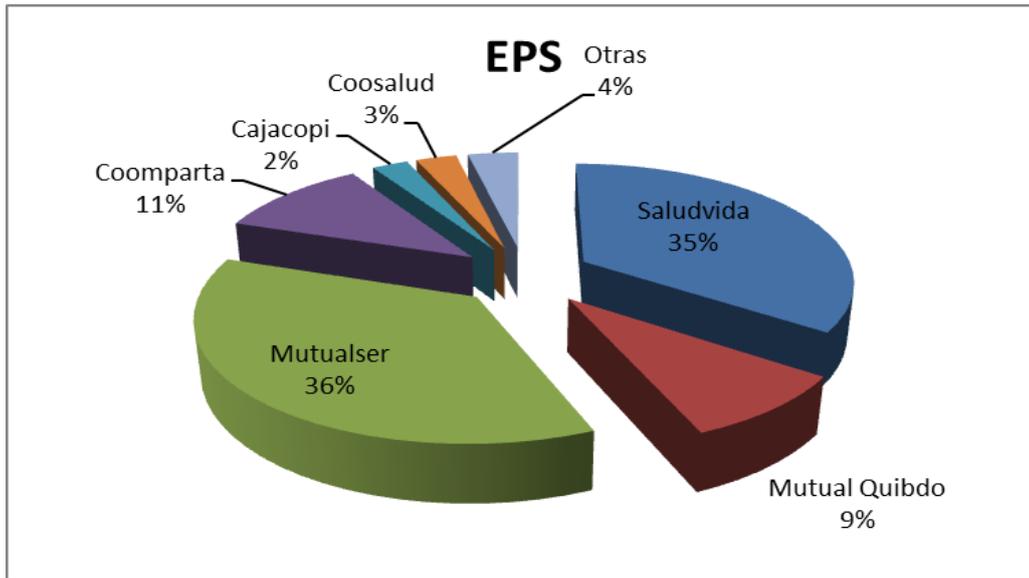
| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Procedencia | | |

| | | |
|---------------------|------------|--------------|
| Urbana | 426 | 72,2 |
| Rural | 164 | 27,8 |
| Estrato | | |
| muy bajo | 8 | 1,4 |
| Bajo | 531 | 90,0 |
| Medio | 51 | 8,6 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 138 | 23,4 |
| Casado | 140 | 23,7 |
| Unión libre | 255 | 43,2 |
| Separado | 37 | 6,3 |
| Viudo | 20 | 3,4 |
| Religión | | |
| Católico | 466 | 79,0 |
| Evangélico | 99 | 16,8 |
| Judaísmo | 16 | 2,7 |
| Adventista | 2 | 0,3 |
| Otro | 7 | 1,2 |
| Total | 590 | 100,0 |

Estas características reflejan la distribución de la población a nivel regional y nacional en donde la mayoría de la población pertenece a los estratos socioeconómicos bajos, gran porcentaje vive en unión libre y son católicos. Con relación a la religión en Colombia se estima que el 74% de la población es católica, aunque la Constitución Política de 1991 establece la libertad e igualdad de cultos; en donde las minorías son protestante (20%).

Teniendo en cuenta las características de la seguridad social en salud, el 100% manifestaron estar afiliado a una EPS; de las cuales el 36% corresponde a Mutual ser y el 35% a Salud vida (Figura 2).

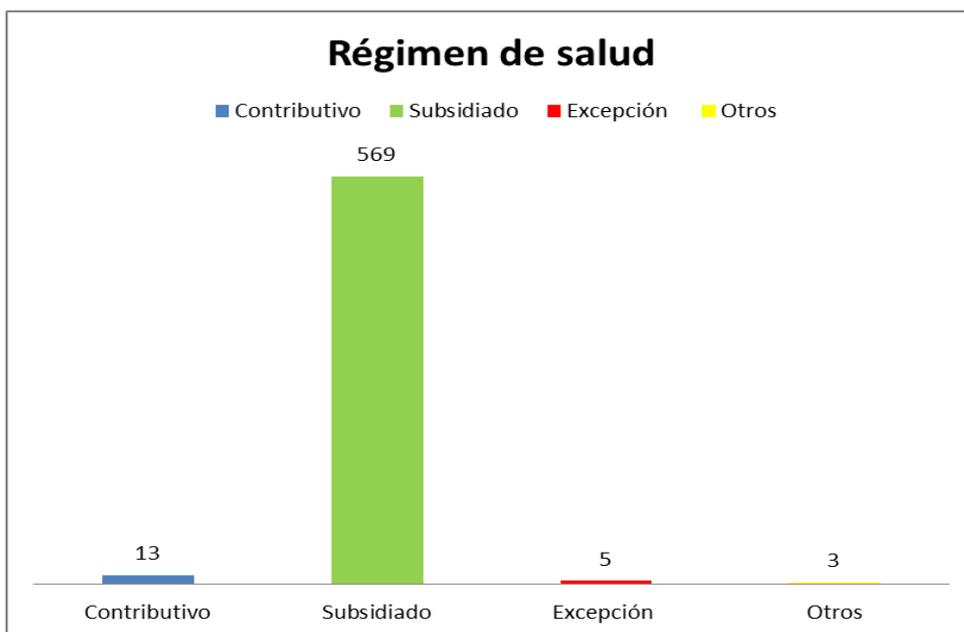
Figura 2. EPS a las cuales están afiliados los usuarios



Lo que concuerda con lo establecido por el gobierno nacional colombiano, por medio del cual las EPS garantizan el acceso a los servicios de salud a toda la población a través del régimen subsidiado.

Así mismo se encontró que el 96,4% de los usuarios están bajo la modalidad de régimen subsidiado y el 2,2% a través del régimen contributivo (Figura 3).

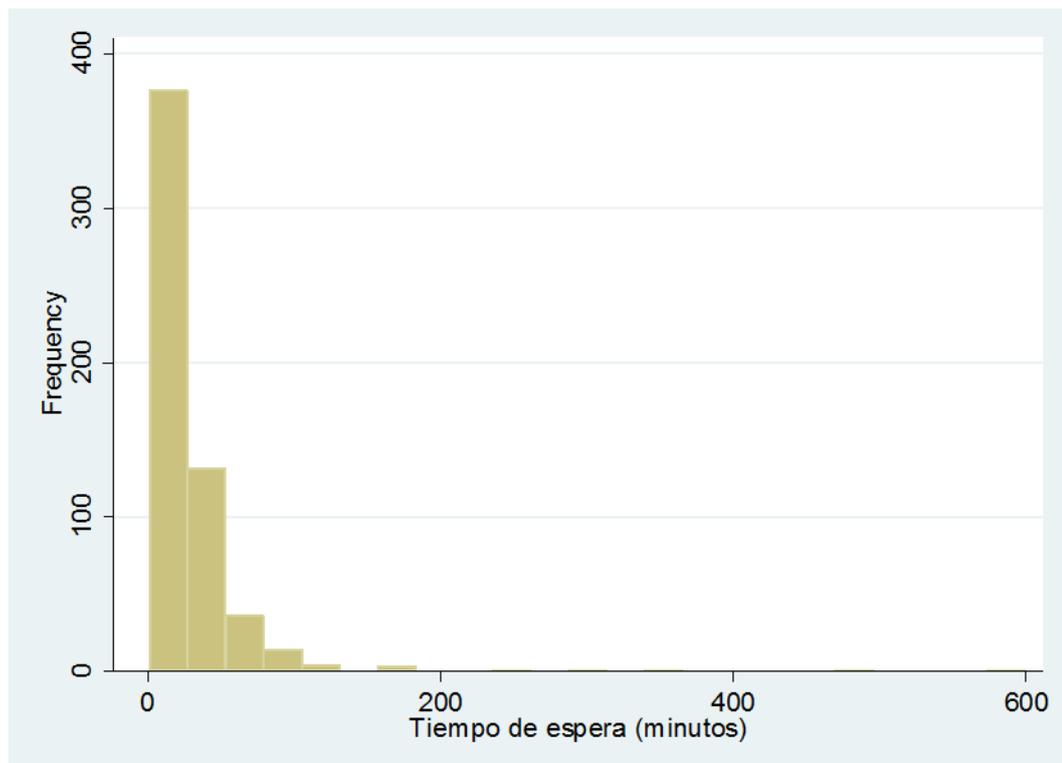
Figura 3. Régimen de salud de los usuarios de GUACARI IPS



Como es evidente, la minoría de la población encuestada no pose planes de atención complementarias, lo que concuerda con lo reportado por el Ministerio de salud y protección social en el 2012 en donde el 92,4% de la población encuestada afirmó no tener un servicio de salud adicional al de su EPS, de quienes afirmaron tener una afiliación a medicina prepagada, plan complementario o seguro de salud, el 73,1% corresponde a afiliados del régimen contributivo y el 26,9% restante a afiliados al régimen subsidiado.

Con relación a las características propias de la atención, las cuales pueden influir en la satisfacción del usuario se encontró que el tiempo de espera para ser atendido en la IPS era en promedio de 30 minutos (DE=1,8) aproximadamente (Figura 4).

Figura 4. Distribución del tiempo de espera para ser atendido en GUACARI IPS



Lo que concuerda con lo reportado por la Comisión Defensora Ciudadana de Chile quien señala que "el tiempo promedio de espera de los usuarios se redujo desde 57 minutos el 2009 a 22 minutos por persona el año 2010.

En cuanto a la reprogramación de citas antes de que se cumpliera la fecha de la cita fue del 10% (Figura 5).

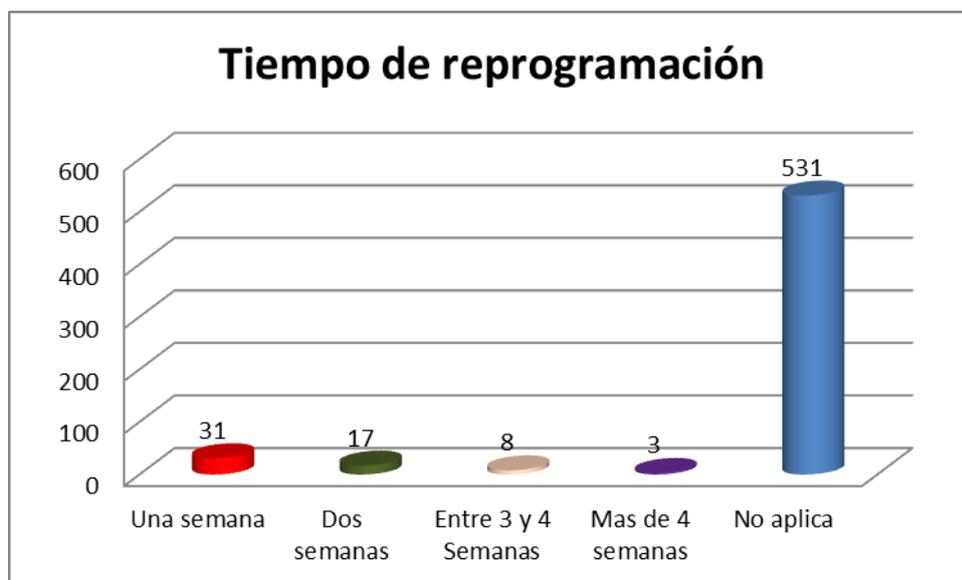
Figura 5. Frecuencia de reprogramación de citas



Según la SUPERSALUD la distribución de frecuencias en tiempo de asignación de citas para la consulta de Medicina General de las IPS del país es asimétrica negativa, lo que quiere decir que la mayor cantidad de datos (oportunidad en la asignación) se concentran alrededor de los valores mínimos de la distribución, entre uno y tres días de oportunidad, con una mediana de 2 días. Se debe destacar que de las 3,794 IPS que reportaron el indicador de oportunidad de consulta de medicina general, 1.085 (29%) presentan fallas en el reporte y validación de los datos referente a la información en la consulta de medicina general, por lo tanto, no son válidos y solo 2,709 (71%) de los datos recibidos en la SNS por medio de la circular única son válidos. Es decir solo el 70% de las IPS del país tiene la oportunidad por debajo de tres días, lo que se traduce que el restante 30% presentan una oportunidad entre los tres y 30 días y no están cumpliendo lo ordenado en el Decreto Ley 019 de 2012, Artículo 123, que establece "...La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud..." .

El tiempo que con anterioridad le informan a los usuarios sobre la reprogramación de su cita fue en su mayoría una semana y solo al 5,6% le reprogramaron la misma cita más de una vez (Figura 6).

Figura 6. Distribución del tiempo de reprogramación de citas



En este sentido el Ministerio de salud y protección social en el 2012 reportó que al indagar a los usuarios que utilizaron el servicio de medicina general sobre el tiempo de espera para la asignación de la cita, se encontró que el 58% de los usuarios obtuvieron la cita en los 3 primeros días.

Durante la atención la frecuencia de complicaciones o eventos adversos fue del 6% y el 94% no presentó ninguna complicación (Figura 7).

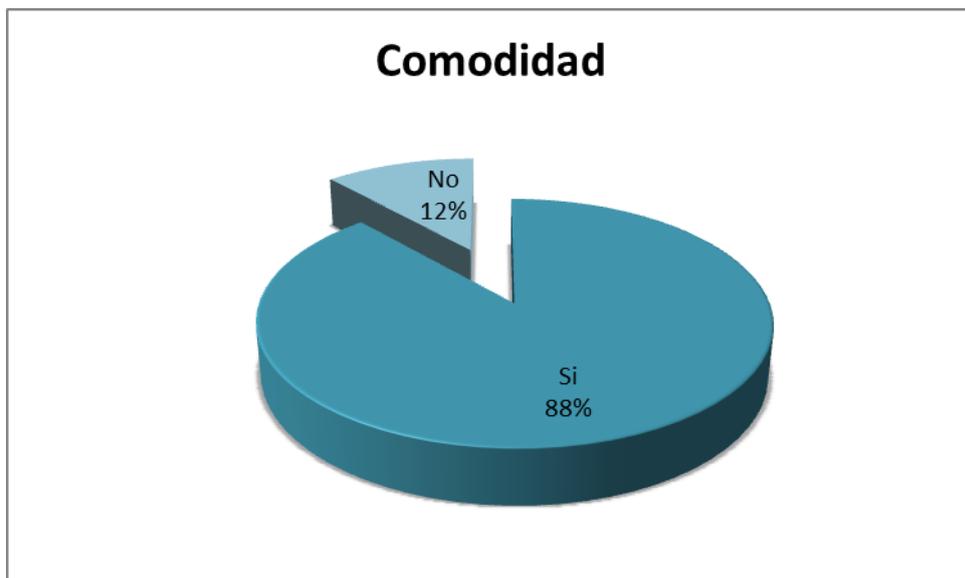
Figura 7. Complicaciones y eventos adversos durante la atención



Lo cual está entre el rango normal según la Organización Mundial de la Salud, esta estima que a alrededor de uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud en el mundo les ocurre al menos un evento adverso o complicaciones.

En relación a como se siente y percibe el usuario las instalación de GUACARI IPS, se encontró el 88,6% se siente cómodo en las distintas salas de esperas que tiene la institución incluyendo consulta externa, urgencias y laboratorios (figura 8).

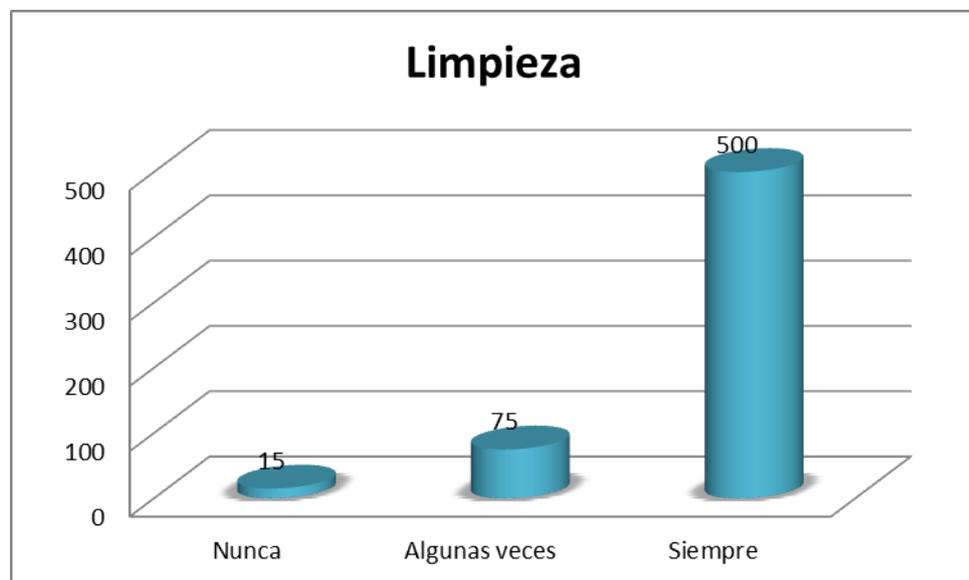
Figura 8. Comodidad de las salas de espera en GUACARI IPS



Lo cual se ha considerado con uno de los aspectos importantes para que los usuarios elijan su EPS, como lo reportó David España en su estudio sobre Criterios o elementos determinantes de la libre escogencia de EPS e IPS en Bogotá D.C. por parte de los usuarios del régimen contributivo.

Asimismo el 85% considera que siempre las instalaciones de la IPS se observan en condiciones adecuadas de limpieza y aseo (Figura 9), por otro lado aproximadamente el 6% manifiesta que algunas veces ha observado algodones, gasas o similares en el piso de la IPS .

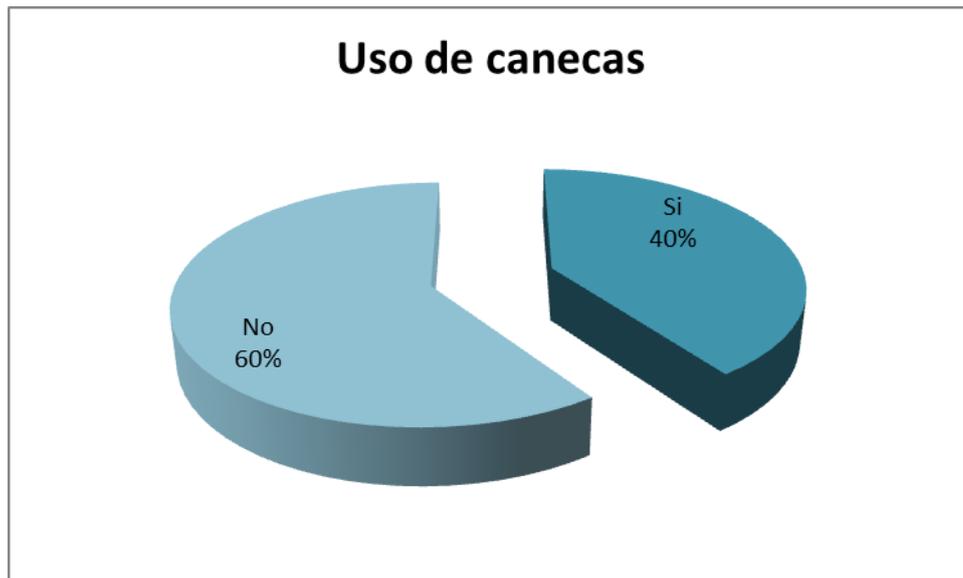
Figura 9. Condiciones adecuadas de limpieza general en GUACARI IPS.



Es importante a notar que aunque un gran porcentaje de los usuarios están satisfecho con la limpieza de Guacari IPS, algunos manifiestan que observaron material contaminado, lo que es inaceptable, ya que el gobierno a través del ministerio de salud y protección social dicta medidas para los procesos de desinfección y limpieza en las IPS; la cuales deben tener una ruta y flujograma de este procedimiento.

Respecto a si los usuarios identifican y conocen para que es cada color de canecas de basura se encontró que solo el 40% conoce esta medida de aseo y bioseguridad (Figura 10).

Figura 10. Conocimiento sobre el color y uso de cada cesta de basura



La base fundamental de la adecuada gestión de residuos consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas. Para la correcta segregación de los residuos es indispensable ubicar recipientes en cada una de las áreas y servicios de la institución, en las cantidades necesarias de acuerdo con el tipo y cantidad de residuos generados. Todos los recipientes deben estar plenamente marcados y con el color respectivo de acuerdo a la clase de residuo que se debe depositar en ellos, y para la clara comprensión de quien los va a utilizar; por lo cual es indispensable que se tomen medidas para que los usuarios y empleados hagan buen uso de las canecas.

De acuerdo al estado de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención en salud prestados por GUACARI IPS solo el 35% se siente completamente satisfecho y el 65% insatisfecho (Figura 11).

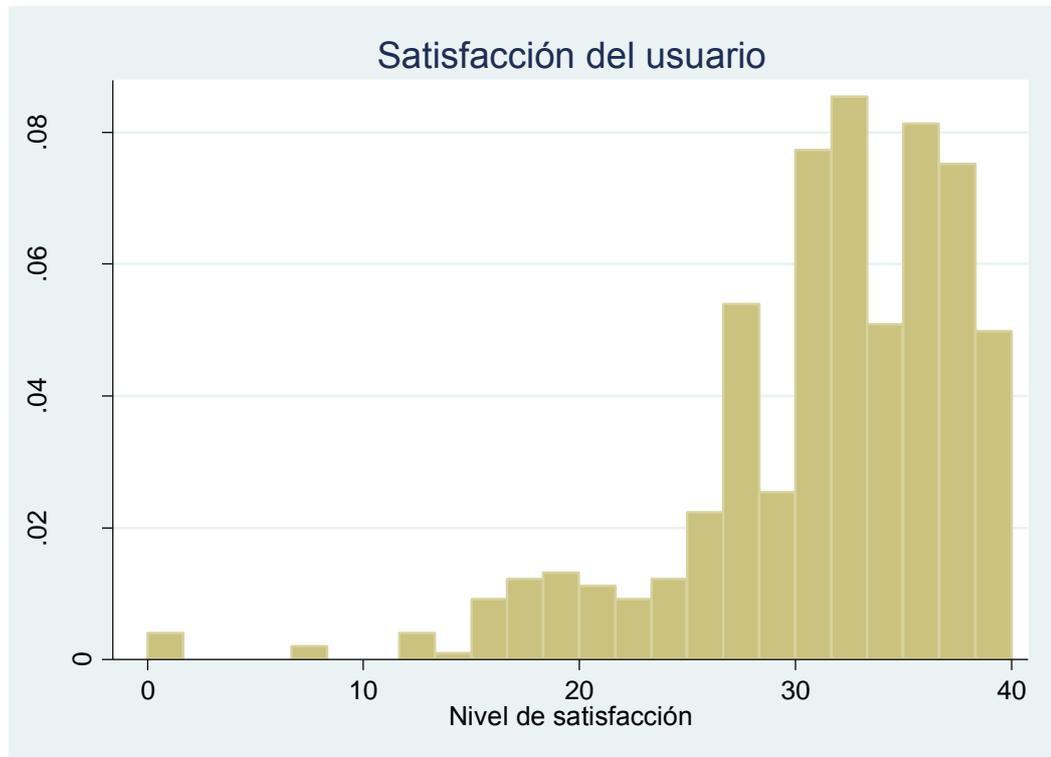
Figura 11. Estado de satisfacción de los usuarios atendidos en GUACARI IPS



Este indicador muestra que la IPS posiblemente este presentado algunas fallas, en este sentido en un estudio realizado en Bogotá en el 2012 para evaluar la calidad de atención en las EPS encontró que a la pregunta sobre la percepción general de su EPS, el 54% de los encuestados considera que es la mejor, el 38% considera que es regular y sólo el 7% considera que su EPS es la peor.

Con relación a la distribución de los niveles de satisfacción de los usuarios, en su mayoría se ubicaron en lo más alto de la escala superando los 30 puntos, en promedio tuvieron una puntuación de 31,2 (DE=0,7) (Figura 12).

Figura 12. . Distribución del nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en GUACARI IPS



Teniendo en cuenta cada ítem de la escala la mayoría de las frecuencias se ubicaron en las categorías de acuerdo o totalmente de acuerdo para todos los 10 ítems (tabla 3).

Tabla 2. Satisfacción de los usuarios por cada ítem de la escala

| Ítems | Fr | % |
|---|-----------|----------|
| La presentación y aseo de los consultorios médicos y sala de espera | | |
| Totalmente en desacuerdo | 8 | 1,4 |
| En desacuerdo | 39 | 6,6 |
| Indeciso | 21 | 3,6 |
| De acuerdo | 421 | 71,4 |
| Totalmente de acuerdo | 101 | 17 |
| El material utilizado por el profesional fue suficiente para llevar a cabo la atención | | |
| Totalmente en desacuerdo | 10 | 1,7 |
| En desacuerdo | 14 | 2,4 |
| Indeciso | 16 | 2,7 |
| De acuerdo | 411 | 69,7 |
| Totalmente de acuerdo | 139 | 23,5 |
| El horario de atención es conveniente para usted | | |
| Totalmente en desacuerdo | 10 | 1,7 |
| En desacuerdo | 61 | 10,3 |
| Indeciso | 16 | 2,7 |
| De acuerdo | 312 | 52,9 |
| Totalmente de acuerdo | 191 | 32,4 |
| El tiempo que debe esperar para la asignación de su cita es el adecuado | | |
| Totalmente en desacuerdo | 11 | 1,9 |
| En desacuerdo | 82 | 13,9 |
| Indeciso | 20 | 3,4 |
| De acuerdo | 268 | 45,4 |
| Totalmente de acuerdo | 209 | 35,4 |
| El tiempo dedicado a su cita fue el adecuado | | |
| Totalmente en desacuerdo | 6 | 1 |
| En desacuerdo | 51 | 8,6 |
| Indeciso | 23 | 3,9 |
| De acuerdo | 279 | 47,3 |
| Totalmente de acuerdo | 231 | 39,1 |

| | | |
|--|------------|------------|
| Satisfacción desde la llegada a la institución hasta cuando termina su atención | | |
| Totalmente en desacuerdo | 9 | 1,5 |
| En desacuerdo | 49 | 8,3 |
| Indeciso | 39 | 6,6 |
| De acuerdo | 244 | 41,4 |
| Totalmente de acuerdo | 249 | 42,2 |
| Satisfacción con la información que se le brindó frente a su motivo de consulta | | |
| Totalmente en desacuerdo | 9 | 1,5 |
| En desacuerdo | 30 | 5,1 |
| Indeciso | 16 | 7,8 |
| De acuerdo | 274 | 46,4 |
| Totalmente de acuerdo | 231 | 39,2 |
| Satisfacción con el trato del médico especialista en el momento de la atención | | |
| Totalmente en desacuerdo | 6 | 1 |
| En desacuerdo | 23 | 3,9 |
| Indeciso | 90 | 15,3 |
| De acuerdo | 228 | 38,6 |
| Totalmente de acuerdo | 243 | 41,2 |
| Solución adecuada a su problema | | |
| Totalmente en desacuerdo | 7 | 1,2 |
| En desacuerdo | 35 | 5,9 |
| Indeciso | 32 | 5,4 |
| De acuerdo | 285 | 48,3 |
| Totalmente de acuerdo | 231 | 39,2 |
| Le gustaría recibir atención nuevamente en esta institución | | |
| Totalmente en desacuerdo | 7 | 1,2 |
| En desacuerdo | 5 | 0,9 |
| Indeciso | 46 | 7,8 |
| De acuerdo | 218 | 36,9 |
| Totalmente de acuerdo | 314 | 53,2 |
| Total | 590 | 100 |

Según la SUPERSALUD la función de distribución de la oportunidad para la tasa de Satisfacción Global del país es asimétrica positiva, la mayor parte de los datos se concentran alrededor de 97% de satisfacción de los usuarios con las IPS donde son atendidos, La mediana es de 95%, el 70% de las IPS presentan una satisfacción por parte de sus usuarios del 97.5%. Se debe destacar que de las 6.888 IPS que reportaron el indicador de la tasa de Satisfacción Global, 720 (10%) presentan fallas en el reporte y validación de los datos referente a la información, por lo tanto, no son válidos y solo 6.168 (90%) de los datos recibidos en la SNS por medio de la circular única son válidos.

De otra parte, al total de datos reportados por las 6.168 IPS que tienen información valida se establecieron los niveles críticos con los límites superior e inferior, que en el caso de la tasa de Satisfacción Global, sólo se establece el límite superior en 75,2% de satisfacción.

7.2 ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD EN EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.

Se realizó una visita a GUACARI IPS, en donde se verificó el cumplimiento de la norma a través de una lista de chequeo, evidencia fotográfica y una encuesta a 21 trabajadores para evaluar el manejo de residuos hospitalarios por parte del personal que labora en esta institución.

Según la lista de chequeo el porcentaje de cumplimiento con las normas de manejo de no residuos fue del 50%; en donde se destaca que el lugar no cuenta con sistemas que permiten la ventilación tales como rejillas o ventanas; también como sistemas de prevención y control de incendios, como extintores y suministro cercano de agua y drenaje, tampoco se realiza aseo, fumigación y desinfección en las unidades de almacenamiento, con la regularidad que exige la naturaleza de la actividad que en ellas se desarrolla de conformidad con los requisitos y normas establecidas; el lugar no permite el acceso de los vehículos

recolectores y no dispone de báscula en el lugar y lleva un registro para el control de la generación de residuos (Tabla 3)

Tabla 3. Verificación del manejo de residuos no peligrosos

| Descripción | Si | No |
|--|------------|------------|
| Cuenta el lugar con fácil acceso para los usuarios | X | |
| Los acabados del lugar permiten fácil limpieza evitando el acumulo de microorganismos en general: paredes lisas, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior | X | |
| El lugar cuenta con sistemas que permiten la ventilación tales como rejillas o ventanas; también como Sistemas de prevención y control de incendios, como extintores y suministro cercano de agua y drenaje | | X |
| La construcción se hizo de forma que se evite el acceso y proliferación de insectos, roedores y otras clases de vectores además de impedir el ingreso de animales domésticos | X | |
| El lugar está cubierto para protección de aguas lluvias y cuenta con iluminación | X | |
| La ubicación del sitio no causa molestias o algún tipo de impactos negativos a la comunidad | X | |
| Cuenta con cajas de almacenamiento de residuos sólidos para realizar su adecuada presentación | X | |
| Realiza aseo, fumigación y desinfección en las unidades de almacenamiento, con la regularidad que exige la naturaleza de la actividad que en ellas se desarrolla de conformidad con los requisitos y normas establecidas | | X |
| Permite al lugar el acceso de los vehículos recolectores | | X |
| Dispone de báscula en el lugar y lleva un registro para el control de la generación de residuos | | X |
| Es de uso exclusivo para almacenar residuos sólidos y está debidamente señalizado | | X |
| Dispone de espacios por clase de residuo, de acuerdo con su clasificación (reciclable, peligroso, ordinario, etc.) | | X |
| Porcentaje | 50% | 50% |

Lo que concuerda con lo reportado por la contraloría de Bogotá en base en el análisis realizado los PGIRH de las IPS, ya que consideran que la mayoría de las acciones desarrolladas por las IPS han sido parciales, lo que evidencia la falta de compromiso institucional y el cumplimiento de la normatividad aplicable.

Los resultados obtenidos son el reflejo de la baja prioridad para solucionar la problemática existente en el manejo de los residuos hospitalarios de la ciudad. Falta implementar mecanismos que garanticen mayor efectividad en los resultados del componente interno y externo, ya que no se evidencia ningún proceso de articulación entre las IPS y Ecocapital, por ende no existe una gestión integral en el manejo de residuos hospitalarios en Bogotá.

Según la lista de chequeo el porcentaje de cumplimiento con las normas de manejo de residuos peligrosos fue solo del 36,8%; en el cual se destaca que las salidas de emergencia no están señalizadas, el piso no es antideslizante, impermeable, libre de grietas y resistente a las sustancias y/o residuos que se almacenen, los drenajes al interior del lugar no están conectados a pozos colectores para una posterior disposición del agua residual y tampoco están sellados y protegidos de daño por el paso de vehículos y el movimiento de estibas (Tabla 4).

Tabla 4. Verificación del manejo de residuos peligrosos

| Descripción | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| El lugar de almacenamiento está alejado de zonas densamente pobladas, de fuentes de captación de agua potable, de áreas inundables y de posibles fuentes externas de peligro | X | |
| El lugar está ubicado en un sitio de fácil acceso para el transporte de los residuos y para situaciones de emergencia | | X |
| Las paredes externas y las divisiones internas son de material sólido que resista el fuego durante 3 horas | X | |
| Las puertas en las paredes interiores están diseñadas para confinar el fuego con una resistencia de 3 horas | X | |
| Existen en las instalaciones de la organización salidas de emergencia distintas a las puertas principales de ingreso de las mercancías | | X |
| Las salidas de emergencia están señalizadas | | X |
| El piso es antideslizante, impermeable, libre de grietas y resistente a las sustancias y/o residuos que se almacenen | | X |
| Los drenajes al interior del lugar están conectados a pozos colectores para una posterior disposición del agua residual | | X |

| | | |
|---|--------------|--------------|
| Los drenajes están sellados y protegidos de daño por el paso de vehículos y el movimiento de estibas | | X |
| Todas las sustancias peligrosas almacenadas están ubicadas en un sitio confinado median paredes, diques o bordillos perimetrales | X | |
| El techo está diseñado de tal forma que no admita el ingreso de agua lluvia a las instalaciones, pero que permita la salida del humo y el calor en caso de un incendio | X | |
| El lugar cuenta con ventilación adecuada (ya sea natural o forzada) | X | |
| El lugar opera con iluminación adecuada | X | |
| Si se almacenan materiales inflamables se cuenta con equipos de protección contra relámpagos | | X |
| Si se almacenan sustancias en el exterior se tienen condiciones satisfactorias respecto a: seguridad, protección de la lluvia, acceso para emergencias, sistema de contención de derrames | | X |
| Están señalizadas todas las áreas de almacenamiento y estanterías con la clase de riesgo correspondiente a la sustancia química peligrosa almacenada | | X |
| Están señalizados todos los sitios de almacenamiento con las correspondientes señales de Advertencia, obligación, prohibición e información | | X |
| Cuenta el lugar con dispositivos de detección de fuego y sistemas de respuesta | | X |
| Tiene el lugar las Hojas de Seguridad de todas las sustancias almacenadas, en un sitio visible y señalizado | | X |
| Porcentaje | 36,8% | 63,2% |

Con relación a las actividades inherentes al almacenamiento de residuos peligrosos se verificó un incumplimiento del 100% (Tabla 5);

Tabla 5. Verificación de actividades inherentes al almacenamiento de residuos peligrosos

| Descripción | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| Están definidas y documentadas las responsabilidades de cada actor asociado a la operación de almacenamiento | | X |
| El proveedor y/o dueño de las sustancias químicas peligrosas provee las Hojas de Seguridad | | X |

| | | |
|--|-----------|-------------|
| Asegura que todas las sustancias peligrosas almacenadas estén debidamente etiquetadas o marcadas | | X |
| Las puertas en las paredes interiores están diseñadas para confinar el fuego con una resistencia de 3 horas | | X |
| Cuenta con un registro actual de las sustancias químicas peligrosas almacenadas que garantice el conocimiento de la cantidad y ubicación de las sustancias | | X |
| La bodega de almacenamiento se mantiene limpia y ordenada | | X |
| Planea regularmente inspecciones ambientales y de seguridad | | X |
| Almacena las sustancias químicas peligrosas agrupando las que tienen riesgos comunes y evitando la proximidad de las incompatibles | | X |
| Ha dejado un pasillo peatonal perimetral entre los materiales almacenados y los muros | | X |
| El apilamiento de recipientes y bultos es menor a tres metros de altura | | X |
| Los estantes son suficientemente estables y firmes, de forma que no exista el riesgo de derrumbamiento de los mismos | | X |
| Los estantes son de un material resistente a las sustancias almacenadas | | X |
| Las sustancias peligrosas o residuos almacenados tienen las debidas protecciones para evitar caídas y derrames | | X |
| Tiene en cuenta las recomendaciones de las Hojas de Seguridad para la ubicación de las sustancias peligrosas dentro de la bodega | | X |
| Porcentaje | 0% | 100% |

Situación similar se encontró en una visita realizada por la Contraloría de Bogotá para revisar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios H sido la única IPS de las seleccionadas con política ambiental, lo que demuestra un compromiso de toda la organización. Igualmente establece como principios de su política ambiental.

Teniendo en cuenta las actividades inherentes a la recolección y transporte externo de residuos sólidos se presentó un cumplimiento del 37,5% (Tabla 6).

Tabla 6. Verificación de las actividades inherentes a la recolección y transporte externo de residuos sólidos

| Descripción | Si | No |
|--|--------------|--------------|
| Tiene definidas rutas de recolección | X | |
| Se tienen establecidos horarios y frecuencias de recolección | | X |
| Realiza la recolección selectiva de los residuos en los puntos de generación | | X |
| Los elementos empleados para la recolección de residuos peligrosos son de uso exclusivo para este fin | X | |
| Verifica que los vehículos que transportan sustancias o residuos peligrosos tengan toda la documentación establecida por el Decreto 1609 de 2002 o normas que la sustituyan o modifiquen y cumplan con los requisitos dispuestos en el mismo | | X |
| Verifica que los vehículos que transportan residuos sólidos cumplan con lo establecido por el Decreto 1713 de 2002 o normas que la sustituyan o modifiquen | | X |
| Se tiene establecidos horarios y frecuencias de recolección | X | |
| Verifican los documentos y la integridad de los envases y embalajes para la entrega de residuos sólidos | | X |
| Porcentaje | 37,5% | 62,5% |

Lo que hace necesario que se tomen medidas que garanticen la recolección y el transporte externo de residuos sólidos en las IPS, ya que se ha reportado que muchas de las IPS que funcionan en áreas rurales no cuentan con la contratación de empresas recolectoras de residuos, justificando esto por la falta de empresas que ofrecen este servicio.

Durante el proceso de inspección se pudo constatar la presencia de señalización de la ruta de evacuación de residuos biológicos y los lugares del almacenamiento en GUACARI IPS (Figura 13).

Figura 13. Señalización de la ruta de evacuación de desechos biológicos



Aunque existe la señalización de la ruta de evacuación de residuos en Guacari IPS, las áreas de almacenamiento temporal de residuos hospitalarios y similares no están en condiciones óptimas.

Asimismo se observa la utilización de canecas y guardianes para la recolección de residuos hospitalarios y similares (Figura 14).

Figura 14. Herramientas utilizadas para la recolección de los residuos hospitalarios



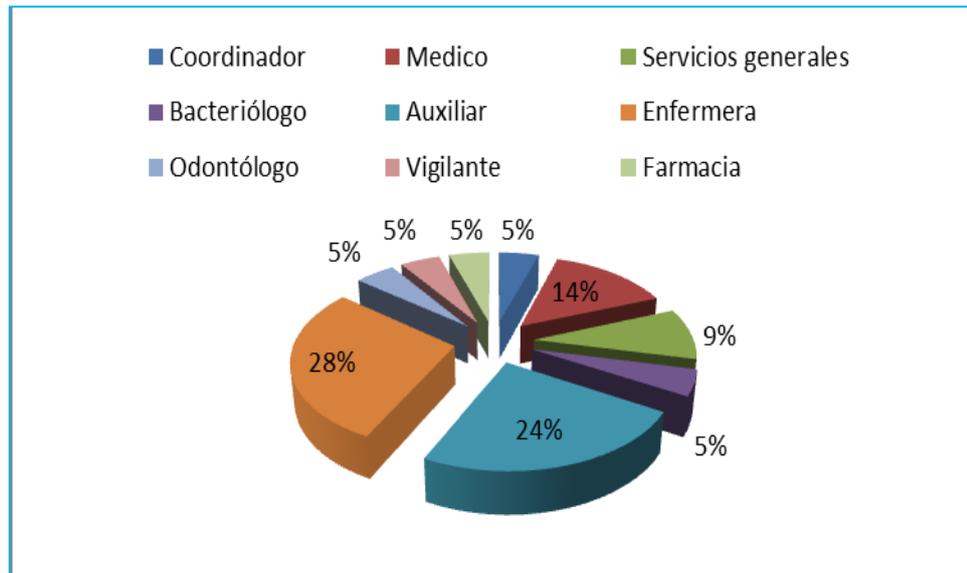
Sin embargo se aprecian algunas locaciones en mal estado y el uso de algunas canecas sin bolsa (Figura 15).

Figura 15. Manejo inadecuado de residuos en GUACARI IPS



Con relación a los trabajadores encuestados para conocer su percepción y bioseguridad en el manejo de residuos se encontró que el 28% son enfermeras, seguido de los auxiliares con el 24% y los médicos con el 14% (Figura 16).

Figura 16. Talento Humano encuestado en GUACARI IPS



De acuerdo al enfoque administrativos, los empleados en general de GUACARI IPS consideran que los procedimientos llevados a cabo son correctos según el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, sin embargo en algunos aspectos como la existencia del comité interadministrativo de gestión de residuos, la socialización y soporte de actas del PGIRS y la presencia de inscripción ante la autoridad ambiental muestran frecuencias bajas (tabla 7).

Tabla 7. Manejo administrativo de residuos hospitalarios en GUACARI IPS

| Manejo administrativo de residuos hospitalarios en GUACARI IPS | Fr | % |
|--|----|------|
| Existencia del comité interadministrativo de gestión de residuos | 5 | 23,8 |

| | | |
|---|-----------|------------|
| Existencia del plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios | 6 | 28,6 |
| El PGIRS está socializado y se soporta con actas | 4 | 19 |
| El PGIRS está actualizado y se realiza seguimiento | 2 | 9,5 |
| La norma técnica para el manejo de residuos ha sido socializada | 6 | 28,6 |
| Existencia de indicadores de gestión de residuos | 5 | 23,8 |
| Presencia de contratación vigente con empresas especializadas en la recolección y disposición final de residuos hospitalarios y similares | 21 | 100 |
| Presencia de inscripción ante la autoridad ambiental | 8 | 38,1 |
| la ruta crítica de residuos esta publicada con su respectivo horario de evacuación y recolección | 13 | 61,9 |
| Conocimiento de la ruta crítica de residuos hospitalarios y similares | 16 | 76,2 |
| Existencia de congelador para almacenar desechos anatomopatológicos | 1 | 4,8 |
| La institución cuenta con zona de depósito temporal de residuos que cumplen con todas las características establecidas por Ley | 14 | 66,7 |
| Total | 21 | 100 |

Lo que concuerda con lo reportado por la contraloría de Bogotá, quien manifiesta que la mayoría de IPS presentan falencias entre las que se encuentra, que no se presenta un programa de salud ocupacional, simplemente menciona que las normas de protección de la salud pública y bioseguridad son de obligatorio cumplimiento y serán objeto de auditoria, asimismo que la mayoría no presentas cronogramas ni presupuesto para la implementación del PGIRH.

Con relación al enfoque operacional, los empleados utilizan los recipientes adecuados y rotulados, sin embargo en algunos aspectos como la inactivación de los residuos corto punzantes antes de la disposición final y la cantidad de talento humano destinado al manejo interno y disposición final de residuos debe ser reforzados (Tabla 8).

Tabla 8. Manejo operacional de residuos hospitalarios en GUACARI IPS

| Manejo operacional de residuos hospitalarios en GUACARI IPS | Fr | % |
|--|-----------|------------|
| Utilización de recipientes adecuados, debidamente rotulados por caracterización para almacenamiento, transporte disposición intermedia y final de los residuos hospitalarios y similares | 12 | 57,1 |
| Realización de separación y segregación en las fuentes y caracterización de residuos hospitalarios y similares | 17 | 80,9 |
| Los residuos peligrosos, tipo biosanitarios, siempre son colocados en bolsa roja | 18 | 85,7 |
| Los residuos peligrosos tipo corto punzantes, siempre son colocados en un guardián, que cumple con las condiciones de bioseguridad establecidas por ley | 21 | 100 |
| Los residuos corto punzantes, son inactivados antes de la disposición final | 5 | 23,8 |
| Se realiza control de pesaje diario | 15 | 71,4 |
| El talento humano es suficiente para la recolección, segregación separación transporte interno y disposición final de los residuos hospitalarios | 5 | 23,8 |
| El personal encargado de servicios generales, cuenta con los implementos de protección personal para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios | 9 | 42,9 |
| Presencia de accidentes laborales relacionados con el manejo de residuos | 2 | 9,5 |
| Total | 21 | 100 |

Teniendo en cuenta las características de la zona de depósito temporal de los residuos en GUACARI IPS esta posee pisos y paredes de fácil limpieza, señalización de la zona, canecas verdes y rojas con tapa (Tabla 9).

Tabla 9. Característica de la zona de depósito temporal de residuos en GUACARI IPS

| Características en infraestructura | frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Pisos y paredes de fácil limpieza | 14 | 66,7 |
| Señalización de la zona | 18 | 85,7 |
| Ventilación, iluminación y protección contra roedores | 10 | 47,6 |

| | | |
|-------------------------|-----------|------------|
| Desagüe | 13 | 61,9 |
| Canecas rojas con tapa | 19 | 90,5 |
| Canecas verdes con tapa | 18 | 85,7 |
| Posee extintor cerca | 8 | 38,1 |
| Total | 21 | 100 |

Aunque Guacari IPS cuenta con la zona de depósito temporal de residuos, esta no está en condiciones óptimas, por lo cual se hace necesario gestionar la adquisición de más extintores de fuego y mejorar la ventilación e iluminación, entre otros aspectos.

8. CONCLUSIÓN

Los niveles de satisfacción del usuario y el manejo de residuos hospitalarios de GUACARI IPS sede San Onofre indican que la institución no cumple con todos los requisitos para lograr los estándares de calidad, por lo cual se sugiere la realización de mejoras administrativas y operacionales que garanticen

adecuada infraestructura, talento humano suficiente, herramientas de protección y bioseguridad, lo que se traduce en la capacidad de brindar una buena atención en salud disminuyendo el riesgo de accidentes ocupacionales al profesional en salud y garantizando el menor impacto posible sobre el medio ambiente; asimismo si los usuarios son atendidos en adecuadas condiciones van a desarrollar un mayor nivel de satisfacción, aumentando en este sentido los indicadores de calidad.

Además aunque existen áreas especializadas para el manejo de todos los desechos hospitalarios según su clasificación, es necesario la concientización de cada una de las personas que hacen parte de hospital, tanto empleados, pacientes, usuarios externos e internos.

En este sentido para un excelente control de todos los riesgos de contaminación que se generan en el manejo de residuos hospitalarios de Guacari IPS se necesita una adecuada preparación e instrucción del personal que labora en la Institución, por lo tanto se debe dar la debida instrucción y supervisión por parte del personal responsable del diseño y ejecución de los planes de Gestión y control ambiental creados por la administración, previo cumplimiento de las normas. Así mismo la implementación de capacitación consistente en dar a conocer los aspectos relacionados con el manejo integral de los residuos; en especial los procedimientos específicos, funciones, responsabilidades, mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas funcionales, trámites internos, etc.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar otras investigaciones en los centros de atención del Departamento de Sucre; implementando otros diseños e instrumentos que permitan corroborar que el manejo de residuos hospitalarios y similares se esté

realizando de manera adecuada como lo estipula el plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

Además, es indispensable que GUACARI IPS incluya en su plan de mejoramiento capacitaciones a los empleados para que puedan cumplir con lo establecido en el plan de gestión integral de residuos de la institución y verificar a través del control interno si todos los empleados cumplen con las normas que garanticen la buena manipulación de residuos desde el momento que se generan hasta su disposición final interna.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Ahmed S. Hospital waste sickening public and environment" Daily Times, 8th July 2004, p. 7.

- ✓ Capelli, L. "Clasificación de los Desechos Sólidos Hospitalarios", en *Guía de capacitación: Gestión y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios*, 1998. Radio Nederland International. San José.
- ✓ CHANDIA Yanira, *Introducción a la Calidad en Salud*. 2006 P.
- ✓ Circular 0047 de 2006
- ✓ Decreto 1669 de 2002
- ✓ Decreto 2676 de 2000
- ✓ Decreto 2763 de 2001
- ✓ Decreto 4126 de 2005
- ✓ Gastañaga C. *Administración de residuos sólidos hospitalarios*. Edición: Eduardo arenas Silvera enero de 1999.
- ✓ Hayashi Y. Proper disposal of medical wastes - infection prevention and waste management at Hiroshima city, Asa Hospital, RinshoByori, 2000 (Suppl 112) pp. 26-31.
- ✓ Hayward E. The ethical responsibility of the hospital to the environment. *J Health Mater Manage* 1992;14:19-27.
- ✓ JUNCO R, RODRIGUEZ D. Desechos hospitalarios: aspectos educativos en la implementación de su manejo. *Rev Cubana HigEpidemiol*. 2000, vol.38, n.3 p. 195-200.
- ✓ Ley 9 de 1979
- ✓ MATA SUBERO, Ana María, REYES GIL, Rosa E. and MIJARES SEMINARIO, Rodrigo. *Manejo de desechos hospitalarios en un hospital tipo IV de Caracas, Venezuela*.2004, vol.29, no.2, p.89-93.
- ✓ MEJIA GARCIA Braulio, ALVAREZ HEREDIA F. *Auditoria médica para la Garantía de calidad en salud*. Quinta edición. Eco-ediciones. Año 2009.
- ✓ MEJÍA, Braulio. *Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud*. Bogotá, 2000.
- ✓ Monreal J. *Consideraciones sobre el manejo de residuos de hospitales en América Latina* 1991, p.50-2.
- ✓ Neveu et al. Residuos hospitalarios peligrosos en un centro de alta complejidad. *RevMéd Chile* 2007; 135: 885-895
- ✓ NTC ISO 9001:2008

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Manejo de desechos médicos en países en desarrollo. Informe de Consultoría. Coad A de Ginebra: OMS, 1996:1-44
- ✓ Resolución 0058 de 2002
- ✓ Resolución 1043 de 2006
- ✓ Resolución 1164 de 2002
- ✓ Decreto 351 de 2014
- ✓ Rojas, M. E. "Presentación del Programa de Saneamiento Básico Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social", en *Repertorio Científico*, UNED, 5 (6-7), 1999. San José.
- ✓ Shahida Rasheed, Saira Iqbal, Lubna A. Baig*, Kehkashan Mufti. Hospital Waste Management in the Teaching Hospitals of Karachi. P: 1-4.
- ✓ Tabares JW y Vélez LM. Apuntes para la gestión de manejo de residuos sólidos hospitalarios. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Boletín Epidemiológico de Antioquia, Vol XXII, No. 1, 1997:7-16.
- ✓ VELASCO, Juan. Gestión de la calidad: Mejora Continua y Sistema de Gestión. Madrid, España, Ed. Pirámide. 2005.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA LOS SUJETOS DE ESTUDIO.

Yo, con Cédula No. Con dirección _____, declaro que he recibido información amplia y suficiente sobre el estudio, titulado “NIVELES DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y ANÁLISIS DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES COMO INDICADORES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO EN GUACARI IPS INDIGENA SAS DEL MUNICIPIO DE SAN ONOFRE SUCRE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014” en el cual se pretende describir los niveles de satisfacción en los usuarios de esta IPS. Se me ha explicado los procedimientos que se llevaran a cabo para obtener esta información. En este sentido, me comprometo a diligenciar un cuestionario. Por otro lado, se me ha informado sobre los beneficios que obtendré en estas actividades y los riesgos a los que se expone con cada una de las actividades que se desarrollarán. Además, estoy de acuerdo con utilidad de los resultados de esta investigación, el cual podría contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud, favoreciendo de esta forma a otros seres humanos con las mismas características de la población evaluada. Igualmente soy consciente que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador y se me ha informado sobre el carácter de los datos obtenidos, los cuales serán socializados en comunidades académicas y solo serán presentados en forma global con intenciones de ser aplicados a la población de este estudio. En este sentido, conozco los compromisos que adquiero con este proyecto y que en todo momento seré libre de continuar ó de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

, con Cédula de Ciudadanía No. con dirección y Teléfono, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en la ciudad de Cartagena de Indias, el día mes del año _____. (Testigo No.1)

, con Cédula de Ciudadanía No. con dirección Teléfono, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en la ciudad de Cartagena de Indias, el día mes del año (Testigo No.2)

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula de la participante principal

Firma y cédula del Investigador

Anexo 2. Instrumento 1

ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO

OBJETIVO: Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente a la calidad del servicio prestado.

Numero: _____

1. Edad: _____ 2. Sexo: M___ F___ 3. Procedencia: Urbana___ Rural___ 4. Estrato socioeconómico: _____
5. Estado civil: Soltero___ Casado___ Unión libre ___ Separado_____ Divorciado_____ Viudo_____
6. Ocupación: _____
7. Religión: () Católico () Cristiano () Judaísmo () Adventista () Otro
8. Cuenta con servicio de salud: Si___ No___ 9.Cuál es su EPS: _____
9. Régimen de salud al cual pertenece? a. Contributivo b. Subsidiado c. Régimen de excepción
10. Si pertenece al régimen de excepción a cuál de las siguientes entidades pertenece:
- a. Ecopetrol b. Magisterio c. Fuerzas militares d. Otros e. No aplica
11. Usted cuenta con un plan de atención complementaria: a. Si b. No.
12. Si su respuesta a la pregunta anterior fue si, a cuáles de los siguientes pertenece:
- a. Medicina prepagada b. Pólizas de seguros de salud c. Particular d. No aplica
- 13.Cuál es su EPS: _____
14. Qué tipo de serviciorecibió en la institución: _____
15. Cuanto tiempo estuvo en GUACARI IPS para la prestación del servicio: _____ min.
16. Se presentó alguna complicación o evento adverso durante su atención:
- a. Si b. No Cuál: _____
17. Antes de que se cumpliera la fecha de su cita, en GUACARI IPS le reprogramaron su cita?
- a. Si b. No
18. Con cuanto tiempo de anterioridad le informaron sobre la reprogramación de su cita? a. Una semana b. Dos semanas c. Entre 3 y 4 semanas d. más de 4 semanas e. No aplica
20. Le reprogramaron en más de una ocasión la cita? a. Si b. No c. No aplica; Cuantas veces: _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor diligencie la encuesta marcando con una X en la opción que usted considere correcta.

| # | Preguntas | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|----|--|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|
| 1 | ¿Se siente satisfecho con la presentación y aseo de los consultorios médicos y sala de espera? | | | | | |
| 2 | El profesional que lo atendió, ¿contó con el material necesario para llevar a cabo la atención? | | | | | |
| 3 | ¿Es conveniente para usted el horario de atención?. | | | | | |
| 4 | ¿Considera usted que el tiempo que debe esperar para la asignación de su cita es el adecuado? | | | | | |
| 5 | ¿Considera usted que el tiempo dedicado a su cita fue el adecuado? | | | | | |
| 6 | ¿Se siente satisfecho con la prestación del servicio desde la llegada a la institución hasta cuando termina su atención? | | | | | |
| 7 | ¿Se siente satisfecho con la información que se le brindó frente a su motivo de consulta? | | | | | |
| 8 | ¿Se siente satisfecho con el trato del médico especialista hacia usted en el momento de la atención? | | | | | |
| 9 | ¿Recibió usted una solución adecuada a su problema? | | | | | |
| 10 | ¿Le gustaría recibir atención nuevamente en esta institución? | | | | | |

Recomendaciones:

Gracias por su atención

Encuesta de manejo de residuos hospitalarios para el personal que labora en la institución Guacari IPS Indígena SAS de San Onofre Sucre.

Objetivo: Evaluar el conocimiento que tiene el personal de la institución con respecto al manejo de los residuos hospitalarios.

Numero de encuesta. _____

Fecha _____

Cargo _____

1. ¿Existe el comité interadministrativo de gestión residuos hospitalarios?

Si ___ No ___

2. ¿Existe el plan de gestión ambiental de residuos hospitalarios? Sí___ No___
3. ¿El plan de gestión de residuos hospitalarios (PEGIR) esta socializado y se soporta con actas?
Sí ___ No___
4. ¿El plan de gestión de residuos hospitalarios (PEGIR) esta actualizado y se realiza seguimiento?
Sí___ No___
5. ¿la norma técnica para el manejo de residuos hospitalarios ha sido socializada y se soporta con actas? Sí___ No___
6. ¿Existen indicadores de gestión de residuos? Sí___ No___
7. ¿Existe contratación vigente con empresas especializadas en la recolección y disposición final de residuos hospitalarios y similares? Sí___ No___
8. ¿ se realiza el reporte de consolidados de residuos a la instancia de vigilancia y control?
Sí___ No___
9. ¿Se encuentra publicada la ruta crítica de residuos con sus respectivos horarios de recolección y evacuación? Sí___ No___
10. ¿Conoce la ruta crítica de residuos hospitalarios? Sí___ No___
11. ¿Utiliza recipientes adecuados, debidamente rotulados por caracterización para almacenamiento, transporte, disposición intermedia y final de los residuos hospitalarios y similares? Sí___ No___
12. ¿Realiza separación y segregación en las fuentes y clasificación de residuos hospitalarios y similares? Sí___ No___
13. ¿Existe congelador para almacenar desechos anatomopatológicos? Sí___ No___
14. ¿Los residuos peligrosos, tipo biosanitarios siempre son colocados en bolsas rojas?
Sí___ No___
15. ¿Los residuos peligrosos tipo corto punzantes, siempre son colocados en un guardián, que cumpla con las condiciones de bioseguridad establecidas por la ley?
Sí___ No___

16. Los residuos corto punzantes son inactivados antes de su disposición final?
Sí___ No___

17. ¿Si su respuesta a la anterior fue positiva indique que insumo se utiliza para la inactivación de los bioresiduos?

Hipoclorito___ Peróxido de hidrogeno___ Agua oxigenada___ Otro___

18 .¿ Los residuos peligrosos tipo metal pesado, como restos de amalgama, antes de su disposición final son colocados en:

Directamente en una bolsa roja___ Frasco de vidrio con glicerina___ Se van por desagüe___

Otros___

19. ¿Los restos anatomopatologicos, tipo placenta o restos de tejidos humanos, antes de su disposición final son colocados en:

Congelador___ Directamente en la bolsa roja___ Otros___

20. ¿ La institución cuenta con zona de depósito temporal de residuos que cumpla con todas las características establecidas por la ley? Sí___ No___

21. ¿Las características en infraestructura de la zona de depósito temporal de residuos son la siguiente:

Pisos y paredes de fácil limpieza Sí___ No___ Señalizado

Sí___ No___

Ventilado, iluminado y protegido de roedores Si___ no___ Posee desagüe

Sí___ No___

Posee canecas rojas con tapas Sí___ No___ Posee extintor

cerca Sí___ No___

Posee canecas verdes con tapas Sí___ No___

22. ¿Se realiza control de pesaje diario?

SI___ No___

23 ¿Cuenta con el talento humano suficiente para la recolección, segregación, separación, transporte interno y disposición final de los residuos hospitalarios?

Sí___ No___

24. ¿El personal encargado de servicios generales, cuenta con los implementos de protección personal para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios?

Sí ____ No ____

25. ¿Se han presentado accidentes de trabajo o enfermedad profesional relacionados con el manejo de residuos hospitalarios?

Sí ____ No ____

**LISTA DE CHEQUEO PARA EL MANEJO DE BIORRESIDUOS DE LA IPS
GUACARI INDIGENA SAS DEL MUNICIPIO DE SAN ONOFRE – SUCRE**

LISTA DE CHEQUEO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS

1. Cuenta el lugar con fácil acceso para los usuarios?
2. ¿Los acabados del lugar permiten fácil limpieza evitando el desarrollo de microorganismos en
General: paredes lisas, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior?

3. ¿El lugar cuenta con sistemas que permiten la ventilación tales como rejillas o ventanas; también como Sistemas de prevención y control de incendios, como extintores y suministro cercano de agua y drenaje?
4. ¿La construcción se hizo de forma que se evite el acceso y proliferación de insectos, roedores y otras clases de vectores además de impedir el ingreso de animales domésticos?
5. ¿El lugar está cubierto para protección de aguas lluvias y cuenta con iluminación?
6. ¿La ubicación del sitio causa molestias o algún tipo de impactos a la comunidad?
7. ¿Cuenta con cajas de almacenamiento de residuos sólidos para realizar su adecuada presentación?
8. ¿Realiza aseo, fumigación y desinfección en las unidades de almacenamiento, con la regularidad que exige la naturaleza de la actividad que en ellas se desarrolla de conformidad con los requisitos y normas establecidas?
9. ¿Permite al lugar el acceso de los vehículos recolectores?
10. ¿Dispone de báscula en el lugar y lleva un registro para el control de la generación de residuos?
11. ¿Es de uso exclusivo para almacenar residuos sólidos y está debidamente señalado?
12. ¿Dispone de espacios por clase de residuo, de acuerdo con su clasificación (reciclable, peligroso, ordinario, etc.)?

LISTA DE CHEQUEO DE RESIDUOS PELIGROSOS

1. ¿El lugar de almacenamiento está alejado de zonas densamente pobladas, de fuentes de captación de agua potable, de áreas inundables y de posibles fuentes externas de peligro?
2. ¿El lugar está ubicado en un sitio de fácil acceso para el transporte de los residuos y para situaciones de emergencia?
3. ¿Las paredes externas y las divisiones internas son de material sólido que resista el fuego durante 3 horas?

4. ¿Las puertas en las paredes interiores están diseñadas para confinar el fuego con una resistencia de 3 horas?
5. ¿Existen en las instalaciones de la organización salidas de emergencia distintas a las puertas principales de ingreso de las mercancías?
6. ¿Las salidas de emergencia están señalizadas?
7. ¿El piso es antideslizante, impermeable, libre de grietas y resistente a las sustancias y/o residuos que se almacenen?
8. ¿Los drenajes al interior del lugar están conectados a pozos colectores para una posterior disposición del agua residual?
9. ¿Los drenajes están sellados y protegidos de daño por el paso de vehículos y el movimiento de estibas?
10. ¿Todas las sustancias peligrosas almacenadas están ubicadas en un sitio confinado median paredes, diques o bordillos perimetrales?
11. ¿El techo está diseñado de tal forma que no admita el ingreso de agua lluvia a las instalaciones, pero que permita la salida del humo y el calor en caso de un incendio?
12. ¿El lugar cuenta con ventilación adecuada (ya sea natural o forzada)?
13. ¿El lugar opera con iluminación adecuada?
14. ¿Si se almacenan materiales inflamables se cuenta con equipos de protección contra relámpagos?

15. ¿Si se almacenan sustancias en el exterior se tienen condiciones satisfactorias respecto a: seguridad, protección de la lluvia, acceso para emergencias, sistema de contención de derrames?
16. ¿Están señalizadas todas las áreas de almacenamiento y estanterías con la clase de riesgo correspondiente a la sustancia química peligrosa almacenada?
17. ¿Están señalizados todos los sitios de almacenamiento con las correspondientes señales de advertencia, obligación, prohibición e información?
18. ¿Cuenta el lugar con dispositivos de detección de fuego y sistemas de respuesta?
19. ¿Tiene el lugar las Hojas de Seguridad de todas las sustancias almacenadas, en un sitio visible y señalado?

LISTA DE ACTIVIDADES INHERENTES AL ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS

1. ¿Están definidas y documentadas las responsabilidades de cada actor asociado a la operación de almacenamiento?
2. ¿El proveedor y/o dueño de las sustancias químicas peligrosas provee las Hojas de Seguridad?
3. ¿Asegura que todas las sustancias peligrosas almacenadas estén debidamente etiquetadas o marcadas?

4. ¿Cuenta con un registro actual de las sustancias químicas peligrosas almacenadas que garantice el conocimiento de la cantidad y ubicación de las sustancias?
5. ¿La bodega de almacenamiento se mantiene limpia y ordenada?
6. ¿Planea regularmente inspecciones ambientales y de seguridad?
7. ¿Almacena las sustancias químicas peligrosas agrupando las que tienen riesgos comunes y evitando la proximidad de las incompatibles?
8. ¿Ha dejado un pasillo peatonal perimetral entre los materiales almacenados y los muros?
9. ¿El apilamiento de recipientes y bultos es menor a tres metros de altura?
10. ¿Los estantes son suficientemente estables y firmes, de forma que no exista el riesgo de derrumbamiento de los mismos?
11. ¿Los estantes son de un material resistente a las sustancias almacenadas?
12. ¿Las sustancias peligrosas o residuos almacenados tienen las debidas Protecciones para evitar caídas y derrames?
13. ¿Tiene en cuenta las recomendaciones de las Hojas de Seguridad para la ubicación de las sustancias peligrosas dentro de la bodega? No

LISTA DE CHEQUEO RELACIONADO CON EL TRANSPORTE

1. ¿Tiene definidas rutas de recolección?
2. ¿Se tienen establecidos horarios y frecuencias de recolección?
3. ¿Realiza la recolección selectiva de los residuos en los puntos de generación?
4. ¿Los elementos empleados para la recolección de residuos peligrosos son de uso exclusivo para este fin?

5. Actividades inherentes a la recolección y transporte externo de residuos sólidos
6. Descripción
7. ¿Verifica que los vehículos que transportan sustancias o residuos peligrosos tengan toda la documentación establecida por el Decreto 1609 de 2002 o normas que la sustituyan o modifiquen y cumplan con los requisitos dispuestos en el mismo?
8. ¿Verifica que los vehículos que transportan residuos sólidos cumplan con lo establecido por el Decreto 1713 de 2002 o normas que la sustituyan o modifiquen?
9. ¿Se tiene establecidos horarios y frecuencias de recolección?
10. ¿Verifican los documentos y la integridad de los envases y embalajes para la entrega de residuos sólidos?