

**SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC-ISO 14001:2004 EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE
GARCÍA ROVIRA MÁLAGA SANTANDER**

JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICO- MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2012**

**SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC-ISO 14001:2004 EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE
GARCÍA ROVIRA MÁLAGA SANTANDER**

JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA

Proyecto de Grado para optar por el título de Ingeniera Industrial

**Directora
Lilian Adela Barbosa Basto
Ingeniera Química**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO- MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2012

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, la salud, las virtudes y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante, por ser esa luz que me guía a través de un camino lleno de bendiciones haciendo realidad todos mis sueños.

A mis padres fuente de ejemplo y compañía en los momentos difíciles, por su apoyo incondicional, por ser el motivo de mi lucha y por ese inmenso amor que no espera nada a cambio.

A mi hija Katerín Juliana a quien dedico de manera especial este logro personal, por ser el mejor regalo de Dios, el motor que impulsa mi vida y la inspiración de mis proyectos.

A mi Esposo por la comprensión, la paciencia, por el tiempo de espera, por ser mi apoyo incondicional, mi soporte, la voz de aliento y por todo el amor recibido.

A mis hermanos Hersady, Sandra, y Luis Alberto, ejemplo de superación, por todo su amor, apoyo y comprensión en los momentos que más los he necesitado.

A mi abuelita Materna por su desmedido amor y lindas enseñanzas.

A Fidesia Sandoval por el ánimo, la ayuda y los buenos consejos.

Los Amo y Siempre los llevo en mi corazón. . .

Jenny Zuleima Bautista Sierra

AGRADECIMIENTOS

La Autora expresa los más sinceros agradecimientos a:

Agradezco ante todo a Dios, proveedor de vida, por guiar mis pasos e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino personas dispuestas a brindarme su ayuda en el transcurso de este Proyecto, por darme la fortaleza necesaria para lograr este Triunfo.

Este Trabajo de Grado, fruto del esfuerzo y dedicación, no hubiera sido posible sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación se citan, las cuales fueron soporte para el desarrollo y culminación de la Tesis.

Al Doctor Darío Elvis Camacho Noriega Gerente de la reconocida y prestigiosa E.S.E Hospital Regional de García Rovira, por permitir la realización de este proyecto, brindándome un espacio de crecimiento, desarrollo personal y profesional; por su confianza mediante el apoyo, aprobación y gestión de todas las acciones requeridas para el éxito de la implementación del Sistema de Gestión Ambiental.

A la Enfermera Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Aitza Vivian Castañeda Solano, Coordinadora de Gestión de Calidad y Tutora del proyecto, por su disposición, coordinación, confianza y apoyo incondicional en la realización de esta práctica, por sus valiosas enseñanzas y orientaciones recibidas, por ser mi guía en la elaboración de esta práctica. Gracias jefe Vivian por compartir conmigo sus conocimientos.

Al Ingeniero Electrónico Gerver Mauricio Beltrán, Ingeniero Biomédico Orlando Ortiz, a la Nutricionista, Señora Raquel Camacho de Gamboa, a la Química Farmacéutica Shirley López, Saín Leal Administrador del almacén, y a todos los miembros de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, quienes participaron y colaboraron de buena manera, gracias por su aceptación y compromiso.

A la Ingeniera Química, Lilian Adela Barbosa Basto, Directora del Proyecto por su colaboración, las valiosas orientaciones, por la disposición en el transcurso de la práctica.

A la Universidad Industrial de Santander, a mis Profesores de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales quienes participaron en mi desarrollo profesional durante mis estudios de Pregrado, por brindarme sus conocimientos de manera desinteresada. Y a todos quienes de una u otra manera contribuyeron a este triunfo en mi vida.

GRACIAS...

Jenny Zulsetima Bautista Sierra

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	22
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	25
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
1.2 OBJETIVOS	25
1.2.1 Objetivo General	25
1.2.2 Objetivos Específicos	26
1.2 ALCANCE	27
2. MARCO TEÓRICO	28
2.1 LOS SISTEMAS DE GESTIÓN	28
2.2 SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL	29
3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	30
3.1 UBICACIÓN	30
3.2 RESEÑA HISTÓRICA	30
3.3 RAZÓN SOCIAL	31
3.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	31
3.4.1 Misión	31
3.4.2 Visión	32
3.4.3 Servicios que presta la Institución	32
3.4.4. Estructura organizacional	34
3.4.5 Mapa de procesos	35
4. DISEÑO METODOLÓGICO	36
4.1 DIAGNÓSTICO	37
4.2 PLANIFICACIÓN	37
4.3 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	38
4.4 DOCUMENTACIÓN	38
4.5 IMPLEMENTACIÓN	39
4.6 VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	39

4.7 PLAN DE ACCIÓN PARA LAS NO CONFORMIDADES	39
5. DIAGNÓSTICO	40
5.1 RECONOCIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y PROCESOS	41
5.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS LEGALES	41
5.3 REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL	42
5.3.1 Planificación de la revisión inicial	42
5.3.3 Cumplimiento de Requisitos Legales y Otros Requisitos	45
5.3.4 Revisión de los Requisitos de la Norma NTC-ISO 14001:2004	53
5.4 INFORME DIAGNÓSTICO INICIAL	64
6. PLANEACIÓN	66
6.1 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES	66
6.1.1 Identificación de Aspectos Ambientales	66
6.1.2 Evaluación de Aspectos Ambientales	67
6.1.2.1 Calificación de Aspectos Ambientales.	67
6.1.2.2 Significancia de Aspectos Ambientales	69
6.2 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS	70
6.3 DETERMINACIÓN DE LA POLÍTICA AMBIENTAL	71
6.3.1 Sensibilización y Comunicación de la Política Ambiental	71
6.4 PLANEACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	72
6.4.1 Metodología	72
6.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	82
6.5.1 Programa de Formación y Educación	82
6.5.1.1 Objetivos del Programa de Formación y Educación	87
6.5.1.2 Seguimiento y Control.	88
7. DOCUMENTACIÓN	89
7.1 DOCUMENTOS A ALIMENTAR	89
7.2 DOCUMENTOS A ACTUALIZAR	89
7.3 DOCUMENTOS A CREAR	90
7.3.1 Política Ambiental	91
7.3.2.1 Cumplimiento de la Política Ambiental	91

7.3.3	Objetivos Ambientales	93
7.3.4	Plan de Comunicaciones	95
7.3.5	Plan de Control Operacional	95
7.3.6	Plan de Emergencias	96
7.3.7	Programa de Formación y Educación	96
7.3.8	Programas de Gestión Ambiental	97
7.3.9	Procedimientos de Gestión de Requisitos Legales Ambientales	101
7.3.10	Procedimiento de Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales	101
7.3.11	Procedimiento de monitoreo e inspección de Aspectos Ambientales.	101
7.3.12	Manual de Gestión Ambiental	101
7.3.13	Guía de Compras Ecológicas	102
8.1	IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INTEGRADOS Y/O ALIMENTADOS	103
8.2	IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS O CREADOS	104
8.2.1	Implementación de la Política Ambiental	104
8.2.2	Implementación de los Programas Ambientales	105
8.2.2.1	Implementación del Programa de Residuos Sólidos.	105
8.2.2.2	Implementación del Programa de Manejo del Recurso Hídrico.	106
8.2.2.3	Implementación del Programa de Manejo de la Energía	107
8.2.2.4	Implementación del Programa del Ahorro y Uso Eficiente de Papel	108
8.2.3	Implementación del Manual del Sistema de Gestión Ambiental	110
8.2.4	Implementación del Procedimiento de Requisitos Legales	110
8.2.5	Implementación del Plan de Control Operacional	111
8.2.6	Implementación del Plan de Comunicaciones	111
8.2.7	Guía de Compras Ecológicas	112
9.	VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	113
9.1	RECORRIDOS DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN	114
9.2	VERIFICACIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES	114
9.3	VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL	115
9.4	SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN	115

9.5 AUDITORÍAS INTERNAS	116
9.5.1 Planificación de las Auditorías	116
9.5.2 Preparación de la Auditoría	117
9.5.3 Ejecución de la Primera Auditoría	117
9.5.4 Resultado de los hallazgos y de la revisión	117
9.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	120
9.7 PLAN DE ACCIÓN PARA LAS NO CONFORMIDADES	120
9.8 RESUMEN DE LOS RESULTADOS	122
11. CONCLUSIONES	128
12. RECOMENDACIONES	129
BIBLIOGRAFÍA	130
ANEXOS	131

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Representación del Círculo de Deming	29
Figura 2. Organigrama E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.	34
Figura 3. Mapa de procesos ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA	35
Figura 4. Metodología para el desarrollo del proyecto	36
Figura 5. Esquema del Diagnóstico inicial realizado	40
Figura 6. Esquema de la revisión ambiental realizado en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.	42
Figura 7. Comportamiento de los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004 en la ESE	64
Figura 8. Esquema de implementación del SGA en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira	103
Figura 9. Comportamiento del Consumo de agua en el año 2011	107
Figura 10. Comportamiento del Consumo de Energía en el año 2011	108
Figura 11. Comportamiento del Consumo de papel en el año 2011	109
Figura 12. Esquema de Verificación y Evaluación del SGA de la E.S.E Hospital regional de García Rovira	113
Figura 13. No conformidades por numeral de la Norma	119
Figura 14. Revisión del Sistema de Gestión Ambiental	122
Figura 15. Revisión final y grado de Implementación del SGA	123

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cumplimiento de los Objetivos del SGA	23
Tabla 2. Número de empleados	31
Tabla 3. Planes de Mejora Comité Ambiental	43
Tabla 4. Hallazgos del Diagnóstico inicial	44
Tabla 5. Inventario de vertimientos	51
Tabla 6. Parámetros para la realización de Diagnóstico de NTC-ISO 14001:2004	53
Tabla 7. Lista de Chequeo Diagnóstico inicial de la NTC-ISO 14001:2004	53
Tabla 8. Aspectos ambientales con su respectivo Impacto Ambiental en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.	67
Tabla 9. Descripción de los factores	68
Tabla 10. Determinación de los Aspectos Ambientales Significativos	70
Tabla 11. Parámetros para la documentación	73
Tabla 12. Documentos según requisitos de la NTC-ISO 14001:2004	74
Tabla 13. Actividades del Programa de Formación y educación en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira	84
Tabla 14. Actividades a desarrollar en la comunicación	87
Tabla 15. Documentos a Alimentar	89
Tabla 16. Documentos a Actualizar	90
Tabla 17. Documentos a crear	90
Tabla 18. Cumplimiento de la Política Ambiental	92
Tabla 19. Programas de Gestión Ambiental	98
Tabla 20. Pautas para las compras ecológicas	102
Tabla 21. No conformidades encontradas en la Auditoría	118
Tabla 22. Plan de Acción para las no conformidades	121
Tabla 23. Resumen de cumplimiento de la Norma ISO 14001:2004	124

LISTA DE FOTOS

	Pág.
Foto 1. Canecas utilizadas en la E.S.E	46
Foto 2. Recolección simultánea de residuos NO Peligrosos en una misma bolsa	47
Foto 3. Contenedores utilizados en la E.S.E	47
Foto 4. Traslado de residuos en carros recolectores	48
Foto 5. Carros recolectores cerca a la ropa lavada	49
Foto 6. Canecas del almacenamiento central para la disposición de residuos SIN adecuada Rotulación	50
Foto 7. Cuartos de almacenamiento Central	51
Foto 8. Personal registrando el peso de los residuos en el Formulario RH1.	51
Foto 9. Personal de Servicios Generales con implementos de protección.	52
Foto 10. Presentación y Socialización de la Política Ambiental	72
Foto 11. Sensibilización y Capacitación	82
Foto 12. Pendón Publicado Política Ambiental	105
Foto 13. Estado inicial de Canecas en la E.S.E	105
Foto 14. Punto Ecológico de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira	106
Foto 15. Mensajes alusivos a las Tecnologías Limpias ubicados en las diferentes carteleras de la E.S.E	110
Foto 16. Segregación en la Fuente (Antes y Después)	125
Foto 17. Canecas del Almacenamiento final sin rotular (Antes y Después)	125
Foto 18. Contenedores sin rotular (Antes y Después)	126
Foto 19. Recolección simultánea de residuos reciclables con biodegradables	126

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. ENCUESTA AMBIENTAL	131
ANEXO B. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA	132
ANEXO C. DIAGNÓSTICO LISTA DE CHEQUEO INICIAL	135
ANEXO D. CARTA DE ASIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	144
ANEXO E. MODIFICACIÓN DEL GAGAS MEDIANTE ACTA N° 01 DE ENERO DE 2011	145
ANEXO F: RESOLUCIÓN PGIRH ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA	147
ANEXO G. ESTADO DE LAS CANECAS	150
ANEXO H. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE REQUISITOS LEGALES AMBIENTALES	157
ANEXO I. TABLA DE REQUISITOS LEGALES POR COMPONENTES	161
ANEXO J. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES	163
ANEXO K. PROCEDIMIENTO DE MONITOREO E INSPECCIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES	167
ANEXO L. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES	171
ANEXO M. RESOLUCIÓN POLÍTICA AMBIENTAL	178
ANEXO N. FOLLETO POLÍTICA AMBIENTAL	180
ANEXO O. PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN	181
PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN	181
ANEXO P. PLAN DE COMUNICACIONES	207
ANEXO Q. FOLLETO DE TECNOLOGÍAS LIMPIAS Y ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS PARA USUARIOS	211
ANEXO R. FOLLETO ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, DIRIGIDO AL CLIENTE INTERNO	212

ANEXO S. FOLLETO TECNOLOGÍAS LIMPIAS. DIRIGIDO AL CLIENTE INTERNO	213
ANEXO T. CARTA ENVIADA A LOS PROVEEDORES	214
ANEXO U. PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL	215
ANEXO V. PLAN DE CONTROL OPERACIONAL PARA RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LA ESE	230
CONTROL DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFERICAS	239
CONTROL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y PLANES DE CONTINGENCIA	242
ANEXO W. PLAN DE EMERGENCIA PARA RESIDUOS PELIGROSOS	247
ANEXO X. TEST DE CONOCIMIENTOS RESIDUOS HOSPITALARIOS	253
ANEXO Y. INDICADORES DE GESTIÓN AÑO 2011 E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA	255
ANEXO Z. PROYECTO: DEVOLUCIÓN, RECEPCIÓN, DESTRUCCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS VENCIDOS, DETERIORADOS Y/O PARCIALMENTE CONSUMIDOS PROCEDENTES DE LOS HOGARES DE LA CIUDAD DE MÁLAGA	262
ANEXO 1. AUDITORÍA INTERNA PGIRHS E.S.EHOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA	268
ANEXO 2. AUDITORÍA EXTERNA POR LA SECRETARÍA DE SALUD	286
ANEXO 3. LISTA DE CHEQUEO FINAL	290
ANEXO 4. OFICIO ENVIADO AL HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA COMO REFERENCIA DEL PROGRAMA HOSPITAL VERDE	303
ANEXO 5. FORMATO ENVIADO POR LA CORPORACIÓN ECOEFICIENCIA. VISITA HOSPITAL VERDE	304
ANEXO 6. OFICIO ENVIADO A PROVEEDORES	308
ANEXO 7. LISTADO DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES REALIZADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGA	309

RESUMEN

TITULO: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 14001:2004 EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA MÁLAGA SANTANDER*

AUTORA: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA**

PALABRAS CLAVES: ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental, Medio Ambiente, Aspecto Ambiental, Impacto Ambiental.

DESCRIPCIÓN: Actualmente uno de los problemas más importantes a nivel mundial ha sido el impacto hacia el medio ambiente, por esta razón fuentes como gobiernos locales y nacionales, organismos reguladores, asociaciones sectoriales, clientes y empleados, ejercen presión en las organizaciones para disminuir el Impacto Negativo generado al ambiente.

Por tal razón las organizaciones están motivadas e interesadas en alcanzar un buen manejo ambiental, controlando el impacto que generan sus procesos y servicios, rigiéndose de una legislación cada vez más exigente y desarrollando políticas y medidas organizacionales para fomentar la protección ambiental.

La ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA en compromiso con el medio ambiente, decidió Implementar un Sistema de Gestión Ambiental y los Requerimientos de la NTC ISO-14001:2004.

En el presente texto se resumen las metodologías para la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental, partiendo de un Diagnóstico general de la situación Medioambiental del Hospital (planear), para la identificación de los aspectos Ambientales significativos, los ajustes a la Política Ambiental con sus objetivos, para así realizar los programas e indicadores que nos permitan controlar estos aspectos ambientales (hacer), luego mediante una Auditoria evidenciar el cumplimiento de la Norma en el Hospital (verificar), y terminar en la solución de las no conformidades, o inconsistencias en el Sistema, además de proponer mejoras a este (Actuar). Logrando así consolidar a la ESE Hospital Regional de García Rovira de Málaga Santander como una Organización que garantiza el compromiso con el medio Ambiente y con su comunidad

*Trabajo de Grado

**Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.
Director: Lilian Adela Barbosa Basto. IngenieraQuímica

ABSTRACT

TITLE: ENVIRONMENTAL MANAGEMENT SYSTEM UNDER THE GUIDELINES OF NTC-ISO 14001:2004 STANDARD IN E.S.E REGIONAL HOSPITAL OF GARCIA ROVIRA IN MALAGA. SANTANDER.

AUTHOR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA **

KEYWORDS: ISO 14001:2004, Environmental Management Systems, Environment, Environmental Aspects, Environmental Impact.

DESCRIPTION: Currently one of the most important problems worldwide has been the impact to the environment, therefore, sources such as national and local governments, regulatory agencies, industry associations, customers and employees, exert pressure on organizations for reducing the impact generated to the environment.

For this reason, organizations are motivated and interested in achieving good environmental management, controlling the impact caused by its processes and services through an increasingly demanding laws and developing policies and organizational measures to promote environmental protection.

E.S.E REGIONAL HOSPITAL of GARCIA ROVIRA, in commitment to the environment, decided to implement an Environmental Management System and the Requirements by the NTC ISO-14001: 2004.

This text summarizes the methodology for implementing Environmental Management System, based on a general diagnosis of the environmental situation of the Hospital (planning), to identify significant environmental aspects, the adjustments to the Environmental Policy with its objectives in order to implement programs and indicators that enable us to control these environmental aspects (doing), then through an audit demonstrate compliance with the Standard in the Hospital (checking), and end in resolving nonconformities or inconsistencies in the system, and to suggest improvements to this (Acting). Achieving and consolidating the ESE Regional Hospital of Garcia Rovira in Malaga Santander as an organization that ensures the commitment to the environment and its community.

*Degree Work

**Faculty of Engineering Physics and Mechanics.School of Industrial and Employers. Director: Adela Lilian Barbosa Basto. ChemicalEngineer

GLOSARIO

Almacenamiento Central: Es el sitio de la Institución donde se depositan temporalmente los residuos Hospitalarios y Similares para su posterior entrega a la Empresa prestadora de servicio especial de aseo de residuos no peligrosos y peligrosos, respectivamente con destino a disposición final si han sido previamente desactivados.

Aspecto Ambiental: Elementos de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el medio ambiente.

Contaminación: Se trata de la presencia de materia o energía cuya naturaleza, ubicación o cantidad produce efectos Ambientales indeseables. En otros términos, es la alteración hecha por el hombre o inducida por el hombre a la Integridad física, biológica, química y radiológica del medio Ambiente.

Contenedor: Embalaje grande y reutilizable, de tipos y dimensiones normalizados internacionalmente y con dispositivos para facilitar su manejo, empleado para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos peligrosos.

Desactivar: Es el método, técnica o proceso utilizado para transformar los residuos Hospitalarios y Similares peligrosos, inertizarlos, si es el caso, de manera que se puedan transportar y almacenar, de forma previa al envío.

Emergencia Ambiental: Circunstancia o evento indeseado o inesperado que ocurra repentinamente y que traiga como resultado la liberación no controlada, incendio o explosión de uno o varios materiales peligrosos o residuos peligrosos que afectan la salud humana y/o ambiente de manera inmediata.

GAGAS: Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.

Impacto Ambiental: Es el efecto que produce una determinada acción humana sobre el medio ambiente en sus distintos aspectos. El concepto puede extenderse, con poca utilidad, a los efectos de un fenómeno natural catastrófico. Técnicamente es la alteración de la línea de base, debido a la acción antrópica o a eventos naturales.

Medio Ambiente: Es el habitat físico y biótico que nos rodea, lo que podemos ver, oír, tocar, oler y saborear.

MECI: Es el Modelo Estándar de Control Interno, que permite el diseño, desarrollo y operación de Sistema de Control Interno en las entidades del estado.

MPGIRH: Manual de procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia que determina los procedimientos, procesos, actividades, así como los estándares para la desactivación y tratamientos de los residuos Hospitalarios y similares, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los generadores y de las empresas prestadoras de los servicios de desactivación y especial de aseo.

Objetivo Ambiental: Fin ambiental de carácter general coherente con la Política Ambiental que una organización establece.

PAMEC: Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad

Parte Interesada: Individuo o grupo involucrado con, o afectado por el desempeño ambiental de una organización.

Política Ambiental: Declaración por parte de la organización de sus intenciones y principios en relación con su desempeño ambiental global, que le sirve de marco para la acción y para fijar sus objetivos ambientales.

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

Producción Limpia: Alternativa de solución frente al problema de la contaminación y opción estratégica para el desarrollo eco-eficiente de las organizaciones.

Recolección: Es la acción consistente en retirar los residuos Hospitalarios y Similares del lugar de almacenamiento ubicado en las instalaciones del generador.

Residuos Hospitalarios y Similares: Son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por el generador. De conformidad con la clasificación establecida en el decreto 2676 de 2000.

Residuos infecciosos: Son aquellos que pueden causar o contribuir de manera significativa a un incremento de una enfermedad grave irreversible o reversible que produzca incapacidad; o plantear un peligro presente o potencial considerable para la salud humana cuando se trata, almacena, transporta, elimina o maneja en condiciones incorrectas.

Residuos Líquidos: Sustancias líquidas sobrantes en un proceso industrial o natural que no tienen rehúso y que contienen elementos o sustancias consideradas contaminantes. Se incluyen las aguas residuales domésticas e industriales, comerciales, institucionales, etc.

Residuos Sólidos: Materiales inútiles o dañados (algunas veces peligrosos) que sobran de un proceso productivo no utilizable. Incluyen la basura municipal, los desechos generados por las actividades comerciales e industriales, el lodo de las aguas negras, los desperdicios resultantes de las operaciones agrícolas y de la cría de animales y otras actividades relacionadas, los desechos por demolición y excavaciones en construcción o minería.

Riesgo ambiental: Toda actividad que pueda causar deterioro o impacto negativo al medio ambiente en cualquiera de sus tres componentes: agua, aire, suelo y flora y fauna en general. A esto se suma el deterioro también de los recursos naturales.

Riesgo: La condición que se deriva de la acción de una o varias amenazas, en un estado de vulnerabilidad. El riesgo entraña contingencia o proximidad de un daño.

SIAU: Servicio de Información y Atención al Usuario

SGA: Sistema de Gestión Ambiental es la herramienta que permite a las organizaciones formular una Política, y unos objetivos, teniendo en cuenta los requisitos legales y la información relativa a sus aspectos e impactos ambientales. Se define como aquella parte del Sistema de gestión global de la organización que incluye la estructura organizativa, las actividades de planificación, los procedimientos, los procesos y los recursos para desarrollar, implantar, lograr revisar y mantener la Política Ambiental.

INTRODUCCIÓN

Actualmente uno de los problemas más importantes a nivel mundial ha sido el impacto hacia el medio ambiente, por esta razón fuentes como gobiernos locales y nacionales, organismos reguladores, asociaciones sectoriales, clientes y empleados, ejercen presión en las organizaciones para disminuir los impactos Negativos generados al ambiente.

Por tal razón las organizaciones están motivadas e interesadas en alcanzar un buen manejo ambiental, controlando el impacto que generan sus procesos y servicios, rigiéndose por una legislación ambiental cada vez más exigente y desarrollando políticas y medidas organizacionales para fomentar la protección ambiental.

Además, la creciente necesidad de la empresa E.S.E Hospital Regional de García Rovira por lograr una mayor producción de servicios, y por ser competitiva, exige que nuevos retos sean propuestos, analizados e implementados para alcanzar resultados que puedan servirles como fortaleza y que redefinan sus estrategias y procesos con la finalidad de aumentar su productividad y de obtener nuevas oportunidades, manteniéndolos como organizaciones altamente participativas en el medio social al que pertenecen.

Un Sistema de Gestión Ambiental proporciona a las organizaciones elementos y herramientas eficaces que puedan ayudar a las organizaciones a lograr metas ambientales y económicas. Además de estas razones de sostenibilidad y protección ambiental, la implementación NTC-ISO14001:2004 sirve para ser más sólidos, comprometidos e interaccionar con las partes interesadas en la competencia ambiental; además se obtienen beneficios tales como:

- Adquirir conciencia y cultura por parte de los empleados de la Institución para tener comportamientos en armonía con el medio ambiente.
- Participar activamente en acciones específicas que apoyan y promueven el Desarrollo Sostenible.
- Desarrollar conocimientos y habilidades en cuanto a Gestión Ambiental en lo relacionado con la prevención de la contaminación tanto a nivel institucional como la comunidad en general.

Tabla 1. Cumplimiento de los Objetivos del SGA

OBJETIVO	DESARROLLO	CUMPLIMIENTO/EVIDENCIA
Realizar un diagnóstico para conocer la situación de la empresa y el nivel de cumplimiento de los elementos establecidos por la norma NTC-ISO 14001:2004. Formular política, objetivos y programas ambientales.	Se realizó un Diagnóstico al iniciar el Proyecto, para este se tuvo en cuenta cada requisito exigido por la Norma, se verificó el manejo medioambiental del Hospital, lo cual dio una idea de los aspectos y acciones a implementar.	Numeral 5. Diagnóstico Tabla N° 7. Lista de Chequeo ISO 14001:2004 Anexo A. Encuestas Anexo B. Tabulación Encuestas.
Sensibilizar y capacitar a los miembros de la organización para promover y crear una cultura ambiental.	Se creó el Programa de Formación y educación con el fin de capacitar, sensibilizar y dar a conocer los requisitos de la Norma, así como la importancia de participar en el proceso de la Implementación.	Anexo O: Programa de Formación y Educación. Foto N° 11.
Elaborar la matriz de aspectos e impactos y de requisitos legales.	Se identificaron los Aspectos Ambientales con sus impactos ambientales, identificando cuál de ellos era más significativo, encontrándose en primer lugar el consumo de papel, seguido de la generación de Residuos Sólidos.	Numeral 6, 6.1 Anexo L: Matriz de Evaluación de Aspectos Ambientales.
Llevar un estricto control de los Indicadores de Gestión los cuales permiten brindar un beneficio económico a la Empresa además de proteger al medio ambiente.	Todos los meses se alimentaban los Indicadores de Gestión, para ayudar al control de estos se verifica el nivel de cumplimiento de los programas.	Anexo U. Programas de Gestión Ambiental. Anexo Y. Indicadores de Gestión año 2011
Identificar e implementar los registros que sean necesarios según la norma, para suministrar evidencia de la efectividad en el funcionamiento del Sistema de	Se creó el Programa de Gestión Ambiental. Los controles operacionales, el plan de emergencias para residuos Peligrosos, el Plan de comunicación. Se ejecutaron dos	ANEXO U ANEXO H ANEXO J ANEXO K

Gestión Ambiental.	Auditorías. Listas de Chequeo.	
Realizar auditorías internas para demostrar la eficacia del Sistema de Gestión Ambiental implementado.	Se realizó la primera Auditoría al SGA, encontrándose algunas inconformidades. Posteriormente se realizó una segunda Auditoría para verificar el nivel de la Implementación la revisión por la Dirección y la toma de acciones para una mejora continua del SGA,	GRAFICAS 13, 14,15 TABLA 21, 22, 23. ANEXO 3
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías. 	Se plantearon las no conformidades encontradas, las cuales fueron evaluadas en la segunda	TABLA 22
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a la Institución en la metodología para la implementación del Programa Hospital Verde, bajo los lineamientos de la NTC 14001:2004. 	Se realizaron los contactos pertinentes con la Corporación Ecoeficiencia para la Inscripción al Programa. Se tomó como referencia el Hospital San Antonio de Soata para desarrollar los procesos que no se tuvieran implementados, exigidos por dicho Programa. Se recibió la propuesta de Trabajo al Programa Hospital Verde por parte de la Corporación Ecoeficiencia.	ANEXO 4 ANEXO 5

Fuente: Autora

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La E.S.E. Hospital Regional de García Rovira se ha preocupado por el medio ambiente y por las posibles consecuencias que sus procesos le puedan generar a la empresa y a su comunidad.

La Gestión Ambiental es entendida por la ESE Hospital Regional de García Rovira como un factor clave a tener en cuenta en la definición de políticas y estrategias en todas sus actividades, por esta razón se dará cumplimiento a la normatividad Ambiental vigente, procurando la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente, a través del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) y la implementación de la Norma Técnica ISO 14001:2004, la cual constituye una gran herramienta en la gestión y evaluación del desempeño medioambiental de la empresa.

Con el objeto de alcanzar dicho propósito, la Gerencia de la empresa destina los recursos financieros, físicos, humanos y técnicos para el control y mejoramiento continuo de las condiciones ambientales.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Documentar, Implementar y Evaluar un Sistema de Gestión Ambiental para los procesos de la salud que componen la ESE Hospital Regional de García Rovira, bajo los lineamientos de la norma NTC-ISO 14001:2004, contribuyendo de esta manera a la conservación del medio ambiente a la calidad de vida de la organización y su comunidad.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico para conocer la situación de la empresa y el nivel de cumplimiento de los elementos establecidos por la Norma Técnica ISO 14001:2004. Formulando la política, objetivos y programas ambientales.
- Sensibilizar y capacitar a los miembros de la organización para promover y crear una cultura ambiental.
- Elaborar las matrices de aspectos e impactos ambientales y de requisitos legales.
- Llevar un estricto control de los Indicadores de Gestión los cuales permitan brindar un beneficio económico a la Empresa.
- Identificar e implementar los registros que sean necesarios según la norma, para suministrar evidencia de la efectividad en el funcionamiento del Sistema de Gestión Ambiental.
- Realizar dos auditorías internas para demostrar la efectividad del Sistema de Gestión Ambiental implementado.
- Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de las auditorías Internas.
- Orientar a la Institución en la metodología para la implementación del Programa Hospital Verde, bajo los lineamientos de la NTC 14001:2004.

1.2 ALCANCE

El alcance del trabajo para este proyecto comprendió el reconocimiento de las instalaciones de la Institución, la realización del diagnóstico, análisis y evaluación de los Aspectos Ambientales, las capacitaciones necesarias en los diferentes temas que apoyaron el proyecto, la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, presentación de informes del avance de la implementación, la ejecución de las dos Auditorías Internas, entrega de resultados de la segunda auditoría interna, las correspondientes mejoras a los hallazgos encontrados en la misma, hasta la Revisión por la Dirección y la toma de acciones para la mejora continua.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

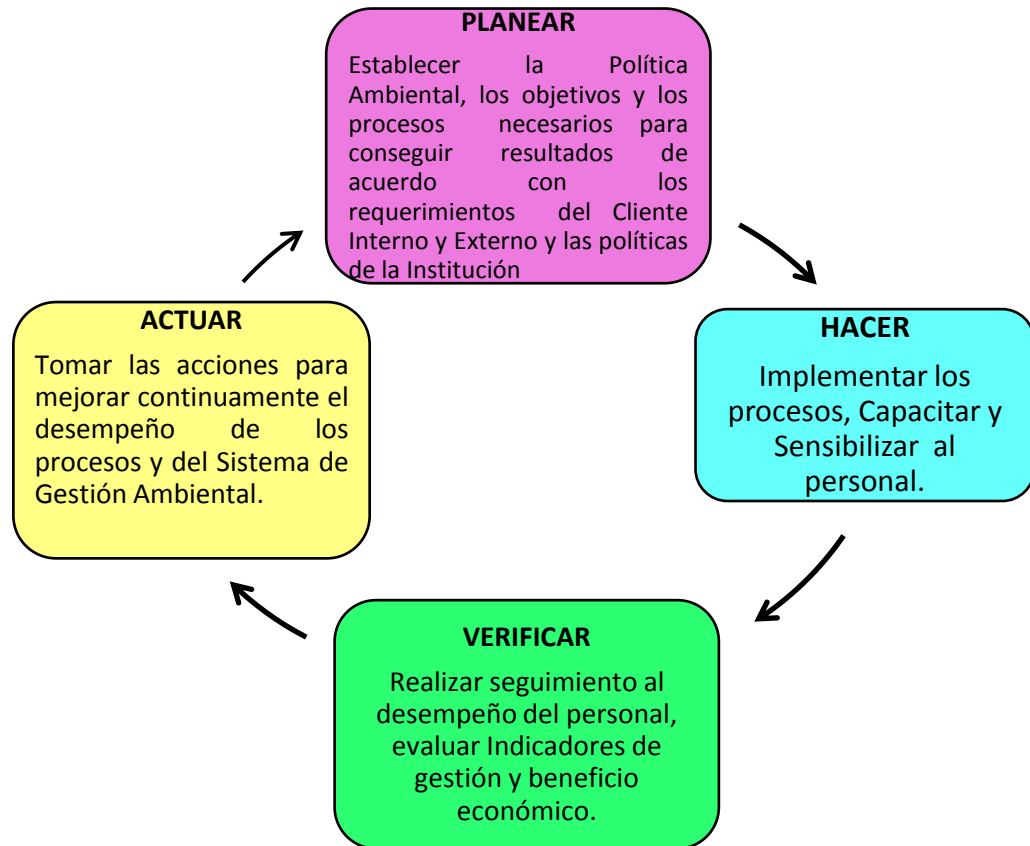
Los Sistemas de Gestión en las organizaciones, se enfocan en el logro de resultados según las necesidades, expectativas y requisitos que surjan de cada uno de sus procesos, para poder controlarlos de manera segura fomentando una mejora continua de forma integrada. Es decir que abarque los temas de calidad, seguridad industrial y control ambiental.

“Las diferentes partes del Sistema de Gestión de una organización pueden integrarse conjuntamente dentro de un Sistema de Gestión único, utilizando elementos comunes. Esto puede facilitar la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de objetivos complementarios y la evaluación de la eficacia global de la organización”.¹

La Norma Técnica ISO 14001:2004 se basa en la filosofía del círculo de Deming que se muestra en la figura 1.

¹ ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario suiza. 2005. 8p

Figura 1. Representación del Círculo de Deming



Fuente: Autora de Proyecto (Adaptado de <http://control-de-la-calidad.wikispaces.com/CAPITULO+5.>)

2.2 SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL

Una organización sin un Sistema de Gestión Ambiental debería inicialmente establecer su posición actual con relación al medio ambiente, por medio de una evaluación, el propósito de esta evaluación debería ser la de considerar todos los aspectos ambientales de la organización como base para establecer el Sistema de Gestión Ambiental.

“Organizaciones de todo tipo están cada vez más interesadas en alcanzar y demostrar un sólido desempeño ambiental mediante el control de los impactos de sus actividades, productos y servicios sobre el medio ambiente, acorde con su política y objetivos ambientales”²

²ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso.

3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

3.1 UBICACIÓN

La Institución se encuentra ubicada en la carrera 7 N° 15-80 cabecera municipal de Málaga Santander capital de la Provincia de García Rovira, municipio alojado en un área de difícil acceso, a 154 Km. de la ciudad de Bucaramanga, con topografía quebrada, vías de acceso en mal estado y sin pavimentar lo que ha dificultado la consecución de la totalidad de las especialidades básicas del nivel II con que debe contar la institución.

3.2 RESEÑA HISTÓRICA

La ESE Empresa Social del Estado Hospital Regional de García Rovira, es una entidad especial de carácter público descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio, y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaria de Salud de Santander, se creó mediante Decreto Departamental N° 026 de Enero 26 de 2006.

La Empresa Social del Estado Hospital Regional de García Rovira es la única institución que ofrece servicios de mediana complejidad en la Provincia de García Rovira y actuará como centro de referencia para los demás municipios de la región, incluyendo algunos de las provincias de Norte y Gutiérrez en Boyacá.

La Empresa está constituida por 140 empleados de la siguiente manera:

Tabla 2. Número de empleados

Tipo de contrato	Número de empleados
Nómina	2
Contrato Laboral	8
Orden por prestación de servicio	130
TOTAL	140

Fuente: Autora

La ESE Hospital Regional de García Rovira adopta el modelo establecido en las Pautas de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud de Colombia, el cual fue analizado, interpretado y adoptado por la Institución para el diseño y elaboración del PAMEC.

3.3 RAZÓN SOCIAL

La ESE Hospital Regional de García Rovira, tiene por objeto la prestación de servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugías, y Transporte Asistencial.

NIT: 900.067.169-9

3.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.4.1 Misión

Somos una Empresa Social del Estado, comprometida en garantizar la más alta calidad de atención en salud a los usuarios de la provincia de García Rovira, a través de la prestación directa de servicios de nivel I y II de complejidad de manera oportuna y continua, con énfasis en educación, promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

3.4.2 Visión

La ESE Hospital Regional de García Rovira será una institución acreditada y líder en el oriente colombiano en la prestación de servicios integrales de salud de nivel I y II de complejidad, reconocida por su seguridad y confiabilidad en el servicio.

Política de Calidad

El Hospital Regional de García Rovira, mantiene el compromiso de satisfacer a sus clientes, con la prestación directa de servicios oportunos con calidad, calidez humana y seguridad; mejorando continuamente nuestros procesos en cumplimiento de los principios institucionales de eficiencia, eficacia y efectividad.

3.4.3 Servicios que presta la Institución

Servicios de Prevención y Promoción:

Atención al Recién Nacido.

Atención Odontológica.

Vacunación.

Detección de alteraciones del embarazo.

Atención del Parto.

Planificación Familiar.

Detección del cáncer del cuello uterino.

Detección de alteraciones de la agudeza visual.

Atención de enfermedades de interés en salud pública.

Servicios PA.B

Intensificación del Programa Regular de Vacunación.

Vigilancia en Salud pública.

Prevención de la mortalidad materna y perinatal.

Servicios de baja complejidad

Servicios de urgencias médicas 24 horas.

Servicios ambulatorios médicos (consulta y procedimientos) y de salud oral.

Servicios Obstétricos / partos con 2 salas de partos

Laboratorio clínico de baja complejidad

Transporte de Pacientes

Servicios asistenciales de MEDIANA complejidad:

Servicios de urgencias médicas 24 horas.

Servicios ambulatorios médicos (consulta y procedimientos).

Servicios de hospitalización con 25 camas.

Servicios Obstétricos / partos con 2 salas de parto.

Servicios de cirugía general con 2 quirófanos en 3 especialidades.

Servicio de Ortopedia.

Servicio de Pediatría.

Servicio de Medicina Interna.

Servicios Laboratorio clínico de mediana.

Servicios Radiología.

Servicios Ecografía.

Servicio de Endoscopias.

Servicio de Terapia Física.

Servicio de fonoaudiología.

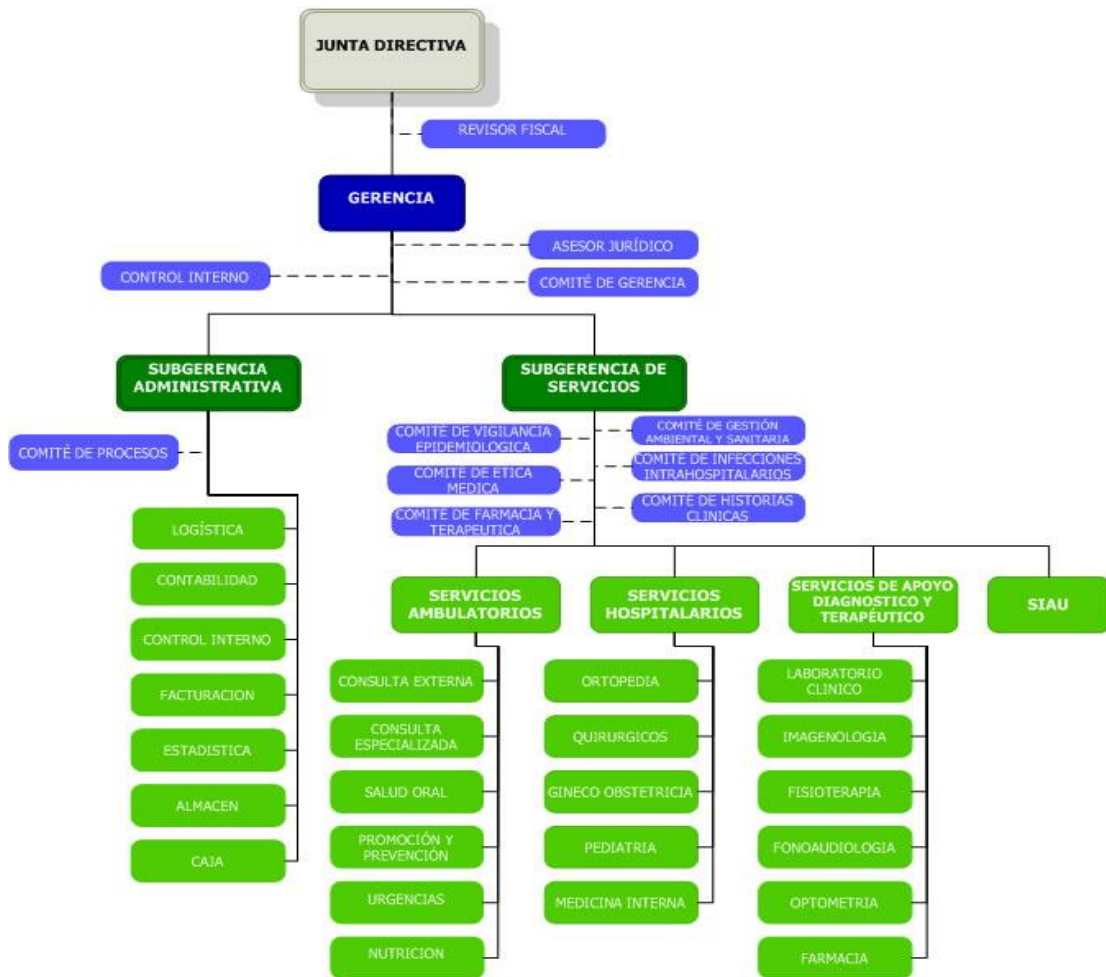
Servicio de Nutrición.

Servicio de Patología.

Servicio de Optometría.

3.4.4. Estructura organizacional

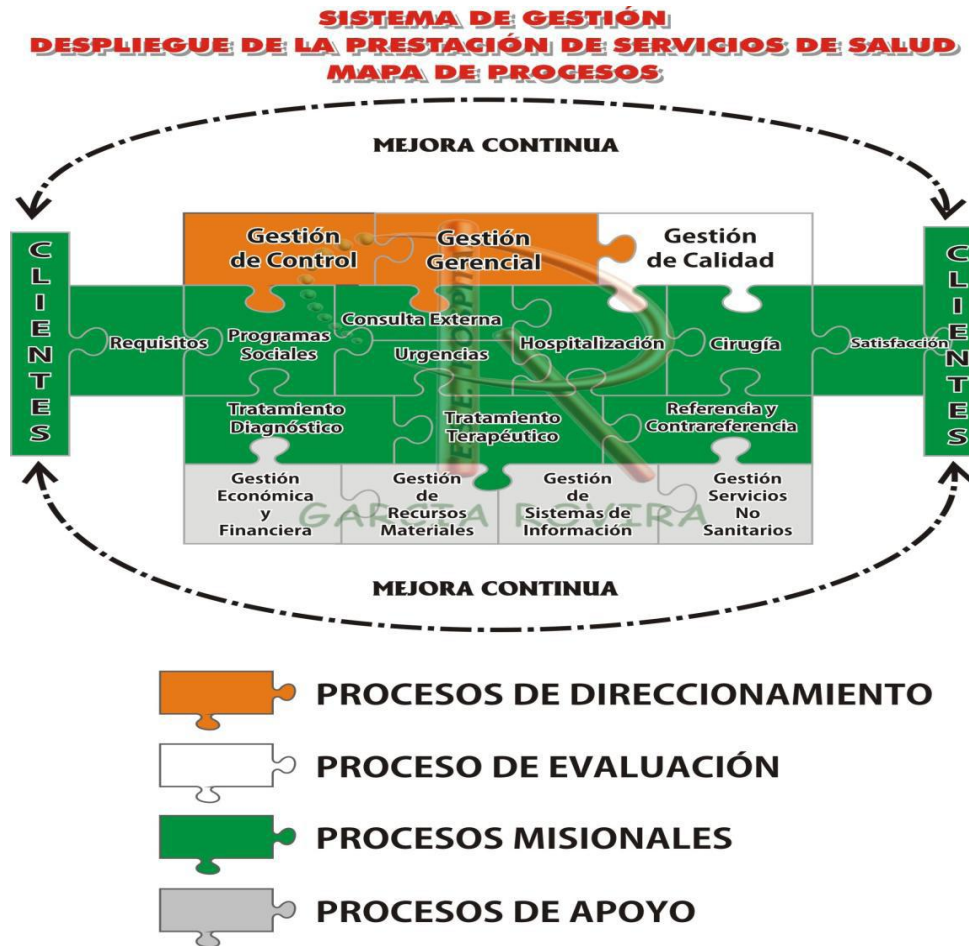
Figura 2. Organigrama E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.



Fuente: Dirección Administrativa ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.

3.4.5 Mapa de procesos

Figura 3. Mapa de procesos ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

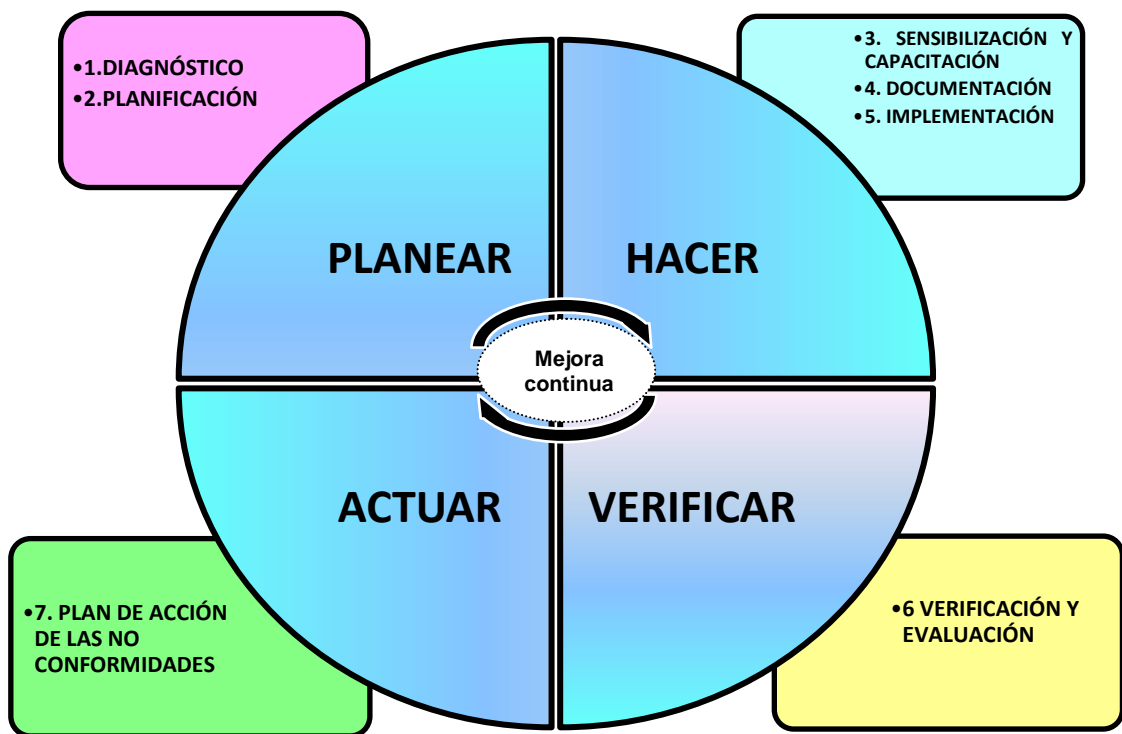


Fuente: Dirección Administrativa E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

4. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología para la realización del proyecto se fundamenta en el ciclo de Deming o ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) la cual se subdivide en 7 etapas, y utiliza un lenguaje y terminología propia de los Sistemas de Gestión, con el fin de establecer, mantener y mejorar un Sistema de Gestión Ambiental para asegurar la conformidad con la política y para demostrar tal conformidad.

Figura 4. Metodología para el desarrollo del proyecto



Fuente: Autora

4.1 DIAGNÓSTICO

Esta fase del proyecto se llevó a cabo con el reconocimiento de los procesos y áreas de la empresa, posteriormente se realizó el diagnóstico empleando herramientas como encuestas y listas de chequeo que me permitieron consolidar la información del estado de cada uno de los requisitos de la norma y el cumplimiento de los requisitos legales, para así obtener una visión general del Sistema de Gestión Ambiental en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira.

Se analizaron todos los datos obtenidos y la información recopilada por las herramientas diseñadas, esta información sirvió para determinar las fortalezas y debilidades de la Institución con respecto a un SGA, y así poder alimentar el proceso de planificación, capacitación y documentación del proyecto.

4.2 PLANIFICACIÓN

Teniendo en cuenta el diagnóstico inicial y la determinación, se identifican los aspectos ambientales significativos dentro de la Institución, luego se define el alcance del Sistema de Gestión Ambiental de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira. Una vez listo el alcance se procede a evaluar los aspectos ya identificados, para determinar cuáles de estos generan un impacto ambiental significativo en la organización, luego, con base en esto se formula la Política Ambiental, objetivos y metas; para así desarrollar las acciones (programas de Gestión Ambiental, programa de educación, y Formación, plan de control operacional, plan de control de emergencias) que permitan controlar o mitigar los impactos ambientales dentro de la Institución.

4.3 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Un factor importante en la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental es el apoyo que los miembros de la organización le dan al proyecto, por lo cual, y siguiendo las necesidades generadas mediante el diagnóstico, se decidió sensibilizar al talento humano vinculado a la Institución. Se realizó una sensibilización con la cual el talento humano de la Institución empezó a familiarizarse con la Norma Técnica ISO 14001:2004, la importancia y las ventajas que se adquiere con la implementación del Sistema de Gestión Ambiental.

Seguidamente se diseñó el Programa de Educación y Formación paralelo a las otras etapas del proyecto, de esta forma las personas de la Institución obtienen información que ayuda a profundizar el nivel de conocimiento sobre la norma ISO 14001.2004 y por tanto el Sistema de Gestión Ambiental con el que se contará en la Institución.

4.4 DOCUMENTACIÓN

Se realizó un análisis inicial de los documentos existentes en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira (tabla 14), con el fin de determinar cuáles podrían ser parte del Sistema de Gestión Ambiental a desarrollar; Se encontraron procedimientos que estaban acordes con la NTC-ISO 14001:2004, que pertenecían al Modelo Estándar de Control Interno (MECI); El Plan Integral de Gestión de Residuos Hospitalarios (PGIRH) sirvió como base para la creación de otros documentos implementados.

Partiendo de esto se prosiguió con la documentación necesaria según los lineamientos de la NTC-ISO 14001:2004 y el reglamento interno de la E.S.E.Hospital Regional de García Rovira como apoyo y base del Sistema de Gestión Ambiental.

4.5 IMPLEMENTACIÓN

Esta etapa del proyecto está dentro del “Hacer” del Sistema de Gestión Ambiental, en ella es donde se ponen en marcha las actividades planeadas en la etapa anterior, de acuerdo a la disponibilidad de los recursos de la Institución. En esta parte también se realizan mejoras en la documentación, se pone en marcha los controles operacionales además de las actividades adicionales lo que implica responsables, recursos y tiempo.

4.6 VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Terminada la implementación se procede a realizar la verificación y evaluación del Sistema de Gestión Ambiental donde se realizan recorridos de seguimiento a todos los procesos del Hospital para evidenciar el avance del Sistema, evaluando así el cumplimiento de los requisitos legales, como de la NTC-ISO 14001:2004. Posteriormente se realiza la auditoría interna al Sistema de Gestión Ambiental la cual genera el correspondiente informe para la Revisión por la Dirección.

4.7 PLAN DE ACCIÓN PARA LAS NO CONFORMIDADES

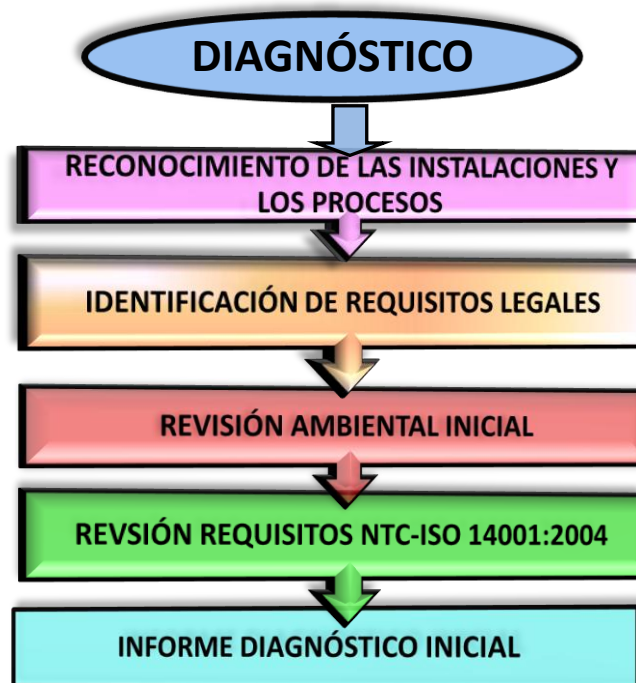
En esta etapa se elabora un plan de acción para las no conformidades donde se especifica la acción a realizar, el responsable y la fecha en que se realizará, esto con el fin de cerrar las no conformidades encontradas en la auditoría interna realizada. Las acciones son registradas en los formatos establecidos para tal fin, para luego evaluar su efectividad por parte del Comité de Gestión Ambiental.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es el punto de partida de la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, determina el estado actual en el que se encuentra toda la Institución en la parte ambiental, y permite evaluar el grado de cumplimiento de los requisitos tanto de la norma NTC-ISO 14001:2004, como los requisitos legales asociados que ofrecen una referencia de comparación a la hora de valorar la eficacia de las acciones implementadas.

Para poder realizar este análisis se diseñaron unas etapas, que establecen el grado de madurez ambiental en el que se encuentra el Hospital, además se estipularon variables a inspeccionar, así como las herramientas a utilizar para tal fin, la cuales se describen en la Figura 5.

Figura 5. Esquema del Diagnóstico inicial realizado



Fuente: Autora

5.1 RECONOCIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y PROCESOS

La etapa de inicio del proyecto fue el reconocimiento de las instalaciones de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, donde se pudo conocer cada una de sus áreas, las funciones de los empleados y observar el desarrollo de las actividades de sus procesos, con el fin de interactuar con ellos y observar variables que puedan ser de ayuda para el desarrollo del diagnóstico inicial. Es así que esta primera actividad resulta primordial para la identificación de aspectos claves para el desarrollo del proyecto.

5.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS LEGALES

Se consultó con la coordinadora de Gestión de Calidad y la persona responsable de Control Interno sobre los requisitos legales aplicables a los residuos sólidos, vertimientos y emisiones atmosféricas, documentados en el PGIRHS.

Se acudió al contrato con la Empresa recolectora de residuos peligrosos para obtener mayor información acerca del PGIRHS, las pautas de contratación y su debido cumplimiento, encontrándose algunas falencias por parte de la empresa contratista de la Institución.

Para recopilar la información referente a los requisitos legales ambientales y otros requisitos aplicables se consultaron las autoridades ambientales, corporaciones y entes emisores de estos. Se consultaron las Leyes, Decretos, Resoluciones, Normas y acuerdos a nivel nacional y local.

Una vez obtenida esta información se clasificó según el componente de aplicación de la siguiente manera:

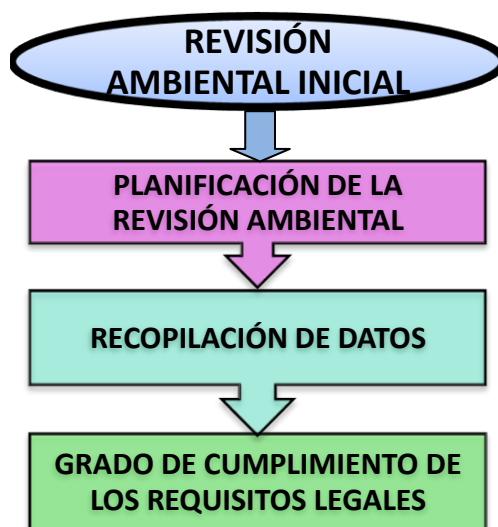
Consumo de Agua, consumo de Energía, contaminación de Suelos, contaminación de Aire, Generación de Ruido, Generación de Residuos.

En el anexo H se muestra la tabla de los requisitos legales ambientales por componentes aplicables en el Hospital.

5.3 REVISIÓN AMBIENTAL INICIAL

La revisión inicial es una actividad fundamental que relaciona la operación de la Institución con el medio ambiente; esta metodología me permite establecer los aspectos ambientales que pueden ser afectados con el desarrollo de las actividades de la empresa y conocer las debilidades y fortalezas para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental. El desarrollo de esta etapa consistió en el siguiente esquema de trabajo:

Figura 6. Esquema de la revisión ambiental realizado en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.



Fuente: Autora del proyecto

5.3.1 Planificación de la revisión inicial

Luego de realizado el reconocimiento de las instalaciones y procesos, se planeó la elaboración de la lista de chequeo a aplicar a los responsables de cada proceso, la elaboración del formato del diagnóstico inicial general, la determinación del

grado de cumplimiento de los requisitos legales, y el informe final del diagnóstico inicial.

Posteriormente se llevó a cabo el Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria para realizar la planificación de Aspectos Ambientales y requisitos por mejorar, se dio a conocer el estado en que se encontraba el PGIRH, a la vez se socializó la Norma Técnica –ISO 14001:2004 a los integrantes del Comité.

COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA

Gerente, Subdirector Administrativo, Subdirector de Servicios, Control Interno, Representante de Servicios Generales, Representante del Cuerpo Médico, Representante de Enfermería, Ingeniero Biomédico, Enfermera Epidemióloga y Gestión de Calidad y Seguridad. Como resultado de la realización del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria se dieron los siguientes planes de mejoramiento:

Tabla 3. Planes de Mejora Comité Ambiental

PLAN DE MEJORAMIENTO No 1	
PROCESO O PROCEDIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios deberán disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Res. 4445 de 1996 del M.S.).
PLAN DE MEJORAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitación y adecuación de espacios para la limpieza y lavado de los implementos de aseo en el servicio de Hospitalización adultos, Pediatría y PyP. • Habilitación de un sitio adecuado para la limpieza, lavado y desinfección de los carros recolectores, así mismo mantener la distancia entre los carros de residuos peligrosos y no peligrosos con el fin de evitar la contaminación cruzada.
RESPONSABLE	Gerencia
PLAZO	31 de Diciembre de 2011
PLAN DE MEJORAMIENTO No 2	

PROCESO O PROCEDIMIENTO	Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
PLAN DE MEJORAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento del manejo del Plan de Contingencia y los Procedimientos del PGIRH con el personal de Servicios Generales.
RESPONSABLE	Asesora En Gestión Ambiental (Autora del Proyecto)
PLAZO	Inmediato
PLAN DE MEJORAMIENTO No 3	
PROCESO O PROCEDIMIENTO	Gestión Ambiental
PLAN DE MEJORAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Publicación de la Política Ambiental Diseño e implementación de Tecnologías Limpias Inscripción al Programa Hospital Verde Aprovechamiento y embellecimiento de las zonas verdes, dando una mejor imagen a la Institución.
RESPONSABLE	Asesora En Gestión Ambiental (Autora del Proyecto)
PLAZO	Inmediato

Tabla 4. Hallazgos del Diagnóstico inicial

FACTORES	OBSERVACIONES
AGUA	No se tienen implementadas estrategias de ahorro de agua, se encuentran definidas en el PGIRH pero no se ejecutan. Para la infraestructura nueva se tiene en cuenta nuevas tecnologías de ahorro de agua.
PAPEL	Existe la cultura de ahorro de papel, la mayoría de los servicios reutilizan el papel, este siempre es utilizado por ambas caras, el aumento en el consumo de papel fue muy notorio en el mes de Octubre debido a la implementación de la Historia Clínica Sistematizada, mientras se logra normalizar dicha implementación, como lo muestra la figura 13.
RESIDUOS NO PELIGROSOS	Se generan residuos no peligrosos en todas las áreas de la Institución, se cuenta con canecas aptas para la clasificación y disposición de residuos no peligrosos, se tiene establecido el código de colores estandarizado por la norma, la bolsa utilizada es del mismo color de la caneca, si se utilizan bolsas grandes estas son de 1.6 milésimas de Pulgada, y 1.4 milésimas de Pulgada para bolsas pequeñas.
RESIDUOS PELIGROSOS	Se generan residuos Peligrosos en la parte Misional de la Institución como lo es: Urgencias, Hospitalización, Consulta externa, Odontología, Vacunación, Laboratorio Clínico, Cirugía, Sala de Partos, Endoscopias y Citologías. Se cuenta con canecas de color Rojo, de tipo tapa y pedal, livianas, resistente a los golpes, sin aristas internas, de material rígido impermeable, de fácil limpieza, resistentes a la corrosión, bordes redondeados y boca ancha, estas canecas son lavadas, desinfectadas y secadas.
	La Institución cuenta con recipientes –contenedores desechables

RESIDUOS CORTOPUNZANTES	<p>rígidos, en Polipropileno de alta densidad, en su composición no es de PVC, resistentes a rupturas y perforaciones por elementos Cortopunzantes, con tapa de ajuste o de rosca, boca angosta, de tal forma que al cerrarse quede completamente hermético, algunos de ellos rotulados de acuerdo a la clase de residuos, y el servicio del cual proceden, son livianos de capacidad no mayor a 2 litros, y de paredes gruesas.</p> <p>En los servicios de Laboratorio Clínico, Urgencias y Citologías se utilizan frascos desechables, para depositar los escobillones y aplicadores, los frascos en su composición no son de PVC, y cuentan con su respectiva tapa para evitar posibles accidentes de punciones al cliente Interno y externo de la Institución.</p>
RECICLAJE	<p>Existe la cultura de reciclaje en la Institución, se cuentan con canecas y bolsas de color gris para depositar los residuos reciclables, En los Servicios de Laboratorio y Hospitalización tienen debidamente rotuladas las canecas.</p> <p>La Institución posee un cuarto de Reciclaje en el cual se separan los residuos según corresponda.</p> <p>Se lleva un estricto control de los Indicadores de Gestión.</p>
VERTIMIENTOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS	<p>Los vertimientos de interés sanitario se generan principalmente en Laboratorio Clínico,(Líquidos Corporales y Reactivos) Cirugía, Salas de partos, Morgue.(Líquidos Corporales). Los otros Vertimientos que realiza el Hospital son los generados por las labores de Limpieza y desinfección, utilizando Hipoclorito, los normales de sanitarios, lavamanos y lavadero.</p> <p>En ningún caso se vierten líquidos a fuentes hídricas o campos abiertos, estos se vierten directamente al alcantarillado.</p>
RUIDO	<p>El ruido generado en la Institución es Mínimo, no hay aparatos que generen un alto nivel de ruido, la E.S.E se encuentra ubicada en la parte Nor-Oriental del Aeropuerto de la ciudad de Málaga, pero esto no interfiere el normal desarrollo de las actividades ya que los vuelos son muy esporádicos y no generan ningún tipo de molestias ni altos decibeles de ruido.</p>
OLORES	<p>En la Empresa no se generan olores que lleguen a ser ofensivos para las personas que laboran dentro de la Institución.</p>

5.3.3 Cumplimiento de Requisitos Legales y Otros Requisitos

Con el propósito de revisar el cumplimiento de los requisitos legales ambientales, se recorrieron las áreas del Hospital y se encontraron los siguientes hallazgos relevantes:

- **PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES PGIRHS** (Resolución 1164 de 2002, Decreto 2676 del 2000)

Se revisó el Plan de Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares; se encontró un avance por parte de la Institución, cumple con los requerimientos legales aplicables, pero falta implementar los Programas contemplados dentro del mismo.

El PGIRH encontrado corresponde al año 2006, por lo que se hace necesario protocolizar un nuevo Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares posterior a la remodelación y adecuación de la E.S.E, pues los avances al año 2011 han sido muy notorios.

- **SEGREGACIÓN EN LA FUENTE** (Resolución 1164 de 2002. Numeral 7.2.3)

Se aplica el código de colores estipulados por la Norma, se tiene en cuenta la calidad y los requerimientos de los recipientes cumpliendo con las características exigidas según la Resolución. La bolsas de residuos Peligrosos son rotuladas adecuadamente, donde se especifica el tipo de residuo generado, y el servicio que lo generó, esto para facilitar el tratamiento final que se dará a cada residuo por parte de la Empresa recolectora de residuos Hospitalarios.

Foto 1. Canecas utilizadas en la E.S.E



Fuente: Autora

También se evidenció que la segregación de residuos es adecuada, pero en el momento de la recolección se vierten simultáneamente en la misma bolsa los residuos ordinarios con el papel reciclable perdiendo nuestro el principal objetivo en la clasificación adecuada de los residuos.

Foto 2. Recolección simultánea de residuos NO Peligrosos en una misma bolsa



Fuente: Autora

Por lo anterior se tomaron las respectivas medidas para solucionar la incorrecta recolección de los residuos Ordinarios con los reciclables.

Los contenedores para residuos corto punzantes son de color rojo, resistentes a punciones, con paredes gruesas, tiene dispositivo para disponer las agujas sin reenfundar, se encuentran sujetos a la pared por una base o soporte correspondiente. En los servicios de Citología, Ginecología, y Laboratorio Clínico se utilizan frascos para depositar los aplicadores y escobillas.

Foto 3. Contenedores utilizados en la E.S.E



Fuente: Autora

A los residuos anatomopatológicos como las placentas se les realiza la desactivación, con formol al 10%, luego pasan a refrigeración en bolsa roja

debidamente rotulada con el nombre. “ANATOMOPALÓGICOS” y posteriormente la empresa recolectora cada 15 días los transporta y les da su tratamiento y/o disposición final.

El Material de laboratorio utilizado para cultivos de microorganismos se deben esterilizar en autoclave para material contaminado, las muestras de materia fecal o esputo se desechan en recipientes en donde viene la muestra, debidamente cerrado y se depositan en bolsa roja.

Las piezas dentales defectuosas se envuelven en gasa y se depositan en bolsa roja, y las piezas dentales sanas se desactivan con Hipoclorito al 5.25% con una concentración de 5 cc de agua y 5 cc de Hipoclorito, estas piezas posteriormente son regaladas a estudiantes de odontología.

- **PLANEACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE RUTAS INTERNAS CON VEHÍCULOS RECOLECTORES (Resolución 1164 de 2002 Numeral 7.2.5.1)**

Se cuenta con la ruta de recolección de residuos, se deben tener en cuenta las nuevas áreas que se están construyendo en el Hospital, llevando a cabo su eficaz recorrido y traslado de los residuos al cuarto de almacenamiento central en los respectivos carros recolectores.

La recolección de residuos no peligrosos se lleva a cabo todos los días en el horario de 8:00 am, 1:00 pm y 6:00 pm. Los residuos Peligrosos de tipo infecciosos son trasladados en el horario de las 6:00 am, 1:30 pm y 6:30 pm; Para realizar la recolección el personal de servicios generales utilizan el uniforme institucional, gorro, botas y guantes Industriales.

Foto 4. Traslado de residuos en carros recolectores



Fuente: Autora

Los vehículos de recolección son lavados, desinfectados y almacenados en el área de lavandería cerca a la ropa previamente lavada, al igual que las camillas de la Morgue cuando es el caso. Por lo que se considera que no es un sitio apto para esta actividad y se sugiere por parte de un Auditor de la Secretaría de Salud ubicar un espacio adecuado para el lavado, desinfección y almacenamiento de los carros recolectores.

Otra de las sugerencias es el aislamiento de los carros de residuos no peligrosos con el de residuos Peligrosos, esto para evitar la contaminación cruzada que se produce al permanecer cerca el uno del otro.

Foto 5. Carros recolectores cerca a la ropa lavada



Fuente: Autora

ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS (Resolución 1164 de 2002 Numeral 7.2.6.2)

Como lugar de almacenamiento central de los residuos se utilizan dos cuartos ubicados al lado del garaje, los residuos peligrosos se depositan en canecas grandes debidamente rotuladas, dependiendo el tipo de residuos generados.

El cuarto de almacenamiento central es un área con acceso restringido y con elementos de señalización, se encuentra cubierto para la protección de aguas lluvias, tiene una ventana para ventilación, cuenta con malla que impide la entrada de vectores. Anteriormente se encontraban sin rotulo por lo que se generaba desorden y confusiones con el tipo de residuos que allí se depositaban.

Actualmente ya se encuentran debidamente rotulados acorde al tipo de residuos que se debe depositar en cada uno de ellos.

Foto 6. Canecas del almacenamiento central para la disposición de residuos SIN adecuada Rotulación



Fuente: Autora

El almacenamiento central reúne las condiciones básicas como lo especifica la Norma, tiene paredes y piso enchapados, cuenta con equipo de extinción de incendios, posee acometida de agua y drenaje, tiene elementos que impiden la entrada de vectores. Se lleva un registro para el control de la generación de residuos, dispone de báscula y el Formato RH1 correspondiente para dicho registro.

Foto 7. Cuartos de almacenamiento Central



Fuente: Autora

El formulario RH1 es diligenciado diariamente, cada vez que se llevan los residuos al almacenamiento central para así tener el registro de la cantidad de residuos generados en el día por parte de la Institución. Se hizo necesario incluir el día, el mes, la hora y el nombre de la persona que realiza el registro.

Foto 8. Personal registrando el peso de los residuos en el Formulario RH1.



Fuente: Autora

CONTROL DE VERTIMIENTOS (Decreto 1594 de 1984)

El agua es suministrada por el Acueducto Municipal. Los vertimientos líquidos que se generan en el Hospital, son:

Tabla 5. Inventario de vertimientos

SERVICIO	LÍQUIDO	VOLUMEN	FRECUENCIA
SALAS DE CIRUGÍAS Y PARTOS	Líquidos Corporales	1 Litro/ Cirugía	Promedio 6 Procedimientos quirúrgicos / Día
LABORATORIO CLÍNICO	Líquidos corporales	Depende del número de muestras	Diario
	Reactivos	1 Litro/ mes	

RAYOS X	Revelador	1 Litro/ mes	Los Equipos van vertiendo Automáticamente pero ese promedio es lo que se vierte durante el mes
MORGUE	Líquidos Corporales	Aproximadamente 0.1 m3/ cadáver	Esporádica

Fuente: Dirección Administrativa de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira

Los otros Vertimientos que realiza el Hospital son los generados por las labores de Limpieza y desinfección, utilizando Hipoclorito, los normales de sanitarios, lavamanos y lavadero.

En ningún caso se vierten líquidos a fuentes hídricas o campos abiertos, estos se vierten directamente al alcantarillado, por lo que se exonera a la Institución de la Implementación de algún tipo de Sistema de tratamiento, y caracterización de las aguas residuales.

PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE MANEJAN RESIDUOS HOPITALARIOS Y SIMILARES (Resolución 1164 de 2002, Numeral 7.2.9.1)

Las personas encargadas de la recolección de residuos cuentan con implementos de seguridad necesarios como: los guantes Industriales, gorros, tapabocas, botas y delantal, evitando así el riesgo y la exposición de accidentes de trabajo.

Conocen sus responsabilidades y los riesgos a que están expuestas. Cuentan con el esquema completo de Vacunación, y el Programa de Salud Ocupacional para las personas que manipulan los residuos Hospitalarios.

Foto 9. Personal de Servicios Generales con implementos de protección.



Fuente: Autora

5.3.4 Revisión de los Requisitos de la Norma NTC-ISO 14001:2004

En esta etapa se hizo una revisión teniendo en cuenta cada uno de los numerales de la norma por medio de una lista de chequeo, logrando de esta manera determinar el estado actual de cumplimiento en la E.S.E con los requisitos de la Norma.

Tabla 6. Parámetros para la realización de Diagnóstico de NTC-ISO 14001:2004

ABREVIATURA – COLOR SEMAFORISADO	DESCRIPCIÓN
SI	Si Cumple
NO	No Cumple
NV	No Verificable

Fuente: Autora

La lista de Chequeo mostrada en la tabla 7 fueretroalimentada por documentos, procedimientos, y entrevistas con el personal involucrados en los diferentes procesos, lo cual permitió definir la situación actual y determinar las debilidades y fortalezas de la empresa en el momento de implementar el Sistema de Gestión Ambiental.

Tabla 7. Lista de Chequeo Diagnóstico inicial de la NTC-ISO 14001:2004

	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL LISTA DE CHEQUEO PARA LA NTC ISO 14001:2004			
	OBJETIVO: Verificar los requisitos con los cuales cuenta la ESE Hospital Regional de García Rovira según los lineamientos de la NTC- ISO 14001: 2004			
	HORA DE INICIO: 7:30 pm - HORA FINAL: 5:30 pm			
	SERVICIOS VERIFICADOS: Control Interno, S.A.S Raquel, Subdirección Administrativa, Oficina de Gestión de Calidad.			
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL				
4.1 REQUISITOS GENERALES	SI	NO	NV	OBSERVACIONES

Se tiene establecido o implementado algún tipo de Sistema de Gestión Ambiental.		1		No se tiene establecido un Sistema De Gestión Ambiental, pero existe un trabajo adelantado por parte de la Institución en lo referente al PGIRH, se tiene establecido el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, y la conformación del GAGAS.
Se ha definido y documentado el alcance de dicho Sistema.		1		Se tiene documentación del PGIRH, y de las capacitaciones que se realizan, pero al no estar implementado todo un Sistema, por ende no se puede definir su alcance.
4.2 POLÍTICA AMBIENTAL	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se tiene definida la Política Ambiental	1			La Política está creada bajo la Resolución 154 del año 2010, no se le han hecho los correspondientes ajustes, no se tiene a disposición del público.
Ésta política es apropiada a la naturaleza, magnitud e impactos ambientales según las actividades y servicios de la entidad.	1			
Incluye un compromiso de mejora continua y prevención de la contaminación	1			
Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos legales aplicables y con otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales.	1			
Proporciona el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos y las metas ambientales.	1			Se cumple parcialmente. Se deben definir metas y objetivos ambientales,
Se documenta, implementa y mantiene		1		
Se comunica a todas las personas que trabajan para la organización.		1		
Está a disposición del público		1		

4.3 PLANIFICACIÓN	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
4.3.1 Aspectos Ambientales				
Se establecen e implementan procedimientos para identificar los aspectos ambientales de las actividades, productos y servicios que se puedan controlar o en los cuales se pueda influir teniendo en cuenta las modificaciones de los mismos.	1			Existe un procedimiento prioritario como lo es el PGIRH, teniendo en cuenta la parte misional de la Institución. En este Procedimiento se puede influir de manera directa logrando controlar y mejorar cada día los procesos que se llevan a cabo en este.
Emissiones controladas hacia la atmosfera	1			En el momento en que nació el Hospital Regional de García Rovira se controlaron las emisiones que antes se venían produciendo a causa de la incineración de los residuos peligrosos. Existe una pequeña planta eléctrica ubicada junto al servicio de urgencias, supliendo las necesidades en caso de interrupción de la Energía Eléctrica.
Vertimientos controlados en las aguas y alcantarillado.	1			Van al alcantarillado con orden establecida por la CAS.
Residuos sólidos y de cualquier otro tipo, en particular los peligrosos.	1			Se controla la clasificación de residuos en la fuente, y todo va a su respectivo cuarto, para un posterior tratamiento y disposición final por parte de la empresa de desechos especiales EDEPSA E.S.P.
Se han determinado aquellos aspectos ambientales que pueden tener impacto significativo sobre el medio ambiente.	1			En la medida en que se van presentando necesidades en los diferentes aspectos ambientales, estas se van fortaleciendo buscando la solución más adecuada.
4.3.2 Requisitos legales y otros requisitos	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se establecen e implementan procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y a otros requisitos ambientales suscritos por la organización.		1		Hasta el momento se está creando un Normograma para la identificación y fácil acceso a los diferentes requisitos legales.
Se han determinado como se aplican los requisitos legales a los Aspectos Ambientales de esta		1		

Institución.				
4.3.3 Objetivos, metas y programas	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se establece, implementa y mantienen objetivos y metas ambientales documentados		1		Se deben crear, mantener y documentar las metas y objetivos ambientales
Son coherentes con la política ambiental.		1		
Se establecen, implementan o mantienen programas para alcanzar sus objetivos y metas		1		Descripción de Programas: No se implementan programas, se manejan tratamientos tales como: Segregar en la fuente, desactivación de los residuos anatomopatológicos, y su debida clasificación.
En estos programas, existe la asignación de responsabilidades para lograr dichos objetivos y metas		1		
Se determinan los medios y plazos para lograrlos		1		
4.4. IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad.				
Se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos, humanos, infraestructura y habilidades especializadas para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de Gestión Ambiental	1			Se deben asignar los recursos en el presupuesto que se tenga previsto
Se definen, documentan, y comunican las funciones, responsabilidades y la autoridad para así facilitar una Gestión Ambiental eficaz.	1			Se maneja la comunicación Interna, circulares, y perifoneo dirigidos a cada líder de proceso. La oficina de Gestión de calidad y seguridad es quien coordina dichas responsabilidades
La alta dirección ha designado uno varios representantes de la dirección los cuales deben velar y tener autoridad para asegurarse de que el Sistema de Gestión Ambiental se establece, implementa, y mantiene de acuerdo con los requisitos exigidos.	1			Control Interno es el encargado de, velar y verificar al PGIRH de la Institución.
Se le está informando a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de Gestión Ambiental para su debida revisión, incluyendo las recomendaciones para la mejora	1			Se da una rendición de cuentas en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, el cual se realizan en presencia del Director de la Institución.

				Pero el SGA No se encuentra documentado ni Implementado.
4.4.2 Competencia, Formación y toma de conciencia				
La organización ha establecido y mantenido uno o varios métodos para que sus empleados tomen conciencia de la importancia de la conformidad con la política ambiental, los procedimientos y requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.	1			Métodos: Existe el Plan de capacitación Institucional. En la Institución se llevan a cabo capacitaciones en el manejo de residuos, pero estas se deben fortalecer. Se realizan auditorías esporádicas o por orden de la secretaria, pero generalmente solo enfocadas en el PGIRH.
Se tienen en cuenta los aspectos ambientales significativos, los impactos relacionados con su trabajo, y los beneficios ambientales de un mejor desempeño personal.			1	
Se tienen procedimientos para que los empleados tomen conciencia de sus funciones y responsabilidades en el logro de la conformidad con los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental	1			Se hacen perifoneos y se incentiva el ahorro de agua y energía, pero eso ya se hace por iniciativa propia y a conciencia de cada cliente Interno y externo.
Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales al desviarse de los procedimientos especificados.			1	
4.4.3 Comunicación				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para: La comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización. Para recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas externas.	1			Se tiene definido un proceso de comunicación por medio de perifoneo y volantes.
La organización ha documentado su decisión de comunicar o no externamente información acerca de sus aspectos ambientales significativos.		1		Existe un plan de comunicación, pero dentro de este no existe lo referente a un SGA ya que no se encuentra Implementado
Si la decisión ha sido comunicarla, se han definido e implementado métodos para su realización.		1		
4.4.4 Documentación				
La documentación del Sistema de		1		No se tiene documentado

Gestión Ambiental incluye la política, objetivos y metas ambientales				
Incluye la descripción del alcance del SGA		1		No se tiene documentado
Incluye la descripción de los elementos principales del Sistema de Gestión Ambiental y su interacción, así como la referencia de los documentos relacionados		1		No se tiene documentado
Incluye los documentos, y los registros requeridos en esta Norma internacional		1		No se tiene documentado
Incluye los documentos, incluyendo los registros determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de procesos relacionados con sus aspectos ambientales significativos		1		Se encuentra documentado el PGIRH pero en cuanto a un Sistema de Gestión Ambiental no se encuentra documentado, ni Implementado.
4.4.5 Control de documentos				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para aprobar los documentos con relación a su adecuación antes de su emisión	1			Si, estos son los procesos básicos que se han adoptado en el control del Sistema de Gestión de Calidad.
Los documentos son revisados y actualizados cuando sea necesario, y aprobados nuevamente	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables están disponibles en los puntos de uso	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo que la organización ha determinado que son necesarios para la planificación y operación del Sistema de Gestión Ambiental y se controla su distribución		1		El control de documentos existe, se debe incluir el control de documentos de tipo externo que afecten los procesos del Sistema de Gestión Ambiental para su debida documentación e implementación.

Se ha establecido un procedimiento para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón	1			Se ha establecido el procedimiento en el control de versiones
4.4.6 Control Operacional				
La organización ha identificado y planificado aquellas operaciones que están asociadas a los aspectos ambientales significativos identificados en línea con la política, los objetivos y las metas		1		No se tienen documentados objetivos y Metas Ambientales.
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos documentados para controlar situaciones en la que por ausencia de la documentación se podrían llevar desviaciones de la Política, objetivos y metas Ambientales.		1		
La organización ha establecido criterios operacionales en los procedimientos	1			
La organización ha establecido, implementado y mantenido procedimientos relacionados con los aspectos ambientales significativos identificados de los bienes y servicios utilizados por la organización	1			Se encuentra Implementado el PGIRH con sus debidos procedimientos.
Se han comunicado adecuadamente los procedimientos y requisitos aplicables a los proveedores, incluyendo a los contratistas		1		
4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias				
La organización ha establecido procedimientos para: Identificar situaciones potenciales de accidentes o emergencias que puedan impactar el medio ambiente y como responder a estos. Responder a situaciones de emergencia y accidentes reales y prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos asociados	1			Dentro del PGIRH se cuenta con un plan de contingencias, en el cual se contempla como actuar en caso de presentarse una de estas. También se cuenta con un plan de emergencias hospitalarias, en donde se estipula el adecuado manejo de la atención de acuerdo al tipo de emergencia que se pudiera presentar. Pero no se ha tenido en cuenta, ni se ha contemplado emergencias para un SGA.
Los procedimientos de preparación y respuesta ante emergencia son: Implementados, Revisados	1			Como entrenamiento a la seguridad Industrial y Salud Ocupacional se realiza un

periódicamente y actualizados cuando sea necesario y en particular después de que ocurran accidentes o situaciones de emergencias. son ensayados periódicamente cuando sea factible				simulacro por año. En la Variable Ambiental más exactamente en el PGIH se cuenta con un Plan de Contingencia como elemento de seguridad y respuesta rápida que ayuda a minimizar exposiciones que pueden presentarse cuando se manejan productos y/o servicios potencialmente riesgosos.
4.5 VERIFICACIÓN				
4.5.1 Seguimiento y medición				
La organización ha establecido procedimientos para hacer seguimiento y medición regularmente a las características fundamentales de las operaciones que pueden tener un impacto significativo en el medio ambiente	1			Existe un cronograma de Auditorías Internas, y mensualmente se lleva control de los Indicadores.
Los procedimientos incluyen requisitos relacionados con la documentación y el registro de la información sobre el seguimiento en: El desempeño, Controles operacionales aplicables, y de conformidad con los objetivos y metas ambientales de la organización	1			
Los procedimientos son: • Revisados periódicamente y actualizados cuando es necesario • Implementados consistentemente Los equipos de seguimiento y medición han sido y se mantienen calibrados o verificados Existen registros sobre su estado de calibración y mantenimiento	1			Los equipos Biomédicos son revisados según el cronograma de mantenimiento preventivo elaborado según las indicaciones de la hoja de vida del Equipo.
4.5.2 Evaluación y cumplimiento legal				
La organización ha establecido, implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento de la legislación aplicable	1			Control Interno y el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, vigilan que se cumpla con la normatividad Vigente del PGIH
Se mantienen registros de esta verificación	1			Se registran todas las cosas que se miden.
La organización ha establecido implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento con otros requisitos que la organización haya suscrito	1			

Se mantienen registros de esta verificación	1			
4.5.3 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva				
Existen procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y preventivas	1			Se tienen procedimientos documentados para las no conformidades, acciones correctivas y preventivas, pero en la variable ambiental solo se encuentra el control de plagas.
Estos procedimientos definen la identificación y corrección de las no conformidades y la forma para tomar acciones para mitigar los impactos ambientales	1			
Estos procedimientos definen la investigación de las no conformidades determinando sus causas y tomando las acciones que eviten que vuelvan a ocurrir			1	No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen la evaluación de la necesidad de acciones para prevenir las no conformidades y la implementación de las acciones apropiadas definidas para prevenir su ocurrencia			1	No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen el registro de los resultados de las acciones preventivas y correctivas tomadas			1	No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen la revisión de la eficacia de las acciones preventivas y correctivas tomadas			1	No se tiene documentado para un SGA
Las acciones tomadas son las apropiadas en relación a la magnitud de los problemas e impactos ambientales encontrados			1	No se tiene documentado para un SGA
La organización se asegura de que cualquier cambio necesario sea incorporado a la documentación del Sistema de Gestión Ambiental	1			
4.5.4 Control de registros				
Existen procedimientos definidos para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros			1	Existen procedimientos documentados, pero no se encuentran Implementados y controlados.
Los procedimientos han sido: Establecidos, Implementados, Periódicamente revisados y actualizados cuando es			1	

necesario, Implementado consistentemente.				
Los registros son legibles, identificables y trazables	1			
4.5.5 Auditoría Interna				
Se realizan auditorías internas del SGA a intervalos planificados		1		Se realizan Auditoria al PGIRH, ya que en el SGA no se encuentra Implementado
Las auditorías permiten determinar si el SGA: Es conforme con las disposiciones planificadas para la Gestión Ambiental incluidos los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004. Se ha implementado adecuadamente		1		El PGIRH se encuentra diseñado según el manual correspondiente. El SGA no se encuentra Implementado, ni documentado
Se informa de manera completa a la dirección sobre los resultados de las auditorías internas	1			En los comités se le informa a la Gerencia
Los programas de auditorías y las auditorías permiten considerar la importancia ambiental de las operaciones implicadas, así como los resultados de auditorías previas	1			Se genera un Impacto en el momento de expresar las Auditorías
El proceso de auditoría cubre de manera suficiente: La determinación de los criterios y el alcance de cada auditoría. La frecuencia planificada y métodos a emplear. Los requisitos para planificar y realizar las auditorías. Responsabilidades del auditor y de todas las partes involucradas. Informe de resultados de la auditoría. Mantenimiento de registros asociados.	1			Previo a la Auditoria, se define el alcance de ésta, los métodos a emplear, los requisitos, y las responsabilidades correspondientes
La selección de auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría	1			
4.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
La alta dirección revisa a intervalos definidos el SGA para asegurar que haya conveniencia, adecuación y eficacia continuas	1			La Dirección delega a la Oficina de Gestión de calidad para que evalúe, y se asegure de la adecuación y una eficacia continua en el PGIRH. El SGA no se encuentra documentado ni Implementado

Las revisiones se han dirigido hacia la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGA			1	El SGA no se encuentra documentado ni Implementado a la fecha.
En las revisiones por la dirección se han considerado entradas como : <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de auditorías internas y evaluaciones de cumplimiento con requisitos legales y otros que la organización suscriba • Las comunicaciones de las partes interesadas externas(incluyendo quejas) • El desempeño ambiental de la organización • El grado de cumplimiento de los objetivos y metas • El estado de las acciones correctivas y preventivas • El seguimiento de las acciones resultantes de las revisiones previas llevadas a cabo por la dirección • Los cambios en las circunstancias, incluyendo la evolución de los requisitos legales y otros requisitos relacionados con sus aspectos ambientales • Las recomendaciones para la mejora 	1			
Los resultados de las revisiones incluyen decisiones y acciones tomadas relacionadas con posibles cambios en la política ambiental, objetivos, metas y otros elementos del SGA coherentes con el compromiso de mejora continua.	1			
80 TOTAL	45	32	3	
% DE CUMPLIMIENTO	56,3%	40,0%	3,8%	
ASISTENTES A LA RONDA DE CHEQUEO				
NOMBRES COMPLETOS		CARGO – PROFESION		
Aitza Vivian Castañeda Solano		Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad		
Jenny Zuleima Bautista Sierra		Asesora en Gestión Ambiental		
CÓDIGO	VERSIÓN		CONSECUTIVO	
GCYS-GCAL-F-09	0			

Fuente: Autora

ANÁLISIS:Mediante la revisión del Diagnóstico Inicial (Tabla 6) se determinaron los puntos críticos para la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental y así proseguir a establecer estrategias a utilizar en la ejecución del Proyecto.

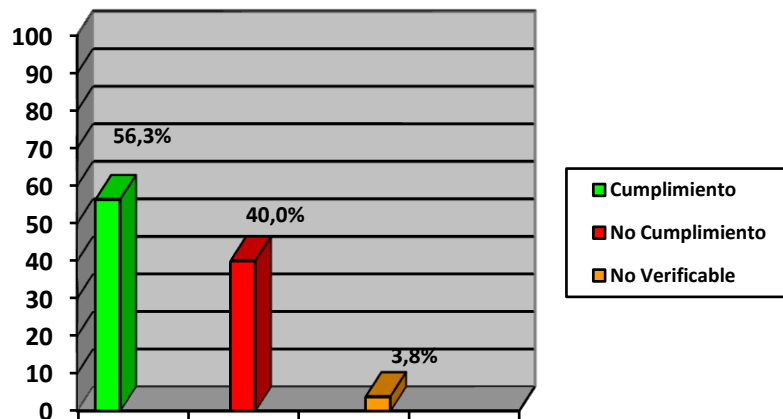
TOTAL	45	32	3	
% DE CUMPLIMIENTO	56,3%	40,0%	3,8%	

ANÁLISIS:Según la lista de chequeo de la NTC-ISO 14001:2004 se encontró un **40,0%** de no cumplimiento, por lo que se hace necesario cumplir con todos los requisitos que esta Norma exige para contar con la adecuada implementación de la misma.

5.4 INFORME DIAGNÓSTICO INICIAL

Los anteriores resultados se entregaron a la oficina de Gestión de Calidad y Seguridad, se expusieron y se dieron a conocer a la Dirección y a todos los miembros de la Institución al igual que los Integrantes del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, teniendo en cuenta los Aspectos más importantes, con el fin de determinar la magnitud del proyecto a implementar.

Figura 7. Comportamiento de los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004 en la ESE



Fuente: Autora

ANALISIS: Mediante la revisión del Diagnóstico inicial se determinaron los puntos críticos para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, y así proseguir a establecer estrategias a utilizar en la ejecución del proyecto.

Se han desarrollado ciertos adelantos en los numerales referentes a la creación y estructura de la política ambiental, sin embargo no se encuentra publicada, ni se comunica a las personas que trabajan en la Institución ni tienen conocimiento de la existencia de la misma.

En lo relacionado a los Aspectos Ambientales, funciones, responsabilidades se hace necesario reforzar el nivel de control y cumplimiento con el fin de lograr implementar un Sistema de Gestión Ambiental eficaz.

Se tienen identificados los aspectos ambientales que generan un mayor impacto en el medio ambiente, y sobre los cuales se puede tener un mejor control como es todo lo relacionado con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios debido a la Misión de la Empresa, y su propósito por querer mejorar continuamente en los procesos de Producción Más Limpia con el claro objetivo de llegar a pertenecer al Programa “Hospital Verde” y lograr ser galardonado en la categoría Excelencia.

6. PLANEACIÓN

Terminada la etapa de diagnóstico y habiendo identificado todos los Aspectos Ambientales que afectan directa o indirectamente a la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, se dispone de herramientas suficientes para realizar la evaluación de los Aspectos Ambientales en cada uno de los procesos de la Institución, y determinar y dar a conocer la Política Ambiental y los objetivos ambientales de acuerdo a esta evaluación, para finalmente formular los respectivos programas, o mecanismos que busquen el cumplimiento de estos.

Además se encontraron algunas falencias, oportunidades y fortalezas del Hospital, y con base en ellas se pueda fortalecer y desarrollar un plan de capacitaciones (Programa de Formación y Educación) Anexo O, el cuál permita reforzar las fortalezas y mejorar las falencias y oportunidades halladas en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

6.1 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES

6.1.1 Identificación de Aspectos Ambientales

Para la identificación de los aspectos ambientales en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, se utilizó una encuesta la cual se aplicó en la etapa de diagnóstico (ANEXO A), en la que se analizaron Aspectos ambientales en cada proceso de la Institución, con el fin de que se determinara si estos aspectos existían o no en cada proceso.

A partir de esto se identificaron los Aspectos Ambientales con sus respectivos Impactos ambientales (Tabla8), los cuales pueden causar un daño ambiental al Medio Ambiente si no son debidamente monitoreados, controlados y verificados.

Tabla 8. Aspectos ambientales con su respectivo Impacto Ambiental en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

ASPECTO AMBIENTAL	IMPACTO AMBIENTAL
Consumo de Agua	Disminución de Recursos naturales
Consumo de Electricidad	Disminución de Recursos Naturales
Generación de Emisiones	Contaminación del Aire
Consumo de Insumos (papel)	Destrucción de los Bosques
Generación de Olores	Contaminación del Aire
Generación de Residuos	Contaminación del Suelo
Generación de Ruido	Contaminación del Aire

Fuente: Autora

De los cuales no se consideró a estudio los Aspectos Ambientales: Generación de Olores, Generación de Ruido y Generación de Emisiones por no repercutir de una manera negativa en el Medio Ambiente de la E.S.E. y el Medio Ambiente.

6.1.2 Evaluación de Aspectos Ambientales

Teniendo en cuenta los Aspectos Ambientales que pueden afectar a la E.S.E Hospital Regional de García Rovira (Tabla 8), se procede a hacer una evaluación de cada Aspecto para determinar cuáles de estos corresponden a un Impacto Ambiental significativo, para luego proceder a crear e implementar planes de gestión, con el fin de reducir estos impactos.

6.1.2.1 Calificación de Aspectos Ambientales. Para el proceso de evaluación de los Aspectos Ambientales identificados en la ES.E Hospital Regional de García Rovira se tomaron en cuenta los siguientes factores: Probabilidad, Duración, Magnitud, Área de Influencia, Importancia.

Esta calificación se realiza de acuerdo con la Metodología CONESA, la cual establece los lineamientos para la evaluación de impactos ambientales, teniendo en cuenta 4 principales factores a estudiar y evaluar según los

Aspectos Ambientales más relevantes de la Institución y sobre los que se puede tener un control.

Tabla 9. Descripción de los factores

PROBABILIDAD	
Baja: 1	La probabilidad es baja cuando la actividad se realiza bajo condiciones seguras, y el impacto se presenta sólo en casos inusuales.
Media: 5	La probabilidad es media cuando al realizar la tarea se presentan circunstancias como: falta de capacitación, entrenamiento, experiencia o ausencia de procedimientos escritos específicos para la realización de la actividad, etc.
Alta: 10	La probabilidad es alta cuando en condiciones normales y dadas las características de la actividad y/o proceso, el impacto se presenta con toda seguridad.

DURACIÓN	
Breve: 1	Cuando la alteración del medio no permanece en el tiempo, y dura un lapso de tiempo muy pequeño. No existe ningún potencial de riesgo sobre el medio ambiente.
Temporal: 5	La duración es temporal cuando el impacto dura un lapso de tiempo moderado y tiene un potencial de riesgo medio, produciendo cambios limitados sobre el ambiente.
Alta: 10	La duración es permanente cuando el impacto causa alteraciones indefinidas en el tiempo e importantes sobre el ambiente. Las partes interesadas manifiestan objeciones y exigencias.

MAGNITUD	
Baja: 1	Alteración mínima del factor o característica ambiental considerada
Media: 5	Cuando se presenta una alteración moderada del factor o característica ambiental considerada
Alta: 10	Se asocia a destrucción moderada del factor o característica ambiental asociada

AREA DE INFLUENCIA	
Puntual 1:	El impacto queda confinado dentro del áreas de influencia
Local 5:	Transciende los límites del área de influencia (afecta

	a un curso de agua superficial o subterráneo de agua, la atmosfera, el suelo, genera un residuo especial peligroso etc.)
Regional10:	Tiene consecuencias a nivel regional (más de una localidad)

IMPORTANCIA	
Baja 1:	Se puede manejar el aspecto ambiental con controles operacionales
Media 5:	Se pueden adaptar medidas para cumplir
Alta 10:	Manejar este aspecto ambiental requiere altas inversiones de capital

VALORACIÓN IMPACTO		
VALOR OBTENIDO	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO
0-30	No significativo	No requiere acción correctiva, pero se puede tener presente para generar controles operacionales y plan de acción.
>31	Significativo	Se requiere acción correctiva, pero se puede tener presente para generar controles operacional y plan de acción

Fuente: Adaptado de la Metodología CONESA

6.1.2.2 Significancia de Aspectos Ambientales.En esta etapa procedo a determinar cuáles Aspectos Ambientales son significativos o no significativos dentro de la E.S.E para lo cual se toma como referencia la calificación obtenida en cada Aspecto.

SIGNIFICATIVO: Con una Valoración de Impacto **> 30**, para facilidad si es significativo se toma como **1**

NO SIGNIFICATIVO: Con una Valoración de Impacto **< 30**, para facilidad si es NO significativo se toma como **0**.

Tabla 10. Determinación de los Aspectos Ambientales Significativos

ASPECTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA
1. Consumo de papel
2. Generación de Residuos
3. Consumo de Energía
4. Consumo de Agua

Fuente: Autora

Se elaboraron e implementaron los Programas de Gestión Ambiental con sus respectivas metas y Objetivos (Anexo U) con el fin de controlar estos Aspectos Ambientales Significativos de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

6.2 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS

En la parte de Diagnóstico se identificaron los lineamientos legales para cada componente ajustados a los requisitos de la Norma NTC ISO- 14001:2004, estos deben estar de acuerdo para:

- Identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la Institución suscriba relacionados con sus Aspectos Ambientales.

Para determinar cómo se aplican estos requisitos a sus Aspectos Ambientales se determinó el procedimiento de Gestión de Requisitos Legales Ambientales, se diseñó la tabla de Requisitos Legales por componentes (Anexo H) en la cual se incluyen los Requisitos Legales Ambientales aplicables a la Institución.

“La Organización debe asegurarse de que estos requisitos Legales aplicables y otros requisitos que la Organización suscriba se tengan en cuenta en el establecimiento, implementación y mantenimiento de su Sistema de Gestión Ambiental”.

6.3 DETERMINACIÓN DE LA POLÍTICA AMBIENTAL

Identificados los Aspectos Ambientales Significativos, los requisitos legales y otros requisitos de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, se procede con la Dirección y la Oficina de Gestión de Calidad y Seguridad a determinar los lineamientos y bases del Sistema de Gestión Ambiental.

Para lo cual se realizan los respectivos ajustes a la Política Ambiental, creada bajo la Resolución 154 del 19 de Mayo de 2010. Constituida por todos los requisitos aplicables necesarios. “La Política Ambiental constituye la base sobre la cual la Organización establece sus objetivos y sus metas ambientales.”³

La Política ambiental es acorde a la naturaleza de las actividades, teniendo en cuenta la parte Misional de la Institución, el cumplimiento de la Normatividad vigente, y el mejoramiento continuo.

6.3.1 Sensibilización y Comunicación de la Política Ambiental

Teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC-ISO 14001:2004; donde se especifica que se “comunica a todas las personas que trabajan para la Organización o en nombre de ella”.⁴

Se realizaron socializaciones en donde se dio a conocer la Política Ambiental, se difundió a través de un Boletín de la E.S.E (Anexo N), se comunicó a los proveedores mediante una carta en la que se les informó el proceso de Gestión Ambiental que se adelantaba en la Institución. Por último se publicó en un Pendón en los puntos estratégicos de la Institución quedando a disposición del Público.

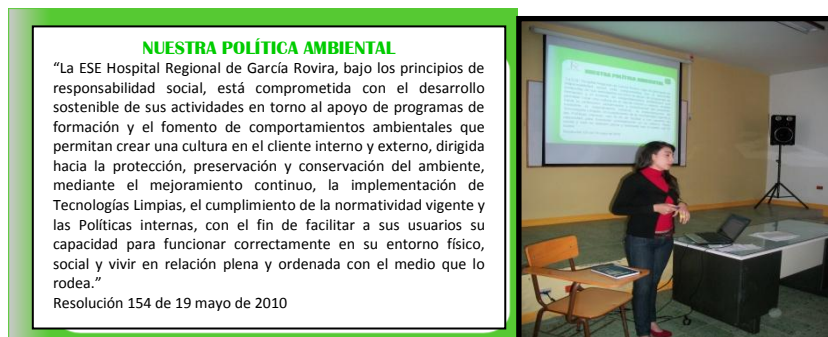
Se realizaron las capacitaciones en los diferentes temas que apoyaron el proyecto en mención. Como lo exigen los lineamientos de la Norma se crearon documentos

³ICNTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental Requisitos con orientación para su uso. 2004, 4.3 Planificación. 5p

⁴ICNTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, ANEXO A2 Política Ambiental. 13p

que evidenciaran la realización de las capacitaciones como fotografías, test de conocimientos y listado de asistencia.

Foto 10. Presentación y Socialización de la Política Ambiental



Fuente: Autora

6.4 PLANEACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación es el soporte del Sistema de Gestión Ambiental, esta debe ser controlada con el fin de mostrar lo que la Organización requiere para lograr los Objetivos y metas Ambientales propuestas, y así determinar los documentos que deben existir en el Hospital para garantizar que los procesos se lleven a cabo bajo condiciones específicas.

Los procedimientos, manuales, programas y demás documentos necesarios para un buen desarrollo del SGA de acuerdo a los lineamientos de la NTC-ISO 14001:2004, fueron desarrollados según los principios y Normas internas de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, y apoyados en la documentación existente.

6.4.1 Metodología

Teniendo en cuenta la documentación existente en la E.S.E como el (Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y el PAMEC) se hizo una retroalimentación para determinar los documentos a crear, alimentar, o actualizar, tomando como base los parámetros detallados en la Tabla 11.

Tabla 11. Parámetros para la documentación

DOCUMENTOS	DESCRIPCIÓN
Documentos a alimentar	Documentos que ya hacen parte del Hospital, ya sea por PAMEC, MECI o por PGIRHS
Documentos a Actualizar	Documentos que ya hacen parte del Hospital pero que necesariamente requieren actualizarlos con normas vigentes PGIRHS.
Documentos a crear	Documentos necesarios para el Sistema de Gestión Ambiental, y que no existen en el Hospital.

Fuente: Autora

En la Tabla 12 se muestra la Lista de chequeo utilizada para reconocer la documentación necesaria según los lineamientos de La NTC-ISO 14001:2004.

Tabla 12. Documentos según requisitos de la NTC-ISO 14001:2004

NUMERAL	REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
4.1 REQUISITOS GENERALES					
4.1	La Organización debe definir y documentar el alcance de su Sistema de Gestión Ambiental.	Manual de Gestión Ambiental			X
4.2 POLÍTICA AMBIENTAL					
4.2	Se documenta, implementa, mantiene, se da a conocer a todas las personas de la Organización, está a disposición del Público.	Política Ambiental, Objetivos		X	X
4.3 PLANIFICACIÓN					
Aspectos Ambientales	4.3.1 a	La Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para. Identificar los Aspectos Ambientales de sus Actividades.	Procedimientos para la identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales.		X
	4.3.1 b	Determinar aquellos que tienen o pueden tener impactos Significativos sobre el medio Ambiente.	Procedimientos para la identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales.		X
Requisitos Legales y Otros Requisitos	4.3.2 a	La Organización debe establecer e implementar y mantener uno o varios procedimientos para: Identificar y tener acceso a los requisitos que la Organización suscriba relacionados con sus Aspectos Ambientales.	Procedimientos para la Gestión de Requisitos Legales Ambientales.	X	X
	4.3.2 b	Determinar cómo se aplican estos requisitos Legales a sus Aspectos Ambientales.	Plan de Control Operacional	X	
		La organización debe establecer, implementar,			

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
Objetivos, Metas y programas	4.3.3 a y b	y mantener uno o varios programas para alcanzar sus Objetivos y metas Ambientales. Estos Programas deben incluir la asignación de Responsabilidades para lograr los Objetivos, metas en las funciones y niveles pertinentes de la Organización y los medios para lograrlos.	Programas de Capacitación de Gestión Ambiental		X	X
4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN						
Recursos, Funciones Responsabilidad y Autoridad	4.4.1 a	La alta Dirección de la Organización debe designar uno o varios representantes de la dirección, quien independientemente de otras responsabilidades, debe tener definidas sus funciones, responsabilidades y autoridad para: Asegurarse que el Sistema de Gestión Ambiental se establece, implementa y mantiene de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.	Acta de conformación del GAGAS y postulación del representante de la Dirección.	X		
	4.4.1 b	Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión Ambiental para su revisión, incluyendo las recomendaciones para la mejora.	Procedimiento de Auditorías internas, no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas	X		
Competencia, formación y toma de conciencia	4.4.2 a	La Organización debe identificar las necesidades de formación relacionados con sus Aspectos Ambientales y su Sistema de Gestión Ambiental. Debe promocionar formación o emprender otras acciones para satisfacer estas necesidades, y debe mantener los registros asociados. La importancia de la conformidad con la Política Ambiental, los procedimientos y requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.	Programa de Formación y Educación. (Plan Institucional de Capacitación)	X		X

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
	4.4.2 b	Los Aspectos Ambientales significativos, los Impactos relacionados reales o potenciales asociados con su trabajo y los beneficios ambientales de un mejor desempeño personal.				
	4.4.2 c	Sus funciones y responsabilidades en el logro de la comunidad con los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental.	Manual de Gestión Ambiental			X
	4.4.2 d	Las consecuencias potenciales de desviarse de los procedimientos especificados	Procedimientos de no conformidades, acción preventiva y correctiva	X		
Comunicación	4.4.3 a	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para: la comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización	Sistema de Comunicación Interna a través de perifoneo	X		
	4.4.3 b	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para: recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas externas	Sistema de Comunicación Interna a través de perifoneo, radio, Tv y diferentes medios de comunicación a las partes Externas	X		
Documentación	4.4.4 a	La documentación del Sistema de Gestión Ambiental debe incluir: la Política Ambiental, objetivos y metas ambientales.	Programas de Gestión Ambiental		X	X
	4.4.4 b	La descripción del alcance del Sistema de Gestión Ambiental.				X

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
	4.4.4 c	La descripción de los elementos principales del Sistema de Gestión Ambiental y su interacción, así como la referencia a los documentos relacionados.	Manual del Sistema de Gestión Ambiental			
	4.4.4 d	Los documentos, incluyendo los registros requeridos en esta Norma Internacional	Procedimientos, formatos y registros	X		
	4.4.4 e	Los documentos, incluyendo los registros determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficiencia de la Planificación, operación y control de procesos relacionados con sus Aspectos Ambientales significativos.	Manual Sistema de Gestión Ambiental			X
Control de Documentos	4.4.5 a	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para: Aprobar los documentos con relación a su adecuación antes de su emisión.	Procedimiento de Control de documentos	X		
	4.4.5 b	Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario, y aprobarlos nuevamente.				
	4.4.5 c	Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la revisión actual de los documentos				
	4.4.5 d	Asegurarse de las versiones pertinentes				
Control Operacional	4.4.6 a	Es el establecimiento, implementación y mantenimiento de uno o varios procedimientos documentados para controlar situaciones en las que su ausencia podría llevar a desviaciones de la Política, los objetivos y metas ambientales.	Plan de Control Operacional	X	X	

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
	4.4.6 b	El establecimiento de criterios operacionales en los procedimientos.				
	4.4.6 c	El establecimiento, implementación y mantenimiento de procedimientos relacionados con sus Aspectos Ambientales significativos identificados de los bienes y servicios utilizados por la Organización y la comunicación de los procedimientos y requisitos aplicables a los proveedores, incluyendo contratistas.	Plan de Control Operacional, plan de comunicaciones	X		
Preparación y respuesta ante emergencias	4.4.7	La Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar situaciones potenciales que pueden tener impactos en el Medio Ambiente y como responder ante ellos.	Plan de Emergencias	X		
	4.4.7	La organización debe responder ante situaciones de emergencia y accidentes reales y prevenir y mitigar los impactos ambientales adversos asociados.				
	4.4.7	La Organización debe revisar periódicamente y modificar cuando sea necesario sus procedimientos de preparación y respuesta de emergencias, en particular después de que ocurran accidentes o situaciones de emergencia.		X	X	
	4.4.7	La Organización también debe realizar pruebas periódicas de tales procedimientos, cuando sea factible.		X		

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
4.5 VERIFICACIÓN						
Seguimiento y medición	4.5.1	La Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para hacer el seguimiento y medir de forma regular las características fundamentales de sus operaciones que puedan tener un impacto significativo en el medio ambiente. Los procedimientos deben incluir la documentación de la información para hacer el seguimiento del desempeño, de los controles operacionales aplicables y de la conformidad con los objetivos y metas ambientales de la Organización	Plan de Control Operacional, Procedimiento de monitoreo e inspección de aspectos ambientales		X	
Evaluación del Cumplimiento Legal	4.5.2.1	En coherencia con su compromiso de cumplimiento, la Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos Legales aplicables.	Procedimiento de monitoreo e inspección de requisitos Legales			X
	4.5.2.1	La Organización debe mantener los registros de los resultados de las evaluaciones periódicas.				
	4.5.2.2	La Organización debe evaluar el cumplimiento con otros requisitos que suscriba. La organización puede combinar esta evaluación con la evaluación del cumplimiento Legal mencionada en el apartado 4.5.2.1, o establecer uno o varios procedimientos separados.				X
	4.5.3 b	La investigación de las no conformidades, determinando sus causas y tomando las acciones con el fin de prevenir que vuelvan a		X		

NUMERAL		REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR
		ocurrir.				
	4.5.3 c	La evaluación de la necesidad de acciones para prevenir las no conformidades y la implementación de las acciones apropiadas definidas para prevenir su ocurrencia.		X		
	4.5.3 d	El registro de los resultados de las acciones preventivas y acciones correctivas tomadas.		X		
	4.5.3 e	La revisión de la eficacia de las acciones preventivas y acciones correctivas tomadas.		X		
Control de Registros	4.5.4	La Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación el tiempo de retención y la disposición de los registros.		X		
	4.5.4	Los registros deben ser y permanecer legibles, identificables y trazables.	Procedimientos de Control de Registros	X		
Auditoría Interna	4.5.5 a	Determinar si el Sistema de Gestión Ambiental, es conforme con las disposiciones planificadas para la Gestión Ambiental, incluidos los requisitos de esta Norma Internacional; y se ha implementado adecuadamente y se mantiene.	Procedimientos de Auditorías Internas	X		
	4.5.5 b	Proporcionar información a la dirección sobre los resultados de las Auditorías.				

NUMERAL	REQUISITO	DOCUEMENTO ASOCIADO	ALIMENTAR	ACTUALIZAR	CREAR	
4.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN						
Revisión por la Dirección	4.6 a	Los resultados de las Auditorías internas y evaluaciones de cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos que la Organización suscriba.	Procedimiento de Revisión por la Dirección	X		
	4.6 b	Las comunicaciones de las partes interesadas externas, incluidas las quejas.				
	4.6 c	El desempeño ambiental de la Organización				
	4.6 d	El grado de cumplimiento de los Objetivos y metas				
	4.6 e	El estado de las acciones correctivas y preventivas				
	4.6 f	El seguimiento de las acciones resultantes de las				
		Revisiones previas llevadas a cabo por la dirección.				

Fuente: Autora

6.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

El desarrollo de un Sistema de Gestión Ambiental basado en la NTC-ISO 14001:2004, exige la sensibilización y concientización de los problemas ambientales a todas las partes interesadas de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira. Para llevar a cumplimiento este requisito se creó el Programa de Formación y Educación (Anexo O), con el fin de mejorar el conocimiento, la formación y entrenamiento de cada uno de los miembros del Hospital, involucrando el Sistema de Gestión Ambiental con el firme compromiso de mejorar continuamente en cada uno de los procesos que este lleva a cabo para su total y exitosa implementación.

6.5.1 Programa de Formación y Educación

El Programa de formación y educación (ANEXO O) es pilar del Sistema de Gestión Ambiental, ya que si no se efectúa la capacitación a todos los funcionarios y se involucra al cliente externo y pacientes de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira en este proceso de mejoramiento, no es posible que se lleve a cabo un adecuado manejo y comunicación del SGA.

En la foto 11, se muestran las capacitaciones realizadas en los diferentes temas que fortalecieron y apoyaron la implementación del SGA.


Foto 11. Sensibilización y Capacitación



Fuente: Autora

Para ello, los temas de formación se formularon de manera clara y específica, implementando mecanismos de comunicación con elementos pedagógicos, dinámicos y creativos, con el objeto que la información suministrada pueda llegar a cada cliente Interno y Externo de la E.S.E. Estas necesidades de capacitación se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Actividades del Programa de Formación y educación en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira

 <p style="text-align: center;">ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NTC ISO 14001:2004 NECESIDADES DE CAPACITACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL</p>					
TEMAS	DIRIGIDO A	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	DURACIÓN	LUGAR
NTC-ISO 14001:2004 PROGRAMA HOSPITAL VERDE	CAPACITACIÓN ESPECÍFICA AL GAGAS- GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA.	1. Dar a conocer y socializar la NTC-ISO 14001:2004. 2. Presentar el Diagnóstico según los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004 3 Dar a conocer en qué consiste el programa Hospital Verde como aspirantes al mismo.	EXPOSITIVA – VIDEO	2 h	Auditorio E.S.E HRGR
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NTC- ISO 14001:2004 PROGRAMA HOSPITAL VERDE	PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE APOYO	Dar a conocer y socializar la NTC-ISO 14001:2004. Metodología y cronograma de implementación 2. Presentar el Diagnóstico según los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004 Socializar la situación actual del PGIRH en la E.S.E Presentar el diagnóstico realizado al PGIRH con sus respectivos avances.	EXPOSITIVA – VIDEO	2 h	Auditorio E.S.E HRGR
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	PERSONAL DE SERVICIOS	1. Dar a conocer y socializar la NTC-ISO 14001:2004. 2. Presentar el Diagnóstico según los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004	EXPOSITIVA - VIDEO	1.5 h	Auditorio E.S.E

<p>BASADO EN LA NTC- ISO 14001:2004 PROGRAMA HOSPITAL VERDE</p>	<p>GENERALES</p>	<p>Socializar la situación actual del PGIRH en la E.S.E Presentar el diagnóstico realizado al PGIRH con sus respectivos avances. Dar a conocer en qué consiste el programa Hospital Verde como aspirantes al mismo.</p>			<p>HRGR</p>
<p>PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES</p>	<p>PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE APOYO</p>	<p>Entrenar y evaluar periódicamente al personal de la institución para garantizar el grado de conocimiento de los Programas y los procedimientos contemplados en el PGIRHS con el fin de fortalecer las acciones dirigidas hacia las mejoras del mismo. Socializar los subtemas: Marco Legal, Clases de generadores de residuos Hospitalarios Segregación y clasificación adecuada de residuos. Seguridad Industrial y Salud Ocupacional relacionada con el manejo de Residuos Bioseguridad y Plan de Contingencia Guía de Limpieza y desinfección.</p>	<p>EXPOSITIVA – VIDEO Y TEST DE CONOCIMIENTOS</p>	<p>2h</p>	<p>Auditorio E.S.E HRGR</p>
<p>PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES</p>	<p>PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES</p>	<p>Acatar las necesidades y sugerencias del personal de servicios generales dando un adecuada solución a las mismas como parte integral del buen funcionamiento del PGIRHS. Entrenar y evaluar periódicamente al personal de la institución para garantizar el grado de conocimiento de los Programas y los procedimientos contemplados en el PGIRHS con el fin de</p>	<p>EXPOSITIVA - VIDEO</p>	<p>2h</p>	<p>Auditorio E.S.E HRGR</p>

		<p>fortalecer las acciones dirigidas hacia las mejoras del mismo.</p> <p>Socializar los Subtemas: Marco Legal, Clases de generadores de residuos Hospitalarios Segregación y clasificación adecuada de residuos. Seguridad Industrial y Salud Ocupacional relacionada con el manejo de Residuos Bioseguridad y Plan de Contingencia Guía de Limpieza y desinfección. Clasificación y código de colores de Residuos Hospitalarios en la E.S.E. Desactivación, disposición y tratamiento final a los residuos. Manejo adecuado de residuos Cortopunzantes</p>			
PROGRAMA DE TECNOLOGÍAS LIMPIAS	PERSONAL ASISTENCIAL, ADMINISTRATIVO Y DE APOYO	<p>Socializar las estrategias del Programa de Tecnologías Limpias para lograr sensibilizar al cliente interno e involucrar al cliente externo en mejorar los comportamientos ambientales.</p> <p>Socializar los Subtemas: Uso racional y eficiente de la Energía Uso racional y eficiente del Agua Uso racional y Eficiente del papel Costos y consumo en los años anteriores y el año 2011 de cada uno de ellos.</p>	EXPOSITIVA – VIDEO	2h	Auditorio E.S.E HRGR

Tabla 14. Actividades a desarrollar en la comunicación

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	
Reciclaje	Llevar el control de los Indicadores por Beneficio y reciclaje por Aprovechamiento
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	
DIRIGIDO A	ACCIONES
Cliente Interno, Externo y pacientes de la Institución	Diseñar y distribuir folletos informativos y educativos, con temas acordes a la adecuada segregación y clasificación de residuos Hospitalarios según el código de colores que se aplica en la E.S.E
Cliente Interno, Externo y pacientes de la Institución	Diseñar y distribuir folletos informativos y educativos, volantes y tarjetas con temas acordes a las Tecnologías Limpias, al uso eficiente y racional de: Energía eléctrica Agua Papel
Cliente Interno, Externo y pacientes de la Institución	Publicar la Política Ambiental y el Compromiso Institucional, verificar que sea apropiada a la naturaleza de sus actividades y se mantenga siempre a disposición del público.
Cliente Interno, Externo y pacientes de la Institución	Diseñar y publicar rótulos (stickers) para los recipientes de residuos hospitalarios, esto con el fin de ayudar a la correcta segregación y clasificación de residuos, educando de una manera más práctica a los Usuarios, pacientes, visitantes y clientes Internos de la Institución.

Fuente: Autora

6.5.1.1 Objetivos del Programa de Formación y Educación

Capacitar a todo el personal de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira de Málaga Santander, respecto a los temas de formación general y específicos contemplados en el Programa de Gestión Ambiental, y motivarlos a participar de las campañas que adelanta la Institución.

Capacitar al personal nuevo mediante la implementación del Manual de procedimientos para la Gestión Ambiental dentro del Hospital.

Diseñar mecanismos de comunicación que le permitan al Cliente Interno, pacientes y visitantes informarse acerca de la Implementación del Manual de Procedimientos para la Gestión Ambiental dentro del Hospital.

Minimizar los riesgos a los que se encuentra expuesto el personal de la Institución y especialmente al personal que manipula los residuos hospitalarios, socializando la importancia de la Bioseguridad y Programa de Plan de Contingencias plasmado en el PGIRHS.

6.5.1.2 Seguimiento y Control. Se llevará el control de asistencia de todas las capacitaciones, talleres, y Test que se desarrollen en el Hospital, para esto se hará firmar una lista de asistencia junto con el nombre, cargo, profesión que desempeña y cooperativa a la cual pertenece dentro de la E.S.E.

Con base en caracterizaciones cualitativas aleatorias de los residuos generados en las áreas comunes, se verificará la recepción y respuesta de los visitantes y pacientes ante la información suministrada por parte de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, esperando una gran aceptación y acogida de los clientes externos e internos en el proceso de implementación del Sistema de Gestión Ambiental.

7. DOCUMENTACIÓN

Para la documentación se tuvo en cuenta la identificación de documentos a alimentar, actualizar, o crear, para poder cumplir con la totalidad de los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004.

7.1 DOCUMENTOS A ALIMENTAR

Se realizó una verificación de los documentos por parte de la Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad y la Jefe de Control Interno, con el fin de ver la viabilidad de los documentos a alimentar o complementar según la norma MECI que maneja la Institución.

En la Tabla 15. Se registran los documentos existentes a alimentar dentro del SGA.

Tabla 15. Documentos a Alimentar

DOCUMENTOS A ALIMENTAR	
Política Ambiental	PROCEDIMIENTOS
Conformación del GAGAS – Comité de Gestión Ambiental.	
Procedimiento de Auditorías Internas	
Procedimiento de Control de Documentos	
Procedimiento de revisión por la Dirección	
Procedimientos de acciones correctivas y preventivas	
Procedimientos de Control de Registros	
Manual de Funciones	MANUALES

Fuente: Autora

7.2 DOCUMENTOS A ACTUALIZAR

En la verificación de documentos de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira de Málaga se evidenció la existencia de documentos necesarios para el

funcionamiento del Sistema de Gestión Ambiental, pero al hacer el respectivo análisis de estos se pudo evidenciar que no estaban actualizados, teniendo en cuenta que la Institución ha desarrollado nuevos procesos y con ellos profesionales idóneos que apoyan las actividades, se decidió actualizar aquellos documentos incompletos, o desactualizados según los lineamientos de la NTC-ISO 14001:2004.

Tabla 16. Documentos a Actualizar

DOCUMENTOS A ACTUALIZAR	
Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	DOCUMENTOS
Plan de Emergencias	

Fuente: Autora

7.3 DOCUMENTOS A CREAR

Se evidenciaron documentos necesarios para la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental según la NTC-ISO 14001:2004, y que no existían en el Hospital.

En la Tabla 17 se registran los documentos que se deben crear para la implementación del SGA

Tabla 17. Documentos a crear

DOCUMENTOS A CREAR	
Objetivos Ambientales	
Plan de Comunicaciones	
Plan de Emergencias	
Programa de Formación y Educación	
Programas de Gestión Ambiental	
Procedimiento de Gestión de requisitos Legales	PROCEDIMIENTOS
Procedimientos para la Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales	
Procedimiento de monitoreo e inspección de Aspectos Ambientales	
Matriz de Riesgos Ambientales	MANUALES
Manual de Gestión Ambiental.	

Fuente: Autora

A continuación se describe la creación de estos documentos:

7.3.1 Política Ambiental

Teniendo en cuenta el Diagnóstico y la Planeación del Sistema de Gestión Ambiental se acuerda, documenta y publica la Política Ambiental con base en las necesidades y requisitos ambientales de la Institución.

La Política Ambiental que actualmente se encuentra creada bajo la Resolución 154 de 19 de Mayo de 2010, aprobada por la Gerencia, y establecida de acuerdo a la Naturaleza de las actividades de la Institución, se presenta a continuación:

POLÍTICA AMBIENTAL E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

“La ESE Hospital Regional de García Rovira, bajo los principios de responsabilidad social, está comprometida con el desarrollo sostenible de sus actividades en torno al apoyo de programas de formación y el fomento de comportamientos ambientales que permitan crear una cultura en el cliente interno y externo, dirigida hacia la protección, preservación y conservación del ambiente, mediante el mejoramiento continuo, la implementación de Tecnologías Limpias, el cumplimiento de la normatividad vigente y las Políticas internas, con el fin de facilitar a sus usuarios su capacidad para funcionar correctamente en su entorno físico, social y vivir en relación plena y ordenada con el medio que lo rodea.”

Resolución 154 del 19 mayo de 2010.

7.3.2.1 Cumplimiento de la Política Ambiental: La verificación y concordancia de la Política Ambiental de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira con la NTC – ISO 14001:2004 se muestra en la Tabla 19.

Tabla 18. Cumplimiento de la Política Ambiental

Requisitos NTC-ISO 14001:2004	Compromisos Política Ambiental Hospital Regional de García Rovira
Es apropiada a la Naturaleza, magnitud e impactos ambientales de sus actividades, productos y servicios	“La ESE Hospital Regional de García Rovira, bajo los principios de responsabilidad social, está comprometida con el desarrollo sostenible de sus actividades.
Incluye un compromiso de mejora continua y prevención de la contaminación	Dirigida hacia la protección, preservación y conservación del ambiente, mediante el mejoramiento continuo y la implementación de Tecnologías Limpias.
Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos Legales aplicables y con otros requisitos que la Organización suscriba relacionados con sus Aspectos Ambientales	El cumplimiento de la normatividad vigente y las Políticas internas, con el fin de facilitar a sus usuarios su capacidad para funcionar correctamente en su entorno físico, social y vivir en relación plena y ordenada con el medio que lo rodea.”
Proporciona el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos y metas ambientales	En torno al apoyo de programas de formación y el fomento de comportamientos ambientales que permitan crear una cultura en el cliente interno y externo.
Se documenta, implementa y mantiene	La Política Ambiental se crea mediante la Resolución 154 de 19 mayo de 2010.
Se comunica a todas las personas que trabajan para la Organización o en nombre de ella	Se socializó y se dio a conocer a todos los miembros de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.
Está a disposición del Público	Se publica en dos pendones a disposición de los clientes internos y externos de la Institución.

Fuente: Autora

7.3.3 Objetivos Ambientales

De acuerdo con la Política Ambiental mencionada en el numeral 7.3.2 se desarrollaron los siguientes objetivos con el fin de dar cumplimiento a la misma y mejorar el desempeño ambiental de la Institución.

1. ESTABLECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN

- ❖ Garantizar que el Plan de Capacitación Institucional contemple los siguientes temas:
 - Sistema de Gestión Ambiental
 - Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
 - Programa de Tecnologías Limpias

- ❖ Involucrar Entes externos como el SENA y Universidades para apoyar o facilitar los procesos de formación propuestos por la Institución y el Sistema de Gestión Ambiental.
- ❖ Involucrar a Instituciones de Educación formal y no formal
- ❖ Empresas de Servicios Públicos ESP. de Málaga.
- ❖ Comunidad en General a través de los diferentes medios de comunicación como radio y canales de Televisión.

2. CREAR FOMENTO DE COMPORTAMIENTOS AMBIENTALES

- ❖ **Cliente Interno:** Verificar que lleve a cabo una correcta Clasificación, segregación y Almacenamiento de los residuos generados.
- ❖ **Cliente Externo:** Involucrar al Cliente Externo con una correcta Clasificación y segregación de los residuos generados.

3. TECNOLOGÍAS LIMPIAS

- ❖ Diseñar programas que permitan identificar e implantar las medidas en el ahorro y uso eficiente de los recursos naturales.
- ❖ Implicar al trabajador y al usuario en las buenas prácticas ambientales

4. NORMATIVIDAD

- ❖ Cumplir a cabalidad con lo definido en el PGIRH.

Los objetivos anteriormente mencionados se dieron a conocer a los funcionarios de la Institución para involucrarlos y llevar a cabo su cumplimiento.

En el Plan de Capacitación Institucional se contemplan los temas acordados y con los cuales se realizaron capacitaciones al personal de la E.S.E.

- Sistema de Gestión Ambiental
- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
- Programa de Tecnologías Limpias

Se involucraron entes externos tales como el SENA para llevar a cabo el proyecto:

DEVOLUCIÓN, RECEPCIÓN, DESTRUCCIÓN DE PRODUCTOS FÁRMACÉUTICOS VENCIDOS, DETERIORADOS Y/O PARCIALMENTE CONSUMIDOS PROCEDENTES DE LOS HOGARES DE LA CIUDAD DE MÁLAGA.

Se quiso tener en cuenta como primera medida el principio de Responsabilidad Social establecido en la Política Ambiental, evitar posibles riesgos con los medicamentos vencidos o parcialmente consumidos, contribuir con el medio ambiente, evitando que fueran vertidos en fuentes hídricas o al alcantarillado, este Proyecto fue todo un éxito, se tuvo gran acogida por toda la comunidad Malagueña y recibió educación por parte de los aprendices del SENA, quienes en conjunto se unieron a este valioso proyecto.

Se recogieron 38 Kg. de medicamentos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos, se realizó la adecuada destrucción para su posterior tratamiento y/o disposición final por parte de la Empresa recolectora de residuos Peligrosos.

Se diseñaron estrategias que lograran crear una cultura en el Interno y Externo de la Institución a cerca de las Tecnologías Limpias y la importancia de las mismas como aspirantes a pertenecer al Programa Hospital Verde.

Se elaboró un cuadro de requisitos legales por cada uno de los Aspectos Ambientales presentes en la E.S.E, y sobre los cuales se puede llevar un mejor control, se estableció el total cumplimiento de la Normatividad vigente en el PGIRH, con el claro objetivo de llegar al 100% de cumplimiento en el mismo.

7.3.4 Plan de Comunicaciones

Una parte esencial del Sistema de Gestión Ambiental es la comunicación de este en todas las áreas del Hospital. Para que se realizara de una manera eficaz, se desarrolló un plan de comunicaciones (Anexo P), donde especifica la comunicación interna como externa.

Este plan de comunicaciones ayudó en gran parte a desarrollar una metodología documentada para relacionar a los proveedores y contratistas de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira con el Sistema de Gestión Ambiental a Implementar.

7.3.5 Plan de Control Operacional

En la revisión de la documentación del Hospital, se evidenció la existencia de procedimientos para el control de algunas operaciones críticas en el PGIRHS pero al realizar un análisis de estos se encontró con que algunos de los programas que este contempla no se han implementado. El Manual del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios deja ver unos antecedentes dramáticos en cuanto a la segregación, clasificación y disposición final que se le estaba dando a los residuos

Hospitalarios en años pasados, se encontró que este requiere de su actualización posterior a la remodelación y adecuación de la E.S.E. Además de esto, los avances al año 2011 y los cambios han sido realmente muy significativos parabién de la Institución.

Este plan está constituido por una serie de procedimientos, que buscan estandarizar las actividades que se consideraron críticas en las labores del hospital, la cuales pueden generar un grave Impacto Ambiental.

7.3.6 Plan de Emergencias

Durante el desarrollo de las actividades, se pueden presentar eventos inesperados como fenómenos naturales, sismos, incendios, interrupción de suministro de agua y energía eléctrica, derramamiento de residuos Hospitalarios, riesgos biológicos entre otros, estos eventos están asociados a accidentes y catástrofes que en algún momento puedan llegar a sufrir los trabajadores del hospital y que pueden ir desde una lesión hasta la muerte.

En la revisión de la documentación del Hospital se evidenció la existencia de un plan de emergencias, el cual se comunica, implementa y se realizan Simulacros en la Institución para llevar un control en lo referente a la Seguridad Industrial de los miembros de la E.S.E.

7.3.7 Programa de Formación y Educación

Se evidencia la necesidad de crear el Programa de Formación y Educación (Anexo O) dentro de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira con el fin de de dar a conocer el Sistema de Gestión Ambiental a todo el personal y su respectiva implementación.

“La Organización debería identificar la toma de conciencia, los conocimientos, comprensión y habilidades requeridas por la persona con responsabilidad y autoridad para realizar tareas en su nombre.”⁵

7.3.8 Programas de Gestión Ambiental

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos se creó y documentó el Programa de Gestión Ambiental (Anexo U), teniendo en cuenta los Aspectos Significativos detectados.

“La creación y el uso de uno o más programas es importante para el éxito de la implementación de un Sistema de Gestión Ambiental”⁶

En la Tabla 19 se relaciona cada Aspecto significativo del Hospital, con su correspondiente programa, sus metas y sus Objetivos.

⁵ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, ANEXO A.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia. 18 p

⁶ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, ANEXO A.3.3 Objetivos, metas y programas. 17 p

Tabla 19. Programas de Gestión Ambiental

ASPECTO AMBIENTAL	OBJETIVOS	METAS AMBIENTALES	PROGRAMA	INDICADOR
Agua	<p>Contribuir a la conservación del buen manejo del recurso hídrico de forma solidaria y respetuosa con la naturaleza mediante el empleo de procesos y acciones basadas en la educación ambiental y por consiguiente contribuir con el desarrollo sostenible.</p> <p>Aprovechar eficientemente el recurso hídrico en todo el Hospital.</p> <p>Fortalecer procesos o medios de comunicación y educación orientados a generar una visión integral de la importancia que tiene cuidar el agua y sus beneficios en el Medio Ambiente</p>	<p>Porcentaje de reducción del 5% del consumo de Agua con respecto al año anterior</p>	<p>Programa de Manejo eficiente del Recurso Hídrico</p>	<p>Cant- Cact. <i>I</i> agua = $\frac{\text{-----}}{\text{Cact.}} \times 100$</p>
Energía Eléctrica	<p>Contar en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira con un adecuado manejo de la Energía Eléctrica.</p> <p>Difundir el manejo del recurso energético a todo el personal, a través de mensajes por alta voz, y folletos.</p> <p>Reducir el consumo de Energía a través de la aplicación de acciones para disminuir su consumo.</p> <p>Garantizar que el Cliente Interno Externo utilicen de forma adecuada el recurso energético en el Hospital</p>	<p>Porcentaje de reducción del 5% del consumo de Energía eléctrica, con respecto al año anterior</p>	<p>Programa Uso racional de la Energía Eléctrica</p>	<p>Cant- Cact. <i>I</i> Luz = $\frac{\text{-----}}{\text{Cact.}} \times 100$</p>

Insumos (papel)	Llevar a cabo un buen manejo del papel utilizado en el Hospital mediante la aplicación de acciones básicas y seguimiento de indicadores de evaluación. Sensibilizar al personal en cuanto a los beneficios que se pueden realizar para disminuir los residuos sólidos.	Reutilizar en un 80% el papel consumido en la E.S.E	Programa Uso eficiente del papel	Cant- Cact. I Papel= -----x100 Cact.
Residuos	Llevar a cabo un buen manejo de los residuos de la E.S.E mediante la aplicación de acciones básicas y seguimiento de indicadores de evaluación por aprovechamiento y beneficio, para ayudar a la preservación del Medio Ambiente, generando a la vez un beneficio económico para la Institución. Dar a conocer las diferentes acciones que se pueden realizar para disminuir los residuos sólidos. Sensibilizar al personal en cuanto a los beneficios que trae la práctica del uso y separación de residuos reciclables.	Del total de residuos No peligrosos generados separar y aprovechar el 70% de los mismos	Gestión Integral de Residuos Sólidos	R.Sólidos IResiduos= ----- x100 R. Totales R.Peligrosos IResiduos= ----- x100 R. Totales R.Reciclables IResiduos= ----- x100 R. Totales
Capacitación	Promover la concientización ambiental entre los funcionarios del Hospital. Capacitar el 95% de los funcionarios de la Institución	Crear conciencia ambiental y compromiso al personal de la Institución	Plan de Capacitación Institucional Programa de Formación y Educación	I Cap.= (N de empleados capacitados / N personas Realizadas)x100

Fuente: Autora

La disminución del consumo de agua en un 5.8% se dio gracias a varias acciones que fueron:

- a) La revisión Inicial a todas las llaves de agua de la E.S.E donde repararon las fugas de agua existentes logrando evitar el desperdicio de este recurso tan preciado.
- b) La adquisición de válvulas de reducción de presión colocadas en los lavamanos y duchas más utilizadas por el personal y usuarios.
- c) En la etapa de Sensibilización y capacitación fueron entregados folletos al personal de la E.S.E sobre el uso racional del agua y concientización sobre el ahorro de agua.

El indicador de consumo de energía mostró una reducción del 3%, gracias a las siguientes acciones que se llevaron a cabo en la E.S.E:

- a) Creando la cultura de apagar los equipos de cómputo, cuando la persona se ausentaba por largos periodos de tiempo.
- b) Aprovechamiento de la Luz Natural.
- c) Cultura de desenchufar los equipos.
- d) Prohibición de cargar el celular dentro de la Institución.
- e) Cambio de bombillos encandecentes por bombillos ahorradores de energía.

Las anteriores acciones fueron logradas gracias a las capacitaciones, los mensajes por alta voz, los folletos educativos de tecnologías Limpias y el compromiso de los funcionarios por crear una cultura de cuidado con el medio ambiente.

El Indicador de papel mostró un aumento debido a la implementación de la Historia clínica sistematizada, a pesar que se tiene una cultura de ahorro de papel se hizo imposible reducir el consumo del mismo.

Se espera que en el transcurso de unos meses se equilibre la implementación de la Historia clínica sistematizada y se logre reducir el consumo.

Se logró capacitar el 95% de los empleados de la Institución, gracias a la disposición que hubo por parte de las directivas y empleados de la E.S.E. Se

notó el compromiso y los deseos por colaborar con sus buenas acciones en la implementación.

7.3.9 Procedimientos de Gestión de Requisitos Legales Ambientales

Se vio la necesidad de documentar procedimientos para la detección y control de los Aspectos Ambientales vigentes en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, por lo cual se creó el procedimiento de Gestión de Requisitos Legales Ambientales (Anexo H) en el que se delega responsabilidades para la detección de nuevas normas o leyes que puedan aplicar al Hospital.

7.3.10 Procedimiento de Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales

El procedimiento de Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales (Anexo J) se podría considerar como uno de los procedimientos más importantes dentro del Sistema de Gestión Ambiental, este como objetivo la detección de los Aspectos Ambientales Significativos, lo cual es parte esencial en la implementación de programas y objetivos en la disminución y control de estos Aspectos.

7.3.11 Procedimiento de monitoreo e inspección de Aspectos Ambientales.

En este procedimiento (Anexo J) se especifica, la forma y la manera de tratar de controlar los programas de Gestión Ambiental, teniendo en cuenta la importancia de llevar un estricto control y manejo de los indicadores y sus resultados.

7.3.12 Manual de Gestión Ambiental

Se evidencia la necesidad de crear el Manual de Gestión Ambiental donde se recopilen los documentos del Sistema de Gestión Ambiental, para garantizar un buen manejo del SGA dentro de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, este estará a cargo la Asesora en Gestión Ambiental.

7.3.13 Guía de Compras Ecológicas

Teniendo en cuenta la necesidad de que todos los productos utilizados en la E.S.E sean amigables con el Medio Ambiente se implementó una guía de compras ecológicas donde se establecieron estrategias y parámetros para que al momento de realizar las compras se tengan en cuenta productos que generen el menor impacto ambiental posible.

En la Tabla 20 se muestran las pautas claves que deben consultar los encargados de almacén al momento de la realización de las compras.

Tabla 20. Pautas para las compras ecológicas

PAUTAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE HACER UNA COMPRA
Cuando se compre por primera vez a un Proveedor algunas sustancias químicas, se le debe exigir la hoja de seguridad de las sustancias químicas con el fin de conocer su nivel de peligrosidad y que se debe hacer en caso de emergencia.
Al momento de adquirir computadores se deben comprar los que tengan un bajo consumo de energía (los identificados con el logo ENERGY STAR).
Cuando se vaya a realizar compras de bombillos, estos deben ser ahorradores de Energía, aunque su precio sea más alto que los convencionales.
Adquirir fluorescentes de los cuales sus proveedores garanticen una disposición final adecuada, además al sustituir los tubos preferir los T-8 (32W) o T-5 en vez de los T-12(39w).
Adquirir cartuchos para impresora que se puedan devolver para su disposición final, o en caso contrario que pueda ser entregados a la empresa de residuos especiales
Los cartuchos de las impresoras deben ser recargados antes de comprarlos nuevos.

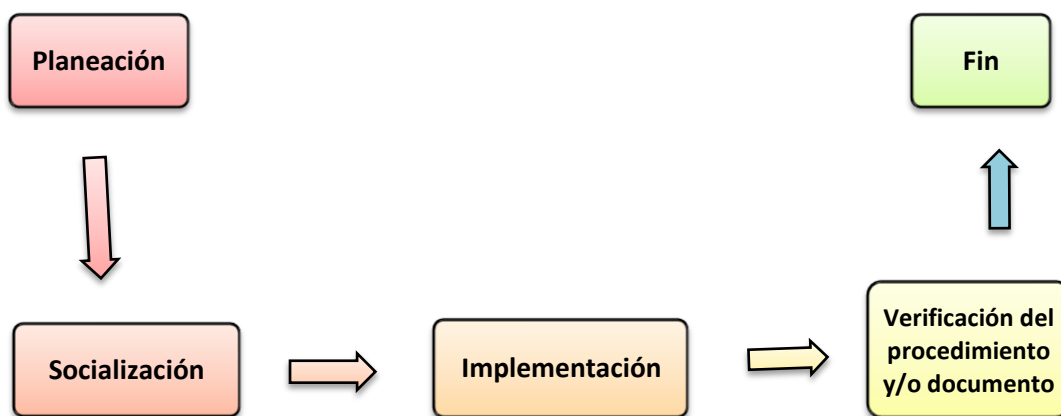
Fuente: Autora

8. IMPLEMENTACIÓN

En la etapa de Implementación se colocó en práctica todos los documentos y procedimientos que surgieron de la parte de documentación, para lo cual fue necesario socializar cada uno de estos documentos. Esta etapa fue determinante, ya que es el momento en el cual se evidenciaron las fallas de la documentación para garantizar que se da cumplimiento a lo establecido en la norma ISO 14001: 2004. La Socialización e implementación, se realizó de forma simultánea, motivo por el cual fue necesario apoyar y sensibilizar al personal involucrado en los temas, lo cual generó mejora en el proceso, reforzó la documentación y los procedimientos generando así una dinámica entorno al Sistema de Gestión Ambiental.

Es importante recalcar la colaboración y disposición por parte de la Dirección de la E.S.E, logrando así el éxito de la implementación del Sistema de Gestión Ambiental.

Figura 8. Esquema de implementación del SGA en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira



Fuente: Autora

8.1 IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INTEGRADOS Y/O ALIMENTADOS

La divulgación e implementación de los procedimientos integrados se realizó por medio de comunicación personal con cada uno de los responsables de los

procesos, en donde explicaron el estado actual de los documentos para posteriormente alimentarlos de tal forma que se lograra una mejora y el adecuado manejo de dichos documentos.

Se llevaba un estricto control de los Indicadores, los cuales se alimentaban mensualmente de manera puntual.

8.2 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS O CREADOS

Se trabajó en la actualización de los documentos referentes al PGIRHS, el formato RH1, al cual se le hicieron pequeñas modificaciones, y se cambió la versión. El Manual de PGIRH se le hace los cambios correspondientes teniendo en cuenta los avances que se han llevado a cabo en la Institución. Algunos de los procedimientos creados están relacionados con factores encontrados en la etapa de revisión inicial, la mayoría de estos fueron realizados para garantizar el cumplimiento de requisitos legales ambientales.

8.2.1 Implementación de la Política Ambiental

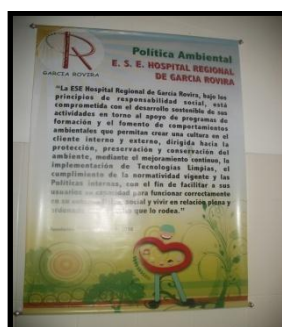
Una vez aprobada y documentada la Política Ambiental se llevó a cabo la Implementación; para realizarla se hizo un enfoque en la divulgación y socialización de ésta por medio de folletos los cuales fueron repartidos al Cliente Interno y Externo (Anexos Q, R, S) y a través de pendones que fueron colocados en lugares estratégicos de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

Además de esto se socializó y se dio a conocer a todos los miembros de la E.S.E.

“Se comunica a todas las personas que trabajan en la Organización o en nombre de ella; y está a disposición del público”.⁷

⁷ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, 4.2 Política Ambiental. 5p

Foto 12. Pendón Publicado Política Ambiental



Fuente: Autora

8.2.2 Implementación de los Programas Ambientales

8.2.2.1 Implementación del Programa de Residuos Sólidos. El primer paso para la implementación del Programa de Residuos Sólidos fue el Diagnóstico que se le realizó al PGIRHS, en el cual se notó grandes cambios y mejor actitud por parte del personal de la Institución, seguidamente se hizo la capacitación a cerca del marco legal y en general todos los componentes del PGIRHS, en la cual se dio a conocer el diagnóstico del mismo, se creó el compromiso de lograr un cumplimiento del 100% de los requisitos que exige la norma para el PGIRHS.

Se realizó un análisis por cada una de las áreas de la Institución mediante el formato del Estado actual de las canecas y los guardianes, evaluando las características contempladas en la Resolución 1164 de 2002.

Foto 13. Estado inicial de Canecas en la E.S.E

ANTES

DESPUÉS



Fuente: Autora

En la Institución se definió el punto Ecológico, con el fin de incentivar al cliente externo y a los visitantes a que lleven a cabo una correcta segregación de los

residuos que ellos puedan generar cuando se encuentren dentro de las instalaciones del Hospital.

Foto 14. Punto Ecológico de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira



Fuente: Autora

Teniendo en cuenta que en el transcurso del proyecto se cambió de empresa recolectora de residuos especiales, se le pidió a esta nueva empresa una capacitación para reforzar los conocimientos en el PGIRHS de la Institución. La Ruta Sanitaria se encuentra publicada con los horarios establecidos así: Residuos Peligrosos: 6am y 6 pm. Residuos NO Peligrosos: 8:00 am y 5:30 pm. Se cuenta con los adecuados carros recolectores, uno gris para residuos no peligrosos, y uno rojo para residuos peligroso (ver foto 5), los cuales son lavados y almacenados en el mismo lugar donde se lavan las camillas de la morgue. Como resultado del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria se planteó el plan de mejoramiento de construir un cuarto independiente para el lavado, desinfección y disposición de los carros recolectores.

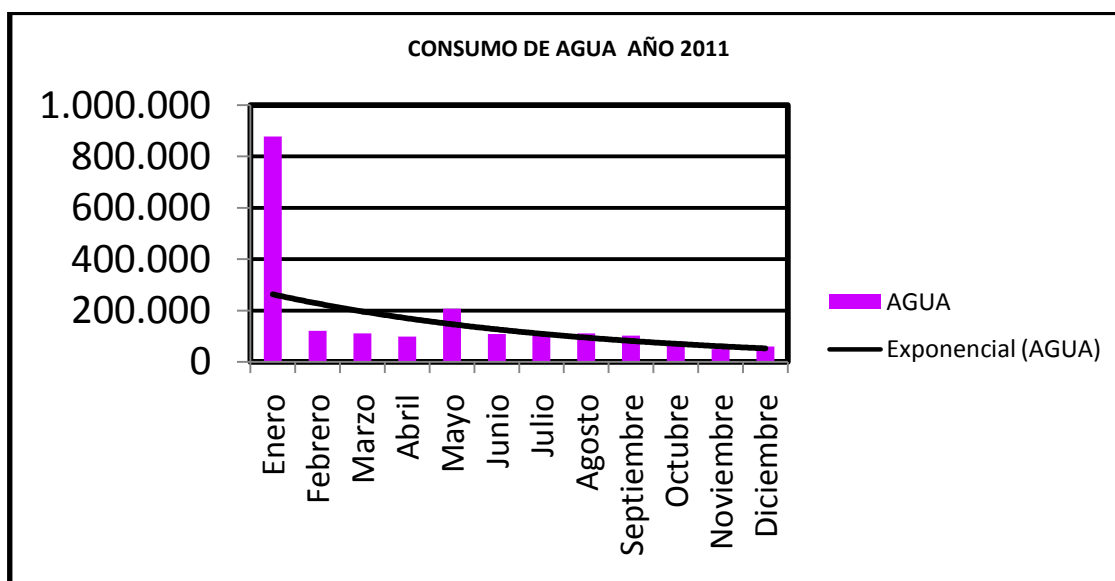
8.2.2.2 Implementación del Programa de Manejo del Recurso Hídrico. Se realizó una revisión a todas las llaves de la Empresa con el fin de determinar fugas de agua que causen desperdicio, se expuso la posibilidad de instalar llaves a presión para los lavamanos de la nueva infraestructura de la E.S.E, con lo cual la Dirección se mostró atenta a la propuesta, contribuyendo con el medio ambiente al ahorrar agua, además de obtener una relación costo – beneficio para la Institución.

Seguidamente se repartieron folletos en los cuales se contemplaban las acciones y estrategias sencillas para contribuir con el ahorro del agua, en las carteleras se publicaron mensajes alusivos al uso eficiente y racional del agua, los cuales también fueron redactados para darlos a conocer por medio de alta

voz, llegando de esta de esta manera al cliente interno, externo, pacientes y Visitantes de la E.S.E.

Se socializó el comportamiento del consumo de agua en los últimos meses del año 2011, para así iniciar un control sobre el mismo por medio de las facturas del servicio.

Figura 9. Comportamiento del Consumo de agua en el año 2011



Fuente: Autora

ANÁLISIS: Hasta el mes de Enero y en los años pasados el consumo de agua era bastante significativo comparado con la reducción que se logró para el año 2011, esto se pudo alcanzar implementado acciones como:

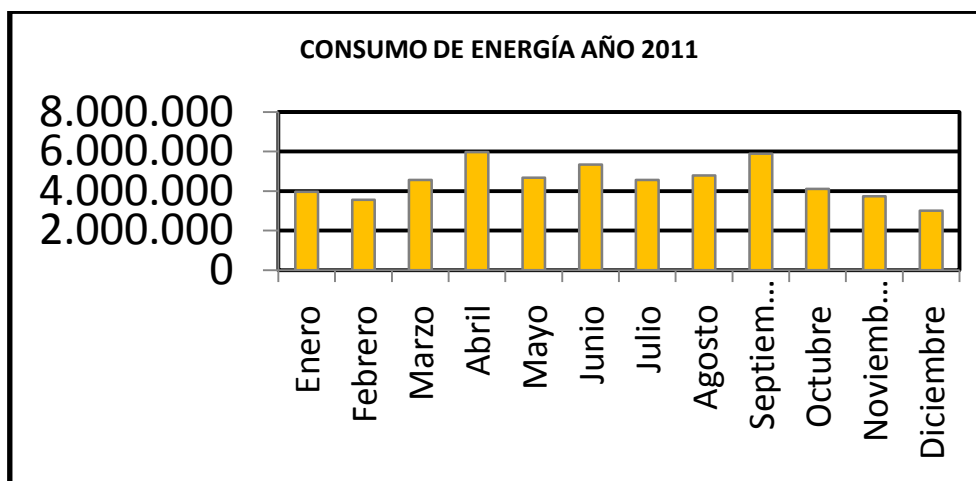
Revisión de fugas de agua, instalación de válvulas reductoras de agua, concientizando a todo el personal del ahorro de este preciado líquido, Instalando botellas con arena en los tanques grandes de inodoros etc., y cada una de las acciones que se dieron a conocer a través de folletos, mensajes y capacitaciones que de una u otra manera fueron la clave para obtener tan importante reducción en el consumo de agua.

8.2.2.3 Implementación del Programa de Manejo de la Energía: Se distribuyeron Folletos en donde se contemplaban las acciones y estrategias para contribuir al ahorro y uso eficiente de la Energía, se colocaron en carteleras y lugares estratégicos de la Institución, con el fin de recordarles y

buscar crear conciencia en cada uno de los Clientes Internos, Externos, pacientes y visitantes de la E.S.E.

Se socializó el comportamiento del consumo de Energía en los últimos meses del año 2011. Seguidamente se comenzó a llevar un control en las facturas de cobro del servicio de Energía Eléctrica.

Figura 10. Comportamiento del Consumo de Energía en el año 2011



Fuente: Autora

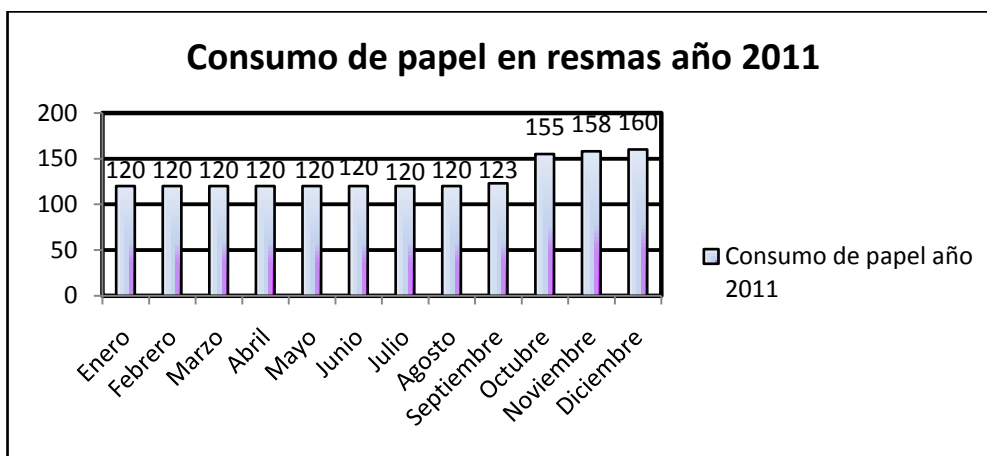
ANALISIS: Como se puede ver, hubo reducción del consumo de Energía, debido a que se implementaron acciones estratégicas tales como el cambio de bombillos encandecentes por bombillos ahorradores de Energía en los servicios de Cocina y Cirugía, se contempló que ningún servicio podía utilizar bombillos encandecentes, por lo tanto dentro de su infraestructura, la ESE cuenta en su totalidad con bombillos ahorradores de energía.

8.2.2.4 Implementación del Programa del Ahorro y Uso Eficiente de Papel. En este programa se incentivó hacia la reutilización de papel, en la Institución se generó la concientización de utilizar el papel por ambas caras. Se logró la implementación de la Historia clínica sistematizada, proyecto que lideró la Dirección de la E.S.E, en el mes de Octubre se disparó el consumo de papel debido a que no se había normalizado dicha implementación, pero se busca que en unos meses se logre reducir notablemente el consumo de papel.

Se socializó el comportamiento del consumo de papel en los últimos meses del año 2011, para así iniciar un control sobre el mismo por medio de los reportes de compra por parte del encargado de Almacén. Se sugirió que en los diferentes servicios de la Institución se colocaran cajones o cajas para

depositar el papel a reutilizar, o en su defecto este fuera llevado al área administrativa.

Figura 11. Comportamiento del Consumo de papel en Resmas para el año 2011



Fuente: Autora

ANÁLISIS: La anterior gráfica nos muestra el aumento significativo en el consumo de papel, esto se debe al proceso de implementación de la Historia clínica sistematizada, la adaptación a dicho proceso ha hecho que se cometan múltiples errores al momento de imprimir y por lo tanto aumente el consumo de papel.

Anteriormente se utilizaba un promedio de 120 resmas, actualmente se utilizan entre 150 y 160 resmas de papel. Para tratar de reducir este consumo se ha implementado la campaña: Salva un árbol, ahorra papel, en donde se está recordando continuamente todas las acciones que podemos llevar a cabo como: Imprimir lo que es estrictamente necesario, preferir los e-mails, revisar el documento antes de la impresión, reducir el tamaño de la letra y en fin todos los tips que se tuvieron en cuenta para el programa de ahorro de papel.

Foto 15. Mensajes alusivos a las Tecnologías Limpias ubicados en las diferentes carteleras de la E.S.E



Fuente: Autora

8.2.3 Implementación del Manual del Sistema de Gestión Ambiental

El Manual del Sistema de Gestión Ambiental se implementó por medio de todos los datos obtenidos a los estudios realizados durante el Diagnóstico.

La oficina de Gestión de calidad cooperó de gran manera y facilitó todos los datos requeridos para dicha implementación del Manual.

Este se socializó y se dio a conocer a la Dirección, al Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, en donde se expuso la importancia de este documento dentro de la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental..

El Manual por lo tanto se convierte en una herramienta de direccionamiento para lograr los objetivos y metas ambientales propuestas, teniendo en cuenta su alcance establecido. Los criterios de actuación comprendidos en el Manual y en los distintos documentos de SGA deben ser tomados como el referente básico presente en la ejecución de las actividades que desarrolla el Hospital.

8.2.4 Implementación del Procedimiento de Requisitos Legales

Para la implementación de este procedimiento se recopiló toda la información referente a los requisitos aplicables a la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, se procedió a crear la matriz de requisitos Legales donde quedaron registrados todos estos requisitos aplicables; esta matriz se actualizará de manera periódica cada vez que salga Decreto, Ley o Resolución nueva, el responsable de esta actualización es el coordinador de Gestión Ambiental, o en su defecto quien esté a cargo del Sistema de Gestión Ambiental. La

socialización del procedimiento de la Matriz se llevó a cabo a través del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, donde se explicaron y se mostraron los Requisitos Legales que se deben cumplir.

El comité fue liderado por la Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad y la Autora del Proyecto en mención.

8.2.5 Implementación del Plan de Control Operacional

Esta parte fue realmente muy importante para el desarrollo del SGA debido a lo necesario e indispensable que es el buen manejo de residuos sólidos dentro de la Institución y más aún cuando se generan residuos de tipo peligroso e infeccioso, teniendo en cuenta que estos documentos constituyen la documentación obligatoria de la Norma NTC-ISO 14001:2004.

En esta parte también se socializó y se dio a conocer a los integrantes del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria los controles operacionales en cada uno de los procedimientos. Seguidamente se capacitó y Socializó al personal de Servicios generales quienes son las directamente involucradas en la recolección de los Residuos Sólidos. Además se realizó seguimiento al desarrollo de estas actividades en las cuales se vigilaba el cumplimiento con el procedimiento ya socializado.

8.2.6 Implementación del Plan de Comunicaciones

Para dar cumplimiento al numeral 4.4.3 “Comunicación” de la Norma ISO 14001:2004 se implementó el plan de comunicaciones de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.

“En relación con sus Aspectos Ambientales y su Sistema de Gestión Ambiental, la Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para:

- a) La comunicación interna entre los diferentes niveles y funciones de la Organización.
- b). Recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas expuestas”⁸

⁸. ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, 4.4.3Comunicaciónl. 7p

8.2.7 Guía de Compras Ecológicas

Para dar a conocer las pautas a seguir para realizar las compras de manera que fueran amigables con el medio ambiente se realizó una charla con los encargados de almacén, en donde se explicó cada uno de los parámetros a tener en cuenta en el momento de realizar una compra y se enfatizó en la importancia de adoptar buenas prácticas de compras.

Se redactó una carta a los proveedores con el fin de darles a conocer que la Institución se encontraba en proceso de implementación del Sistema de Gestión Ambiental, y recordarles la importancia de contar con las fichas Técnicas de cada producto. Esto con el fin de vincularlos para garantizar que los productos que adquiere la Institución sean más ecológicos y amigables con el medio ambiente.

9. VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

La verificación de un Sistema de Gestión permite obtener los resultados de la implementación de los programas y procedimientos; es entonces en este punto donde se puede ver la eficiencia de la Gestión realizada durante todo el proceso de implementación, en el cual se determinan los puntos débiles y oportunidades de mejora que permiten a la E.S.E avanzar y mejorar continuamente en todos sus procesos.

Figura 12. Esquema de Verificación y Evaluación del SGA de la E.S.E Hospital regional de García Rovira



Fuente: Autora

9.1 RECORRIDOS DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN

Los recorridos consistieron en visitas esporádicas con listas de chequeo en mano a todas las áreas de la E.S.E., con el fin de medir el grado de avance y cumplimiento de los procedimientos implementados; de las visitas se pudieron detectar deficiencias, oportunidades de mejora para que el Sistema fuera aún mucho más eficiente.

En la parte que compete al PGIRH como parte fundamental del Sistema de Gestión Ambiental de la E.S.E, los recorridos se hicieron verificando una adecuada segregación en la Fuente, rutas de recolección, almacenamiento central, consumo de papel, ahorro de Energía, disposición final de líquidos reveladores, objetivos ambientales, conocimiento y puesta en marcha de buenas prácticas, la información recopilada en estos recorridos será analizada y evaluada por la Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad en compañía de la Autora del proyecto, seguidamente serán socializados a los integrantes del GAGAS de donde saldrá como resultado más acciones por mejorar y aplicar.

9.2 VERIFICACIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES

La verificación y evaluación de los indicadores le reporta a la E.S.E el resultado de las acciones que ha tomado para mitigar los impactos ambientales y el cumplimiento de las acciones planteadas.

Para la medición de los indicadores fue necesario recopilar toda la información como: Facturas de los servicios públicos, evaluación y análisis de las capacitaciones realizadas, registros de residuos generados a través del Formato RH1.

9.3 VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL

La evaluación del cumplimiento legal se dio por medio de las Auditorías de los entes de control como: La Secretaría de Salud de Santander, La Contraloría y la CAS, quienes dieron constancia de la evolución y el buen funcionamiento que ha tenido la E.S.E en materia ambiental y el cumplimiento de los requisitos Legales.

En esta parte fue de vital importancia el procedimiento de Gestión de Requisitos Legales, por medio del cual se mantiene actualizada la Matriz de Requisitos Legales y se complementa la evaluación de los entes controladores. Además de esto la Oficina de Gestión de Calidad y Seguridad diseñó un Normograma el cual permite identificar fácilmente los requisitos Legales aplicables según sea el caso.

Con lo anterior se da cumplimiento a lo establecido por la NTC-ISO 14001:2004 en el numeral 4.5.2 La Organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos Legales.

9.4 SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

El seguimiento al cronograma se realizaba mensualmente por medio de análisis y evaluación de las actividades realizadas en el transcurso del proyecto, a medida que se iban presentando los avances y las sugerencias se tomaban las medidas necesarias para seguir mejorando en la implementación.

Durante el transcurso de la Tesis se ejecutaron comunicaciones vía e-mail y telefónica con la CDMB, la UIS y el Hospital de Soata en el departamento de Boyacá con el fin de obtener información acerca de la inscripción al Programa Hospital Verde, siendo uno de los objetivos específicos del Proyecto, al finalizar el cronograma del Proyecto se envió un oficio al Hospital de Soata (Boyacá) para realizar una visita y recibir asesoría por parte de ellos hacia la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, teniendo en cuenta que fueron galardonados en la categoría Hospital Verde con Excelencia.

9.5 AUDITORÍAS INTERNAS

Las Auditorías Internas del SGA corresponden a una evaluación objetiva, periódica, documentada y sistemática del desempeño de la empresa. Tienen como finalidad establecer si en la Empresa se llevan o no a cabo todos los requerimientos del Sistema de Gestión Ambiental, y la forma como estos fueron concebidos, determinando además, la capacidad del SGA de lograr los objetivos ambientales de la Empresa y brindando la información que requiere la Dirección para la revisión de la Gestión Ambiental.

Con el fin de determinar los puntos débiles y oportunidades de mejora que permitan a la Organización progresar de forma continua en el desempeño de los Sistemas de Gestión implementados en el proceso, y a su vez evidenciar el cumplimiento de los objetivos trazados en este proyecto, se realizaron 2 Auditorías al Sistema de Gestión Ambiental de la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira, estas Auditorías fueron lideradas por la Especialista y Auditora Aitza Vivian Castañeda Solano y la Autora del Proyecto como asistente y entrevistada a la ronda de chequeo. Los pasos que se siguieron para la ejecución de las Auditorías Internas en la E.S.E Hospital Regional de García Rovira fueron:

9.5.1 Planificación de las Auditorías

Este paso definió el alcance y el objetivo de la primera Auditoría, se le informó a la persona líder de las Auditorías y se revisó de manera preliminar la documentación del Sistema de Gestión Ambiental de la E.S.E. para posteriormente verificar la parte práctica de la Implementación.

Objetivo de la Auditoría:

Evaluar la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental bajo los lineamientos de la Norma Técnica ISO 14001:2004 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, y dar un Diagnóstico de su situación Medioambiental generando planes de mejora para implementación y el correcto cumplimiento de la misma.

Alcance de la Auditoría:

Desde la identificación del Diagnóstico, la Planificación, Sensibilización, Capacitación, y Documentación, hasta la implementación y puesta en marcha de las estrategias y acciones con las cuales se garantiza crear conciencia y educación en el cliente interno, externo y visitantes de la E.S.E para lograr mayor eficacia en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental de la Institución.

9.5.2 Preparación de la Auditoría

Se elaboró la lista de chequeo correspondiente al formato estandarizado por la institución para la realización de Auditorías Internas.

9.5.3 Ejecución de la Primera Auditoría

La Auditoría inició con la revisión de la parte documental del Proyecto, la recolección de evidencias y la explicación de la Implementación hasta la fecha.

Durante la realización de la Auditoría se logró obtener las evidencias expuestas, las cuales fueron base para la detección de las NO Conformidades y observaciones hechas al Sistema.

9.5.4 Resultado de los hallazgos y de la revisión

Se redactaron los hallazgos encontrados, se identificaron las No conformidades y observaciones hechas por parte de la Auditora, se elaboró el informe correspondiente a la primera Auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental, y se finalizó con la realización del Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, en cual se mostraron los resultados obtenidos hasta el momento, y como resultado se dieron las acciones correctivas, y planes de mejoramiento para las no conformidades encontradas en dichas Auditorías.

Las no conformidades encontradas se resumen en la Tabla 21.

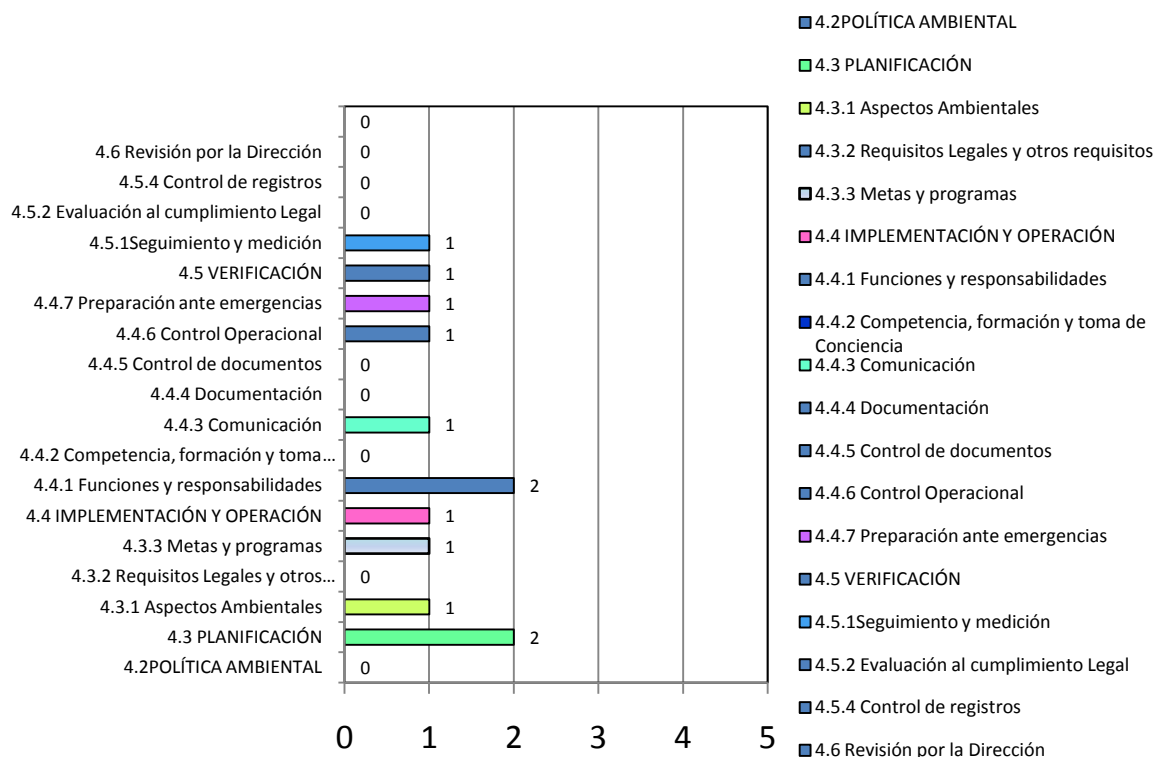
Tabla 21. No conformidades encontradas en la Auditoría

NUMERAL DE LA NORMA	DESCRIPCIÓN	NO CONFORMIDADES
4.1	REQUISITOS GENERALES	0
4.2	POLÍTICA AMBIENTAL	0
4.3	PLANIFICACIÓN	2
4.3.1	Aspectos Ambientales	1
4.3.2	Requisitos Legales y otros requisitos	0
4.3.3	Metas y programas	1
4.4	IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN	1
4.4.1	Funciones y responsabilidades	2
4.4.2	Competencia, formación y toma de Conciencia	0
4.4.3	Comunicación	1
4.4.4	Documentación	0
4.4.5	Control de documentos	0
4.4.6	Control Operacional	1
4.4.7	Preparación ante emergencias	1
4.5	VERIFICACIÓN	1
4.5.1	Seguimiento y medición	1
4.5.2	Evaluación al cumplimiento Legal	0
4.5.4	Control de Registros	0
4.6	Revisión por la Dirección	0

Fuente: Autora

Las cuales pueden ser visualizadas por numerales de la Norma en la Figura 13.

Figura 13. No conformidades por numeral de la Norma



Fuente: Autora

Análisis: Las no conformidades encontradas son modificaciones o componentes por complementar en cada uno de los requisitos que exige la Norma, los cuales se tratan como plan de mejoramiento para su posterior cumplimiento y segunda verificación.

Ejecución de la Segunda Auditoría:

La Auditoría inició con la revisión de la parte documental del Proyecto, la recolección de evidencias y la explicación de la Implementación hasta la fecha, se tuvieron en cuenta todos los requisitos pedidos por la Norma en especial aquellos que alcanzaron una puntuación baja. Durante la realización de la Auditoría Final (Anexo Ac) se logró contar con las evidencias expuestas en el que fueron la base para la detección de las NO Conformidades y observaciones hechas al Sistema, una de las cuales fue el numeral 4.4.3 “Comunicación” en donde la Institución desarrolla su procedimiento para la comunicación externa pero no se encuentra documentado dicho procedimiento.

9.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

“La alta Dirección debe revisar el Sistema de Gestión Ambiental de la Organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia adecuación y eficacias continuas.”⁹

La E.S.E Hospital Regional de García Rovira, a través de las reuniones de “Revisión por la Dirección” que se realiza luego de la ejecución de una Auditoría interna busca cumplir con este requisito exigido por la Norma”. En estas reuniones se hace seguimiento al PGIRH en la Generación de Residuos como el principal Aspecto a evaluar debido a la misión de la Empresa, el cumplimiento de los objetivos del plan de proyecto, acciones correctivas, preventivas y las sugerencias que se van presentando a través del proceso de la implementación. En el Comité de cierre de periodo año 2011, se dieron a conocer los resultado de la Auditoría Interna realizada, el estado de los Indicadores de Gestión, el comportamiento de los Aspectos Ambientales significativos.

Se planteó dar solución a los hallazgos de la Auditoría y el seguimiento a la implementación de las acciones definidas.

9.7 PLAN DE ACCIÓN PARA LAS NO CONFORMIDADES

Para dar el tratamiento necesario a las no conformidades que resultaron de la Auditoría Interna, se aplicó la metodología establecida en el procedimiento de Acciones correctivas, y de esta manera se generó un plan de acción para cada una de ellas.

⁹ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso. 2004, 4.6 Revisión por la Dirección. 10p

Tabla 22. Plan de Acción para las no conformidades

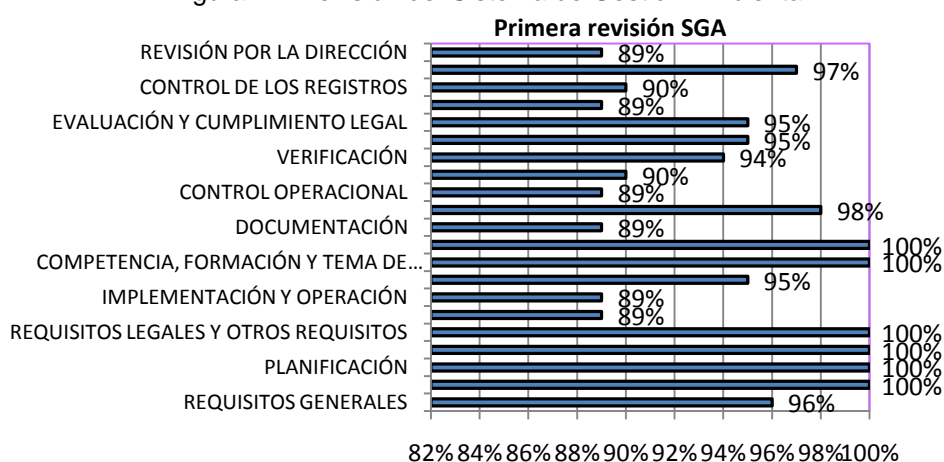
NO CONFORMIDAD	ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
No se encontró evidencia de la Inducción al personal nuevo	Incluir la Inducción para el sistema de Gestión Ambiental al personal nuevo	Asesora en Gestión Ambiental- Auxiliar del Talento Humano.	Enero 2012
Se evidenció que las compas no se están realizando en base a una guía de compras ecológicas.	Realizar compras teniendo en cuenta los parámetros de las compra ecológicas.	Responsable de compras y almacén.	Permanente a partir de la fecha.
Hace falta algunas fichas técnicas de productos químicos que maneja la Institución	Realizar llamadas a los proveedores para que las hagan llegar a la E.S.E, explicarles la importancia de tener cada una de las fichas por el producto químico	Responsable de compras y almacén	Enero 2012
Existen algunas falencias por parte de los empleados en el momento de la segregación de los residuos.	Reforzar mediante una capacitación la importancia de la adecuada segregación, según el código de colores estandarizado por la Norma.	Asesora en Gestión Ambiental	Enero 2012
Se encontró que el Sistema de Gestión Ambiental no posee mecanismos para atender las quejas y reclamos en la variable ambiental	Disponer de un buzón de quejas y reclamos ambientales.	Asesora en Gestión Ambiental	Enero 2012
Se socializa el Plan de Contingencia pero no se evidenciaron los simulacros del mismo.	Realizar el simulacro del Plan de Contingencias	Comité de Gestión Ambiental	Enero 2012
El personal de Urgencias no tiene conocimiento sobre lo pactado en la Política Ambiental.	Realizar una capacitación en donde se vuelva a explicar todo lo contemplado en la Política Ambiental	Comité de Gestión Ambiental	Enero 2012
No se tiene conocimiento, ni el concepto claro a cerca de la Matriz de Impacto Ambientales	Socializarlas y explicarlas de manera que todos los empleados conozcan de su existencia y sea entendible para ellos.	Comité de Gestión Ambiental	Enero 2012
No se evidencia el cronograma de lavado de tanques aéreos y subterráneos	Solicitar a la Empresa Inghimev el cronograma.	Mantenimiento	Enero 2012
No se cuenta con el cronograma para la medición y calibración de equipos	Solicitar a la Empresa Inghimev el cronograma.	Mantenimiento	Enero 2012

Fuente: Autora

9.8 RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Con el fin de demostrar el avance logrado a través de la realización de este proyecto y el cumplimiento de los objetivos planteados en el mismo, se aplicará nuevamente la lista de chequeo de la Norma ISO 14001:2004 (Anexo AC) para verificar el cumplimiento legal y los cambios generados en la Institución. El cumplimiento al objetivo general del proyecto se evidencia a través de los resultados de las Auditoría Internas y de cada una de las etapas desarrolladas durante el mismo.

Figura 14. Revisión del Sistema de Gestión Ambiental



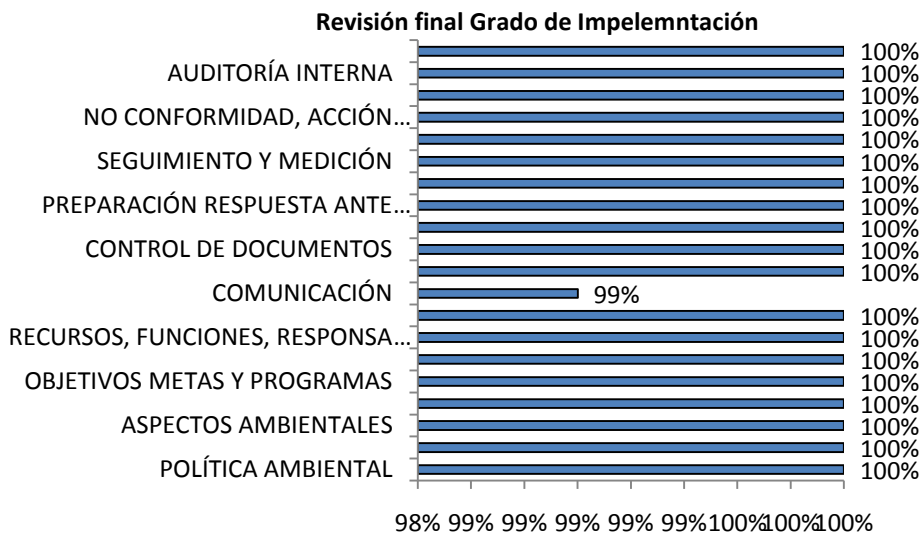
Fuente: Autora

ANÁLISIS: Por medio de los resultados se evidencia el grado de cumplimiento de la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental hasta la fecha, inicialmente contaba con un 56.3%% de cumplimiento de los requisitos de la Norma y pasó a un 95.9% de cumplimiento después del trabajo realizado por el presente proyecto.

Posterior a la revisión se plantearon los aspectos a mejorar que realmente era más de tipo documental por políticas internas de la Institución.

A continuación se muestra el comportamiento de la Revisión final de la Implementación, resultado arrojado por la Segunda Auditoría realizada al Sistema de Gestión Ambiental. Previas modificaciones a los aspectos que se encontraron con una puntuación baja, o los aspectos que al ser evaluados se tuvieron en cuenta con mayor objetividad por parte de la Auditora, en apoyo de la Dirección.

Figura 15. Revisión final y grado de Implementación del SGA



Fuente: Autora

ANÁLISIS:El Grado de Implementación del Sistema de Gestión Ambiental alcanzó el 98.7%, lo cual deja ver un alto grado de implementación contando con un Sistema Gestión Ambiental adecuado, para demostrar a las partes interesadas su cumplimiento y soportes que así lo describan.

En vista de los resultados se pude ver el nivel de los avances significativos en los aspectos requeridos por la Norma NTC-ISO 14001:2004, con el propósito de llegar a pertenecer al Programa Hospital verde y posteriormente a una futura certificación por el ICONTEC.

Tabla 23. Resumen de cumplimiento de la Norma ISO 14001:2004

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN OBTENIDA	% DE IMPLEMENTACIÓN
4.1	REQUISITOS GENERALES	100	100%
4.2	POLÍTICA AMBIENTAL	100	100%
4.3	PLANIFICACIÓN	100	100%
4.3.1	ASPECTOS AMBIENTALES	100	100%
4.3.2	REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS	100	100%
4.3.3	OBJETIVOS METAS Y PROGRAMAS	100	100%
4.4	IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN	100	100%
4.4.1	RECURSOS, FUNCIONES, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	100	100%
4.4.2	COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TEMA DE CONCIENCIA	100	100%
4.4.3	COMUNICACIÓN	99	99%
4.4.4	DOCUMENTACIÓN	100	100%
4.4.5	CONTROL DE DOCUMENTOS	100	100%
4.4.6	CONTROL OPERACIONAL	100	100%
4.4.7	PREPARACIÓN RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS	100	100%
4.5	VERIFICACIÓN	100	100%
4.5.1	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	100	100%
4.5.2	EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO LEGAL	100	100%
4.5.3	NO CONFORMIDAD, ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	100	100%
4.5.4	CONTROL DE LOS REGISTROS	100	100%
4.5.5	AUDITORÍA INTERNA	100	100%
4.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	100	100%

Fuente: Autora

Teniendo en cuenta que el PGIRH es un aspecto ambiental pilar dentro de la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental; a continuación se muestran más cambios que surgieron debido al proceso de implementación del Sistema de Gestión Ambiental en la ESE Hospital Regional de García Rovira, al cumplimiento de los requisitos legales y la adecuada aplicación de los mismos.

- **PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES (Resolución 1164 de 2002, Decreto 2676 de 2000)**

Se actualizó el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares PGIRH y se implementaron los programas ambientales que están contemplados dentro de él.

SEGREGACIÓN EN LA FUENTE (Resolución 1164 de 2002. Numeral 7.2.3).

Por medio de la Implementación del Programa de Residuos Sólidos se verificaba la correcta segregación y clasificación en las canecas dispuestas en

los diferentes servicios, las cuales cumplen con las reglas estandarizadas por la Norma.

Foto 16. Segregación en la Fuente (Antes y Después)



Fuente: Autora

Se hizo una revisión de canecas en todos los servicios de la Institución, se evidenció la necesidad de compra y la adecuada rotulación para facilitar al Cliente Interno y a los usuarios, paciente, familiares y visitantes la adecuada segregación y disposición de los residuos Sólidos.

Se pudo verificar que las canecas del almacenamiento final no contaban con la debida rotulación, esto se hizo con el fin de facilitar la recolección y el tratamiento final que se le daría cada tipo de residuo, según lo estipula la Norma (Resolución 1164 de 2002).

Foto 17. Canecas del Almacenamiento final sin rotular (Antes y Después)



Fuente: Autora

Se observa la completa y adecuada rotulación de los contenedores, esto con el propósito de cumplir con todos los requisitos de la Norma, pues de esta manera se puede saber el inicio de llenado del contenedor, el servicio y el la fecha de finalización.

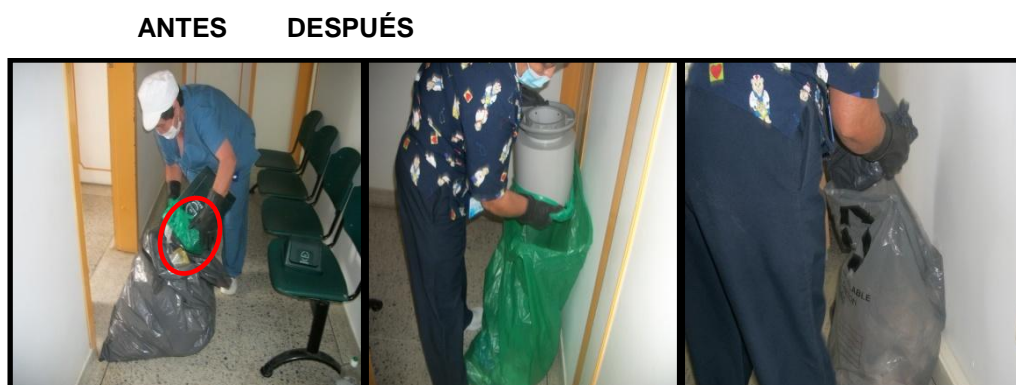
Foto 18. Contenedores sin rotular (Antes y Después)



Fuente: Autora

Se verifica la adecuada clasificación de los residuos sólidos, teniendo en cuenta el personal encargado de esta función ha recibido capacitaciones, aún existen falencias en la recolección y clasificación, pues se pudo ver como mezclaban los residuos reciclables con los residuos Biodegradables, para lo cual se tomaron las medidas necesarias para corregir dicho evento.

Foto 19. Recolección simultánea de residuos reciclables con biodegradables



Fuente: Autora

10. PRESUPUESTO

CONCEPTO	UNIDADES	VLR. UNITARIO	VLR. TOTAL
Servicio prestado por la Implementación del S.G.A. Basado en la NTC-ISO 14001	GL	\$250.000	\$1.750.000
Tutora	GL	1.100.000	6.600.000
Refrigerios capacitaciones	50/sesión	\$2.500	\$1.125.000
Folletos educativos	1000	\$120	\$120.000
Trípticos educativos	100	\$180	\$180.000
Dípticos educativos	50	\$220	\$11.000
Pendón política Ambiental	2	\$40.000	\$80.000
Adquisición Elementos PGIRH (CANECAS)	35	\$8.000	\$280.000
Computador	1	\$2.300.000	\$2.300.000
Minutos	GL	\$40.000	\$40.000
Papelería	GL	\$50.000	\$50.000
Transporte	GL	\$150.000	\$150.000
Imprevistos	GL	\$100.000	\$100.000
TOTAL		\$4.041.020	\$12.786.000

11. CONCLUSIONES

- Es de vital importancia para la implementación de un Sistema de Gestión Ambiental, realizar un diagnóstico inicial debido a que este da una visión general del estado en que se encuentra la Organización en materia Ambiental, incluyendo el cumplimiento de los requisitos Legales, el manejo ambiental, el compromiso por parte de la Dirección y los miembros de la Organización.
- El Factor más importante en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental es el recurso humano, pues de ellos depende un óptimo desempeño del Sistema, por lo cual el papel que juega el programa de Formación y Educación es muy importante.
- Los adelantos de la Institución con la implementación del PGIRHS, el Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad, la conformación del Comité de Gestión Ambiental y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad fueron de vital importancia para la implementación y documentación del Sistema de Gestión Ambiental, ya que se aprovechó el enfoque basado en los procesos que ya se tenían implementados.
- Se desarrollaron e implementaron programas de Gestión Ambiental de acuerdo con los Aspectos Ambientales más significativos encontrados dentro del Hospital, dando mayor importancia al Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios debido a la parte Misional de la Institución y a la importancia que requiere el adecuado manejo y tratamiento de los residuos peligrosos que se generan en la Institución.
- La realización de este Proyecto es una valiosa herramienta para el Hospital Regional de García Rovira, en su deseo por pertenecer al Programa Hospital Verde y ser Galardonado por su excelente desempeño Ambiental.

12. RECOMENDACIONES

- Socializar en forma periódica los logros y el avance del Sistema de Gestión Ambiental para generar una mayor apropiación de todas las partes interesadas, y así contribuir con la mejora continua del Sistema.
- Continuar con las necesidades de capacitación estipuladas en el Plan Institucional de Capacitación para generar una constante sensibilización y mejor control del Sistema de Gestión Ambiental.
- Mejorar la comunicación con Proveedores y contratistas para mejorar el desempeño ambiental en cuanto a los productos adquiridos por la Institución.
- Delegar responsabilidades que permitan dar cumplimiento y solución a las acciones correctivas y preventivas encontradas en las Auditorías realizadas al Sistema de Gestión Ambiental.
- Tomar acciones de mejora continua que permitan garantizar el correcto funcionamiento del Sistema en miras a buscar una certificación de la NTC-ISO 14001:2004 en la Hospital Regional de García Rovira.

BIBLIOGRAFÍA

Norma Técnica Colombiana ISO 14001:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con Orientación para su uso.

HENT, Cavis. JOHNSON, Catherine. Sistemas de Gestión Medioambiental: Evaluación de Impactos Ambientales.

Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRH Hospital Regional García Rovira 2006.

Norma Técnica Colombiana ISO 14004:2004, Sistemas de Gestión Ambiental. Directrices Generales sobre principios y Técnicas de Apoyo.

Norma Técnica Colombiana ISO 19011:2002, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiente.

SEBANEZ CALVO, Mariano. ANGULO AGUADO, Irene. Sistema de Gestión Medioambiental, Auditorías Medioambientales, Evaluaciones de Impacto Ambiental y otras Estrategias. Madrid-Barcelona-México, 1999. 87 – 94p.

<http://www.miniambiente.gov.co>

<http://www.legis.com.co>

PAMEC. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

ANEXO A. ENCUESTA AMBIENTAL
ENCUESTA AMBIENTAL

Cargo: _____

Nombre: _____

1. ¿Cuáles de los siguientes Impactos Ambientales cree usted que se generan al realizar su trabajo?
 - a). Contaminación del suelo (generación de residuos No peligrosos y peligrosos)
 - b). Contaminación del Aire
 - c). Contaminación Visual
 - d). Efecto Invernadero
 - e). Disminución o desperdicio de los recursos naturales (agua, luz)
 - f). Contaminación Auditiva
 - g). Daño Forestal
 - h). Inconformidad Social
 - i). No sabe / No responde

2. ¿Cuáles de las actividades que realiza en su trabajo cree usted que producen estos Aspectos Ambientales mencionados anteriormente?

3. ¿Considera usted que puede hacer algo para evitar o disminuir los Aspectos Ambientales que deterioran el medio Ambiente?

SI ___ NO ___

Cuáles? _____

4. ¿ha recibido información que le indique como disminuir los Aspectos Ambientales que se generan al realizar su trabajo
SI ___ NO ___
Si su respuesta es si, responda la siguiente pregunta.

5. ¿Tiene en cuenta (la información) al realizar su trabajo?
SI ___
 - a). Conciencia ambiental
 - b). Por evitar accidentes
 - c). Por Obligación
 - d). Otro, Cuál? _____
NO ___
 - a). Muchas responsabilidades
 - b). Falta de Tiempo
 - c). No cuenta con las condiciones necesarias para realizarlas
 - d). Otro, cual? _____

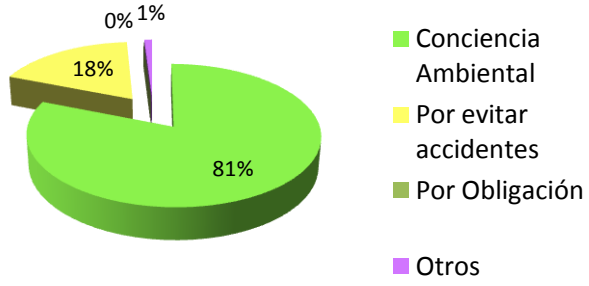
ANEXO B. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA

N°	Pregunta	Significado	Resultado																				
1.	¿Cuáles de los siguientes Impactos Ambientales cree usted que se generan al realizar su trabajo?	Conocimiento de los diferentes Aspectos Ambientales que se generan a través de las actividades	<div style="text-align: center;"> <h3>Impactos Ambientales</h3> <table border="1"> <caption>Data for Impactos Ambientales</caption> <thead> <tr> <th>Impacto</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Contaminación del Suelo</td><td>10%</td></tr> <tr><td>Contaminación del Aire</td><td>5%</td></tr> <tr><td>Contaminación Visual</td><td>1%</td></tr> <tr><td>Efecto Invernadero</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Disminuc. O desperdicio de los recursos Naturales</td><td>12%</td></tr> <tr><td>Contaminación Auditiva</td><td>4%</td></tr> <tr><td>Incoformidad Social</td><td>8%</td></tr> <tr><td>Daño Forestal</td><td>10%</td></tr> <tr><td>No sabe/ No responde</td><td>25%</td></tr> </tbody> </table> </div>	Impacto	Porcentaje	Contaminación del Suelo	10%	Contaminación del Aire	5%	Contaminación Visual	1%	Efecto Invernadero	25%	Disminuc. O desperdicio de los recursos Naturales	12%	Contaminación Auditiva	4%	Incoformidad Social	8%	Daño Forestal	10%	No sabe/ No responde	25%
Impacto	Porcentaje																						
Contaminación del Suelo	10%																						
Contaminación del Aire	5%																						
Contaminación Visual	1%																						
Efecto Invernadero	25%																						
Disminuc. O desperdicio de los recursos Naturales	12%																						
Contaminación Auditiva	4%																						
Incoformidad Social	8%																						
Daño Forestal	10%																						
No sabe/ No responde	25%																						

N°	Pregunta	Significado	Resultado														
2.	¿Cuáles de las actividades que realiza en su trabajo cree usted que producen estos Aspectos Ambientales mencionados anteriormente ?	Relación de las actividades con los impactos ambientales	<div style="text-align: center;"> <h3>Actividades</h3> <table border="1"> <caption>Data for Actividades</caption> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Atención al Usuario</td><td>6%</td></tr> <tr><td>Uso de papel</td><td>17%</td></tr> <tr><td>Utilización de los equipos electrónicos</td><td>15%</td></tr> <tr><td>Utilización de agua</td><td>20%</td></tr> <tr><td>Actividades en donde se generan residuos peligrosos</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Actividades en donde se generan residuos NO peligrosos</td><td>20%</td></tr> </tbody> </table> </div>	Actividad	Porcentaje	Atención al Usuario	6%	Uso de papel	17%	Utilización de los equipos electrónicos	15%	Utilización de agua	20%	Actividades en donde se generan residuos peligrosos	22%	Actividades en donde se generan residuos NO peligrosos	20%
Actividad	Porcentaje																
Atención al Usuario	6%																
Uso de papel	17%																
Utilización de los equipos electrónicos	15%																
Utilización de agua	20%																
Actividades en donde se generan residuos peligrosos	22%																
Actividades en donde se generan residuos NO peligrosos	20%																

N°	Pregunta	Significado	Resultado																		
3.	<p>¿Considera usted que SI puede hacer algo para evitar o disminuir los Impactos Ambientales que deterioran el medio Ambiente?</p> <p>¿Qué considera que puede hacer para disminuir los Impactos Ambientales que se pueden generar en su trabajo?</p>	<p>Conciencia ambiental en los sitios de trabajo.</p> <p>Controles que pueden disminuir la contaminación del Medio Ambiente</p>	<p>SI: El 92% de los encuestados consideran que pueden hacer algo para evitar o disminuir los Impactos Ambientales Generados al realizar su trabajo.</p> <p>NO: el 8% de los encuestados no reconocen que pueden hacer algo y aportar de alguna manera para evitar o disminuir los Impactos Ambientales en su trabajo.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">Posibles Controles</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Posibles Controles</caption> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Generar Conciencia Ambiental</td> <td>38%</td> </tr> <tr> <td>Estrategias de Ahorro de Energía</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Estrategias de Ahorro de Agua</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Estrategias de ahorro de papel</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Adecuada Segreg. Y clasif. De Residuos</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Cultura de Reciclaje</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Organización del sitio de trabajo</td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>Moderara el volumen de los elementos Auditivos</td> <td>6%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Control	Porcentaje	Generar Conciencia Ambiental	38%	Estrategias de Ahorro de Energía	11%	Estrategias de Ahorro de Agua	11%	Estrategias de ahorro de papel	11%	Adecuada Segreg. Y clasif. De Residuos	10%	Cultura de Reciclaje	5%	Organización del sitio de trabajo	6%	Moderara el volumen de los elementos Auditivos	6%
Control	Porcentaje																				
Generar Conciencia Ambiental	38%																				
Estrategias de Ahorro de Energía	11%																				
Estrategias de Ahorro de Agua	11%																				
Estrategias de ahorro de papel	11%																				
Adecuada Segreg. Y clasif. De Residuos	10%																				
Cultura de Reciclaje	5%																				
Organización del sitio de trabajo	6%																				
Moderara el volumen de los elementos Auditivos	6%																				
3.	¿Tiene en	Eficacia de la																			

N°	Pregunta	Significado	Resultado
2.	Ha recibido información que le indique como disminuir los Impactos Ambientales que se generan al desarrollar su trabajo	Verificar el nivel de capacitación que poseen los empleados con respecto al cuidado y conservación del Medio Ambiente.	<p>SI: El 75% de los encuestados han recibido información que le indique como disminuir los Impactos Ambientales generados al desarrollar su trabajo.</p> <p>NO: El 25 % de los encuestados no han recibido información que le indique como disminuir los Impactos Ambientales generados al desarrollar su trabajo.</p>
3.	¿Tiene en	Eficacia de la	

	<p>cuenta la información recibida al realizar su trabajo?</p>	<p>información suministrada a cerca la protección del Medio Ambiente, a los miembros de la E.S.E</p>	<p>SI: El 96% de las personas que han recibido información acerca la protección del Medio Ambiente la tiene en cuenta al realizar su trabajo.</p> <p>NO: El 4 % de las personas que han recibido información acerca la protección del Medio Ambiente pasa por desapercibida o no la tiene en cuenta la información recibida.</p>										
	<p>¿Por qué tiene en cuenta o no dicha información?</p>	<p>Concientización del personal respecto al cuidado del medio Ambiente</p>	<p style="text-align: center;">Motivos por los que tienen en cuenta la información al realizar su trabajo</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Motivo</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conciencia Ambiental</td> <td>81%</td> </tr> <tr> <td>Por evitar accidentes</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Por Obligación</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table>	Motivo	Porcentaje	Conciencia Ambiental	81%	Por evitar accidentes	18%	Por Obligación	0%	Otros	1%
Motivo	Porcentaje												
Conciencia Ambiental	81%												
Por evitar accidentes	18%												
Por Obligación	0%												
Otros	1%												

ANEXO C. DIAGNÓSTICO LISTA DE CHEQUEO INICIAL

 GARCÍA ROVIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL LISTA DE CHEQUEO PARA LA NTC ISO 14001:2004			
OBJETIVO: Verificar los requisitos con los cuales cuenta la ESE Hospital Regional de García Rovira según los lineamientos de la NTC- ISO 14001: 2004				
HORA DE INICIO: 7:30 pm - HORA FINAL: 5:30 pm				
SERVICIOS VERIFICADOS: Control Interno, S.A.S Raquel, Subdirección Administrativa, Oficina de Gestión de Calidad.				
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL				
4.1 REQUISITOS GENERALES	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se tiene establecido o implementado algún tipo de Sistema de Gestión Ambiental.		1		No se tiene establecido un Sistema De Gestión Ambiental, pero existe un trabajo adelantado por parte de la Institución en lo referente al PGIRH, se tiene establecido el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, y la Conformación del GAGAS.
Se ha definido y documentado el alcance de dicho Sistema.		1		Se tiene documentación del PGIRH, y de las capacitaciones que se realizan, pero al no estar implementado todo un Sistema, por ende no se puede definir su alcance.
4.2 POLÍTICA AMBIENTAL	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se tiene definida la Política Ambiental	1			La Política está creada bajo la Resolución 154 del año 2010, no se le han hecho los correspondientes ajustes, no se tiene a disposición del público.
Ésta política es apropiada a la naturaleza, magnitud e impactos ambientales según las actividades y servicios de la entidad.	1			
Incluye un compromiso de mejora continua y prevención de la contaminación	1			
Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos legales aplicables y con otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales.	1			

Proporciona el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos y las metas ambientales.	1			Se cumple parcialmente. Se deben definir metas y objetivos ambientales,
Se documenta, implementa y mantiene		1		
Se comunica a todas las personas que trabajan para la organización.		1		
Está a disposición del público		1		
4.3 PLANIFICACIÓN	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
4.3.1 Aspectos Ambientales				
Se establecen e implementan procedimientos para identificar los aspectos ambientales de las actividades, productos y servicios que se puedan controlar o en los cuales se pueda influir teniendo en cuenta las modificaciones de los mismos.	1			Existe un procedimiento prioritario como lo es el PGIRH, teniendo en cuenta la parte misional de la Institución. En este Procedimiento se puede influir de manera directa logrando controlar y mejorar cada día los procesos que se llevan a cabo en este.
Emissiones controladas hacia la atmosfera	1			En el momento en que nació el Hospital Regional de García Rovira se controlaron las emisiones que antes se venían produciendo a causa de la incineración de los residuos peligrosos. Existe una pequeña planta eléctrica ubicada junto al servicio de urgencias, supliendo las necesidades en caso de interrupción de la Energía Eléctrica.
Vertimientos controlados en las aguas y alcantarillado.	1			Van al alcantarillado con orden establecida
Residuos sólidos y de cualquier otro tipo, en particular los peligrosos.	1			Se controla la clasificación de residuos en la fuente, y todo vá a su respectivo cuarto, para un posterior tratamiento y disposición final por parte de la empresa de desechos especiales EDEPSA E.S.P.
Se han determinado aquellos aspectos ambientales que pueden tener impacto significativo sobre el medio ambiente.	1			En la medida en que se van presentando necesidades en los diferentes aspectos ambientales, estas se van fortaleciendo buscando la solución más adecuada.
4.3.2 Requisitos legales y otros requisitos	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se establecen e implementan procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y a otros requisitos ambientales suscritos por la organización.		1		Hasta el momento se está creando un Normograma para la identificación y fácil acceso a los diferentes requisitos legales.
Se han determinado como se aplican los requisitos legales a los Aspectos Ambientales de esta Institución.		1		
4.3.3 Objetivos, metas y programas	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se establece, implementa y mantienen objetivos y metas ambientales documentados		1		Se deben crear, mantener y documentar las metas y objetivos ambientales

Son coherentes con la política ambiental.		1		
Se establecen, implementan o mantienen programas para alcanzar sus objetivos y metas		1		Descripción de Programas: No se implementan programas, se manejan tratamientos tales como: Segregar en la fuente, desactivación de los residuos anatomopatológicos, y su debida clasificación.
En estos programas, existe la asignación de responsabilidades para lograr dichos objetivos y metas		1		
Se determinan los medios y plazos para lograrlos		1		
4.4. IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad.				
Se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos, humanos, infraestructura y habilidades especializadas para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de Gestión Ambiental	1			Se deben asignar los recursos en el presupuesto que se tenga previsto
Se definen, documentan, y comunican las funciones, responsabilidades y la autoridad para así facilitar una Gestión Ambiental eficaz.	1			Se maneja la comunicación Interna, circulares, y perifoneo dirigidos a cada líder de proceso. La oficina de Gestión de calidad y seguridad es quien coordina dichas responsabilidades
La alta dirección ha designado uno varios representantes de la dirección los cuales deben velar y tener autoridad para asegurarse de que el Sistema de Gestión Ambiental se establece, implementa, y mantiene de acuerdo con los requisitos exigidos.	1			Control Interno es el encargado de, velar y verificar al PGIRH de la Institución.
Se le está informando a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de Gestión Ambiental para su debida revisión, incluyendo las recomendaciones para la mejora	1			Se dá una rendición de cuentas en el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, el cual se realizan en presencia del Director de la Institución. Pero el SGA No se encuentra documentado ni Implementado.
4.4.2 Competencia, Formación y toma de conciencia				
La organización ha establecido y mantenido uno o varios métodos para que sus empleados tomen conciencia de la importancia de la conformidad con la política ambiental, los procedimientos y requisitos del sistema de Gestión Ambiental.	1			Métodos: Existe el Plan de capacitación Institucional. En la Institución se llevan a cabo capacitaciones en el manejo de residuos, pero estas se deben fortalecer. Se realizan auditorias esporádicas o por orden de la secretaria, pero generalmente solo enfocadas en el PGIRH.
Se tienen en cuenta los aspectos ambientales significativos, los impactos relacionados con su trabajo, y los beneficios ambientales de un mejor desempeño personal.			1	
Se tienen procedimientos para que los empleados tomen conciencia de sus funciones y responsabilidades en el	1			Se hacen perifoneos y se incentiva el ahorro de agua y energía, pero eso ya se hace por iniciativa propia y a conciencia de

logro de la conformidad con los requisitos del sistema de gestión ambiental				cada cliente Interno y externo.
Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales al desviarse de los procedimientos especificados.			1	
4.4.3 Comunicación				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para: La comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización. Para recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas externas.	1			Se tiene definido un proceso de comunicación por medio de perifoneo y volantes.
La organización ha documentado su decisión de comunicar o no externamente información acerca de sus aspectos ambientales significativos.		1		Existe un plan de comunicación, pero dentro de este no existe lo referente a un SGA ya que no se encuentra Implementado
Si la decisión ha sido comunicarla, se han definido e implementado métodos para su realización.		1		
4.4.4 Documentación				
La documentación del Sistema de Gestión Ambiental incluye la política, objetivos y metas ambientales		1		No se tiene documentado
Incluye la descripción del alcance del SGA		1		No se tiene documentado
Incluye la descripción de los elementos principales del Sistema de Gestión Ambiental y su interacción, así como la referencia de los documentos relacionados		1		No se tiene documentado
Incluye los documentos, y los registros requeridos en esta Norma internacional		1		No se tiene documentado
Incluye los documentos, incluyendo los registros determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de procesos relacionados con sus aspectos ambientales significativos		1		Se encuentra documentado el PGIRH pero en cuanto a un Sistema de Gestión Ambiental no se encuentra documentado, ni Implementado.
4.4.5 Control de documentos				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para aprobar los documentos con relación a su adecuación antes de su emisión	1			Si, estos son los procesos básicos que se han adoptado en el control del Sistema de Gestión de Calidad.
Los documentos son revisados y actualizados cuando sea necesario, y	1			

aprobados nuevamente				
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables están disponibles en los puntos de uso	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables	1			
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo que la organización ha determinado que son necesarios para la planificación y operación del Sistema de Gestión Ambiental y se controla su distribución		1		El control de documentos existe, se debe Incluir el control de documentos de tipo externo que afecten los procesos del Sistema de Gestión Ambiental para su debida documentación e implementación.
Se ha establecido un procedimiento para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón	1			Se ha establecido el procedimiento en el control de versiones
4.4.6 Control Operacional				
La organización ha identificado y planificado aquellas operaciones que están asociadas a los aspectos ambientales significativos identificados en línea con la política, los objetivos y las metas		1		No se tienen documentados objetivos y Metas Ambientales.
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos documentados para controlar situaciones en la que por ausencia de la documentación se podrían llevar desviaciones de la Política, objetivos y metas Ambientales.		1		
La organización ha establecido criterios operacionales en los procedimientos	1			
La organización ha establecido, implementado y mantenido procedimientos relacionados con los aspectos ambientales significativos identificados de los bienes y servicios utilizados por la organización	1			Se encuentra Implementado el PGIRH con sus debidos procedimientos.
Se han comunicado adecuadamente los procedimientos y requisitos aplicables a los proveedores, incluyendo a los contratistas		1		
4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias				
La organización ha establecido procedimientos para: Identificar situaciones potenciales de accidentes o emergencias que puedan impactar el	1			Dentro del PGIRH se cuenta con un plan de contingencias, en el cual se contempla como actuar en caso de presentarse una de estas. También se cuenta con un plan

medio ambiente y como responder a estos. Responder a situaciones de emergencia y accidentes reales y prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos asociados				de emergencias hospitalarias, en donde se estipula el adecuado manejo de la atención de acuerdo al tipo de emergencia que se pudiera presentar. Pero no se ha tenido en cuenta, ni se ha contemplado emergencias para un SGA.
Los procedimientos de preparación y respuesta ante emergencia son: Implementados, Revisados periódicamente y actualizados cuando sea necesario y en particular después de que ocurran accidentes o situaciones de emergencias. son ensayados periódicamente cuando sea factible	1			Como entrenamiento a la seguridad Industrial y Salud Ocupacional se realiza un simulacro por año. En la Variable Ambiental mas exactamente en el PGIRH se cuenta con un Plan de Contingencia como elemento de seguridad y respuesta rápida que ayuda a minimizar exposiciones que pueden presentarse cuando se manejan productos y/o servicios potencialmente riesgosos.
4.5 VERIFICACIÓN				
4.5.1 Seguimiento y medición				
La organización ha establecido procedimientos para hacer seguimiento y medición regularmente a las características fundamentales de las operaciones que pueden tener un impacto significativo en el medio ambiente	1			Existe un cronograma de Auditorias Internas, y mensualmente se lleva control de los Indicadores.
Los procedimientos incluyen requisitos relacionados con la documentación y el registro de la información sobre el seguimiento en: El desempeño, Controles operacionales aplicables, y de conformidad con los objetivos y metas ambientales de la organización	1			
Los procedimientos son: • Revisados periódicamente y actualizados cuando es necesario • Implementados consistentemente Los equipos de seguimiento y medición han sido y se mantienen calibrados o verificados Existen registros sobre su estado de calibración y mantenimiento	1			Los equipos Biomédicos son revisados según el cronograma de mantenimiento preventivo elaborado según las indicaciones de la hoja de vida del Equipo.
4.5.2 Evaluación y cumplimiento legal				
La organización ha establecido, implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento de la legislación aplicable	1			Control Interno y el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria, vigilan que se cumpla con la normatividad Vigente del PGIRH
Se mantienen registros de esta verificación	1			Se registran todas las cosas que se miden.
La organización ha establecido implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento con otros requisitos que la organización haya suscrito	1			
Se mantienen registros de esta verificación	1			
4.5.3 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva				

Existen procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y preventivas	1			Se tienen procedimientos documentados para las no conformidades, acciones correctivas y preventivas, pero en la variable ambiental solo se encuentra el control de plagas.
Estos procedimientos definen la identificación y corrección de las no conformidades y la forma para tomar acciones para mitigar los impactos ambientales	1			
Estos procedimientos definen la investigación de las no conformidades determinando sus causas y tomando las acciones que eviten que vuelvan a ocurrir		1		No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen la evaluación de la necesidad de acciones para prevenir las no conformidades y la implementación de las acciones apropiadas definidas para prevenir su ocurrencia		1		No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen el registro de los resultados de las acciones preventivas y correctivas tomadas		1		No se tiene documentado para un SGA
Estos procedimientos definen la revisión de la eficacia de las acciones preventivas y correctivas tomadas		1		No se tiene documentado para un SGA
Las acciones tomadas son las apropiadas en relación a la magnitud de los problemas e impactos ambientales encontrados		1		No se tiene documentado para un SGA
La organización se asegura de que cualquier cambio necesario sea incorporado a la documentación del Sistema de Gestión Ambiental	1			
4.5.4 Control de registros				
Existen procedimientos definidos para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros		1		Existen procedimientos documentados, pero no se encuentran Implementados y controlados.
Los procedimientos han sido: Establecidos, Implementados, Periódicamente revisados y actualizados cuando es necesario, Implementado consistentemente		1		
Los registros son legibles, identificables y trazables	1			
4.5.5 Auditoría Interna				
Se realizan auditorías internas del SGA a intervalos planificados		1		Se realizan Auditoria al PGIRH, ya que en el SGA no se encuentra Implementado
Las auditorías permiten determinar si el SGA: Es conforme con las disposiciones planificadas para la Gestión Ambiental incluidos los requisitos de la NTC-ISO 14001 Se ha implementado adecuadamente		1		El PGIRH se encuentra diseñado según el manual correspondiente. El SGA no se encuentra Implementado, ni documentado
Se informa de manera completa a la dirección sobre los resultados de las auditorías internas	1			En los comités se le informa a la Gerencia
Los programas de auditorías y las	1			Se genera un Impacto en el momento de

auditorías permiten considerar la importancia ambiental de las operaciones implicadas, así como los resultados de auditorías previas				expresar las Auditorías
El proceso de auditoría cubre de manera suficiente: La determinación de los criterios y el alcance de cada auditoría. La frecuencia planificada y métodos a emplear Los requisitos para planificar y realizar las auditorías Responsabilidades del auditor y de todas las partes involucradas Informe de resultados de la auditoría Mantenimiento de registros asociados	1			Previo a la Auditoría, se define el alcance de ésta, los métodos a emplear, los requisitos, y las responsabilidades correspondientes
La selección de auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría	1			
4.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
La alta dirección revisa a intervalos definidos el SGA para asegurar que haya conveniencia, adecuación y eficacia continuas	1			La Dirección delega a la Oficina de Gestión de calidad para que evalúe, y se asegure de la adecuación y una eficacia continua en el PGIRH. El SGA no se encuentra documentado ni Implementado
Las revisiones se han dirigido hacia la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGA			1	El SGA no se encuentra documentado ni Implementado a la fecha.
En las revisiones por la dirección se han considerado entradas como : • Resultados de auditorías internas y evaluaciones de cumplimiento con requisitos legales y otros que la organización suscriba • Las comunicaciones de las partes interesadas externas(incluyendo quejas) • El desempeño ambiental de la organización • El grado de cumplimiento de los objetivos y metas • El estado de las acciones correctivas y preventivas • El seguimiento de las acciones resultantes de las revisiones previas llevadas a cabo por la dirección • Los cambios en las circunstancias, incluyendo la evolución de los requisitos legales y otros requisitos relacionados con sus aspectos ambientales • Las recomendaciones para la mejora	1			
Los resultados de las revisiones incluyen decisiones y acciones tomadas relacionadas con posibles cambios en la política ambiental, objetivos, metas y otros elementos del SGA coherentes con el compromiso de mejora continua.	1			

80	TOTAL	45	32	3	
	% DE CUMPLIMIENTO	56,3%	40,0%	3,8%	
ASISTENTES A LA RONDA DE CHEQUEO					
NOMBRES COMPLETOS			CARGO – PROFESION		
Aitza Vivian Castañeda Solano			Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad		
Clara Inés Ramírez Vesga			Subdirectora Administrativa		
Alix Leonor Reyes			Coordinadora de Control Interno		
Raquel Camacho de Garvoa			Contratista Servicios Generales		
Jenny Zuleima Bautista Sierra			Asesora en Gestión Ambiental		

ANEXO D. CARTA DE ASIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

Málaga 5 de Septiembre

Especialista

Aitza Vivian Castañeda Solano

Coordinadora Gestión de Calidad y Seguridad

Cordial saludo:

Dentro del compromiso de la E.S.E para el desarrollo del Sistema de Gestión Ambiental plasmado en el Plan de desarrollo Institucional, me permito informarle que ha sido designada como Representante de la Dirección para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental y como tal, su función es la de dirigir y aprobar la documentación y los procesos exigidos por el Sistema y los lineamientos de la NTC-ISO 14001:2004.

Así mismo, representará a la entidad en los procesos de Auditoría tanto Interna como externa.

Atentamente.

DARÍO ELVIS CAMACHO NORIEGA

Gerente

**ANEXO E. MODIFICACIÓN DEL GAGAS MEDIANTE ACTA N° 01 DE
ENERO DE 2011**

ACTA COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA				
No 01 DE 2011				
	Fecha	Lunes 31 de Enero de 2011	Hora de Inicio	16:00
	Lugar	ESE Hospital Regional de García Rovira	Hora Final	17:30
COMITÉ	COMITÉ DE GESTION AMBIENTAL Y SANITARIA			
Asunto	Seguimiento a la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios			
ASISTENTES				
Nombre		Cargo		
1. DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA		1. GERENTE		
2. JOSE INDALECIO ORTIZ ANAYA		2. SUBDIRECTOR DE SERVICIOS		
3. AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO		3. GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD		
4. ALIX LEONOR REYES MEZA		4. CONTROL INTERNO		
5. RAQUEL CAMACHO DE GAMBOA		5. CONTRATISTA SERVICIOS GENERALES		
6. ORLANDO ORTIZ		6. CONTRATISTA MANTENIMIENTO		
7. ANDREA PAOLA VALDES		7. EPIDEMIÓLOGA		
8. DUBY QUIÑONEZ		8. ENFERMERA CIRUGIA Y PEDIATRIA		
9. CARMEN ADRIANA LEON		9. ENFERMERA PYP		
10. AMPARO LOZANO		10. BACTERIÓLOGA		
11. DEICY CASTELLANOS		11. BACTERIÓLOGA		
12. JUDITH ORTIZ		12. AUX. LABORATORIO CLINICO		
13. MARTHA E. RUBIANO MARTINEZ		13. ODONTÓLOGA		

- El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario (GAGAS) de la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira, se conformó de acuerdo a lo establecido en el Acta N°1 (Ver Anexo A); está integrado por:
 - Gerente
 - Subgerente Administrativo
 - Subgerente de Servicios
 - Contador
 - Representante de Servicios Generales
 - Representante del Cuerpo Médico
 - Representante de Enfermería
 - Ingeniero de Mantenimiento

Teniendo en cuenta que la Institución ha desarrollado nuevos procesos y con ellos, profesionales idóneos para el apoyo al desarrollo del PGIRH, se considera la necesidad de MODIFICAR la conformación del GAGAS quedando de la siguiente manera:

- Gerente
- Subdirector Administrativo
- Subdirector de Servicios
- Control Interno
- Representante de Servicios Generales
- Representante del Cuerpo Médico
- Representante de Enfermería
- Ingeniero de Mantenimiento
- Enfermera Epidemióloga
- Gestión de Calidad y Seguridad

El Comité aprueba la propuesta de modificación, para lo cual se realizará la resolución correspondiente.

ANEXO F: RESOLUCIÓN PGIRH ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

RESOLUCIÓN Nº 0357 (19 Octubre de 2011)

“Por medio de la cual se modifica el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la ESE Hospital Regional de García Rovira”

El Gerente de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA de Málaga Santander en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y:

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de 1991. En los Artículos 48,78,79,80,81,87 y 366, establecen la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, determinando que serán responsables, de acuerdo con la Ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Que la Ley 09 de 1979. Código Sanitario Nacional – Ministerio de Salud. En sus artículos 22 al 35 establecer los aspectos generales del manejo de residuos y recolección de basuras.

Que la Ley 142 de 1994 sobre prestación de Servicios públicos- Ministerio de Desarrollo.

Que la Ley 100 de 1993 El artículo 26 de la Ley 100 dice: “que en las instituciones salud, donde se manipule material biológico de origen humano, se debe proveer a los trabajadores de elementos y medios necesarios para garantizar las medidas de seguridad y que los empleados conozcan y cumplan estas normas de bioseguridad”.

Que en la GTC número 24 (Guía Técnica Colombiana). Agosto de 1996. Gestión ambiental residuos sólidos. Guías para la separación en la fuente.

Que la Ley 99 de 1993 “ Por la cual se crea el Ministerio del medio Ambiente, se reordena el sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA y se dictan otras disposiciones”.

Que el Artículo 8 del Decreto 2676 de 2000 establece obligaciones del generador entre las que se encuentra en el numeral 5 diseñar un Plan de Gestión Ambiental y Sanitaria interna de sus Residuos Hospitalarios y Similares conforme a los procedimientos exigidos por el Ministerio de Ambiente, vivienda y Desarrollo Territorial y Ministerio de la Protección Social según sus competencias

Que el Artículo 5 del Decreto 1669 de 2002 el cual modifica el Artículo 6 del Decreto 2676 de 2000 establece que las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de

Salud efectuarán la Inspección, vigilancia y control de la Gestión Interna de los Residuos Hospitalarios y Similares, y de la Gestión Integral en relación con los factores de riesgo para la salud humana, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar por parte de las autoridades ambientales competentes, con fundamento en el presente Decreto y demás Normas vigentes, así como lo exigido en el Manual para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares y podrán exigir el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.

Que mediante Decreto 4126 de Noviembre 16 de 2005. Las disposiciones del presente decreto se aplican a las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares, en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con:

- a) La prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) La docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres;
- c) Bioterios y laboratorios de biotecnología;
- d) Actividades de tanatopraxia, autopsias o de preparación de cadáveres;
- e) Consultorios, clínicas, farmacias, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis y zoológicos;
- f) Plantas de beneficio de animales bovinos, caprinos, porcinos, equinos y de aves”.

Que la Resolución 1164 de 2002 adopta el manual de procedimientos para la gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia, el cual es una herramienta de ayuda para los centros generadores en la elaboración de los planes de Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares, el cual incluye los procedimientos, procesos y actividades, así como los estándares para la desactivación y tratamiento de los Residuos Hospitalarios y Similares, solicitados por las autoridades sanitarias y ambientales.

Todo generador de residuos hospitalarios y similares, diseñará y ejecutará un Plan para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRH) componente interno, con base en los procedimientos, procesos, actividades y estándares contenidos en este manual. Cuando el generador realiza la gestión externa (transporte, tratamiento y disposición final), deberá ejecutar el PGIRHS componente interno y externo y obtener las autorizaciones, permisos, y licencias ambientales pertinentes.

Que el Hospital Regional de García Rovira elaboró el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) en el año 2006 según las respectivas normas con la asesoría del personal competente.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Modifíquese el plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares de la **ESE Hospital Regional de García Rovira**.

ARTÍCULO SEGUNDO: Modificación del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria mediante Acta N° 1 de 31 de Enero de 2011 de la siguiente manera:

Gerente
Subgerente Administrativa
Subgerente de Servicios
Gestión de Calidad y seguridad
Control Interno
EnfermeraEpidemióloga
Representante del cuerpo Médico
Representante de Enfermería
Ingeniero de Mantenimiento
Representante de Servicios Generales

ARTÍCULO TERCERO: Las medidas propuestas por la ESE Hospital Regional de García Rovira para la gestión Integral de los Residuos Hospitalarios, podrán ser ajustadas acorde a los requerimientos que efectúen profesionales o técnicos de saneamiento de esta coordinación en base a las visitas de vigilancia realizadas

ARTÍCULO CUARTO: Se deberán implementar programas para el análisis y adopción de Tecnologías Limpias que minimicen la generación de los Residuos Hospitalarios y Similares, sin comprometer de ninguna forma la salud humana y /o el Medio Ambiente.

ARTÍCULO QUINTO: Con el fin de garantizar el cumplimiento del PGIRH, se deben establecer mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del Plan y realizar los ajustes pertinentes, tales como Indicadores de Gestión, Destinación, Capacitación, Accidentalidad, Beneficios e Inversión de elementos.

ARTÍCULO SEXTO: – VIGENCIA Y DEROGATORIAS:La presente Resolución, entrará en vigencia a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución N° 0357 de Diciembre 21 de 2007.

COMUNIQUESE, PUBLÍQUESE, EXPLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Málaga Santander, a los días del mes de Octubre de dos mil once (2011)

DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA
Gerente

ANEXO G. ESTADO DE LAS CANECAS

AREA - SERVICIO	ELEMENTOS BÁSICOS PARA ESTRATEGIA ATENCIÓN LIMPIA, ATENCIÓN SEGURA								
	SERVICIO – HABITACIÓN	CONTENEDOR		CANECAS					OBSERVACIONES
		CANTIDAD	SOPORTE	VERDE	ROJA	GRIS	ESTADO	NECESIDAD DE COMPRA	
CONSULTA EXTERNA	Consultorio 2 Ortopedia Hab. 24	1		2	1	1	o.k		
	Consultorio 4 Medicina Interna	N.A	N.A	1	1		o.k.	1	GRIS PEQUEÑA
	Consultorio 5	N.A	N.A			1			POR DEFINIR EL SERVICIO QUE PRESTARÁ EL CONSULTORIO
	Consultorio 6 PyP por Médico	1	1	1	1		O.K.	1	GRIS PEQUEÑA
	Consultorio Ginecología 1 (Anita)	1	1	4	1	2	o.k.		
	Consultorio Ginecología 2	1	1	2	1	1	o.k.		
	Consultorio Nutrición y Psicología	N.A	N.A	1	N.A		O.K.	1	GRIS PEQUEÑA
	Consultorio de Citología	FRASCO	NA	1	1	1	OBSOLETO	2	UNA ROJA Y UNA VERDE
	Consultorio de EKG	N.A	N.A		N.A	1	o.k.	1	VERDE
Consultorio Odontología 1	1		1	1	1	o.k		CONTENEDOR SIN SOPORTE, (FALTA JABON LIQUIDO,	

									TOALLERO Y ALCOHOL GLICERINADO.)
	Consultorio Odontología 2			1	1	1			REVISAR CANECA ROJA, SE QUEDA PEGADA, CANECA GRIS SIN TAPA
	Consultorio Anestesiología	N.A	N.A	2	1	1	o.k.		
	Consultorio Pediatría	N.A	N.A	2	1	1	o.k.		
	Consultorio de PAI (Vacunación)	1	1	1	2	1	o.k.		REVISAR CANECA VERDE, FALTA DISPENSADOR DE JABON
	Consultorio de CyD	N.A	N.A	1	1	1	o.k.		
	Consultorio Optometría	N.A	N.A	1	N.A	1	o.k.		
	Consultorio de Endoscopia	N.A	N.A	2	2		o.k	1	GRIS PEQUEÑA (SOBRA CANECA ROJA DEL BAÑO)
	Consultorio Ecografía	N.A	N.A	1	N.A	1	o.k.		
	Consultorio Rx (incluye mamografía)	N.A	N.A	2	1	1	O.K.	1	VERDE
	Consultorio de Fonoaudiología	N.A	N.A	2	1	1	O.K	1	GRIS PEQUEÑA
	Consultorio Fisioterapia	N.A	N.A	2	1	1	O.K.	1	UNA GRIS PEQUEÑA Y

									REVISAR CANECA VERDE
	Consultorio Terapia Respiratoria	N.A	N.A	1	N.A	1	O.K		
	Consultorio 1	N.A	N.A	1	1	N.A			
	Consultorio 3	2		1	1		o.k		CONTENEDOR EN EL PISO, SIN SOPORTE
CX y GO	Esterilización 1	1	1	1	1	1		2	UNA VERDE Y UNA ROJA , SE TIENE CANASTILLA SIN TAPA, NO APTA PARA RESIDUOS PELIGROSOS Y CONTAMINADOS
	Cirugía Sala 1	1	1	1	1	N.A		1	ROJA
	Cirugía Sala 2	1	1	1	1	N.A		2	ROJAS
	Área preparación ambulatoria Y Recuperación 1	N.A	N.A	2	1	N.A	o.k.		
	Partos 1, Legrados	1	1	1	3	N.A	o.k.		
	Partos 2	1	1	1	3	N.A	o.k.		
	Área común sala de partos	N.A	N.A	1	1	N.A	o.k.		
Recuperación 2	N.A	N.A	2	N.A	N.A	o.k.			
URG	Reanimación Urgencias	2	2	1	2				REVISAR CANECA VERDE
	Consultorio Ginecología Urgencias	1	1	1	1	1	o.k.		
	Consultorio 1 Urgencias	N.A	N.A	1	1				

	Consultorio 2 Urgencias	N.A	N.A	2	1	1	o.k.		
	Habitación observación Urgencias 1 (Grande)	N.A	N.A	1	1				
	Habitación observación Urgencias 2 (Pequeña)	N.A	N.A	1	N.A	N.A	o.k.		
	Procedimiento limpio	1	1	1	1	NA		1	VERDE
	Procedimiento sucio	1	1	2	1	1	o.k.		
	Sala de Yesos	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
	Estación de Enfermería	N.A	N.A	1	N.A	N.A	o.k.		
SERV. FARMAC	Farmacia	NA	NA		NA	1	o.k.	1	VERDE
	Dosis Unitaria	NA	NA	1	NA	2		1	VERDE
	Oficina Bodega	1	NA	1	1	3	o.k.		
Hx	Cuarto limpio hospitalización 2do piso	N.A	NA	1	2	2	o.k.		
	Cuarto limpio hospitalización Pediatría	1	1		2	1	o.k.	1	VERDE
LAB. CLIN.	Área toma de muestras Laboratorio Clínico	1	1	2	1	NA	o.k.		
	Muestras ginecológicas	FRASCO	NA	NA	NA	NA			
	Laboratorio Lavado	FRASCO	NA	NA	2	NA		1	ROJA
	Laboratorio Procesamiento	FRASCO	NA	1	2	3		1	ROJA
APOYO	Lavandería	NA	NA	1	1	NA	o.k.		
	Comedor	NA	NA	10	NA	NA	o.k.		
	Morgue								
	Mantenimiento Taller	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
	Mantenimiento oficina	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		

	Porteria	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
ADM	Auditorio	NA	NA	1	NA	2	o.k.		
	Cajas Facturación	N.A	N.A	1	N.A	2	o.k.	1	VERDE
	Área Servidores	N.A	N.A	1	N.A			1	GRIS PEQUEÑA
	SIAU	NA	NA	1	N.A	1	o.k.		
	Administrativo Baño mujeres	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
	Administrativo Baño Hombres	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	Gerencia	NA	NA	1	NA	1	o.k.		
	Baño Subdirección administrativa	NA	NA	1	NA	1		1	VERDE
	Oficina Subdirección de Servicios	NA	NA	1	NA	1	o.k.		
	Oficina de Calidad	NA	NA	1	NA	1	o.k.		
	TOTAL ELEMENTOS (CONTENEDORES, SOPORTES, CANECAS)	21	16	83	48	41		24	

PEDIAT	1	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	2	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	3	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	4 Aislamiento Respiratorio	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	5	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	6	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	7	NA	NA	2	NA	1	o.k.		
	FOTO 1	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
	FOTO 2	NA	NA	1	NA	NA	o.k.		
INCUBADORA			1	1	NA	o.k.			
ADULTOS	8	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	9	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	10	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	11	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	12	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	13	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	14	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	15	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	Monitoreo Fetal	NA	NA		NA	NA	o.k.	1	VERDE
	16	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
17	NA	NA	2	1	NA	o.k.			
18 Doble	NA	NA	2	1	NA	o.k.			

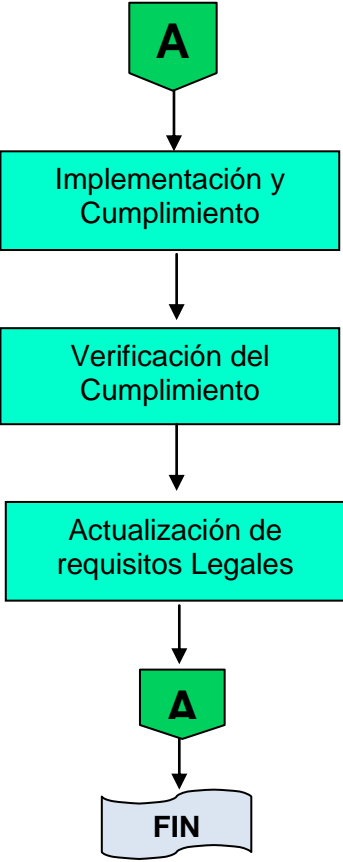
	19 Doble	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	20	NA	NA	2	NA	NA	o.k.	1	VERDE
	21 Doble	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	22 Doble	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	23 Doble	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	24	NA	N.A	2	1	1	o.k.		
	25	NA	NA	2	NA	NA	o.k.		
	Habitación Bacteriólogos	NA	NA		NA	NA			
	INFECTO 26	NA	1	2	1	NA	o.k.		
	INFECTO 27	NA	NA	2		NA	o.k.	1	ROJA
	TOTAL PEDIATRIA Y ADULTOS	0	1	57	5	2		3	
	TOTAL ELEMENTOS (CONTENEDORES, SOPORTES, Y CANECAS).	21	17	140	53	43		27	
	CANTIDAD CANECAS PARA ADQUIRIR E INSTALAR		2	12	8	7			

**ANEXO H. PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE REQUISITOS LEGALES
AMBIENTALES**

Proceso : Requisitos Legales
Procedimiento: GESTIÓN DE REQUISITOS LEGALES AMBIENTALES
Objetivo: Identificar y acceder a los requisitos Legales Ambientales aplicables según la Norma ISO 14001:2004 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira y evaluar periódicamente su cumplimiento.
Alcance: Aplica desde la identificación de los requisitos legales referentes a los Aspectos Ambientales o a los procesos de la E.S.E y su comunicación para su aplicabilidad, hasta la evaluación periódica de su cumplimiento.



N°	Flujograma	Descripción	Responsable	Documentos	Registros
1.		Se deberá revisar periódicamente la fuente oficial de normas legales u otras fuentes y registrar los requisitos legales que sean relevantes para la E.S.E Hospital Regional de García Rovira en la Matriz de requisitos legales.	Representante Legal		Matriz de requisitos Legales
2.		Teniendo en cuenta los requisitos legales aplicables a la ESE se deberá: Identificar los principales Aspectos Ambientales Identificar el proceso responsable para su cumplimiento Identificar las sanciones que acarrea su incumplimiento	Representante Legal		Aspectos e Impactos Ambientales

<p>3.</p>	 <pre> graph TD A{{A}} --> B[Implementación y Cumplimiento] B --> C[Verificación del Cumplimiento] C --> D[Actualización de requisitos Legales] D --> E{{Δ}} E --> F[FIN] </pre>	<p>Los responsables de la implementación del cumplimiento de los requisitos legales deberán conservar todos los registros relacionados con su cumplimiento.</p> <p>El representante Legal, en coordinación con el representante de la gerencia revisaran el cumplimiento de los requisitos legales mediante la revisión de los documentos de sustento o mediante la solicitud de informes de cumplimiento a los representantes de cada proceso, de encontrar algún incumplimiento se deberán implementar las acciones correctivas respectivas.</p> <p>El representante de cada proceso deberá periódicamente hacer una actualización de la matriz de requisitos legales según los Decretos aprobados que pueden encontrar en la Página Web: www.legis.com.co</p>	<p>Representantes de cada proceso</p> <p>Representante Legal, representante de la Gerencia</p> <p>Representante o líder de cada proceso</p>	<p>Matriz de Requisitos Legales.</p> <p>Matriz de Requisitos Legales Actualizada</p>	
-----------	---	--	---	--	--

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
1	5 DE SEPTIEMBRE DE 2011	Versión original

CONTROL	FECHA	NOMBRE	CARGO
ELABORÓ	5/09/2011	JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA	AUTORA DEL PROYECTO
REVISÓ	12/09/2011	AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	COORD. CALIDAD SEGURIDAD
APROBÓ	14/09/2011	DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA	GERENTE

ANEXO I. TABLA DE REQUISITOS LEGALES POR COMPONENTES

AGUA		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ ACUERDO	TÍTULO	EMISOR
Ley	09 de 1979	Congreso de la República de Colombia
Ley	99 de 1993	Ministerio de Medio Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
Ley	373 de 1997	Congreso de la República de Colombia
Decreto	2811 de 1974	Presidencia de la República
Decreto	1541 de 1978	Ministerio del Medio Ambiente
Decreto	2858 de 1981	Ministerio de Agricultura
Decreto	2105 de 1983	Ministerio de Salud
Decreto	1594 de 1984	Ministerio de Salud
Decreto	2314 de 1986	Ministerio de Comercio
Decreto	3102 de 1997	Presidencia de la República
Decreto	4742 de 2005	Ministerio de Medio Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
Decreto	1575 de 2007	Ministerio de la Protección Social
Resolución	1096 de 2002	Ministerio de Desarrollo Económico
Resolución	2115 de 2002	Ministerio de Protección Social
ENERGÍA		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ ACUERDO	TÍTULO	EMISOR
Ley	697 de 2001	Congreso de la República de Colombia
Decreto	2811 de 1974	Presidencia de la República de Colombia
Decreto	3683 de 2003	Ministerio de Minas y Energía
Decreto	2331 de 2007	Ministerio de Minas y Energía
Decreto	2501 DE 2007	Ministerio de Minas y Energía
SUELO		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ ACUERDO	TÍTULO	EMISOR
Ley	388 de 1997	Congreso de la República
Resolución	2811 de 1974	Presidencia de la República
Resolución	643 de 2004	Ministerio de Medio Ambiente, vivienda y desarrollo territorial
AIRE		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ ACUERDO	TÍTULO	EMISOR
Decreto	979 de 2009	Presidencia de la República de Colombia
Resolución	619 de 1997	Ministerio del Medio Ambiente
Resolución	2308 de 1986	Ministerio de Salud
Resolución	2309 de 1988	Ministerio de Medio Ambiente

RUIDO		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ACUERDO	TITULO	EMISOR
Decreto	2811 de 1974	Presidencia de la República
Decreto	984 de 1995	Ministerio de Medio Ambiente
Resolución	627 de 2006	Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
RESIDUOS		
LEY/DECRETO/RESOLUCIÓN/ACUERDO	TITULO	EMISOR
Ley	9 de 1979	Presidencia de la República
Ley	99 de 1993	El Congreso de Colombia
Decreto	605 de 1996	Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Decreto	2676 de 2000	Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Territorial
Decreto	2763 de 2001	Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Decreto	1713 de 2002	Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Decreto	1609 de 2002	Ministerio del Transporte
Decreto	1669 de 2002	Presidencia de la República
Decreto	4126 de 2005	Presidencia de la República
Decreto	4741 de 2005	Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Territorial
Resolución	2309 de 1996	Ministerio del Medio Ambiente
Resolución	4445 de 1996	Ministerio de la Protección Social
Resolución	1164 de 2002	Presidencia de la República
Resolución	485 de 2009	Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial

**ANEXO J. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE
ASPECTOS AMBIENTALES**

Proceso: Aspectos Ambientales

Procedimiento: IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES

Objetivo: Realizar un análisis ambiental completo del Hospital para adquirir información que permita identificar los puntos sobre los que deberán priorizarse en las actuaciones y el control con relación al Medio Ambiente.

Alcance: Aplica a todos los procesos de la E.S.E, sus servicios que puedan generar un impacto significativo con el medio Ambiente.

DEFINICIONES:

Medio Ambiente: Entorno en el cual el Hospital opera, incluidos el aire, el agua, el suelo. Los recursos naturales, la flora, la fauna, los seres humanos y sus interrelaciones.

Aspecto Ambiental: Elemento de las Actividades del Hospital que puede interactuar con el Medio Ambiente

Impacto Ambiental: Cualquier cambio en el Medio Ambiente, ya sea adverso o beneficioso como resultado total o parcial de los Aspectos Ambientales

Significancia: Estado cuantitativo en el que se encuentra el Aspecto Ambiental

Condición: Nivel de prioridad para tratar los Aspectos Ambientales (Normal: No requiere una atención inmediata; Anormal: Requiere atención para corregir el Impacto; Urgente: Requiere atención inmediata para corregir el Impacto).



N°	Flujograma	Descripción	Responsable	Documentos	Registros
1.		Realizar una encuesta con alcance total de la E.S.E que identifique los Aspectos Ambientales directos e indirectos que se presentan o se pueden presentar dentro de la Institución.	Autora del Proyecto	Encuesta de identificación de Aspectos Ambientales	Encuesta de identificación de Aspectos Ambientales
2.		Determinar los Aspectos directos e indirectos que se generan dentro de la Institución.	Autora del Proyecto	Normatividad Aplicable	Aspectos e impactos Ambientales
3.		Determinar los requisitos Legales que debe cumplir la ESE con respecto a los Aspectos Ambientales identificados.	Autora del Proyecto	Matriz de requisitos Legales	Requisitos Legales
		Determinar los Impactos Ambientales que generan			Identificación de Aspectos

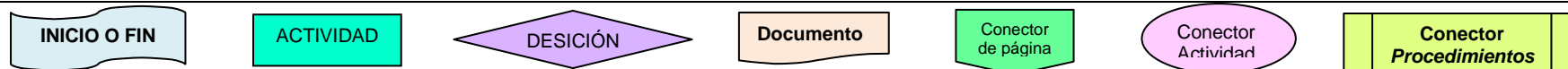
4.	Determinar los Impactos Ambientales	cada uno de los Aspectos Ambientales, Directos e indirectos en la ESE.	Autora del Proyecto	Matriz de criterios de Evaluación	e Impactos Ambientales
5.	Evaluación de Aspectos Ambientales	Evaluar cada Aspecto de cada proceso teniendo en cuenta la Gravedad, alcance, frecuencia, y control que cada aspecto genera en la realización de las Actividades según calificación obtenida.	Autora del Proyecto		Evaluación de Aspectos Ambientales
6.	Significancia de Aspectos Ambientales	Determinar la Significancia de cada Aspecto según la Formula: $(2gr+al+ct) \times Fr$ Teniendo en cuenta la evaluación que se le dio a cada Aspecto Ambiental en cada factor (Gravedad, alcance, frecuencia, y control).	Autora del Proyecto		Significancia de Aspectos Ambientales
7.	Hallar Aspectos Ambientales Significativos en la ESE	Establecer un Aspecto Ambiental como Significativo, o no Significativo según su Significancia. Significancia < 36 Aspecto Ambiental No Significativo Significancia > 36 Aspecto Ambiental Significativo.	Autora del Proyecto		Aspectos Ambientales Significativos y No Significativos
8.	Condición de Aspectos Significativos FIN	Determinar la Condición de los Aspectos Ambientales teniendo en cuenta su significancia, donde: Normal: si su Significancia es menor a 36 Anormal: si su Significancia está entre 37 y 68. Urgente: Si su Significancia es mayor a 68.	Autora del Proyecto	Matriz de identificación y evaluación de Aspectos Ambientales	Condición de Aspectos Ambientales

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
1	5/Septiembre 2011	Versión 1

CONTROL	FECHA	NOMBRE	CARGO
ELABORÓ	6/09/2011	JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA	AUTORA DEL PROYECTO
REVISÓ	12/09/2011	AITA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	CORD. CALIDAD SEGURIDAD
APROBÓ	14/09/2011	DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA	GERENTE

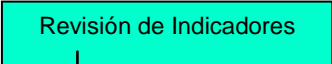
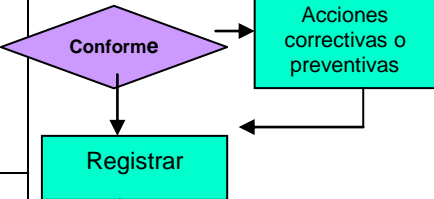
**ANEXO K. PROCEDIMIENTO DE MONITOREO E INSPECCIÓN DE
ASPECTOS AMBIENTALES**

Proceso: GESTIÓN AMBIENTAL
Procedimiento: MONITOREO DE INSPECCIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES
Objetivo: Monitorear los Aspectos Ambientales Significativos, de los cuales se puedan generar Impactos Ambientales sobre los cuales se pueda tener un control para cumplir con los objetivos, metas y Requisitos Legales Aplicables.
Alcance: Todos los procesos cuyas actividades generen Impactos Ambientales Significativos.
Definiciones:
Monitoreo: Proceso de Verificación periódica de la situación de un Programa, para determinar si las actividades se están cumpliendo en forma correcta según cronograma de Actividades.
Inspección: Método de exploración física que se efectúa por medio de una visita
Aspecto Ambiental: Elemento de las Actividades del Hospital, que puede interactuar con el Medio Ambiente.
Impacto Ambiental: Cualquier cambio en el Medio Ambiente, ya sea adverso o beneficioso como resultado total o parcial de los Aspectos Ambientales
Significancia: Estado cuantitativo en el que se encuentra el Aspecto Ambiental
Condición: Nivel de prioridad para tratar los Aspectos Ambientales (Normal: No requiere una atención inmediata; Anormal: Requiere atención para corregir el Impacto;
Urgente: Requiere atención inmediata para corregir el Impacto).
Acción Correctiva: Acción para eliminar la causa de una No Conformidad detectada
Acción Preventiva: Acción para eliminar la causa de una No Conformidad Potencial



N°	Flujograma	Descripción	Responsable	Documentos	Registros
1.		Teniendo en cuenta los Aspectos Ambientales Significativos sobre los cuales se puede tener control, se deberán formular indicadores de Gestión que permitan Verificar y monitorear dichos Aspectos.	Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria	Matriz de Indicadores	Control y soporte de cuentas de pago de servicios.
2.	 	Delegar las responsabilidades de la medición de los Indicadores al Líder de Gestión Ambiental.	Líder de Gestión Ambiental	Matriz de Indicadores	
3.		El líder de Gestión Ambiental encargado de medir y controlar los indicadores de Gestión deberá	Líder de Gestión Ambiental		



		determinar el método de evaluación que más le convenga según el Aspecto a evaluar y su condición.			
4.	 <pre> graph TD A[Revisión de Indicadores] --> B{Conforme} </pre>	El Comité de Gestión Ambiental se deberá reunir de forma periódica (Trimestralmente) para revisar los indicadores de todos los procesos y tomar decisiones respecto a estos	Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria		Acta de Comité
5.	 <pre> graph TD B{Conforme} --> C[Registrar] B --> D[Acciones correctivas o preventivas] D --> C C --> E[/FIN/] </pre>	Tomar acciones correctivas, preventivas o registrar los indicadores según los resultados obtenidos en la revisión de estos por el Comité de Gestión Ambiental	Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria		Acciones correctivas, preventivas y Registro

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIÓN
1	12/ 09/2011	Versión Original

CONTROL	FECHA	NOMBRE	CARGO
ELABORÓ	12/09/2011	JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA	AUTORA DEL PROYECTO
REVISÓ	17/ 09/2011	AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	COORD. CALIDAD Y SEGURIDAD
APROBÓ	18/09/2011	DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA	GERENTE

ANEXO L. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES								Código: GERM-GRH-I-03 Versión:1	
			EVALUACIÓN DE LOS IMPACTOS AMBIENTALES						
Proceso/ Área	Aspecto Ambiental	Impacto	Probabilidad	Duración	Magnitud	Área de influencia	Importancia	Valoración del Impacto	Significancia
Consulta Externa	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	10	10	5	1	5	31	1
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	10	10	1	5	36	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	10	5	5	5	1	27	0
Consulta Especializada	Agua	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	5	21	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	1	1	1	13	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	5	1	21	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	10	10	5	1	5	31	1
Urgencias	Agua	Disminución de los recursos Naturales	5	5	1	1	1	13	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	10	5	5	1	5	26	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	1	5	5	1	17	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	10	10	5	5	5	35	1
Hospitalización	Agua	Disminución de los recursos Naturales	10	5	5	1	5	26	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	5	5	25	0

	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	10	10	10	5	5	40	1
Cirugía	Agua	Disminución de los recursos Naturales							
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	10	5	5	1	5	26	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	5	5	5	5	27	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	10	10	10	10	5	45	1
Promoción y Prevención	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	5	1	1	9	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	10	1	21	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	5	5	5	5	2	27	0
Soporte y Diagnóstico	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	5	5	1	1	13	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	5	21	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	10	5	25	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	5	5	1	5	5	21	0
Farmacia	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	10	5	30	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	10	5	1	10	5	31	1
Gestión Financiera	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	17	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	5	5	10	5	35	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente -Peligrosid..	1	5	5	5	1	17	0

	Aspecto Ambiental	Impacto	Probabilidad	Duración	Magnitud	Área de influencia	Importancia	Valoración del Impacto	Significancia
Contratación	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	10	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	10	10	10	1	36	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	1	1	5	5	1	13	0
Compras y Almacén	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	10	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	10	5	30	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	5	1	1	5	5	30	0
Talento Humano	Agua	Disminución de los recursos Naturales	5	1	5	1	1	13	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	10	5	5	1	1	22	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	5	10	10	5	40	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	5	5	1	5	1	17	0
Historia Clínica y Estadística	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	17	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	10	10	10	10	45	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	5	5	5	5	1	21	0
Laboratorio	Agua	Disminución de los recursos Naturales	5	10	10	1	1	21	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	10	10	10	1	1	32	1
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	5	5	20	0

	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	10	10	10	10	10	50	1
SIAU	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	17	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	5	1	21	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	1	1	1	5	1	9	0
Archivo	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	1	1	1	13	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	10	10	10	5	45	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	1	5	5	1	1	13	0
Gestión de Calidad	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	17	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	1	5	5	11	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	1	1	1	1	1	5	0
Control Interno	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	1	1	17	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	5	5	1	5	21	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-Peligrosidad.	1	1	1	1	1	5	0
Revisor Fiscal	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	1	5	1	1	13	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	5	1	1	5	1	13	0
	Residuos	Contaminación del Ambiente-	1	1	1	1	1	5	0

		Peligrosidad.							
Auditoría Médica	Agua	Disminución de los recursos Naturales	1	1	1	1	1	5	0
	Electricidad	Disminución de los recursos Naturales	5	5	5	5	1	21	0
	Papel	Afectación a la flora y Fauna	10	10	10	10	5	45	1
	Residuos	Contaminación del Ambiente- Peligrosidad.	5	1	1	1	1	9	0

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN ORIGINAL	FECHA	DOCUMENTACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
CONTROL DE EMISIÓN	FECHA	NOMBRE	CARGO
ELABORÓ	SEPTIEMBRE 2011	JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA	ASESORA GESTIÓN AMBIENTAL
REVISÓ	SEPTIEMBRE 2011	AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO	COORD.GESTIÓN DE CALIDAD Y SEURIDAD
APROBÓ	SEPTIEMBRE 2011	DARÍO ELVIS CAMACHO NORIEGA	GERENTE

ANEXO M. RESOLUCIÓN POLÍTICA AMBIENTAL

RESOLUCIÓN N° 154

(Mayo 19 2010)

*“Por medio de la cual se crea la Política Ambiental de la
ESE Hospital Regional de García Rovira”*

El Gerente de la **ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA** de Málaga Santander en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y:

CONSIDERANDO:

- a) Que la Constitución Política de Colombia de 1991 elevó a norma constitucional la consideración, manejo y conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, estableciendo al Estado y a las personas la obligación de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.
- b) Que en el Artículo 58 de la Constitución Nacional consagra que la propiedad cumple una función social que implica obligaciones y como tal, le es inherente una función ecológica.
- c) Que el artículo 79 de la Constitución Nacional consagra que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La Ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo. Es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines.
- d) Que en el Artículo 80 la Constitución Nacional, establece que el Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación o sustitución. Además, deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.
- e) Que la ley 09 de 1979 establece las normas sanitarias relacionadas con la salud humana y los procedimientos y las medidas que se deben adoptar para la regulación, la legislación y control de las descargas de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del Ambiente.
- f) Que mediante el Decreto 2240 de 1996 se establecieron las normas en lo referente a las condiciones Sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y mediante Decreto 2676 de 2000 se reglamento la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas.
- g) Que la Resolución 1164 de 2002 estableció el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares y mediante la Resolución 1362 de 2007 se determinaron los Requisitos y el procedimiento para el Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos, a que hacen referencia los artículos 27 y 28 del Decreto 4741 del 30 de Diciembre del 2005.

- h) Que con fundamento en las normas antes señaladas corresponde a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, definir su política ambiental.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Defínase la Política Ambiental de la ESE Hospital Regional de García Rovira, la siguiente:

“La ESE Hospital Regional de García Rovira, bajo los principios de responsabilidad social, está comprometida con el desarrollo sostenible de sus actividades en torno al apoyo de programas de formación y el fomento de comportamientos ambientales que permitan crear una cultura en el cliente interno y externo, dirigida hacia la protección, preservación y conservación del ambiente, mediante el mejoramiento continuo, la implementación de Tecnologías Limpias, el cumplimiento de la normatividad vigente y las Políticas internas, con el fin de facilitar a sus usuarios su capacidad para funcionar correctamente en su entorno físico, social y vivir en relación plena y ordenada con el medio que lo rodea.”

ARTICULO SEGUNDO: Impleméntese la NTC-ISO 14001:2004, la cual tiene por objeto apoyar la protección ambiental y la prevención de la contaminación en equilibrio con las necesidades socioeconómicas; especifica los requisitos necesarios en la conformación de un Sistema de [Gestión Ambiental](#) (SGA), que proporcione elementos para desarrollar e implementar políticas y objetivos ambientales integrados con los requisitos de gestión, siendo esta Norma compatible con el Sistema de Gestión Integral de la Calidad.

ARTICULO TERCERO:DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN: La presente Resolución deberá ser socializada a todo el Cliente Interno y Cliente Externo de la ESE Hospital Regional de García Rovira, a la vez que deberá ser incluida como módulo importante en los procesos de Inducción y Re-inducción de servidores públicos y darse a conocer a los contratistas de la Institución.

ARTÍCULO CUARTO: VIGENCIA Y DEROGATORIAS: La presente Resolución, rige a partir de la fecha de su expedición y publicación.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE, EXPLÍQUESE Y CÚMPLASE
Dado en Málaga Santander a los 19 días del mes de mayo de 2010

DARIO ELVIS CAMACHO NORIEGA
Gerente



GARCIA ROVIRA

Política Ambiental

E. S. E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

“La ESE Hospital Regional de García Rovira, bajo los principios de responsabilidad social, está comprometida con el desarrollo sostenible de sus actividades en torno al apoyo de programas de formación y el fomento de comportamientos ambientales que permitan crear una cultura en el cliente interno y externo, dirigida hacia la protección, preservación y conservación del ambiente, mediante el mejoramiento continuo, la implementación de Tecnologías Limpias, el cumplimiento de la normatividad vigente y las Políticas internas, con el fin de facilitar a sus usuarios su capacidad para funcionar correctamente en su entorno físico, social y vivir en relación plena y ordenada con el medio que lo rodea.”

Resolución 154 de 19 mayo de 2010



ISO 14001

ANEXO O. PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN
PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

RESPONSABLES: Subgerente de Servicios e Ingeniero de Mantenimiento en apoyo con la Asesora de Gestión Ambiental.

OBJETIVO: Capacitar a todo el personal de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de García Rovira, en los temas relacionados con el manejo adecuado y seguro de los residuos Hospitalarios, concientizándolos de su responsabilidad con el autocuidado y con el bienestar de los pacientes y visitantes.

TEMAS DE CAPACITACIÓN DE PGIRH ESPECÍFICAMENTE.

Cuadro 16. Temas de capacitación

TEMAS DE FORMACION GENERAL	
CAPACITACIÓN 1	<ul style="list-style-type: none"> Legislación ambiental y sanitaria vigente: se vieron los decretos 2676/00 y Resolución 1164/02 Residuos Hospitalarios, 1594/84 Vertimientos, 02/82 Emisiones atmosféricas. Riesgos sanitarios y ambientales por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares: se vio el riesgo, amenaza, vulnerabilidad, la cadena de la infección, la importancia que tiene el adecuado manejo de los residuos para evitar la proliferación de vectores, los riesgos de infección para la salud (enfermedades que se transmiten por medio de los residuos) y el medio ambiente a nivel del aire, suelo y agua.

CAPACITACIÓN 2	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Generalidades del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios: se explicó paso a paso como se realiza el diagnóstico sanitario y ambiental, los programas del plan de Gestión, y cuales son los integrantes del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario del Hospital. (Ver numeral 2). ▣ Manejo de Residuos: se especificó la clasificación dada en el decreto 2676/00, el código de colores, ejemplos de los diferentes tipos de residuos y como se clasifican, las características de los recipientes, el almacenamiento central, las rutas sanitarias. ▣ Presentación del Diagnostico Sanitario y Ambiental del Hospital
TEMAS DE FORMACION ESPECIFICA	
CAPACITACIÓN 3	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Conductas básicas de bioseguridad: las normas de bioseguridad generales y específicas para el manejo de los residuos hospitalarios, elementos de protección personal. ▣ Técnicas de limpieza y desinfección: descontaminación, limpieza y desinfección ▣ Movimiento Interno, Almacenamiento y planes de contingencia: como deben realizar el movimiento interno de los residuos hospitalarios, y como deben almacenarse y los procedimientos a seguir durante una contingencia.

Como material audiovisual se utilizaron presentaciones en video beam, se realizó evaluación de las capacitaciones a todo el personal y al final se dio un folleto resumen de los temas de la capacitación.

Capacitación Grupo 1



Capacitación Personal de Servicios Generales



Capacitación Grupo 2



Se recomienda dictar los módulos de capacitación por lo menos cada tres meses el primer año y después anual, para tener a todo el personal en constante participación.

CERTIFICADOS DE CAPACITACIÓN

De todas las capacitaciones se debe tener el certificado de capacitación que lo da la persona o entidad que la realiza, estos certificados se deben archivar en la carpeta del Plan de gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH). Ver Anexo G. Certificados de capacitación: Grupo 1. Capacitación 1 y 2, Grupo 2. Capacitación 1 y 2, Capacitación 3.

CAPACITACIÓN PACIENTES Y VISITANTES

Se deben implementar puntos de señalización dirigidos específicamente para pacientes y visitantes, incentivándolos a la colaboración con el hospital en el manejo integral de los residuos sólidos que generan, Explicándoles el código de colores y que tipo de residuos deben disponer en cada bolsa.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL NUEVO

Capacitar al personal que ingresa nuevo al Hospital, para integrarlo a la cultura del manejo integral de los residuos sólidos y que no altere el proceso que se lleva en el Hospital.

Cronograma de capacitación para los diferentes temas a tratar. (Legislación PGIRH, ISO 14001, Tecnologías limpias)

El número de personas que laboraran en el hospital es de 140, por esto se realizaron las capacitaciones 2 veces a la semana con el mismo tema a tratar con el fin que todo el personal estuviera al día con el tema de capacitaciones.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES					
	Sept.	Octu.	Nov.	Dici.	Ener.	
COMITÉ N° 1						
CAPACITACIÓN PERSONAL ADMINISTRATIVO, DE APOYO Y ASISTENCIAL. ISO 14001:2004						
SOCIALIZACIÓN ESPECÍFICA PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES ISO 14001:2004 Y PGIRH						
CAPACITACIÓN GENERAL PERSONAL ADMINISTRATIVO, DE APOYO Y ASISTENCIAL PGIRH Y PRINCIPALES COMPONENTES.						
TEST DE CONOCIMIENTOS PGIRH AL PERSONAL ADMINISTRATIVO, DE APOYO Y ASISTENCIAL.						
TECNOLOGÍAS LIMPIAS. ENERGÍA, AGUA, PAPEL.						
DISEÑO ESTRATEGIAS TECNOLOGÍAS LIMPIAS						
COMUNICACIÓN CON CLIENTE INTERNO, EXTERNO, PROVEEDORES VISITANTES, PACIENTES,						
COMITÉ GESTIÓN AMBIENTAL, ORIENTACIÓN PROGRAMA HOSPITAL VERDE						

PRESUPUESTO

Presupuesto del Programa de Formación y Educación (Legislación PGIRHS,
ISO 14001, Tecnologías Limpias)

CONCEPTO	Unidades	Vr. Unitario(\$)	Vr. Total (\$)
Folletos capacitación 1	110	1.500	165.000
Folletos capacitación 2	110	1.500	165.000
Folletos capacitación 3	15	1.500	22.500
Refrigerios	50	1500	75.000
TOTAL			427.500

INDICADOR

Indicador de Capacitación (Ver numeral 9.2.2)

Se calculó el índice de capacitación utilizando la siguiente fórmula:

$$IC: \frac{N^{\circ} de Charlas Dictadas}{N^{\circ} de Charlas Totales} \times 100$$

Por cada charla se calculará el indicador del personal capacitado, para este se utiliza el listado de asistencia a la charla.

$$PC: \frac{N^{\circ} de Trabajadores Asistentes}{N^{\circ} de Trabajadores Totales} \times 100$$

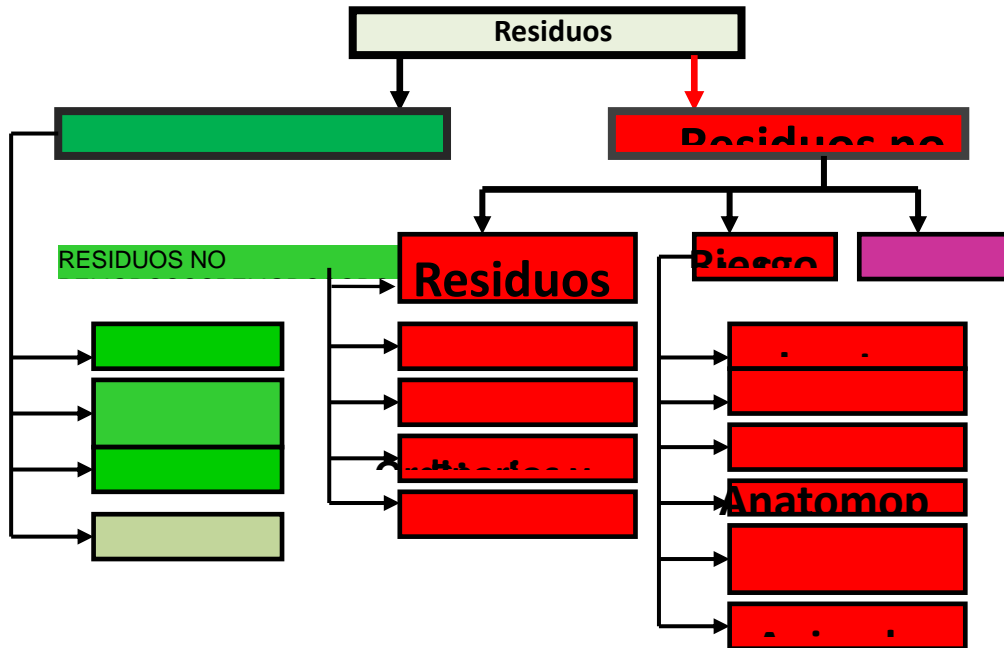
A la capacitación del personal de servicios generales han asistido el 95%, en total se tuvo una asistencia del 87% de los empleados de la Institución.

Lo que indica que se han dictado el 62.5% de las capacitaciones con una asistencia del personal en general del 51% y una asistencia del personal de servicios generales del 91%.

TEMA: RESIDUOS HOSPITALARIOS

CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS

De conformidad con el Decreto 2676 de 2000 y las Resoluciones 1164 de 2002 y 4741 de 2005, los Residuos Hospitalarios se Clasifican de la siguiente manera:



CÓDIGO DE COLORES

- ✍ **COLOR ROJO:** Para los residuos peligrosos (Infecciosos o de riesgo biológico y químicos).
- ✍ **COLOR VERDE:** Para los residuos NO peligrosos (biodegradables, inertes y ordinarios).
- ✍ **COLOR GRIS:** Residuos No peligrosos (reciclables).

RESIDUOS PELIGROSOS

Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos; los cuales pueden

causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente. Así mismo se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.



Se clasifican en:

RESIDUOS INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO

Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles.

Todo residuo hospitalario y similar que se sospeche haya sido mezclado con residuos infecciosos (incluyendo restos de alimentos parcialmente consumidos o sin consumir que han tenido contacto con pacientes considerados de alto riesgo) o genere dudas en su clasificación, debe ser tratado como tal.

Los residuos infecciosos o de riesgo biológico se clasifican en:

⇒ **Biosanitarios:** Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal.



CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
	Residuos alimenticios, papel higiénico, pañales, toallas higiénicas o todo residuo que generen pacientes CON enfermedades infectocontagiosas o en	Si es en una habitación: <ul style="list-style-type: none"> • Sacar en riñonera • Depositar en caneca y bolsa roja de 	

BIOSANITARIOS	aislamiento. Gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas vesicales y nasogastricas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, buretrol, torundas, jeringas, hilo de sutura, bajalenguas, equipos de venoclisis, citobruith, espéculos, eyectores, tapabocas, seda dental, cámpulas de anestesia, cubetas de flúor, tiras de PH, frascos de orina, servilleta con sangre, frascos de fármacos.	la estación de enfermería En otros puntos de generación: Depositar en caneca y bolsa roja Mantener caneca Si es en una habitación: Sacar en riñonera Depositar en caneca y bolsa roja de la estación de enfermería En otros puntos de generación: Depositar en caneca y bolsa roja Mantener caneca tapada. Tapada	INCINERACIÓN
BIOSANITARIOS	Material de Laboratorio utilizado para cultivos de microorganismos. Muestras de materia fecal.	Esterilizar en autoclave Depositar en bolsa roja Desechar en el recipiente en donde viene la muestra debidamente cerrado y depositar en bolsa roja.	INCINERACIÓN

⇒ **Anatomopatológicos:** Son los provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, que se remueven durante necropsias, cirugías u otros procedimientos, tales como placentas, restos de exhumaciones entre otros.



CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
ANATOMOPATO- LÓGICOS	Piezas dentales	Se desactivan en Hipoclorito, o Se envuelven en gasa y se disponen en la bolsa roja	INCINERACIÓN
	Placentas	Inactivar con formol al 10% Refrigerar Desechar en bolsa roja rotulada: "anatomopatológicos"	
	Coágulos de sangre	Se disponen en una botella plástica, y se tapa. Refrigerar, rotular y poner en bolsa roja.	
	Fluidos corporales líquidos (orina, vómito y secreciones nasofaríngeas)	Inactivar con hipoclorito a 5000 ppm por 30 min. en el recipiente recogido, mantenerlo tapado.	ALCANTARILLADO

⇒ **Cortopunzantes:** Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden dar origen a un accidente percutáneo infeccioso.



CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
CORTOPUNZANTES	Agujas, vidrio roto contaminado, laminillas, bisturís, lancetas, limas, tiranervios, agujas de sutura, fresas, cuchillas, pipetas, tubos de ensayo partidos, Todo elemento cortopunzante.	Depositar en contenedor de elementos cortopunzantes. Llenar hasta $\frac{3}{4}$ y agregar Peróxido de Hidrógeno al 30%, dejar actuar por 20 minutos y luego vaciar el líquido el lavamanos. Tapar herméticamente	INCINERACIÓN

RESIDUOS QUÍMICOS

Son los restos de sustancias químicas y sus empaques ó cualquier otro residuo contaminado con éstos, los cuales, dependiendo de su concentración y tiempo de exposición tienen el potencial para causar la muerte, lesiones graves o efectos adversos a la salud y el medio ambiente. Se pueden clasificar en:

⇒ **Fármacos parcialmente consumidos, vencidos y/o deteriorados:**

Son aquellos medicamentos vencidos, deteriorados y/o excedentes de sustancias que han sido empleadas en cualquier tipo de procedimiento, dentro de los cuales se incluye los residuos producidos en laboratorios farmacéuticos y dispositivos médicos que no cumplen los estándares de calidad, incluyendo sus empaques.

Respecto a los empaques y envases que no hayan estado en contacto directo con los residuos de fármacos, podrán ser reciclados previa inutilización de los mismos, con el fin de garantizar que estos residuos no lleguen al mercado negro.



⇒ **Residuos Citotóxicos:** Son los excedentes de Fármacos provenientes de tratamientos oncológicos y elementos utilizados en su

aplicación tales como: Jeringas, guantes, frascos, batas, bolsas de papel absorbente y demás material usado en la aplicación del Fármaco.

CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
FÁRMACOS	Fármacos vencidos, deteriorados, adulterados, restos de sustancias químicas empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos.	Depositar en bolsa roja Hacer un listado colocando el tipo de riesgo Enviarla a la empresa incineradora.	INCINERACIÓN (Acta de entrega)
	Fracos de vacunas y ampolletas. Fracos de vacunas y ampolletas.	Depositar en bolsa	INCINERACIÓN

⇒ **Metales Pesados:** Son objetos, elementos o restos de éstos en desuso, contaminados o que contengan metales pesados como: Plomo, Cromo, Cadmio, Antimonio, Bario, Níquel, Estaño, Vanadio, Zinc, Mercurio. Este último procedente del servicio de odontología en procesos de retiro o preparación de amalgamas, por rompimiento de termómetros y demás accidentes de trabajo en los que esté presente el mercurio.



CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
METALES PESADOS	Mercurio de (Residuos amalgamas)	Almacenar los residuos en un frasco plástico que contenga aceite mineral o glicerina. Debe estar con tapa y rotulado.	Recuperación del mercurio por parte de una empresa con licencia ambiental.

⇒ **Reactivos:** Son aquellos que por si solos y en condiciones normales, al mezclarse o al entrar en contacto con otros elementos, compuestos, sustancias o residuos, generan gases, vapores, humos tóxicos, explosión o reaccionan térmicamente colocando en riesgo la salud humana o el medio ambiente. Incluyen líquidos de revelado y fijado, de laboratorios, medios de contraste, reactivos de diagnóstico in vitro y de bancos de sangre.



CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
REACTIVOS	Revelador de Rayos X	Almacenar en frasco plástico con tapa.	VENTA A TERCEROS
	Fijador de Rayos X	Almacenar en frasco plástico con tapa.	

⇒ **Aceites Usados:** Son aquellos aceites con base mineral o sintética que se han convertido o tornado inadecuados para el uso asignado o previsto inicialmente, tales como: Lubricantes de motores y transformadores, usados en vehículos, grasas, aceites de equipos, residuos de trampas de grasas.

RESIDUOS NO PELIGROSOS

Son aquellos producidos por el generador en cualquier lugar y en desarrollo de su actividad, que no presentan riesgo para la salud humana y/o el medio ambiente.

Vale la pena aclarar que cualquier residuo hospitalario no peligroso sobre el que se presume él haber estado en contacto con residuos peligrosos debe ser tratado como tal. Los residuos no peligrosos se clasifican en:

Biodegradables

Son aquellos restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente, y otros residuos que puedan ser transformados fácilmente en materia orgánica.

Inertes

Son aquellos que no se descomponen ni se transforman en materia prima y su degradación natural requiere grandes periodos de tiempo.

Ordinarios o Comunes

Son aquellos generados en el desempeño normal de las actividades. Estos residuos se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, salas de espera, auditorios y en general en todos los sitios del establecimiento del generador.

CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
BIODEGRADABLES INERTES Y ORDINARIOS O COMUNES.	Residuos de la elaboración de alimentos antes y después de procesados, restos de alimentos NO infectados, vegetales, hojas y ramas de árboles, grama, madera. Icopor, papel carbón, papel de fax, y de aluminio. Mezcladores, pitillos. Material de barrido, tierra, colillas de cigarrillo. Empaques y cajas plastificadas, bolsas de pasabocas. Vasos y platos desechables, servilletas. Papel higiénico, toallas higiénicas, pañales de pacientes que NO tengan enfermedades infectocontagiosas. Yeso.	Depositar en caneca y bolsa verde	RELLENO SANITARIO

Reciclables:

Son aquellos que no se descomponen fácilmente y pueden volver a ser utilizados en procesos productivos como materia prima. Entre estos residuos se encuentran: algunos papeles y plásticos, chatarra, vidrio, telas, radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso, entre otros.

CLASIFICACIÓN	ELEMENTO	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN FINAL
MATERIAL RECICLABLE	Papel de archivo Papel periódico Cartón	Clasificar en su origen No arrugar el papel Depositar en caneca y bolsa gris.	VENTA A TERCEROS
	Bolsas de plástico (bolsas de suero y polietileno). Garrafas de plástico sin contaminar y que no provengan de pacientes en aislamiento por enfermedad infectocontagiosa.	Clasificar en su origen Cortar las bolsas por la mitad Depositar en caneca y bolsa gris.	

	Frascos de vidrio sin romper Chatarra	Clasificar en su origen en bolsa gris	
--	--	---------------------------------------	--

Los recipientes utilizados para el Almacenamiento temporal de residuos Hospitalarios y Similares, deben tener como mínimo las siguientes Características:

Características para canecas, bolsas y contenedores de Cortopunzantes.

ITEM	BOLSAS	CANECAS	CONTENEDORES CORTOPUNZANTES
CAPACIDAD	De acuerdo al volumen generado	Que permita almacenar entre recolecciones	No mayor a 2 litros
MATERIAL	Residuos infecciosos: Polietileno de alta densidad	Rígido impermeable, de fácil limpieza, resistente a la corrosión como el plástico	Rígidos, en polipropileno de alta densidad, no debe contener PVC.
ESPESOR	1.4 milésimas de pulgada: Bolsas pequeñas 1.6 milésimas de pulgada: Bolsas pequeñas	Livianas, que resista el manejo que se les da con los residuos.	Resistentes a rupturas y perforaciones por elementos cortopunzantes
FORMA	Variable	Ideal: tronco cilíndrico, sin aristas internas Dotado de tapa de buen ajuste	Con tapa ajustable, de boca angosta y tener una señal que indique hasta donde se debe llenar
ROTULO			
COLOR	VERDE	GRIS	ROJO
REQUERIMIENTOS	Las bolsas deben soportar la tensión ejercida por los residuos contenidos y por su manipulación	Livianas, Los recipientes para residuos infecciosos deben ser tapa pedal	Deben ser desechables, livianos, cierre hermético y tener soporte que impida su movimiento
IMAGEN			

TIPO DE RESIDUO	CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIPIENTES
<p align="center">RESIDUOS ORDINARIOS, INERTES, BIODEGRADABLES</p>	<p>El Hospital debe utilizar recipientes que faciliten la adecuada segregación, clasificación, Manipulación y almacenamiento de los mismos. Los recipientes deben tener la capacidad adecuada, estar debidamente rotulados en la parte superior (tapa), en lo posible estos deben ser de tipo pedal, permanecer tapados, para que no permita la entrada de agua, insectos o roedores.</p>
<p align="center">RESIDUOS RECICLABLES</p>	<p>El Hospital debe utilizar recipientes que faciliten la segregación, almacenamiento y manipulación de estos residuos, asegurando que una vez clasificados no se mezclen nuevamente en el proceso de recolección. La Institución debe llevar un estricto control de los Indicadores de Gestión Ambiental, dentro de estos se encuentran los Indicadores por Aprovechamiento y el de Beneficio por Reciclaje.</p>
<p align="center">RESIDUOS INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO</p>	<p>Los recipientes para residuos Infecciosos o de riesgo Biológico utilizados en la Institución deben ser de tipo pedal, en su gran mayoría de 20 Lit. De capacidad, debidamente rotulados en la parte superior (Tapa), con el símbolo de riesgo Infeccioso, de material rígido, impermeable y de fácil limpieza.</p> <p>Los recipientes ubicados en el Almacenamiento intermedio y Final, deben ser Contenedores redondos, de tronco cilíndrico, con tapa de cierre hermético, boca ancha para el fácil vaciado con capacidad de 121Lt. o 31 Galones, estos contenedores deben permitir el adecuado almacenamiento temporal de los residuos recolectados.</p> <p>Los residuos Anatomopatológicos o de animales, deben desactivarse con formol al 10% y dejarlo actuar por 20 a 30min. Aproximadamente, posteriormente deben mantenerse congelados en el almacenamiento final, con el fin de evitar el escurrimiento de éstos. El tiempo de Almacenamiento para los residuos peligrosos en Instituciones de II Nivel no debe superar los 15 días el almacenamiento final.</p>
<p align="center">RESIDUOS CORTOPUNZANTES</p>	<p>Los recipientes para residuos Cortopunzantes deben ser desechables, y contar con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenedores rígidos en Polipropileno de alta densidad u otro polímero que no sea en su composición de PVC. • Resistentes a ruptura y perforación por elementos Cortopunzantes • Con tapa hermética ajustable o de rosca, de boca angosta, de tal forma que al cerrarse no haya posibilidad de abrirse nuevamente. • Deben ir rotulados de acuerdo con el servicio y el tipo de residuo.

	<p>Para los residuos Cortopunzantes se recomienda que las agujas se introduzcan sin funda en el contenedor, las fundas o caperuzas de protección se arrojan en el recipiente con bolsa verde o gris siempre y cuando no se encuentren contaminadas de sangre u otro fluido corporal, en caso de que estas están contaminadas se deben manejar como residuo Biosanitarios y depositarlas en bolsa roja.</p>
<p>RESIDUOS QUÍMICOS</p>	<p>Los recipientes para residuos químicos ubicados en los diferentes sitios de Segregación, deben ser de tipo pedal, de material rígido impermeable y de fácil limpieza.</p> <p>Los recipientes para este tipo de residuos ubicados en el almacenamiento central deben ser idealmente Contenedores redondos con capacidad de 121 Lit. Provisto de asas que faciliten su manejo, dotados con ajuste hermético, boca ancha para facilitar su llenado y vaciado.</p> <p>El almacenamiento temporal de este tipo de residuos debe realizarse teniendo en cuenta la compatibilidad y peligrosidad de las sustancias químicas, para esto es necesario contar las fichas de seguridad de todas las sustancias que utilice el generador.</p>
<p>CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LAS BOLSAS</p>	<p>La resistencia de las bolsas debe soportar la tensión ejercida por los residuos contenidos y por su manipulación. El material plástico de las bolsas para residuos debe ser de polietileno de alta densidad, o el material que se determine necesario para la desactivación o el tratamiento de estos residuos.</p> <p>Para las bolsas que contengan residuos radiactivos estas deberán ser de color púrpura semitransparente con la finalidad de evitar la apertura de las bolsas cuando se requiera hacer verificaciones por parte de la empresa especializada.</p> <p>Existen algunos criterios para el empaque en bolsas desechables, los cuales se deben tener en cuenta en el cierre de las bolsas desechables, una vez se haya llenado hasta sus $\frac{3}{4}$ partes haciendo un nudo en el cuello. No se deben utilizar ganchos de cosedora o cinta para el sellado, pues esto favorece la facilidad e una posible rasgadura.</p> <p>Las bolsas para residuos infecciosos o de riesgo Biológico deberán ir rotuladas y contar con la siguiente información:</p> <p>Tipo de Residuo Institución Área o Servicio Fecha y Hora</p>

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

REDUCCUÓN DE RESIDUOS

MINIMIZACIÓN DEL CONSUMO DE PAPEL

- Compruebe que todas las fotocopias y publicaciones se realicen a doble cara y espacio, para luego ser reciclado por empresas externas. Una forma de recordarle a los compañeros es por medio de avisos junto a las impresoras y fotocopadoras.
- Las hojas de Papel que han sido utilizadas por un solo lado deben ser depositadas en los recipientes señalados con la frase PAPEL PARA REUTILIZAR, este se puede emplear en memorandos internos, mensajes telefónicos etc.
- Para hacer corrección de documentos, cartas, entre otros, se sugiere efectuarlo en el computador, para finalmente imprimir el que realmente se necesita enviar previamente corregido.
- Utilice los medios de comunicación electrónicos en la medida de lo posible para reducir el uso de impresoras y fax.
- Reutilice los sobres siempre que sea posible, especialmente para el envío de información interna.
- Elija productos con embalajes mínimos o solicite a sus proveedores que entreguen los productos con embalaje reducido.
- Evite el uso de productos desechables para empleados, procure llevar su taza o pocillo al lugar de trabajo.
- Evite doblar o arrugar el papel, la fibra más larga tiene mayor tiempo de vida útil, reciclándose como papel de mejor calidad.

ORDEN Y ASEO

El desorden lleva a errores, actitudes erróneas, daños accidentales, materiales obsoletos y mayor generación de residuos.

Cabe anotar, cualquier actividad laboral, para conseguir un grado de seguridad aceptable, es indispensable mantener el orden y la limpieza, más aún en una Institución prestadora de servicios de Salud.

¿Cuántos golpes y caídas se producen diariamente en una Institución por descuidos simples? Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado es un

principio básico de Seguridad. Para ayudar a cumplir este principio, se presenta un conjunto de 13 acciones básicas en materia de Orden y Limpieza:

- Eliminar lo innecesario y clasificar lo útil, para ello es conveniente establecer criterios para clasificar los materiales en función de su utilidad y para eliminar lo que no sirva. Realizar una limpieza general y utilizar contenedores para la recolección de lo inservible. Es conveniente establecer una campaña inicial con todos los empleados de la Institución, para clasificar los materiales en función de su utilidad en cada uno de sus puestos de trabajo y generar incentivos para dicha actividad.
- Eliminar diariamente los desechos y cualquier otra clase de suciedad de las instalaciones depositándolos en recipientes adecuados y colocados en los mismos lugares donde se generan los residuos. Si los desechos son fácilmente inflamables, es necesario utilizar botes metálicos con tapa para evitar la propagación de incendios.
- Evitar ensuciar y limpiar después. Se hace necesario eliminar y controlar las causas que contribuyen a que los materiales o residuos se acumulen, para de esta forma aprovechar la limpieza como medio de control del estado de las cosas.
- Guardar adecuadamente el material y las herramientas de trabajo en función de quién, como, cuando y donde ha de encontrar lo que busca; habituarse a colocar cada cosa en su lugar y a eliminar lo que no sirve de manera inmediata. Para completar esta actividad, se hace necesario acondicionar los medios para guardar y localizar fácilmente el material.
- Recoger las herramientas de trabajo en estantes o soportes adecuados que faciliten su identificación y localización.
- Asignar un sitio para cada cosa y procurar que cada una esté siempre en su sitio. Cada área de la Institución estará concebida en función de su rapidez de localización y funcionalidad.
- Delimitar las zonas de trabajo, ordenar y marcar la ubicación de las cosas utilizando señales normativas y código de colores.
- Realizar la limpieza de los locales, las máquinas, las ventanas, etc. Si es posible, fuera de las horas de trabajo. Extremar la limpieza de ventanas y tragaluces para que no impidan la entrada de la luz natural y escoger superficies de trabajo y de tránsito fácilmente lavables.
- No usar disolventes inflamables ni productos corrosivos en la limpieza de suelos y superficies. Las operaciones de limpieza no deben generar peligro.
- Implicar al personal del puesto de trabajo en el mantenimiento de la limpieza del entorno y controlar aquellos puntos críticos que generen suciedad. Para ello se deben aportar los medios necesarios (contenedores, material de limpieza, equipos de protección etc.)

- No aplicar ni almacenar materiales en áreas de paso o de trabajo; hay que retirar los objetos que obstruyan el acceso a estas zonas y señalar las vías de circulación mediante avisos.
- Facilitar la comunicación y participación de los trabajadores para mejorar la limpieza y el orden; fomentar la creación de nuevos hábitos de trabajo y responsabilizar individualmente a los mismos.
- Concientizar a las personas que están implicadas en un determinado trabajo sobre los beneficios que trae el mantener el orden y Limpieza. Una forma de conseguirlo es fijar normas concretas, luego de aportar los medios necesarios para ello. Verificar periódicamente que si se siguen las recomendaciones establecidas.

GUÍA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

DESCONTAMINACIÓN: Es el proceso químico para *inactivar* los microorganismos y disminuir el riesgo de contaminación del personal de salud al realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados en el manejo de los desechos hospitalarios y similares.



LIMPIEZA: Es el proceso físico y químico de remoción de material extraño (suciedad, materia orgánica, etc.) de los objetos y superficies. Es el paso más importante en el proceso. Un aseo meticuloso reduce significativamente los microorganismos y la materia orgánica. Se realiza con agua y jabón abundante.



DESINFECCIÓN: Es el proceso químico que *elimina* todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas

bacterianas. Esta se realiza utilizando un agente desinfectante, hipoclorito a 5000 ppm.



Compras

Dentro de los Indicadores de Gestión Ambiental existe el Indicador de Compras para la Gestión de Residuos, por lo tanto la comunicación entre los responsables de estas gestiones debe ser frecuente.

Es necesario, que el personal encargado de compras tenga en cuenta dentro de las exigencias para sus proveedores adquirir la materia prima en empaques con potencial de reutilización y reciclaje. En conclusión se trata de atender las necesidades de la Institución con los productos más adecuados y favorables al medio Ambiente.

Por tanto, antes de comprar cualquier producto, es conveniente que el encargado se formule las siguientes preguntas:

- ¿Es necesario comprarlo?
- ¿Se compra más cantidad de la que se necesita?
- ¿Tiene más embalaje del necesario y resulta factible reciclarlo?
- ¿Se puede utilizar?
- ¿Está fabricado con materiales fácilmente reciclables como papel, vidrio o madera, los cuales se puedan aprovechar?

El control apropiado de los materiales es una técnica importante de la reducción de los residuos de los residuos. El control inadecuado de los inventarios conduce a dos formas de residuos: Materiales con fecha caducada y materiales que ya no se usan. Los controles de los inventarios cubren desde los cambios sencillos en los procedimientos de pedidos a la implementación de técnicas de fabricación (JIT Justo a Tiempo). A continuación se plantean algunas opciones para el control de inventarios, lo cual generaría un beneficio directo sobre los residuos:

- Comprar sólo la cantidad realmente necesaria de materiales para una serie de producción o para un corto periodo de tiempo es una de las claves para mejorar el control de los inventarios. Los inventarios

excesivos a menudo son desechados porque la fecha de productos ha caducado.

- Asegurarse que son aplicados los procedimientos de gestión de Inventarios; educar al personal del departamento de compras sobre el problema y los costos de gestión de los materiales en exceso. Examinar las fechas de caducidad que se especificaron para establecer si su tiempo es demasiado corto.
- Desarrollar procedimientos de revisión de los materiales comprados es otro de los Aspectos importantes del control de Inventarios. Los procedimientos estándar de la Institución debe exigir la aprobación de todas las órdenes de compras de insumos y materiales.
- Evaluar proveedores. Esta actividad se puede realizar con una metodología cuantitativa que involucre aspectos económicos, de calidad y ambientales.

RECOMENDACIONES PARA RECICLAR

SEPARAR LOS RESIDUOS

La primera estrategia consiste en separar los residuos en la fuente de generación para evitar su contaminación y así adicionar un valor agregado a los mismos. Dicha estrategia propone separar los residuos en dos grupos así:

Material reciclable y material no reciclable. Ubicar recipientes para la recolección de residuos no reciclables y para los residuos reciclables de los cuales se puede generar un aprovechamiento y/o beneficio económico, además de estar contribuyendo con el medio Ambiente.



COMO SE DEBE RECICLAR

Papel

El reciclaje de papel y cartón es una forma inteligente y responsable de garantizar la prevención del Hábitat natural del planeta y de nuestro país, además de representar ventajas numerosas para los industriales interesados en este negocio.

Dentro de los tipos de papel y cartón que se pueden reciclar dentro de la Institución se encuentran: Periódico, libretas, revistas, hojas utilizadas por ambas caras, sobres, legajos, cajas, folletos, invitaciones, envolturas de papel y/o cartón entre otros.

No confundir el papel reciclable con el papel contaminado de alimentos, papel encerado, cajas de tetrapack, papel térmico de fax, calcomanías, papel para envolturas de alimentos, aluminio, celofán, fotografías, etc.

Par lograr esta adecuada clasificación se repartieron folletos en donde se aclaraba a donde iba cada tipo de residuo de papel según las características y la función que cumpliera dicho residuo.

Es muy importante aclarar que el papel usado no es basura sino que requiere de una adecuada clasificación para su posterior reciclaje y venta.

Si se quiere aprovechar al máximo el papel descartado y reducir al mínimo el tiempo de su clasificación, se deben tener ciertos cuidados al disponerlos como residuo, con el fin de que no estén contaminados con aceites, grasas, desechos de comida, ganchos de grapadora ni arrugado.



Así mismo se deben tener en cuenta otros aspectos como:

- Las cajas de cartón provenientes del empaqueo de materia prima, se puede reciclar, para ello, se doblan y se almacenan en el cuarto de reciclaje.
- Es conveniente que el momento de realizar compras de papel para la Institución, en lo posible se adquiera papel reciclable
- Es recomendable ponerse en contacto con una empresa de reciclaje para la recolección de papel usado por ambas caras para reciclaje externo.
- Se deben instalar contenedores de recolección de papel en todas las oficinas.
- Se debe informar al personal de forma continua y regular sobre el programa, incluyendo cifras como la cantidad de papel recogido.

“USE PAPEL RECICLADO SIEMPRE QUE PUEDA, ESTO AUMENTA SU DEMANDA, CONTRIBUIRÁ A SU MAYOR PRODUCCIÓN Y CON ELLO LA PRESERVACIÓN DE RECURSOS NATURALES”.

Plástico

En particular, el plástico tiene muchas clasificaciones y presentaciones de diferentes tipos, por lo cual se debe estar muy bien informado para realizar de manera efectiva el proceso de su clasificación y reciclaje. La mayoría de los recipientes y/o empaques de plástico, están marcados con símbolos, números o códigos que indican la clasificación a la que pertenecen, esto puede ayudar a identificarlos, pero si no es así, a continuación se presentan las diferentes categorías:

- Plástico tereftalato de Polietileno, Símbolo PET, identificado con el número 1.
- Plástico de Polietileno de alta densidad, Símbolo PEAD HDPE identificado con el número 2.
- Policloruro de Vinilo, Símbolo PVC, identificado con el número 3.
- Plástico de Polietileno de baja densidad, símbolo PEAD O HDPE, identificado con el número 4.
- Plástico de Propileno, símbolo PP, identificado con el número 5.
- Plástico de Poliestireno, PS, identificado con el número 6
- Otros plásticos no ubicados en las categorías anteriores, se identifican con el número 7.

No se deben confundir, ni mezclar plásticos con las características antes mencionadas con:

Bolsas de Comidas rápidas, Cualquier bolsa de plástico transparente o de color, juguetes u otros artículos que contengan objetos o metales adicionales que no sean de plástico, ya que este material no es reciclable.

CONSEJOS ÚTILES

Para ayudar en el proceso de reciclaje, se debe observar antes de depositarlo en el contenedor correspondiente que esté libre de residuos orgánicos ya sean sólidos o líquidos, esto para evitar ensuciar los otros que están limpios y la proliferación de plagas (moscas, roedores, cucarachas). También sería conveniente quitar la tapa y etiqueta del envase por ser de diferente material.

De conformidad con el Decreto 482 de 2009, 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, son susceptibles de ser aprovechados o reciclados pero se debe reciclar separadamente la bolsa externa, y la bolsa contenedora de la solución debe ser cortada y vaciada la solución antes de disponerla en el contenedor correspondiente.

Vidrio

El vidrio se recicla las veces que se requiera y en la forma que se requiera, sin perder sus propiedades. El vidrio reciclado ahorra de un 25% a un 32% de la energía utilizada para producir vidrio nuevo.

NO revuelva con los envases de vidrio los siguientes residuos, pues perjudica el proceso de reciclaje: Focos y faros de autos, cristal de ventanas, espejos, lentes, objetos y adornos de cerámica, cristal de plomo y cristal de laboratorio.

Para reciclar el vidrio se deben eliminar las tapas de los envases, pues generalmente son de otros materiales.

CONSEJOS Y ACCIONES ÚTILES

- Prefiera y consuma productos en envase de vidrio
- En la Oficina tenga su propio baso o taza.
- Evite el uso de Icopor y vasos desechables
- No genere residuos contaminantes al medio ambiente.

ANEXO P. PLAN DE COMUNICACIONES



PALN DE COMUNICACIONES
SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA MÁLAGA

TIPO DE MEDIO	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	OBJETO DE LA COMUNICACIÓN (PARA QUÉ)	ESTRATEGIA (CÓMO)	FRECUENCIA (CUANDO)	DESTINATARIOS (A QUIEN)
MEDIOS PÚBLICOS	EMISORAS RADIALES	Dar a conocer información sobre el Sistema de Gestión Ambiental, así como sus avances y estado a todos los puntos de Interés.	En el espacio que se le da al Hospital Regional de García Rovira en la Emisora, publicar el proceso de implementación del Sistema de Gestión Ambiental que desarrolla la Institución.	Semanal	A toda la comunidad Malagueña, y demás lugares de la Provincia de García Rovira, Norte y Gutiérrez.
MEDIOS INTERACTIVOS	PÁGINA WEB	Publicar información relevante sobre la implementación del SGA, dar tips de educación ambiental, mantener informado a los usuarios.	Publicar avances y logros del Sistema de Gestión Ambiental dentro y fuera del hospital.	Mensualmente	Todos los grupos de Interés
	CORREO ELECTRÓNICO	Facilitar el flujo de información entre los clientes internos y Externos de la Institución con los procesos que esta adelanta, e involucrarlos con la mejora ambiental de la Institución.	Promover el uso de esta herramienta interactiva de comunicación, como un medio de atención de sugerencias, quejas reclamos e inquietudes sobre los temas ambientales dentro y/o fuera del Hospital.	Mensualmente	Visitantes y Usuarios
MEDIOS CONTROLADOS	CARTELERAS	Publicar información relevante para cada grupo específico dentro de las Instalaciones de la Institución.	Cartelera de Información sobre los programas de Gestión Ambiental, y su avance obtenido.	Mensualmente	Todos los grupos de interés
	COMUNICACIÓN ESCRITA PARA LOS SERVICIOS Y USUARIOS	Facilitar el flujo interno y externo de la comunicación	Diseñar un Sistema de Comunicación interno y a la vez involucrar al cliente Externo, con el fin de socializar de mejor manera los programas de Gestión	Cada vez que se requiera	Clientes Internos y Externos de la Institución.

			Ambiental.		
	INFORMES DE RENDICIÓN DE CUENTAS	Recopilar información requerida por los diferentes entes de Control.	Generar y enviar los informes de rendición de cuentas a los diferentes entes de control cumpliendo los requisitos dados por las instituciones.	Cada vez que sea requerido.	Entes de Control
COMUNICACIÓN INTERNA A TRVÉS DE PANTALLAS.	TELEVISORES DE COMUNICACIÓN INTERNA	Difundir y reforzar a los Usuarios, pacientes y visitantes los temas tratados sobre el cuidado y la protección al Medio Ambiente	Diseñar presentaciones que sean estratégicas y atractivas a los usuarios, pacientes y visitantes con el fin de darles a conocer de una manera más práctica la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental, y nuestro propósito por mejorar continuamente en el mismo.	Bimensual	Todos los grupos de Interés.
EVENTOS O GRUPOS	PARTICIPACIÓN EN EVENTOS	Fortalecer las acciones para mejorar la variable Ambiental dentro de la Institución	Realizar capacitaciones o Socializaciones informativas a cerca de la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental.	Trimestral	Integrantes del Comité de Gestión Ambiental, Personal Administrativo, Asistencial y de Apoyo de la Institución.
PERSONAL	VISITAS Y VERIFICACIONES PERSONALES	Obtener una Comunicación directa entre el Cliente Interno y la Asesora de Gestión Ambiental	Brindar educación, y orientación personalizada a los líderes e integrantes de los diferentes servicios para lograr mayor eficacia e interés con la Implementación del Sistema de Gestión Ambiental.	Según sea necesario	Todos los Servicios
	OFICIOS ENVIADOS	Enviar información específica a los Proveedores de la Institución	Dar a conocer el Proceso de Implementación de la NTC ISO 14001:2004, e incentivarlos a participar dentro de este con el aporte para el debido control y manejo de las fichas Técnicas y de Seguridad de los productos suministrados por ellos.	Semestral	Proveedores de la Institución.
ALTA VOZ	MENSAJES POR	Informar a todos los Usuarios,		Anual	

	EL ALTA VOZ DE LA INSTITUCIÓN	Pacientes y Visitantes el deseo por pertenecer al Programa Hospital Verde, y a la vez dar las recomendaciones necesarias para el cuidado del Medio Ambiente de la Institución.	Diseñar mensajes que ayuden a concientizar y educar al Cliente interno, Externo, familiares y Visitantes con el cuidado y protección del Medio Ambiente, y acciones con las cuales todos podemos contribuir para lograr ser Hospital Verde con Excelencia.		Cliente interno, Externo, familiares y Visitantes
CASA A CASA	FOLLETOS EDUCATIVOS, OBSEQUIO E INFORMACIÓN PERSONALIZADA	Recolección de productos Fármacos Vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos en la ciudad de Málaga.	Ejecutar el Proyecto Titulado: devolución, recepción, destrucción de productos farmacéuticos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos procedentes de los hogares de la ciudad de Málaga.	Consecutivo	Comunidad Malagueña

ANEXO Q. FOLLETO DE TECNOLOGÍAS LIMPIAS Y ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS PARA USUARIOS



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA Y GARCÍA
 Málaga - Santander
 C.O.D. PREC-49-10796-107-900387-101-9

Cómo colaborar con el MEDIO AMBIENTE cuando estés dentro del Hospital.
 Es muy fácil, Cuando te encuentres dentro de las instalaciones del Hospital debes seguir las siguientes recomendaciones para lograr una adecuada clasificación de los residuos generados:

RESIDUOS BIODEGRADABLES, ORDINARIOS O COMUNES.

CANECA VERDE
 Bolsa Verde



Servilletas, residuos de alimentos, empaques de alimentos antes y después de procesados, cajas de tetrapack, vasos desechables, icopor, pitillos, papel carbón, papel aluminio, pañales, toallas higiénicas, toallas de papel.

RESIDUOS RECICLABLES

CANECA GRIS
 Bolsa Gris




Papel, plástico, vidrio, telas, cartón, revistas, periódico, radiografías, libretos, sobres, botellas plásticas y de vidrio, bolsas de suero.

RESIDUOS PELIGROSOS





CANECA ROJA
 Bolsa Roja



Todo elemento contaminado, gasas, apósitos, aplicadores, algodones, vendajes, guantes, ropas desechables, tapabocas, frascos de orina, fármacos vencidos, coágulos de sangre. Si tu familiar se encuentra en Hospitalización - Aislamiento, deposita los restos de alimentos, toallas higiénicas, papel higiénico, y pañales.



Cómo puedes contribuir con nuestro propósito de mejorar continuamente en los procesos de producción más Limpia para nuestra Institución?

Reduciendo el consumo de los recursos naturales al ahorrar agua y energía, generando un ahorro económico y **CUIDADO CON EL MEDIO AMBIENTE.**

Cerrando muy bien las llaves de agua que usa en ducha y lavamanos de tu casa y en nuestro Hospital.

Informando al personal de enfermería o mantenimiento sobre las fugas de agua que detectes.



Dando buen uso a las canecas que se encuentran en los baños públicos y salas de recepción.


Aprovechando al máximo la luz natural, evitando así el consumo innecesario de energía.

Clasificando de manera adecuada los residuos para evitar riesgos de accidentes con el manejo de los mismos.

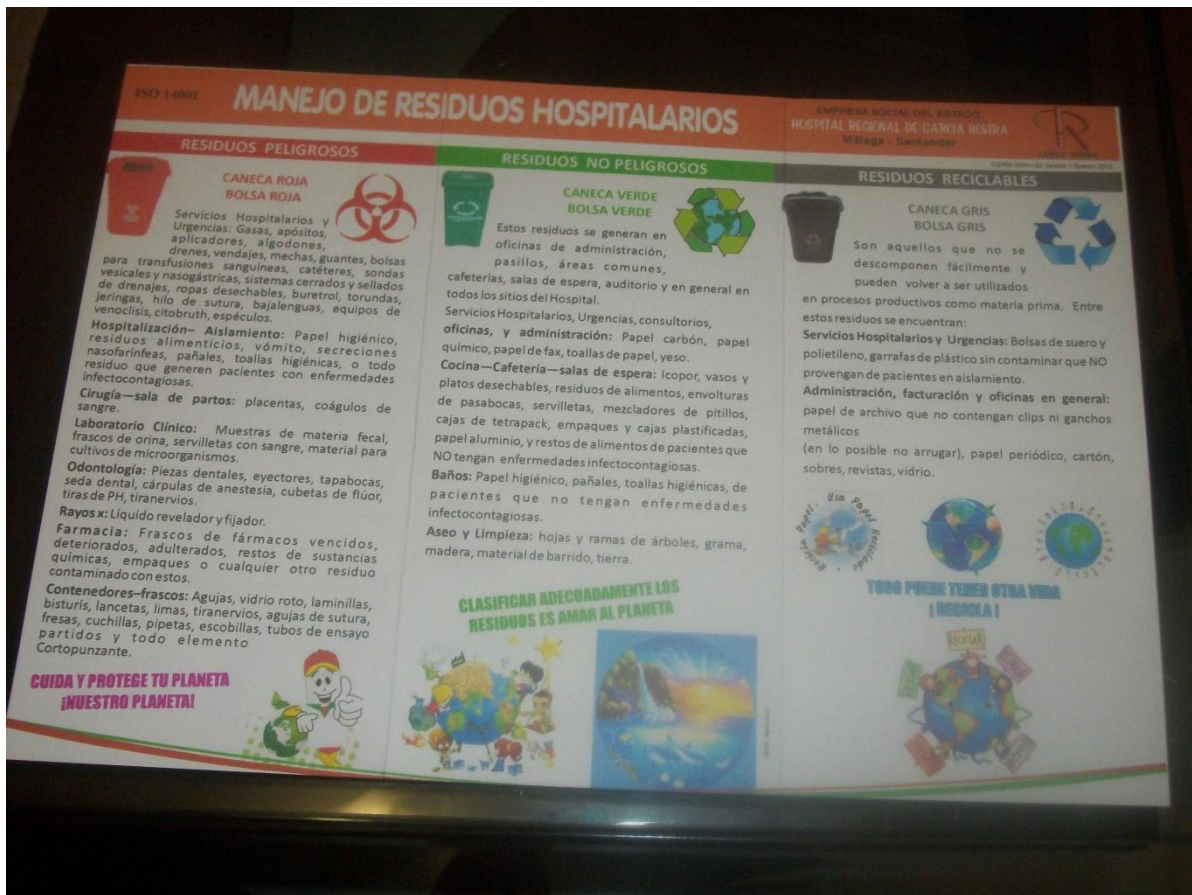
Evitando el ingreso de mascotas a la Institución.

Está prohibido utilizar los cargadores de celulares dentro de la Institución.





Deja una huella ecológica en tu paso por el Hospital!!

ANEXO R. FOLLETO ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, DIRIGIDO AL CLIENTE INTERNO



ANEXO S. FOLLETO TECNOLOGÍAS LIMPIAS. DIRIGIDO AL CLIENTE INTERNO

ISO 14001 **TECNOLOGÍAS MÁS LIMPIAS** EMPRESA PÚBLICA DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GAMBA YENRA Mérida - Yucatán

AHORRO DE ENERGÍA	AHORRO DE AGUA	AHORRO DE PAPEL
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar los bombillos encandecentes por bombillos fluorescentes ahorradores de Energía. • Realizar mantenimiento periódicamente en los equipos y reportar oportunamente los daños a las Ext: 217 ó 232 • Apagar y desconectarlos equipos cuando estos no van ser utilizados por un periodo de tiempo significativo y durante el fin de semana. • Apague la luz al salir de la oficina. Es asunto de costumbre simplemente. • Limpiar con frecuencia las lámparas y el sistema de iluminación. • Encender las luces solo cuando la luz natural es insuficiente. • Está prohibido utilizar el cargador del celular en el lugar de trabajo. • Conectar varios aparatos a una sola zapatilla eléctrica ahorra energía, esta debe ser desenchufada al terminar su función. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar dentro del tanque del inodoro, una botella con agua o arena, con ello se ahorra una gran cantidad de agua en cada descarga. • Revisar periódicamente grifos, cañerías y demás fuentes de agua para detectar posibles fugas de agua, en caso de presentarse, estas deben ser reportadas a la ext: 217 para que sean corregidas inmediatamente. • Cuando ahorramos agua también ahorramos energía, ya que el agua es impulsada por bombas eléctricas. • Cerrar muy bien los grifos para evitar los goteos permanentes, reportar de manera inmediata las fugas de agua. Un grifo que gotea pierde 30 Lt. de agua diarios. • Contribuye a la concienciación en el ahorro de agua y difúndelo entre tus compañeros, especialmente si ves que están desperdiciando el agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefiera enviar eails o archivos de texto, no todos los documentos necesitan ser impresos. Si no tiene más opción que imprimirlos, verifique bien el documento para que no tenga que hacerlo más veces de lo necesario. • Aproveche el papel de impresión y utilice cada hoja por ambos lados. • Evitar copias e impresiones innecesarias, se debe llevar un control de estas. • Realizar mantenimiento periódico a las fotocopiadoras e impresoras. • Elegir el tamaño de letra y fuente pequeña antes de imprimir. • En la actualidad, todos los bancos ofrecen internet banking. Utilícelo para verificar su estado de cuenta y evite el papeleo. • El mejor residuo es aquel que no se genera. Rechace el uso de platos, vasos, cubiertos y manteles desechables.
 <p>LIZ QUE APAGAS LIZ QUE NO APAGAS</p>	 <p>CONSERVOS AL MUNDO AHORRANDO AGUA</p>	 <p>SIEMPRE UN ARBOL AHORRA PAPEL</p>

ANEXO T. CARTA ENVIADA A LOS PROVEEDORES

Málaga, Noviembre de 2011

Señores:

COHOSAN

Cooperativa de Hospitales y Organismos de Salud en Santander

Respetados señores

Consientes de la importancia del cuidado y preservación del Medio Ambiente, hemos decidido implementar un Sistema de Gestión Ambiental basado en la Norma Técnica ISO 14001:2004 como parte de nuestro compromiso de contribuir al mejoramiento del Medio Ambiente.

Deseamos que usted, nuestro prestigioso Proveedor conozca la iniciativa y preocupación que tenemos con respecto a este tema.

Es por esto que adjuntamos el Folleto educativo y lo invitamos a conocer nuestra Política Ambiental, la cual declara el compromiso con el Medio Ambiente, el cumplimiento de la Normatividad Vigente y la búsqueda de un desarrollo sostenible en las actividades que realizamos a diario con el fin de mejorar continuamente los procesos de producción más limpia en nuestra Institución.

Nos gustaría con ello reforzar nuestro compromiso con los aspectos del medio Ambiente así como también le agradecemos su soporte para el debido control y manejo de las fichas Técnicas de los productos suministrados por ustedes.

Atentamente,

Darío Elvis Camacho Noriega

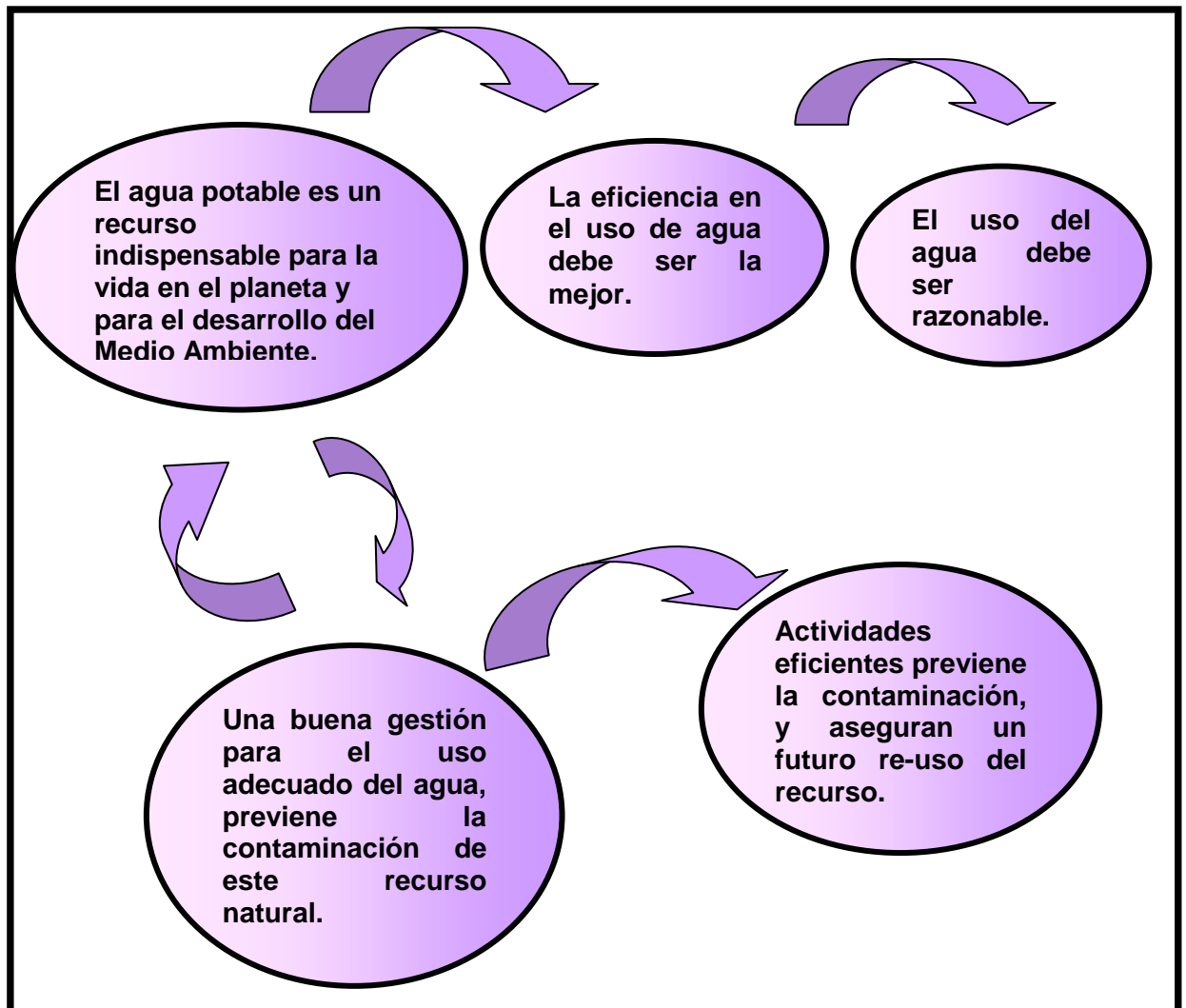
Gerente

ANEXO U. PROGRAMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL

MECANISMOS	COMENTARIO
Establecer equipos e implementos eficientes de medición.	Disminuir el consumo, significa hacer un uso eficiente del agua; un consumidor hace si bajo un determinado consumo y unos beneficios alcanzados de este uso, consigue disminuirlo sin sacrificar parte de los beneficios y logra con unas inversiones (costos) que no superan los costos involucrados en el programa para ahorrar agua.
Obtener beneficios agregados de uso.	El beneficio es el provecho que se obtiene de usar el agua como insumo productivo o como elemento para la satisfacción de necesidades humanas.
Ahorra Voluntariamente el agua.	Como Política nacional se espera que el ahorro del agua sea un acto voluntario, a la administración pública le es imposible imponerle mediante decretos o reglamentos. Así que una de las mejores formas de lograrlo es sensibilizando y concientizando al personal sobre los beneficios económicos, sociales y ambientales que en el presente y futuro se derivan de este tipo de comportamientos ciudadanos.
solidarizarse con las pérdidas	Las pérdidas de agua de los operadores independientemente de lo eficiente de su gestión, se recuperan en la factura mediante un factor de corrección en la fórmula que establece el consumo para cada usuario.

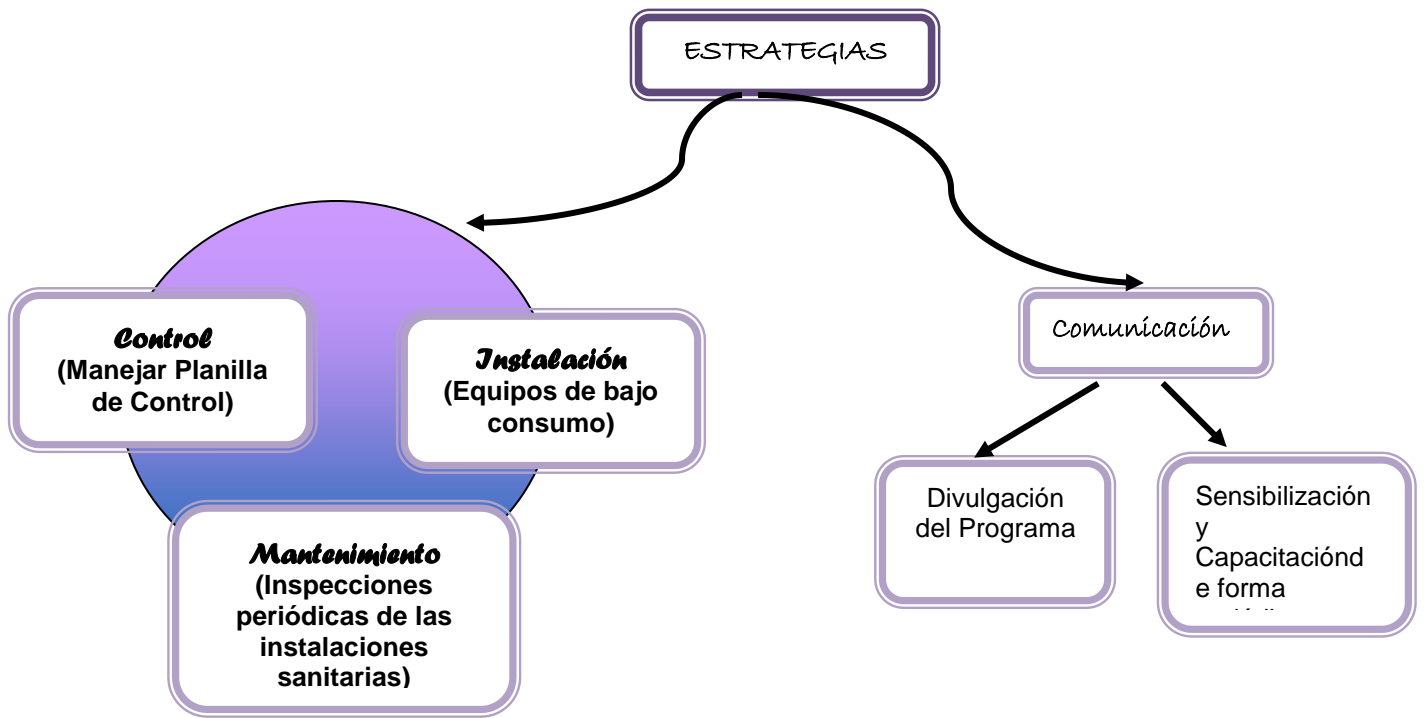
Fuente: Foro mundial del agua (2006)

MARCO DE TRABAJO



ESTRATEGIAS

Buscando un uso adecuado del recurso hídrico en el Hospital Regional de García Rovira se desarrollaron estrategias, las cuales incluyen la divulgación acerca del uso eficiente del agua dentro de la Institución, y el desarrollo conceptual necesario, buscando así el apoyo conjunto de la parte administrativa como la de todo el personal del Hospital.



ACCIONES

Las acciones a desarrollar dentro del Programa: “Manejo Integrado del Recurso Hídrico” para lograr los objetivos fijados, los cuales se mencionan a continuación:

- Realizar inspecciones preventivas a todas las instalaciones sanitarias para detectar fugas.
- Realizar reparaciones inmediatas a las fugas detectadas en las inspecciones preventivas.
- Cambiar a inodoros de bajo consumo en las partes críticas, o donde estos más se utilicen reduciendo el consumo de 30 a 40 Lit. diarios por persona.
- Reparación de sanitarios, orinales, llaves de lavamanos que se encuentren en mal estado.
- Comunicar a toda la comunidad Hospital Regional de García Rovira el correcto manejo del agua, mediante folletos, mensajes por el alta voz, carteleras colocadas en puntos estratégicos de la Institución.
- Instalar reductores de presión en los lavamanos que tengan mayor afluencia de personas.
- Realizar charlas, Capacitaciones y Comités en donde se concientice al personal sobre los beneficios que trae el adecuado uso del agua.

META

Porcentaje de reducción del 5% del Consumo de agua en la Institución con respecto al año anterior.

INDICADOR

Este indicador se implementa cada mes, según el recibo del agua

$$I \text{ Agua} = \frac{\text{Cant} - \text{Cact}}{\text{Cant}} \times 100$$

Formato de control de acciones del Programa: "Manejo Integrado del recurso Hídrico"

Periodo	Consumo actual	Consumo anterior	<i>I</i> agua	Responsables	Observaciones

Formato de control

En el formato de control se especificaran las acciones realizadas para el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, con su respectivo costo, para poder determinar el costo de la Implementación

Fecha	Acción realizada	Costo (\$)	Observaciones

USO EFICIENTE Y AHORRO DE ENERGÍA

La forma más eficiente para asegurar un abastecimiento de Energía eléctrica a futuro es utilizándola hoy de manera eficiente, es decir, utilizar solo la necesaria.

Este programa pretende brindar el uso y manejo del recurso energético en la Institución, identificando y clasificando cada uno de los aparatos electrónicos, la iluminación de las diferentes Áreas, identificando los sitios en donde se pueda generar mayor desperdicio energético.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Controlar en el Hospital Regional de García Rovira el adecuado manejo del recurso energético.

Objetivos específicos

- Difundir y educar a todo el personal sobre el adecuado manejo del recurso energético.
- Reducir los consumos de energía mediante la aplicación de acciones y estrategias que ayuden a disminuir el consumo.
- Garantizar el uso adecuado de la Energía eléctrica mediante verificaciones a través de la red de la Institución.

MARCO LEGAL

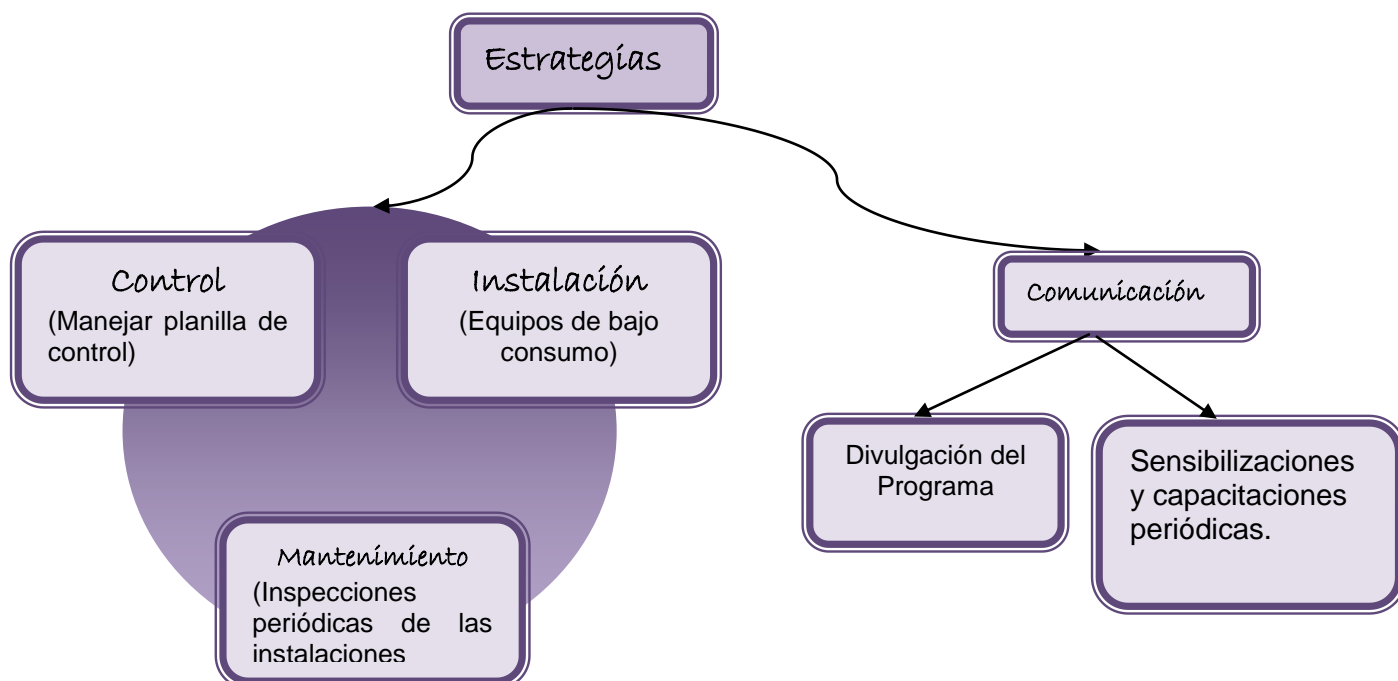
LEY O DECRETO	TEMA
Ley 142 de 1984	Por el cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones.
Ley 697 de 2001	Mediante la cual se fomenta el uso racional y eficiente de la Energía, se promueve la utilización de Energías alternativas y se dictan otras i.
Decreto 3683 de 2003	Por el cual se reglamenta la ley 967 de 2001 y se crea una comisión intersectorial.

Fuente: www.secretariadeambiente.gov.com

MECANISMOS

MECANISMOS	COMENTARIOS
Estimar la magnitud del consumo energético.	Estudiar muy detalladamente los usos finales de la Energía a partir de los datos registrados, auditorías, mediciones. etc.
Evaluar tecnologías	Verificar la eficiencia energética, además de los Aspectos técnicos, los factores económicos y ambientales.
Recopilar datos	De los aparatos energéticamente eficientes, sus rendimientos, costos y demás características
Tecnologías alternativas	Recopilar información acerca de estas tecnologías, incluyendo en el estudio fuentes y tecnologías tanto convencionales como no convencionales, y especialmente aquellas basadas en fuentes renovables y/o procesos de conversión menos contaminantes.
Estimar la demanda futura de los servicios energéticos	Basados en la expectativa de crecimiento poblacional, el incremento en la actividad económica, y otros factores, se planea un futuro escenario de consumo Energético dentro de la ESE.
Elaborar una metodología	La cual logre determinar la optima combinación de tecnologías de producción, distribución ya horro de energía, con el objetivo de satisfacer los futuros requerimientos de los servicios energéticos al mínimo costo.

Fuente: "Energía para el Planeta Tierra"



ACCIONES

Las acciones a implementar por el Hospital Regional de García Rovira con el fin de hacer más eficiente el uso del papel son:

- Fotocopiar e imprimir a doble cara: Utilizar las dos caras de cada hoja, con esto se evita que menos documentación en el archivo.
- Reducir el tamaño de la imagen a fotocopiar: Así será más eficiente la utilización de cada papel.
- Elección de tamaño de la letra y la fuente: Elegir el tamaño de letra más pequeña que se pueda, esto ahorra muchas hojas. Se puede trabajar en el computador con un tamaño de letra grande, y en el momento en que se vaya a imprimir se disminuye el tamaño, cada tipo de letra ocupa un espacio diferente; por ejemplo: Times y Calibri ocupan menos espacio que Arial.
- Configuraciones de Página: Configurar márgenes pequeñas para imprimir borradores o documentos internos.
- Corrección en pantalla: Pasar el corrector ortográfico y/o gramatical antes de imprimir, para evitar tener que volver a imprimir un documento.
- Evitar copias innecesarias: Es necesario hacerse las siguientes preguntas antes de realizar una copia o una impresión:
 - ✚ ¿Está segur@ que es necesario copiar/ imprimir este documento?
 - ✚ ¿Has confirmado cuantas copias realmente se necesitan?
 - ✚ ¿Has corregido y comprobado el documento antes de imprimirlo?
- Guardar archivos en la Computadora: Guardar en el disco duro del equipo la mayor cantidad de archivos, no es necesario guardar copias en papel de todos los documentos de texto.
- Conocer el uso correcto de fotocopiadoras e impresoras: Conocer el funcionamiento correcto de impresoras y fotocopiadoras evita el despilfarro de papel.
- La impresión o copia deberá realizarse solo cuando sea estrictamente necesario.

Comunicación

- Uso del correo electrónico: Utilizar el correo electrónico para enviar documentos o archivos evita la impresión.
- Compartir documentos: No es necesario realizar varias copias de un documento para consulta o información interna; se puede distribuir por internet y/o implementar un buen sistema de consulta de todo el personal.
- Circulares: Imprimir una circular por oficina; utilizar las carteleras de información para que todo el personal del Hospital la conozca evitando así la impresión de más hojas.

INDICADOR

Este indicador se implementa cada mes, según el recibo del agua

$$I_{\text{Energía}} = \frac{\text{Cant} - \text{Cact}}{\text{Cant}} \times 100$$

Formato de control de acciones del Programa: "Manejo Integrado del consumo de Energía"

Periodo	Consumo actual	Consumo anterior	<i>I</i> Energía	Responsables	Observaciones

Formato de control

En el formato de control se especificaran las acciones realizadas para el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa, con su respectivo costo, para poder determinar el costo de la Implementación

Fecha	Acción realizada	Costo (\$)	Observaciones

Reciclaje de papel:

El papel utilizado por una cara, las carpetas, los sobres y muchos otros materiales de papelería se pueden reutilizar, para el mismo uso que tenían o para otros.

Se dispondrá de cajas ubicadas en puntos estratégicos de los diferentes servicios del Hospital para recoger y conservar el papel que se pueda reutilizar.

Reutilizar el papel usado por una cara, puede servir para:

- Fotocopiar/imprimir por la otra cara.
- Escribir borradores
- Tomar notas en reuniones, o de llamadas telefónicas, etc.
- Los ganchos de grapadora, procedentes de la hojas para reutilizar, serán dispuestos en una cajita que se colocará en cada servicio para luego ser vendidos al reciclaje.

METAS E INDICADORES

Metas:

- Reducir en un 5% el papel consumido a nivel general.
- Reducir la adquisición de papel para fotocopidora en un 25%.

Indicadores

$$I \text{ papel} = \frac{\text{Cant}-\text{Cact}}{\text{Cant}} \times 100$$

En Resmas

FORMATOS

Periodo	Consumo actual	Consumo anterior	<i>I</i> papel	Responsables	Observaciones

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

Todas las actividades que se desarrollan en la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, conllevan a la generación de residuos que en algunas ocasiones son expuestos sin control alguno, convirtiéndose en un riesgo para la salud y para el medio ambiente por su condición patológica. Por tal motivo se hace necesaria la actualización y debido control operacional del PGIRH.

El programa: "Gestión Integral de Residuos" comprende: el Diagnóstico, la planeación y cobertura de las actividades relacionadas con la Gestión de los residuos hospitalarios y similares el Hospital Regional de García Rovira, desde la generación hasta su disposición final. La gestión Integral incluye los aspectos de generación, segregación, movimiento interno, almacenamiento central, desactivación, (Gestión Interna), recolección, transporte, tratamiento y/o Disposición final (Gestión Externa).

El manejo de residuos Hospitalarios y similares, se rige por los principios básicos de Bioseguridad, Gestión Integral, minimización en la generación, cultura de la no basura, prevención, determinados el decreto 2676 de 2000.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Llevar a cabo un Excelente manejo de los residuos del Hospital mediante la aplicación de acciones básicas y seguimiento de Indicadores de evaluación, para ayudar a la preservación del medio ambiente y el control del PGIRHS del Hospital Regional de García Rovira.

Objetivos Generales.

- Dar a conocer las diferentes acciones que se pueden realizar para disminuir los residuos sólidos.
- Sensibilizar al personal en cuanto a los beneficios que trae la práctica de rehúso y separación en la fuente de residuos.
- Verificar el estado de los elementos necesarios para el correcto desarrollo de los diferentes proyectos que conforman este programa.

- Actualizar el Documento del PGIRH y dar a conocer los avances que ha tenido la Institución en los componentes del mismo.

MARCO NORMATIVO

Leyes, Decretos y Resoluciones	TEMA
Ley 715 de 2001	Por el cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias
Ley 689 de 2001	Por la cual se modifica parcialmente la Ley 142 de 1994
Ley 632 de 2000	Por la cual se modifican parcialmente las Leyes 142, 143 de 1994, 223 de 1995 y 286 de 1996.
Ley 430 de 1998	Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referente a los desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones.
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba “el convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación.
Ley 142 de 1994	Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones.
Ley 99 de 1993	Por la cual se crea el Ministerio del Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la Gestión y Conservación del Medio Ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental-SINA- y se dictan otras disposiciones.
Ley 09 de 1979	Código Sanitario Nacional
Decreto 2811 de 1974	Código Nacional de los recursos naturales renovables y de protección del Medio Ambiente.
Decreto 605 de 1996	Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
Decreto 2763 de 2001	Por el cual se modifica el Decreto 2676 de 2000
Decreto 2676 de 2000	Por el cual se reglamenta la Gestión Integral la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares.
Decreto 1609 de 2002	Por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera.
Decreto 1669 de 2002	Por el cual se modifica parcialmente el decreto 2676 de 2000
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 2811 de 1974, la Ley de 1999 y 1993 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
Decreto 1140 de 2003	Por el cual se modifica el Decreto 1713 de 2002, en relación con el tema de las unidades de almacenamiento y se dictan

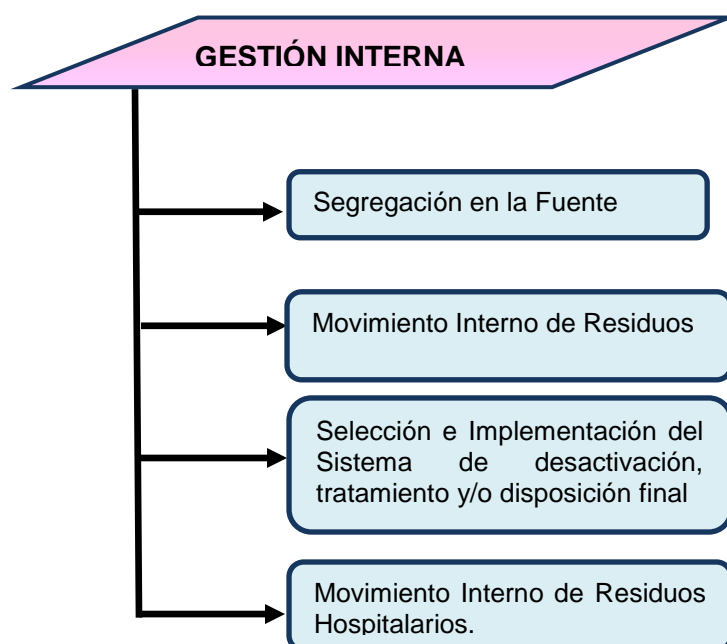
	otras disposiciones.
Decreto 1180 de 2003	Por el cual se reglamenta el título VIII de la Ley 99 de 1993 sobre Licencias Ambientales.
Decreto 1505 de 2003	Por el cual se modifica el Decreto 1713 de 2002, en relación con los planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4741 de 2005	Por el cual se reglamenta la prevención y manejo de los residuos y desechos Peligrosos generados en el marco de la Gestión Integral.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 4445 de 1996	Por la 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 1164 de 2002	Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.
Resolución 02263 de 2004	Por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y Similares y se dictan otras disposiciones.
Resolución 809 de 2006	Deroga la Resolución 1189 de 1994, por la cual se dictan regulaciones para impedir la introducción al territorio nacional de residuos peligrosos.
Resolución 1402 de 2006	Por la cual se desarrolla parcialmente el Decreto 4741 del 30 de Diciembre de 2005, en materia de residuos o desechos peligrosos.
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



GESTIÓN INTERNA

La gestión interna es el conjunto articulado de acciones operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación, seguimiento y monitoreo realizadas por el Hospital Regional de García Rovira, con el fin de prevenir, reducir la generación de residuos y el buen manejo de las etapas de: separación en la fuente, movilización interna, acopio interno, tratamiento y presentación de los residuos, con el fin de lograr beneficios sanitarios, ambientales, económicos y sociales.



Segregación en la Fuente

La segregación o separación en la fuente es la base fundamental de la adecuada gestión de residuos hospitalarios y similares y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinada, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación inicial de los residuos.

Para la correcta segregación de los residuos Hospitalarios y Similares, las áreas y/o servicios están dotadas de recipientes en cantidades y tamaños necesarios de acuerdo con el tipo y la cantidad de residuos que se generan.

Se ha evidenciado la adopción y estandarización del código de colores utilizado en la Institución, lo cual ha permitido unificar la segregación, clasificación de los diferentes residuos generados.

El código de colores utilizado dentro de la Institución se presenta a continuación:

CLASIFICACIÓN DEL RESIDUO	ETIQUETA O RÓTULO	COLOR DEL RECIPIENTE
<i>Biodegradable</i>	No Peligroso Biodegradable	Verde
<i>Ordinario y/o Inerte</i>	No Peligroso Ordinario e Inerte	Verde
<i>Reciclable Plástico</i>	Reciclable Plástico	Gris
<i>Reciclable Vidrio</i>	Reciclable Vidrio	Gris
<i>Reciclable papel, cartón y similares</i>	Reciclable papel y cartón	Gris
<i>Reciclable Chatarra</i>	Reciclable Chatarra	Gris
<i>Infecioso Biosanitarios</i>	Riesgo Biológico (Biosanitarios)	Rojo
<i>Infecioso Anatomopatológicos</i>	Riesgo Biológico (Anatomopatológicos)	Rojo
<i>Animales</i>	Riesgo Biológico (Animales)	Rojo
<i>Químico</i>	Inflamable	Rojo
<i>Químico</i>	Corrosivo	Rojo
<i>Químico</i>	Explosivo	Rojo
<i>Químico</i>	Tóxico. Ej.: Metales Pesados (Mercurio, Plata, Plomo, entre otros).	Rojo
<i>Radiactivo</i>	Radiactivos	Púrpura

Los recipientes utilizados en la ESE Hospital Regional de García Rovira, cumplen las características estandarizadas por la Norma, las cuales se describen en el siguiente cuadro.

ITEM	BOLSAS	CANECAS	CONTENEDORES CORTOPUNZANTES
CAPACIDAD	De acuerdo al volumen generado	Que permita almacenar entre recolecciones	No mayor a 2 litros
MATERIAL	Residuos infecciosos: Polietileno de alta densidad	Rígido impermeable, de fácil limpieza, resistente a la corrosión como el plástico	Rígidos, en polipropileno de alta densidad, no debe contener PVC.
ESPESOR	1.4 milésimas de pulgada: Bolsas pequeñas 1.6 milésimas de pulgada: Bolsas pequeñas	Livianas, que resista el manejo que se les da con los residuos.	Resistentes a rupturas y perforaciones por elementos cortopuzantes
FORMA	Variable	Ideal: tronco cilíndrico, sin aristas internas Dotado de tapa de buen ajuste	Con tapa ajustable, de boca angosta y tener una señal que indique hasta donde se debe llenar
ROTULO			
COLOR	VERDE	GRIS	ROJO
REQUERIMIENTOS	Las bolsas deben soportar la tensión ejercida por los residuos contenidos y por su manipulación	Livianas, Los recipientes para residuos infecciosos deben ser tapa pedal	Deben ser desechables, livianos, cierre hermético y tener soporte que impida su movimiento
IMAGEN			

ANEXO V. PLAN DE CONTROL OPERACIONAL PARA RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LA ESE

Almacenamiento de Residuos Químicos

El almacenamiento de sustancias residuales químicas, incluyendo los empaques y envases de medicamentos y fármacos, debe efectuarse teniendo en cuenta las siguientes medidas:

- Antes de almacenarlas deben ser identificadas, clasificadas y determinadas sus incompatibilidades físicas y químicas, mediante la ficha Técnica y de seguridad, la cual será suministrada por el proveedor.
- Manipular por separado los residuos que sean incompatibles.
- Conocer los factores que alteran la estabilidad del residuo tales como: Humedad, calor y tiempo de disposición.
- Los empaques de medicamentos deben ser destruidos previo a la segregación.
Dichos empaques se deben utilizar de tal forma que no sea posible su reutilización.
- El almacenamiento debe hacerse en estantes, acomodándolos de abajo hacia arriba. Los residuos de mayor riesgo deben ser colocados en la parte inferior, previniendo derrames.
- Las sustancias volátiles e inflamables deben almacenarse en lugares ventilados y seguros.

GESTIÓN EXTERNA

Es el conjunto de operaciones y actividades de la gestión de residuos las cuales actualmente en su gran mayoría se realizan por fuera del establecimiento del generador como la recolección, aprovechamiento, el tratamiento y/o disposición final. No obstante lo anterior, el tratamiento será parte de la Gestión Interna cuando sea realizado en el establecimiento del generador.

5.1.1.1. Documentación empresa incineradora (Gestión externa)

La E.S.E. Hospital Regional de García Rovira tiene contrato con la empresa del servicio especial de aseo Sandesol. El Hospital exigirá la licencia ambiental y el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios – Gestión Externa-. Estos documentos servirán para evaluar la gestión que realiza la empresa incineradora con los residuos.

Se tiene entendido que Sandesol cuenta con licencia ambiental Resolución N° 0144 de fecha 09 de febrero de 2000, emitida por la CDMB y resolución 0865 de fecha 21 de septiembre de 2001 por el Ministerio del Medio Ambiente, para la recolección, transporte e incineración del residuos especiales, biosanitarios e Industriales.

Además, Sandesol cuenta con planta de incineración propia ubicada en el Parque Industrial II etapa, en Bucaramanga, el incinerador trabaja con dos cámaras en la primera (combustión) se incineran los residuos y en la segunda (postcombustión) con dos (2) segundos de retención, la quema de gases y humos, lo que evita emisiones contaminantes a la atmósfera.

Los vehículos están adecuados para el transporte de estos residuos y por lo tanto cumplen con la normatividad vigente.

Dentro del servicio que prestará Sandesol al Hospital está la incineración de residuos Biosanitarios y cortopunzantes. La incineración de residuos anatomopatológicos se realizará una vez se acondicione el sistema de refrigeración al vehículo, para lo cual el hospital de igual forma deberá entregar los mismos residuos refrigerados.



COMUNICACIÓN INTERNA

Se publicará en cada servicio, en la señalización se indica el código de colores, el tipo de residuo y unos ejemplos de los residuos que se depositan en cada caneca, (Ver Anexo I), buscando mejorar los siguientes aspectos:

- Ⓢ Identificar y clasificar el residuo para eliminarlo en el recipiente respectivo.
- Ⓢ Desechar los residuos con un mínimo de manipulación.
- Ⓢ Reducir al mínimo la posibilidad de contaminación cruzada
- Ⓢ Evitar que determinados residuos reciban una disposición final que no les corresponda.
- Ⓢ Prevenir los riesgos laborales y ambientales derivados de una gestión incorrecta.

CARACTERIZACION CUALITATIVA

Se recomienda realizar la caracterización cualitativa 1 vez por año o cada vez que se requiera evaluar el programa de manejo de residuos.

La caracterización cualitativa consiste en identificar la composición de los residuos generados tanto peligrosos como no peligrosos; igualmente sirve para evaluar la segregación que se realiza en cada uno de los puntos de generación de residuos de los diferentes servicios.

La persona que realiza la caracterización debe tener en cuenta lo siguiente:

- Ⓢ Tener el esquema básico de vacunación
- Ⓢ Estar vacunado contra la hepatitis B (tres dosis y anticuerpos)
- Ⓢ Utilizar los elementos de protección personal: Guantes de látex, guantes de caucho, delantal, tapabocas, protector ocular, gorro.
- Ⓢ Debe contar con otra persona que se encargue de tomar los datos respectivos.
- Ⓢ Debe ser cuidadosa, se puede encontrar mala disposición de elementos cortopunzantes dentro de las bolsas.
- Ⓢ Debe tomar registro de los residuos que encuentre y especialmente resaltar los errores que se encuentren identificando el servicio, llevar un registro fotográfico.

CARACTERIZACION CUANTITATIVA

La caracterización cuantitativa se debe realizar para calcular los índices de destinación y para llevar un registro de la cantidad de residuos generados tanto peligrosos como no peligrosos, en el formato RH1, (Ver Anexo J y Numeral 9.1)

En el lugar de almacenamiento se tendrá una balanza o peso en el cual la persona encargada de entregar los residuos a las empresas de aseo, debe tomar el dato y registrarlo en el formulario RHP1.

DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS

Para realizar la manipulación segura de los residuos que vayan a ser enviados a una planta de tratamiento de residuos peligrosos, deben desinfectarse previamente con técnicas de baja eficiencia de tal forma que neutralicen o desactiven sus características infecciosas.

NOTA: dado que el cloro es uno de los precursores en la formación de agentes altamente tóxicos como las Dioxinas y Furanos, no se deben desinfectar con Hipoclorito los residuos que vayan a ser incinerados.

Anatomopatológicos

La manipulación correcta de los residuos anatomopatológicos debe ser tal que se minimice la posibilidad de derrames accidentales de los mismos durante el transporte, y por ende, minimice la posibilidad de lesiones al personal y/o de infección potencial a quienes los manipulan y a terceros que lleguen a entrar en contacto con ellos.

Una vez se generen, serán desinfectados (desactivación química de baja eficiencia) antes de ser llevados al almacenamiento central refrigerado, se colocan en recipientes plásticos, a prueba de goteo para su posterior entrega a la empresa especial de aseo.

Placentas

- ➡ Disponer en recipiente de plástico y adicionar formol al 10%.
- ➡ Llevar al cuarto de almacenamiento central a refrigeración
- ➡ Entregar a la empresa especial de aseo

NOTA: CARACTERISTICAS DEL FORMOL

➡ **FORMALDEHIDO –METANAL AL 37%: FORMOL**

Líquido claro, casi incoloro, de olor penetrante e irritante; en reposo se polimeriza espontáneamente originando un polímero sólido denominado Paraformaldehído.

Por esta razón las soluciones se estabilizan con Metanol del 10-15%.

➡ **Desventajas**

- ⊗ Acción lenta
- ⊗ La materia orgánica interfiere en su actividad

- Ⓢ Sus vapores son irritante: puede producir irritación de la mucosa respiratoria y ocular, quemaduras al contacto directo, urticaria, dermatitis, dificultad respiratoria, edema pulmonar y alteración del sistema nervioso.
- Ⓢ Las diluciones se inactivan al almacenar por efectos de la temperatura y la evaporación.



Almacenamiento

- Ⓢ Guardar sin diluir en sitio fresco y ventilado; en caso de derrame, aplicar sobre la superficie un material absorbente como arena, aserrín o talco con el fin de controlar la emisión de vapores.



Precauciones

- Ⓢ Tener buena ventilación donde se diluye
- Ⓢ Usar elementos de protección personal: gafas, guantes y mascarilla.
- Ⓢ Diluir sólo lo necesario inmediatamente antes de utilizarlos.
- Ⓢ Cerrar muy bien el frasco o garrafa.

Para desactivar las placentas se va a utilizar una dilución de 100 c.c. a una concentración del 10%, según el formol utilizado se puede calcular utilizando la fórmula del hipoclorito, (véase figura 52), si el formol viene a 37% necesitamos 72 c.c. de agua y 28 c.c. de formol al 37%.

Líquidos biológicos o fluidos corporales

- ➡ Disponer en recipiente de plástico y adicionar hipoclorito de sodio a 5000ppm
- ➡ Dejar actuar durante 30 minutos
- ➡ Verter o descartar a la red de alcantarillado.

NOTA: La dilución del hipoclorito la encuentra en el Anexo K

Coágulos de sangre

- ➡ Disponer en un frasco o garrafa de plástico con tapa. Y rotulado "Coágulos"
- ➡ Llevar al cuarto de almacenamiento central a refrigeración
- ➡ Entregar a la empresa especial de aseo para Incineración

NOTA: Las garrafas plásticas que se utilicen no deben ser de PVC

Piezas dentales

Las piezas dentales se envuelven en una gasa y se disponen en la bolsa roja sin ningún tipo de desactivación.

Muestras de materia fecal

Residuos de materia fecal se deja en el mismo frasco en que llega la muestra, se sella bien y se dispone en la bolsa roja para posterior incineración.

Cultivos de laboratorio

- Llevar al autoclave a 15lb/pulg² de presión durante 15 minutos
- Disponer en bolsa de color rojo
- Entregar a la Ruta Sanitaria para que lo lleve al almacenamiento central
- Entregar a la empresa especial de aseo para incineración

Residuos Cortopunzantes

Para los residuos cortopunzantes se estipula que las agujas deben introducirse en el contenedor sin reenfundar, las fundas o caperuzas de protección se disponen en el recipiente del reciclaje (color gris), siempre y cuando no se encuentren contaminadas de sangre y otro fluido corporal.



- Disponer en el contenedor de elementos cortopunzantes
- Llenar hasta las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad
- Aplicar Peróxido de Hidrógeno del 20 al 30%, dejar actuar durante 20 minutos
- Colocar un tamiz y extraer la sustancia
- Sellar el contenedor
- Entregar a la Ruta Sanitaria para que lo lleve al almacenamiento central
- Entregar a la empresa especial de aseo para incineración

NOTA: Aplicar solamente esta sustancia, ya no se permite aplicar hipoclorito de sodio para elementos o residuos cuya disposición final sea a la incineración.

Residuos químicos de medicamentos

Los residuos usados, vencidos, deteriorados, mal conservados o provenientes de lotes que no cumplen especificaciones de calidad, son considerados como residuos peligrosos.

- Disponer en Bolsa de color rojo
- Rotular la bolsa como “Químicos reactivos” o “Fármacos”

- Hacer un listado de los residuos
- Colocar el grado de riesgo y anexar fichas técnicas
- Enviar este listado a la empresa especial de aseo
- Esperar evaluación y respuesta de la empresa
- Entregar a la empresa especial de aseo y pedir acta de incineración de los residuos.

Si se van a reciclar los empaques de los medicamentos se deben tomar en cuenta precauciones como: las cajas de los medicamentos se deben romper, los frascos de medicamentos y de detergentes se deben perforar siempre y cuando sea posible, además se deben retirar las etiquetas, corchos, tapas. Lo anterior con el fin de evitar sean reutilizados por personas inescrupulosas

Una vez tomadas las precauciones anteriores, disponerlos materiales reciclables en bolsas de color gris, finalmente entregarlos a empresas confiables de recicladores.

Residuos químicos mercuriales

- Disponer en recipiente plástico, con tapa y rotulado “Mercuriales”
- El frasco debe contener glicerina, aceite mineral o soluciones de permanganato de potasio al 2%. Se utilizan estas sustancias en una cantidad igual al peso de los residuos.
- Entregar a la empresa especial de aseo para realizar la recuperación de los metales pesados que contienen.

Residuos químicos reactivos

Líquidos reveladores

Estos residuos se encuentran en la clasificación como residuos peligrosos químicos reactivos (provenientes del revelado de placas de rayos X), el revelador se vierte por el alcantarillado diluido en agua y el fijador se puede vender a una persona que tenga permiso para tratar estos residuos.



MOVIMIENTO DE RESIDUOS

El movimiento interno de los residuos, es una de las actividades que se debe realizar bajo condiciones como las siguientes:

- Ⓞ En forma independiente residuos peligrosos y no peligrosos.
- Ⓞ En horarios en que no haya usuarios o pacientes dentro del hospital.
- Ⓞ En horas donde no se esté repartiendo comidas.
- Ⓞ Por la ruta más corta, cubriendo la totalidad de la institución.
- Ⓞ Utilizando los elementos de protección personal.

- Ⓞ Las bolsas se deben cerrar en la caneca que se encuentran antes de retirarlas.
- Ⓞ Se recomienda a las IPS de segundo nivel, llevar un control microbiológico de los implementos utilizados en el manejo interno de los residuos, con el fin de adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñó la ruta sanitaria del hospital. (Véase Anexo H).

5.1.2. Movimiento interno de Residuos

Ruta sanitaria de residuos no peligrosos

Para realizar la ruta sanitaria de residuos no peligrosos se utilizará un carro recolector, La ruta sanitaria de los residuos no peligrosos ordinarios se realizara todos los días a las 5:00 p.m., ya que en este horario se cumple con todas las especificaciones anteriores.

El reciclaje se recoge utilizando la misma ruta establecida para los residuos ordinarios.

Ruta sanitaria de residuos peligrosos

La ruta sanitaria de los residuos peligrosos se realizará todos los días a las 6:00 p.m., el carro recolector utilizado es de color rojo.

ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

Almacenamiento Central

El almacenamiento central es el lugar donde permanecen los residuos para entregarlos a las empresas de recolección externa, en el Hospital el almacenamiento va a quedar ubicado en al lado del garaje de la ambulancia, como se ve en el plano (ver anexo H), se diseño cumpliendo con las siguientes características, (Véase anexo F):

- Ⓞ Estar dotado de contenedores para cada tipo de residuos.
- Ⓞ Es un área de acceso restringido, con elementos de señalización y permanece cerrado.
- Ⓞ Cubierto para protección de aguas lluvias.
- Ⓞ Iluminación y ventilación adecuadas
- Ⓞ Paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior
- Ⓞ Equipo de extinción de incendios.

- Ⓢ Acometida de agua y drenajes para lavado
- Ⓢ Elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc.
- Ⓢ Localizado dentro de las instalaciones del hospital, aislado de servicios asistenciales.
- Ⓢ Debe estar señalizado como “ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS”
- Ⓢ Disponer de espacios por clase de residuo, se encuentran separados por un muro, cada sección se encuentra señalizada, “RESIDUOS NO PELIGROSOS” Y “RESIDUOS PELIGROSOS”.
- Ⓢ Se tiene canecas para cada tipo de residuo, son rígidas, plásticas, impermeables y retornables, cumplen con el código de colores, tienen tapa de buen ajuste y permanecen tapadas.
- Ⓢ Dispone de una báscula y lleva un registro para el control de la generación de residuos (RH1).
- Ⓢ Es de uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares.
- Ⓢ Se recomienda a las IPS de segundo nivel llevar un control microbiológico periódico en estos lugares, con el fin de evaluar los procedimientos de desinfección y adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.
- Ⓢ Los residuos hospitalarios peligrosos infecciosos (anatomopatológicos) de IPS de segundo nivel deben almacenarse en ambientes con una temperatura no mayor de 4°C, nunca a la intemperie.

DISPOSICIÓN FINAL

Disposición final por clase de residuos y empresa encargada

TIPO DE RESIDUO		DISP. FINAL	EMPRESA
RESIDUOS NO PELIGROSOS	Biodegradables, inertes y ordinarios o comunes	Relleno sanitario	Empresas publicas de Málaga 2 vez/sem
	Reciclaje	Reciclaje	
RESIDUOS PELIGROSOS	Biosanitarios	Incineración	SANDESOL 2 vez/mes
	Anatomopatológicos		
	Cortopunzantes		
	Metales pesado	Almacenamiento	
	Reactivos de Rayos X	Fijador Revelador	Almacenamiento Alcantarillado

CONTROL DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFERICAS

OBJETIVO: Controlar los vertimientos que se realizan por la E.S.E. hospital Regional de García Rovira a la red de alcantarillado del municipio de Málaga, y las emisiones atmosféricas que genera, para disminuir los impactos al agua y al aire.












CONTROL DE MICROORGANISMOS PATOGENOS

Por las características y cantidades de las descargas que diariamente se realizan a la red de alcantarillado, es necesario controlar adecuadamente los microorganismos patógenos y la contaminación de las aguas.

Para controlar los microorganismos patógenos se debe utilizar un desinfectante que elimine los microorganismos causantes de diferentes enfermedades.

Características de un Desinfectante ideal

Un desinfectante ideal, debe cumplir con las siguientes características:

-  Amplio espectro
-  Acción Rápida
-  No afectado por factores ambientales
-  No tóxico
-  Compatibilidad con materiales
-  Efecto residual sobre la superficie tratada
-  Fácil de usar
-  Inoloro
-  Económico
-  Soluble
-  Estable.

Acción de los Desinfectantes

La acción de los desinfectantes se divide en tres grupos:

Desinfección de alto nivel

Destruye todas las formas de vida de microorganismos excepto gran cantidad de esporas. Se utiliza en desinfección de elementos semicríticos.

Desinfección de nivel intermedio

Inactiva virus, bacterias en estado vegetativo, hongos, mycobacterium tuberculosis y no necesariamente esporas. Es usado para la desinfección de

superficies de áreas de alto, mediano y bajo riesgo dependiendo de la concentración de la solución.

Desinfección de Bajo nivel

Destruye la mayoría de las bacterias, hongos, algunos virus pero no microorganismos. Se utiliza para desinfección de elementos no críticos, áreas, muebles y enseres del paciente.

Los desinfectantes más utilizados son los compuestos yodóforos, aldehídos, clorados, alcoholes y peroxígenos.

El hospital, utilizan el hipoclorito de Sodio al 5.25% por cumplir con la mayoría de las características mencionadas anteriormente.

Hipoclorito de sodio

Es un desinfectante de Nivel intermedio; su acción oxidante provoca quemaduras de las paredes celulares de los microorganismos, alteración de las moléculas de proteínas y ácidos nucleicos e inhibición enzimática. Es altamente bactericida, destruye microorganismos gram positivos y gram negativos, hongos y virus.

Uso del hipoclorito de sodio

Recomendado para pisos, paredes, baños, mesas quirúrgicas, materiales de laboratorio, equipo metálico inoxidable, superficies de trabajo, líquidos de desecho y descontaminación de las superficies.

Recomendaciones

1. Manipular con protección: guantes y tapabocas
2. Se hace preparación diaria.
3. El tiempo de duración de las soluciones cloradas varía según las condiciones ambientales, de almacenamiento y empaque del producto y requieren de recipientes opacos no metálicos para su almacenamiento.
4. Se inactiva por la luz y el calor y por materia orgánica luego de doce horas de preparado.
5. No mezclar con detergentes pues esto inhibe su acción y produce vapores irritantes para el tracto respiratorio.
6. Desecharlo inmediatamente después de usarlo
7. Es corrosivo para el níquel, el hierro y el acero, por lo tanto no se debe dejar el instrumental más tiempo del indicado y utilizar las diluciones adecuadas.

Como preparar soluciones de hipoclorito?

El hipoclorito que compra es al 5.25% (Ver Anexo K. Cuadro de diluciones), si se cambia la concentración del hipoclorito que se compra es necesario actualizar la tabla de diluciones de acuerdo a la siguiente formula:



Para calcular esta concentración se utiliza la fórmula:

Fórmula para la dilución del hipoclorito

$$V = \frac{Cd \times Vd}{Cc}$$

Vd: Volumen deseado (cc)

Cd: Concentración deseada (%)

Cc: Concentración conocida (%)

Ejemplo:

$$V = \frac{0.5\% \times 1000cc}{5.25\%} = 95cc$$

Se debe agregar 95c.c. de hipoclorito de sodio al 5.25% a 905c.c. para tener 1000c.c. de una dilución al 0.5%.

CARACTERIZACIÓN DE AGUAS RESIDUALES

La caracterización de las aguas residuales del Hospital se realiza para determinar si cumple o no cumple con los parámetros por ley establecidos en el decreto 1594 de 1984.

La caracterización consiste en un estudio de las aguas residuales del Hospital, en el cual se debe realizar un monitoreo mediante la técnica de muestra compuesta, tomando alícuotas cada hora e integrando al final de la jornada de acuerdo al caudal, se realizarán las mediciones de pH, caudal y temperatura en el sitio.

Para dicho estudio se debe contratar laboratorio de aguas, el cual debe ser certificado por la autoridad ambiental con el fin de garantizar la veracidad en los resultados del estudio.

Los parámetros a tener en cuenta en la caracterización de las aguas residuales son:

PH y Temperatura, Surfactantes, Sólidos Suspendidos, Plomo, Fosfatos, DBO5, DQO, Grasa y Aceites, Sólidos Totales, Sólidos Disueltos, Sólidos Sedimentables, Turbiedad, Coliformes Totales, Coliformes Fecales, Estreptococos, Caudal y Plata.

La información respecto a la frecuencia de monitoreo y otros parámetros, se pidió por medio escrito a la CAS.

La caracterización se debe realizar bajo auditoría de la autoridad ambiental, es por lo anterior que siempre se le debe participar de la fecha del muestreo con 8 días de anticipación para que esté presente y el estudio tenga validez.

CONTROL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y PLANES DE CONTINGENCIA

“Las medidas de higiene y seguridad permitirán proteger la salud del trabajador y prevenir riesgos que atenten contra su integridad. Teniendo en cuenta que la protección de la salud del personal que ejerce las labores de aseo y limpieza son fundamentales, se deben poner en práctica las medidas de seguridad en el manejo de todos los residuos especialmente la utilización de elementos de protección personal adecuados para cada caso”.

RESPONSABLE: Subgerente de servicios y Representante de enfermería

OBJETIVO: Garantizar la integridad de la salud de los trabajadores, pacientes y visitantes, realizando un manejo seguro de los residuos hospitalarios en la E.S.E. Hospital Regional de García Rovira.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Los elementos de protección personal mínimos necesarios para llevar a cabo la recolección de los residuos hospitalarios y con características similares de una forma segura son (Ver cuadro 37):

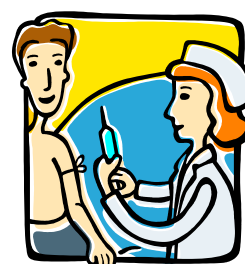
- Ⓢ Ropa de trabajo institucional.
- Ⓢ Delantal plástico tipo industrial de color claro con ajuste a la cintura
- Ⓢ Guantes de caucho tipo industrial, calibre 25, largo 20 cm
- Ⓢ Tapabocas o mascarilla
- Ⓢ Gorro
- Ⓢ Protector ocular con visión panorámica
- Ⓢ Botas de caucho de color claro, tipo mediacaña y suela antideslizante



De los anteriores, la protección ocular y la mascarilla no son de uso obligatorio en caso de recolección de residuos no peligrosos.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES

El personal involucrado en el manejo de residuos hospitalarios tendrá en cuenta las siguientes medidas para su seguridad:



- Ⓢ Asumir que todo paciente está potencialmente infectado, al igual que los materiales que han entrado en contacto con sus líquidos corporales.
- Ⓢ Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada contacto con material patógeno.
- Ⓢ Conocer sus funciones específicas, la naturaleza y responsabilidades de su trabajo y el riesgo al que está expuesto.
- Ⓢ Someterse a un chequeo general y aplicarse el esquema completo de vacunación.
- Ⓢ Encontrarse en perfecto estado de salud, no presentar heridas.
- Ⓢ Evite la manipulación directa de materiales contaminados si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas, hasta tanto hayan desaparecido.
- Ⓢ Desarrollar su trabajo con el equipo de protección personal.
- Ⓢ Abstenerse de ingerir alimentos o fumar mientras desarrolla sus labores.
- Ⓢ Disponer de los elementos de primeros auxilios.
- Ⓢ Mantener en completo estado de asepsia el equipo de protección personal.

Descripción y uso de los elementos de protección personal

TIPÓ DE ELEMENTO	ESPECIFICACIÓN	USO
Guantes: Brindan protección a la piel contra la exposición a líquidos de protección universal.	Industrial: Guantes de caucho, calibre 25, talla a la necesidad del usuario, largo: 20 cm	* Aseo en lugar de almacenamiento de residuos. * Labores diarias de recolección * Lavado de recipientes.
Protección Ocular: Brindan protección a los ojos contra salpicaduras y aerosoles de líquidos de precaución universal.	* Gafas en policarbonato, Visión panorámica, ventilación lateral. * Careta o visera	* Labores de recolección y transporte manual de residuos.
Protección respiratoria: Previene la exposición de las membranas mucosas de la boca y de la nariz a líquidos de precaución universal	* Mascarilla para polvos no tóxicos * Mascarilla repelente de fluidos	* Todas las labores de manejo de residuos infectados. * Labores de aseo de lugar de almacenamiento de residuos.
SobreRopa	Delantal Plástico	* Procedimiento de limpieza y lavado del almacenamiento central.
Calzado	Botas de caucho de color claro. Tipo media caña con suela antideslizante	* Labores de lavado y aseo a almacenamiento de residuos. * Labores de limpieza y desinfección de áreas.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

Las normas de bioseguridad son las precauciones y procedimientos para garantizar el control de riesgos laborales procedentes de: agentes físicos, biológicos, químicos y radioactivos que constituyen una amenaza para el personal de salud, los clientes y el medio ambiente.

- Ⓜ Aplicar las Normas Universales de Bioseguridad.
- Ⓜ Todas las auxiliares, dedicadas a las labores de manejo de residuos deben mantener actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B.
- Ⓜ Utilizar los elementos de protección personal según lo especificado.
- Ⓜ No consumir alimentos no fumar durante las actividades de manipulación de residuos.
- Ⓜ Maneje con estricta precaución los elementos cortopunzantes y dispóngalos o deséchelos en el contenedor adecuado.
- Ⓜ Absténgase de doblar o partir manualmente las hojas de bisturí, cuchillas, agujas o cualquier otro elemento corto punzantes.
- Ⓜ No cambie elementos cortopunzantes de un recipiente a otro.
- Ⓜ Descontaminar, lavar, desinfectar y mantener secos y ordenados los elementos de aseo.
- Ⓜ Observar el trapero antes de refregarlo o exprimirlo para detectar la presencia de material corto punzante.
- Ⓜ En caso de ruptura de material de vidrio contaminado con sangre u otro líquido corporal, los vidrios deben recogerse con escoba y recogedor, nunca con las manos y depositarlos en una caja de cartón antes de disponerlos en bolsa roja.
- Ⓜ Mantener los basureros rojos tapados.
- Ⓜ Todos los residuos que se encuentran en la bolsa roja se consideran contaminados, éste tipo de residuos no se pueden vaciar de una bolsa a otra.
- Ⓜ Anudar las bolsas antes de sacarlas del basurero.
- Ⓜ No introducir las manos dentro del recipiente porque se puede ocasionar pinchazos, cortadas o contacto con material contaminado.
- Ⓜ Acondicionar en forma apropiada todos los residuos que puedan representar riesgo y evitar abrir los recipientes rígidos que contengan residuos peligrosos especialmente elementos corto punzantes.
- Ⓜ Comunicar la presencia de elementos cortopunzantes en sitios no adecuados para que se tomen las medidas correctivas.
- Ⓜ Mantener los elementos utilizados para la descontaminación (aserrín, hipoclorito, etc.) en un lugar de fácil acceso para la emergencia.



- Ⓢ Notificar todo tipo de punción, raspadura y laceración que se presente durante el proceso de manejo de residuos para que sea clínicamente evaluado y haga el reporte inmediato de accidente de trabajo.

GUIA DE ASEO Y DESINFECCIÓN

Para seguir la guía de aseo y desinfección, se debe utilizar hipoclorito de sodio, ver numeral 6.1.3. y el Anexo K, para manejarlos de una forma adecuada.

Descontaminación

Es el proceso químico para inactivar los microorganismos y disminuir el riesgo de contaminación del personal de salud al realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados en el manejo de los desechos hospitalarios y similares. Se utiliza hipoclorito de sodio a 5000 ppm.

Limpieza

Es el proceso físico y químico de remoción de material extraño (suciedad, materia orgánica, etc.) de los objetos y superficies. Es el paso más importante en el proceso. Un aseo meticuloso reduce significativamente los microorganismos y la materia orgánica. Se realiza con agua y jabón abundante.



Desinfección

Es el proceso químico que elimina todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas bacterianas. Esta se realiza utilizando un agente desinfectante, hipoclorito a 5000 ppm.

Instrucciones de limpieza y Desinfección

Recipientes reutilizables

Aplicar el proceso de descontaminación, limpieza y desinfección antes de colocar nueva bolsa.

Elementos de protección personal

Deben someterse a limpieza y desinfección terminada la jornada de recolección.

Almacenamiento central

- Ⓢ Retirar los recipientes del almacenamiento
- Ⓢ Lavar las paredes aplicando la guía de aseo y desinfección utilizando escobillas de arriba hacia abajo.
- Ⓢ Lavar el piso aplicando la guía de aseo y desinfección utilizando escoba y secar con trapero.
- Ⓢ Realizar este proceso cada vez que se realice la recolección externa de los residuos.

Elementos de Aseo

Todos los elementos de aseo utilizados en los anteriores procedimientos serán específicos para cada tarea y se deben someter a descontaminación, limpieza y desinfección diaria.

ANEXO W. PLAN DE EMERGENCIA PARA RESIDUOS PELIGROSOS

PLANES DE CONTINGENCIA

El plan de contingencia contempla las medidas necesarias que se deben tomar durante eventualidades o situaciones de emergencia. Es un importante elemento de seguridad y de respuesta rápida que ayuda a minimizar exposiciones desconocidas que pueden presentarse cuando se manejan productos y/o servicios potencialmente riesgosos. Los funcionarios que atiendan el incidente deben utilizar los elementos de protección personal.

Medidas de prevención

- Ⓢ Observar que al colocar la bolsa no se encuentre con rotos.
- Ⓢ Entrenar al personal en técnicas de limpieza y desinfección.
- Ⓢ Mantener todos los recipientes tapados.
- Ⓢ Ubicar correctamente las canecas en lugares donde no se interfiera el paso.
- Ⓢ Mantener el contenedor de elementos cortopunzantes en el soporte.

Emergencia interna

Rotura de bolsa

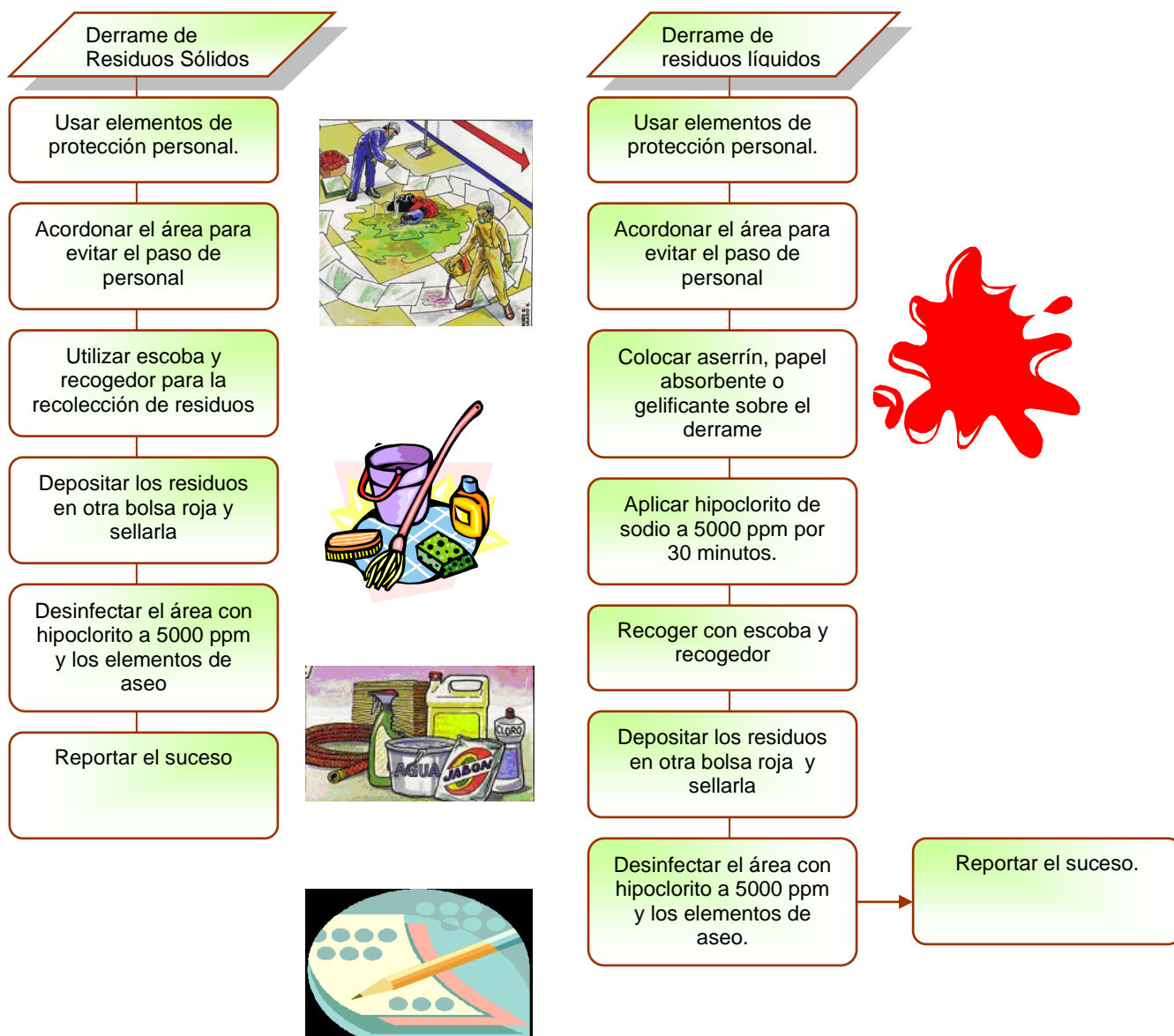
El procedimiento a seguir cuando ocurre rompimiento de una bolsa que contenga residuos de riesgo biológico es el siguiente:

Si al momento de sacar la bolsa del recipiente que contiene residuos de riesgo biológico observa que está rota, debe hacer lo siguiente:

- Ⓢ Colocar nuevamente la bolsa dentro del recipiente para que su contenido no caiga al piso.
- Ⓢ Llevar el recipiente con todo su contenido, al cuarto de aseo.
- Ⓢ Sacar la bolsa rota del recipiente reutilizable.
- Ⓢ Colocarla dentro de otra bolsa roja.
- Ⓢ Descontaminar el recipiente con hipoclorito a 5000 ppm.
- Ⓢ Lavar con agua y jabón y desinfectar con hipoclorito a 5000 ppm por 30 min.
- Ⓢ Proceder de igual manera con el área y los implementos utilizados.
- Ⓢ Evaluación del evento.

Derramamiento durante el movimiento interno

Si ocurre derrame de residuos de riesgo biológico (Líquidos o sólidos) durante el movimiento interno al sitio de almacenamiento, se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:



En caso de tener que recoger orinas, vómitos o cualquier otro tipo de secreción o residuo líquido que se considere contaminado, debe procederse de acuerdo al plan de contingencia de Derrame de residuos líquidos.

NOTA: No mezclar nunca desinfectantes con jabones.

Accidentes con elementos Cortopunzantes

- Ⓢ Lavar la zona afectada con abundante agua y jabón bactericida
- Ⓢ Permitir que sangre libremente
- Ⓢ Aplicar una solución antiséptica
- Ⓢ Acudir al médico de urgencias
- Ⓢ Reportar el accidente de trabajo
- Ⓢ Realizar la evaluación médica del afectado
- Ⓢ Realizar la evaluación médica del accidentado
- Ⓢ Tomar exámenes, pruebas sexológicas, antígenos de superficie de hepatitis B (AgHBs), anticuerpos para VIH (anti VIH) y serología para sífilis (VDRL o FtAAbs).
- Ⓢ Con los resultados de los exámenes se debe realizar seguimiento clínico y sexológico al trabajador accidentado a las 6,12 y 24 semanas.

Contingencia en el manejo de hipoclorito de sodio

- Ⓢ Inhalación
 - Busque aire fresco y personal capacitado debe suministrar respiración artificial si respira con dificultad
 - Obtenga atención médica de inmediato
- Ⓢ Contacto con la piel
 - Lave la parte afectada con abundante agua durante 15 minutos
 - Retire y lave la ropa contaminada
 - Si hay irritación obtenga atención médica
- Ⓢ Ingestión
 - Lave la boca con agua
 - No induzca al vomito
 - De a beber 2 vasos de agua. Nunca de a beber nada a personas inconscientes o en convulsión
 - Llame inmediatamente al médico
- Ⓢ Contacto con los ojos
 - Lave le ojo afectado con abundante agua durante 15 minutos, moviendo parpados para asegurar la limpieza
 - Llame inmediatamente al médico

Incendios

Como medidas preventivas se deben tener en cuenta lo siguiente:

- Ⓢ Mantener señalizados todos los recipientes y el lugar de almacenamiento de residuos
- Ⓢ Mantener el extintor adecuado apto para residuos hospitalarios

- Ⓢ Mantener el extintor cargado
- Ⓢ Ubicar los residuos lejos de las fuentes de calor
- Ⓢ No disponer en las canecas residuos de fósforos



Durante el sismo:

- Ⓢ Mantener la calma
- Ⓢ Usar extintores de acuerdo al tipo de fuego (Tipo ABC)
- Ⓢ En el momento del incendio retirar el papel y cartón de reciclaje como primera medida
- Ⓢ Si no es posible contener el incendio evacue la zona y llame a los bomberos
- Ⓢ Avisarles en que lugar se encuentran almacenados los residuos hospitalarios.
- Ⓢ Si el humo ingresa a un ambiente cerrado mantener la cara lo más cerca del piso, donde el aire está menos contaminado, cubrirse la nariz y boca con un trapo mojado.

Interrupción de servicios públicos

- Ⓢ Agua
 - Reducir el consumo de agua de la institución
 - Limitar el uso de baños públicos
 - Utilizar ropa desechable
 - Realizar solo la desinfección de los sitios y recipientes que lo requieran en la institución con la aplicación de hipoclorito de sodio
- Ⓢ Energía
 - Se utilizará planta eléctrica

Crisis financiera

Si se presenta una crisis financiera al interior del hospital se deben implementar técnicas que economicen el manejo de los residuos:

- Ⓢ Utilizar como Contenedores de elementos corto punzantes frascos plásticos que no contengan moléculas de cloro en su composición (Que no sean de PVC*), rotulándolos adecuadamente como Material Cortopunzante.



* Con el siguiente anagrama se puede identificar el PVC,

- Ⓢ Tener en cuenta los beneficios por las ventas de material reciclado, promover este tipo de actividades.

Afluencia masiva de heridos

- Ⓢ Se debe tener un estricto control de los recipientes y evitar que estos cubran su capacidad
- Ⓢ Si el almacenamiento cubre su capacidad se debe reportar a la empresa de recolección de residuos peligrosos y no peligros para que retiren los residuos de este.

Demora en la recolección de residuos

Teniendo en cuenta que el almacenamiento central cumple con las indicaciones del MPGIRH, si hay demora en la recolección, se hará lo siguiente:

- Ⓢ Los residuos deben mantenerse en recipientes del almacenamiento central herméticamente cerrado.
- Ⓢ Desinfectar el cuarto de almacenamiento con hipoclorito a 10000 ppm cada 12 horas
- Ⓢ Fumigar para evitar insectos y roedores.
- Ⓢ Informar a la administración para que se comunique con la empresa de recolección
- Ⓢ Después de retirar los residuos del cuarto de almacenamiento se debe hacer limpieza y desinfección con hipoclorito de sodio a 10000 ppm 2 veces.

Emergencia externa

Sismo

- Ⓢ Mantener la calma.
- Ⓢ No dejar residuos por fuera del recipiente respectivo, porque puede ocasionar accidentes.
- Ⓢ Si se está realizando el movimiento interno de los residuos no dejar las bolsas tiradas fuera de las canecas, o el carro recolector mal ubicados para que no interfieran con la ruta de evacuación del personal.
- Ⓢ Cuando pase el sismo inspeccionar la infraestructura para verificar que esté en buen estado.
- Ⓢ Revisar que no se hubieran caído las canecas, en caso que ocurra aplicar el plan de contingencia para derrames.



Terminación de contrato con la empresa especial de aseo

- Ⓢ Para evitar esta emergencia se debe iniciar los trámites de renovación del contrato un mes antes de la fecha de término.

Terminación de prestación de servicios de las empresas del servicio especial de aseo

Informar a la autoridad ambiental para una solución

LAVADO DE MANOS



El factor más importante en la propagación de muchos patógenos nosocomiales es la contaminación por las manos del personal hospitalario por lo tanto el lavado de las manos es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre pacientes, personal hospitalario y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. Se debe realizar en los siguientes casos:

- ✓ Antes de iniciar labores
- ✓ Al ingresar a cirugía
- ✓ Antes de realizar procedimientos invasivos, odontológicos y en laboratorios clínicos
- ✓ Antes y después de atender pacientes especialmente susceptibles de contraer infecciones tales como: Inmunocomprometidos, recién nacidos, ancianos, y pacientes de alto riesgo.
- ✓ Antes y después de manipular heridas
- ✓ Después de estar en contacto con secreciones y líquidos de precaución universal
- ✓ Antes y después de entrar en cuartos de Aislamiento
- ✓ Después de manipular objetos contaminados
- ✓ Antes y después de realizar procedimientos asépticos: Punciones y cateterismo.
- ✓ Antes de colocarse guantes e inmediatamente después de retirarlos
- ✓ Antes y después de comer
- ✓ Después de ir al baño
- ✓ Al finalizar labores.

ANEXO X. TEST DE CONOCIMIENTOS RESIDUOS HOSPITALARIOS

Para verificar el nivel de conocimiento de los Principales componentes del PGIRHS se evaluó al personal de la Institución, después de realizada la capacitación acorde al tema PGIRHS

El Test de conocimientos aplicado se muestra a continuación con su respectivo resultado.

	SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	
	TEST DE MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	

NOMBRE:

CARGO:

FECHA:

1. Con relación a lo anteriormente expuesto acerca del Plan de Gestión Integral de Residuos
2. Hospitalarios, las normas de Bioseguridad y el Plan de Contingencias relacione la columna de enunciados con la columna de términos según correspondan.

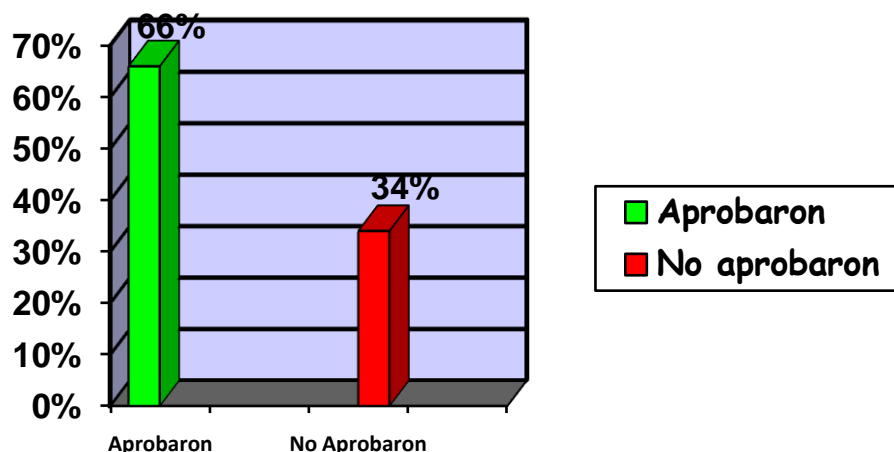
CONCEPTO	DEFINICIÓN
Residuos Inertes ()	1. Persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades.
Papel Carbón ()	2. Conjunto de normas preventivas o actitudes que tienen como objetivo prevenir los accidentes en el área de trabajo.
Descontaminación ()	3. Es un importante elemento de seguridad y de respuesta rápida que ayuda a minimizar exposiciones desconocidas que pueden presentarse cuando se manejan productos y/o servicios potencialmente riesgosos.
Plan de Contingencia ()	4. Son aquellos que no se descomponen ni se transforman en materia prima y su degradación natural requiere grandes periodos de tiempo.
Bioseguridad ()	5. Son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por el generador de residuos.
Residuos Hospitalarios ()	6. Según la Norma lo debo desechar en la bolsa verde
Anatomopatológicos ()	7. Es el proceso físico y químico de remoción de material extraño (suciedad, materia orgánica, etc.) de los objetos y superficies.
Desinfección ()	8. Son aquellos que por si solos y en condiciones normales, al mezclarse o al entrar en contacto con otros elementos, compuestos, sustancias o residuos, generan gases, vapores, humos tóxicos, o explosión.

Limpieza ()	9. Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal.
Generador ()	10. Provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales.
Biodegradables ()	11. Es el proceso químico para <i>inactivar</i> los microorganismos y disminuir el riesgo de contaminación del personal de salud.
Biosanitarios ()	12. Es una barrera de bioseguridad que evita la contaminación por efecto aerosol de partículas de saliva.
Reactivos ()	13. Es el proceso químico que <i>elimina</i> todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas bacterianas. Esta se realiza utilizando un agente desinfectante, hipoclorito a 5000 ppm.
Tapa bocas ()	14. Son aquellos restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente, y otros residuos que puedan ser transformados fácilmente en materia orgánica.

Sugerencias, aportes y/o comentarios:

Gracias por su participación !

Gráfica del resultado del Test de Conocimientos PGRHS, aplicado al personal de la Institución




ANÁLISIS: Se evidencia que el 66% del personal de la Institución conoce acerca de los principales componentes del PGRHS, mostrando conciencia e interés por lograr un % de cumplimiento del 100% del PGRHS para el año 2012.


Por el contrario al 34% restante se hace necesario reforzarles los componentes contemplados en el PGRHS.

**ANEXO Y. INDICADORES DE GESTIÓN AÑO 2011 E.S.E HOSPITAL
REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA**

Indicador de Accidentalidad por Residuos Cortopunzantes


	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA			Código: GERM-GRH-F-05
	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD			Versión 0
	INDICADOR DE ACCIDENTALIDAD POR RESIDUOS CORTOPUNZANTES			Página 1 de 1
MES	REFERENCIA DE IDENTIFICACIÓN DE CASO	INDICADOR ESTADISTICO DE ACCIDENTALIDAD		
		Número total de accidentes al mes por residuos cortopunzantes	Número de personas expuestas	IA
Enero	2236690	1	104	0,96
Febrero	No reportado	0	104	0,00
Marzo	No reportado	0	104	0,00
Abril	2248053	1	103	0,97
Mayo	2253443 - 2253451	2	103	1,94
Junio	2258154	1	103	0,97
Total I Periodo		5	621	0,805152979
Julio	No reportado	0	103	0,00
Agosto	No reportado	0	103	0,00
Septiembre	2269897	1	106	0,94
Octubre	No reportado	0	102	0,00
Noviembre	No reportado	0	102	0,00
Diciembre	2286785	1	102	0,98
Total II Periodo		2	618	0,32
Total		7	1239	0,56
ANALISIS				
En el año 2011 se reporta un Total de 7 Accidentes de Trabajo relacionados con gestión de Residuos Hospitalarios de tipo cortopunzante.				

Indicador de Beneficio por Aprovechamiento

 ESE HOSPITAL GARCIA ROVIRA		ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA											Código: GERM-GRH-F-03		
		SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD											Versión 0		
		INDICADOR DE BENEFICIO POR APROVECHAMIENTO											Página 1 de 1		
MES	RECICLABLES												Unidades por Venta	INDICADOR DE BENEFICIO	
	MUEBLES		CARTON		MADERA		ELECTRODOMESTICOS		RECAUDO FOTOCOPIAS		OTROS				Ingresos por Venta
	Unidad	\$	Unidad	\$	Unidad	\$	Unidad	\$	Unidad	\$	Unidad	\$			
Enero	2	130.000											2	130.000	
Febrero	1	150.000			2	16.000	1	100.000	1	13.100	3	350.000	8	629.100	
Marzo			34	10.500									34	10.500	
Abril	4	105.000											4	105.000	
Mayo							1	20.000					1	20.000	
Junio													0	0	
Total I Periodo	7	385.000	34	10.500	2	16.000	2	120.000	1	13.100	3	350.000	49	894.600	
Julio	6	120.000											6	120.000	
Agosto	15	421.000			60	25.500					33	137.000	108	583.500	
Septiembre	1	10.000	70	17.500									71	27.500	
Octubre	3	65.000	21	6.000									24	71.000	
Noviembre	20	485.000	5	3.000									25	488.000	
Diciembre													0	0	
Total II Periodo	45	1.101.000	96	26.500	60	25.500	0	0	0	0	33	137.000	234	1.290.000	
Total	52	1.486.000	130	37.000	62	41.500	2	120.000	1	13.100	36	487.000	283	2.184.600	


ANÁLISIS: Para el año 2011 se obtuvo un Total de 283 Unidades por venta de Beneficio por aprovechamiento, dando un Total de \$ 2.184.600 como beneficio económico para la Institución.

Indicador por Beneficio por Reciclaje

 ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD INDICADOR DE BENEFICIO POR RECICLAJE		Código: GERM-GRH-F-03												
		Versión 0 Página 1 de 1												
MES	RECICLABLES												Kg por Reciclaje	INDICADOR DE BENEFICIO
	PAPEL		CARTON		PLASTICO		VIDRIO		CHATARRA		OTROS (Liantas)			Ingresos por reciclaje
	Kg	\$	Kg	\$	Kg	\$	Kg	\$	Kg	\$	Kg	\$		
Enero	415	145.250	480	120.000	74	18.500	0	0	0	0	0	0	969	283.750
Febrero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marzo	535	187.250	370	94.500	4	1.000	4	600	24	9.600	0	0	937	292.950
Abril	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Junio	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total I Periodo	950	332.500	850	214.500	78	19.500	4	600	24	9.600	0	0	1906	576.700
Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agosto	262	91.700	568	113.600	177	44.250	223	44.600	485	194.000	0	53.500	1715	541.650
Septiembre	0	0	0	0	0	0	0	0	900	630.000	0	0	900	630.000
Octubre							0	0			1	2.000	1	2.000
Noviembre	90	40.500	294	58.800	62	15.500	96	19.200	671	268.400	262	105.000	1475	507.400
Diciembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total II Periodo	352	132.200	862	172.400	239	59.750	319	63.800	2056	462.400	263	160.500	4091	1.681.050
Total	1302	464.700	1712	386.900	317	79.250	323	64.400	2080	472.000	263	160.500	5997	2.257.750

Análisis: Para el año 2011, se obtuvo un total de **5.997 Kg** por Reciclaje, dando un beneficio económico a la Institución de **\$ 2.257.750**.

Indicador de Capacitación

 GARCIA ROVIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA		Código: GERM-GRH-F-03
	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Versión 0
	INDICADOR DE CAPACITACIÓN DE PGIRH		Página 1 de 1
MES	INDICADOR DE CAPACITACION PGIRH		
	Número de jornadas de capacitación	Número total de personal entrenado	
Enero			
Febrero	3	87	
Marzo	2	112	
Abril			
Mayo			
Junio			
Total I Periodo	5	199	
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre	3	86	
Diciembre			
Total II Periodo	3	86	
Total	8	285	

Indicador Destinación Residuo No Peligrosos

MES	CANTIDAD DE RESIDUOS NO PELIGROSOS GENERADOS (KG/MES)						PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS NO PELIGROSOS (KG)
	RELLENO SANITARIO				RECICLAJE		
	Ordinarios (Kg)	Bio degradables (KG)	Inertes (KG)	IDRS%	Reciclables (KG)	IDR%	
Enero	822	497	0	64,4	270	13,2	1589
Febrero	720	473	62	65,60	122	6,377	1377
Marzo	615	484	76	65,42	151	8,408	1326
Abril	620	592	58	70,24	61	3,374	1331
Mayo	714	496	65	77,70	70	4,266	1345
Junio	1068	520	78	71,17	90	3,845	1756
Total I periodo	4559	3062	339	68,93	764	6,616	8724
Julio	1323	304	51	75,89	112	5,066	1790
Agosto	1276	341	24	72,93	110	4,889	1751
Septiembre	695	296	23	67,65	47	3,135	1061
Octubre	827	221	24	70,62	68	4,48	1140
Noviembre	904	303	25	69,06	54	3,027	1286
Diciembre	920	222	16	65,17	58	3,264	1216
Total II Periodo	5.945,0	1.687,0	163,0	70,6	449,0	4,1	8.244,0
Total	10.504,0	4.749,0	502,0	69,8	1.213,0	5,4	16.968,0
Promedio Día	28,8	13,0	1,4	69,8	3,3	5,4	46,5

Indicador Destinación Residuos Peligrosos

CANTIDAD DE RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS (KGMES)															2011			2010		
DESACTIVACION DE ALTA EFICIENCIA (Desactivación mediante autoclave de calor húmedo o de calor seco)			INCINERACIÓN							OTROS SISTEMAS DE TRATAMIENTO					PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS PELIGROSOS (KG)	PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS GENERADOS (KG)	COSTO (\$) RESIDUOS PELIGROSOS Valor Kg \$2.230	PRODUCCION TOTAL DE RESIDUOS GENERADOS (KG)	COSTO (\$) RESIDUOS PELIGROSOS Valor Kg \$2.000	
			Biosanitarios (Kg)	Cortopunzantes (Kg)	IDD%	Biosanitarios (Kg)	Cortopunzantes (Kg)	Anatomopatológicos (Kg)	Químicos (Fármacos Kg)	Químicos (Citotóxicos Kg)	Otros residuos generados (Kg)	IDI %	Químicos (Reactivos) (Kg)	Metales Pesados (Kg)						Contenedores Presurizados (Kg)
0	0	0,0	395	22	38	0	0	0	2,2	5	0	0	0	0	0,2	460	2748	1.025.800	1254	848.000
0	0	0	455	37	39	0	0	0	4,24	5	0	0	0	0	0,279	536	1791	1.195.280	1101	762.000
0	0	0	401	26	38	0	0	0	2,49	5	0	0	0	0	0,195	470	2570	1.048.100	1316	1.132.000
0	0	0	378	55	39	0	0	0	5,38	5	0	0	0	0	0,286	477	1747	1.063.710	1207	654.000
0	0	0	243	26	22	0	0	0	3,06	5	0	0	0	0	0,318	296	1571	660.080	1185	730.000
0	0	0	505	30	45	0	0	0	3,33	5	0	0	0	0	0,222	585	2251	1.304.550	2404	824.000
0	0	0,0	2377	196	221	0	0	0	3,29	30	0	0	0	0	0,24	2.824	12678	6.297.520	8467	4.950.000
0	0	0	365	27	29	0	0	0	2,67	0	0	0	0	0	0	421	2099	938.830	1397	954.000
0	0	0	421	33	45	0	0	0	1,85	0	0	0	0	0	0	499	4740	1.112.770	1369	758.000
0	0	0	357	27	30	24	0	0	3,44	0	0	0	0	0	0	438	2352	976.740	1498	1.018.000
0	0	0	316	28	34	0	0	0	4,27	0	0	0	0	0	0	378	1451	842.940	6272	782.000
0	0	0	401	49	45	3	0	0	3,03	0	0	0	0	0	0	498	3205	1.110.540	956	512.000
0	0	0	387	50	35	0	22	0	6,22	66	1	0	0	0	3,898	561	1719	1.251.030	1382	656.000
0,0	0,0	0,0	2.247,0	214,0	218,0	27,0	22,0	0,0	3,1	66,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2.795,0	15.566,0	6.232.850	12.874,0	4.680.000
0,0	0,0	0,0	4.624,0	410,0	439,0	27,0	22,0	0,0	3,2	96,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,3	5.619,0	28.244,0	12.465.700	21.341,0	9.360.000
0,0	0,0	0,0	12,7	1,1	1,2	0,1	0,1	0,0	3,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	15,4	77,4	34.152,6	58,5	25.643,8

Indicador Adquisición de Elementos para PGIRH

ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS PARA MANEJO DE RESIDUOS				
PRODUCTO	Capacidad	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
Carro Gris	242 litros	1	463.258	463.258
Carro Rojo	80 litros	1	142.541	142.541
Caneca Gris grande	121 litros	2	140.314	280.628
Caneca Roja (pedal)	10 litros	15	34.299	514.485
Caneca Verde (pedal)	20 litros	19	48.256	916.864
Caneca Gris (pedal)	10 litros	15	48.256	723.840
Punto Ecológico 4 puestos	53 litros	1	913.449	913.449
Soporte contenedores	2,9 litros	24	19.604	470.496
Dispensador Jabón Familia	500 ml	77	73.080	5.627.160
Repuesto Jabón Familia	500 ml	77	32.724	2.519.748
Dispensador Alcohol Glicerinado	1000 ml	76	0	0
Repuesto Alcohol Glicerinado	1000 ml	70	34.176	2.392.320
Dispensador Toallas de papel	2 paquetes	78	0	0
Repuesto Toallas de papel		150	6.163	924.450
Portaletreiros (Habladores)	cm	100	55.000	5.500.000
INVERSIÓN TOTAL \$				21.389.239

ANEXO Z. PROYECTO: DEVOLUCIÓN, RECEPCIÓN, DESTRUCCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS VENCIDOS, DETERIORADOS Y/O PARCIALMENTE CONSUMIDOS PROCEDENTES DE LOS HOGARES DE LA CIUDAD DE MÁLAGA

PROYECTO PARA DEVOLUCIÓN, RECEPCIÓN, DESTRUCCIÓN DE PRODUCTOS FÁRMACÉUTICOS VENCIDOS, DETERIORADOS Y/O PARCIALMENTE CONSUMIDOS PROCEDENTES DE LOS HOGARES DE LA CIUDAD DE MÁLAGA

MARCO LEGAL:

1. Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009. “Por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de productos Posconsumo de Fármacos o medicamentos Vencidos”.
2. Resolución 3997 del 19 de Septiembre de 2006. “Por la cual se define y reglamenta el procedimiento para la disposición final de los medicamentos vencidos”.

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el principio de Responsabilidad Social establecido en la Política Ambiental Institucional extendiendo hacia el cliente externo la cultura de la protección, preservación y conservación del Medio Ambiente y buscando reducir la contaminación y los riesgos en salud generados por el incorrecto almacenamiento de los residuos farmacéuticos existentes en los hogares de la ciudad de Málaga.

Objetivos específicos:

1. Recoger los productos farmacéuticos vencidos, deteriorados y/o parcialmente consumidos en los Hogares Malagueños para evitar los riesgos en salud asociados al mal uso y/o manipulación de los medicamentos.
2. Brindar educación sanitaria para crear una cultura relacionada con la administración, manejo, almacenamiento, clasificación y disposición final de los productos farmacéuticos.

3. Generar confianza en la población al realizar las acciones de destrucción e inactivación de los medicamentos que permitan la perdurabilidad de la Campaña a través del tiempo.
4. Garantizar la disposición final adecuada a los residuos farmacéuticos.
5. Detectar Problemas relacionados por el uso de Medicamentos (PRUM) y con ello definir acciones de mejora para la reducción de los mismos.
6. Realizar un análisis estadístico para determinar el mayor número de productos que más se prescriben por los médicos tratantes y que no son consumidos en su totalidad por los usuarios.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta la credibilidad que tiene la ESE Hospital Regional de García Rovira y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, sobre la comunidad malagueña, se desarrollará la “Campaña de difusión de las buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos en el hogar” con su slogan *“Si quieres sanar, los medicamentos debes aprender a almacenar”*, haciendo uso de los medios de comunicación masivos para informar sobre los riesgos en salud y el correcto almacenamiento y disposición final de los residuos farmacéuticos, lo anterior, a través de:

1. Uso de medios masivos de comunicación para la Educación de la Población:
 - Radial
 - Intra institucional (alta voz)
 - Escrito (volantes y folletos)
 - Personalizado (casa a casa) Estudiantes SENA
2. Gestión de residuos farmacéuticos:
 - Recolección, inactivación y destrucción de residuos farmacéuticos casa a casa por Estudiantes del SENA: Técnico en Servicio Farmacéuticos.
 - Disposición de urnas para recolección, inactivación y destrucción de residuos farmacéuticos en la ESE Hospital Regional de García Rovira.
3. Incentivos:
 - Entrega de incentivos en los hogares de Málaga por la entrega de los medicamentos vencidos y/o deteriorados.
4. Disposición final:

- Clasificación de los residuos farmacéuticos por el personal del Servicio Farmacéutico
- Entrega de los residuos farmacéuticos a la empresa contratista recolectora de residuos hospitalarios y similares

5. Informe final:

- Tabulación de la información
- Análisis de la gestión realizada incluido: cantidades y tipos de medicamentos no consumidos y deteriorados.

INSUMOS

1. Folletos
2. Sticker – adhesivos
3. Pendón
4. Bolsas rojas
5. Tablas
6. Lapiceros
7. Formato para registro de recepción
8. Contenedores para elementos cortopunzantes
9. Recipientes plásticos (botella)
10. Guantes limpios
11. Incentivos

PERIODO DE LA CAMPAÑA

Inicio: 21 de noviembre de 2011

Final: 16 de diciembre de 2011

Horario Casa a casa: lunes a viernes de 5:00pm a 7:00pm

Horario ESE Hospital Regional de García Rovira: lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 6:00 pm

INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD

1. Folleto Educativo
2. Mensaje radial y Mensaje por alta voz del Hospital

PRESUPUESTO

Presupuesto del Proyecto

RESPONSABLES

1. Shirley López Jiménez. Q.F. Coordinadora del Servicio Farmacéutico
2. Jenny Zuleima Bautista. Ing. Industrial. Asesora implementación del Sistema de Gestión Ambiental
3. Aitza Vivian Castañeda Solano. Líder de Gestión de Calidad y Seguridad.

MENSAJE RADIAL y ALTAVOZ DEL HOSPITAL

Mensaje 1.

"Si quiere sanar, los medicamentos debe aprender a almacenar", por eso La ESE Hospital Regional de García Rovira invita a todos los habitantes de Málaga para que participen en la Campaña "Buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos en el hogar", así aprenderemos a conservar en nuestros hogares los medicamentos que nos formulan los médicos para mejorar nuestra salud y evitar riesgos de consumirlos vencidos o en malas condiciones... Participa, es por su salud...

Mensaje 2.

"Cuides tu salud y proteja nuestro medio ambiente", si guarda medicamentos en su casa porque de pronto los vuelve a necesitar puede equivocarse, porque no todos los medicamentos hacen bien para todos, hay enfermedades diferentes con síntomas parecidos, por eso participe en la Campaña "Buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos en el hogar", y aprenderá qué hacer con los medicamentos que ya no usa... Un mensaje de la ESE Hospital Regional de García Rovira al servicio de la comunidad.

Mensaje 3.

"Cuide su salud y proteja nuestro medio ambiente", por eso, la ESE Hospital Regional de García Rovira y los futuros Técnicos en Servicio Farmacéutico del SENA lo invitan a seleccionar los medicamentos que ya consumió y no los terminó o que están vencidos en su hogar y en su presencia realizarán la correcta desactivación y destrucción de los medicamentos deteriorados o vencidos para que no los deseche en la basura y contamine nuestro medio ambiente... por su salud y la de todos los Rovirenses.

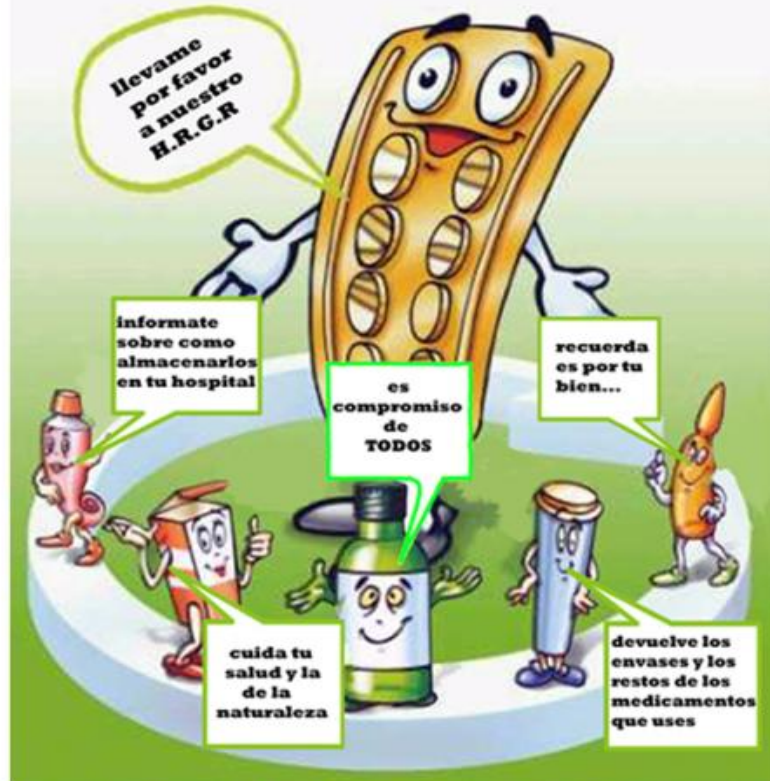
PRESUPUESTO

PRODUCTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO (en \$)	PRECIO TOTAL
Folletos	3.000	118	354.000
Bolsas rojas grandes 60 X 60	20	320	6.400
Tabla	10	8.628	86.280
Lapicero negro	10	620	6.200
Formato para registro de recepción	100	50	5.000
Contenedor cortopunzante	10	6.684	66.840
Recipiente plástico (botella)	10	500	5.000
Guantes limpios caja x 50 pares	1	12.018	12.018
Stikers	5.000	100	500.000
Pendón	1	150.000	150.000
TOTAL			337.738

FOLLETO EDUCATIVO


POR TU SALUD, POR LA MÍA Y POR LA DE NUESTRO PLANETA ALMACENEMOS LOS MEDICAMENTOS DE UNA FORMA CORRECTA

Aprende a almacenar los medicamentos correctamente
en tu hogar con Hospital Reginal García Rovira



Aplicar el principio de Responsabilidad Social establecido en la Política Ambiental Institucional extendiendo hacia el cliente externo la cultura de la protección, reservación y conservación del Medio Ambiente, buscando reducir la contaminación y los riesgos en salud generados por el incorrecto almacenamiento de los residuos farmacéuticos existentes en los hogares de la ciudad de Málaga.

ANEXO 1. AUDITORÍA INTERNA PGIRHS E.S.EHOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

 <p style="font-size: small;">E.S.E. HOSPITAL GARCÍA ROVIRA</p>	<p>ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA</p> <p>SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</p> <p>FORMATO PARA AUDITORIA INTERNA DE PGIRH</p>
--	--

FECHA DE VERIFICACIÓN: 3-4 de Octubre de 2011

CRITERIOS A VERIFICAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
COMPROMISO AMBIENTAL Y SANITARIO DE LA INSTITUCIÓN				
1				
				Aspecto Organizacional
1.1	1			El grupo está conformado de acuerdo a las indicaciones definidas por la Resolución 1164 de 2002
1.2	1			El grupo se reúne periódicamente o según lo establece el manual
				Aspecto Funcional
1.3	1			Diseño del PGIRH componente interno: El grupo administrativo diseñó el PGIRH de conformidad con lo establecido en el Manual de Procedimientos
1.4	1			Velar por la ejecución del PGIRH: El grupo administrativo establece instrumentos de seguimiento y control, así como los ajustes necesarios para la ejecución de todas y cada una de las actividades

	contempladas en el PGIRH				
	SUB TOTAL	4	0	0	
PROGRAMAS Y ACTIVIDADES QUE CONFORMAN EL PGIRH					
2	PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
2.1	El Plan de Capacitación contiene los mínimos Temas Generales y Específicos que establece la Res. 1164 de 2002	1			Cuenta con los programas y temas específicos según la Resolución 1164 de 2002
2.2	Se realizan capacitaciones periódicas al cliente Interno de la IPS		1		Se observa incumplimiento para la capacitación programada en el mes de Agosto según Cronograma
2.3	Se realizan capacitaciones periódicas al cliente externo de la IPS		1		Los mayores generadores de residuos no peligrosos son los usuarios y visitantes. Además de ello, la clasificación de los residuos no es la adecuada.
2.4	Cuenta con cronograma de capacitación y se evidencia cumplimiento	1			
2.5	Se evidencia evaluación de conocimientos específicos en el Manejo de Residuos a todo el personal de la IPS		1		La empresa contratista de servicios generales realiza socializaciones según hallazgos negativos encontrados, sin embargo, no cuenta con evidencia documental de las socializaciones, ni con evaluaciones de conocimiento en el tema.
2.6	Se encuentra un archivo dispuesto de todo lo relacionado con las Capacitaciones	1			La oficina de Gestión de Calidad cuenta con los soportes documentales del Plan de Capacitación Institucional y entre ellos, los temas específicos en Gestión de Residuos.
3	PROGRAMA DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS				
	RESIDUOS NO PELIGROSOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES

3.1	Cuenta con una adecuada clasificación de los residuos Biodegradables, ordinarios o comunes, inertes, en la bolsa de color VERDE		1		En el servicio de Servicio de urgencias (sala de procedimientos menores) se observan residuos de papel y plástico dentro de la caneca verde. No cuentan con caneca de color gris para este tipo de residuos. Se sugiere sea solicitada al almacén.
3.2	Los Residuos No Peligrosos Biodegradables son Rotulados con: NO PELIGROSOS BIODEGRADABLES		1		En el área de almacenamiento final de residuos no se evidencia rotulación total de las bolsas con residuos: NO PELIGROSOS BIODEGRADABLES.
3.3	Realiza separación de los residuos Reciclables y los almacena en la bolsa de color GRIS	1			Los servicios de Hospitalización adultos, pediátrico y urgencias realizan la separación de los residuos reciclables de manera adecuada.
3.4	Los Residuos No Peligrosos Reciclables son Rotulados con: - Reciclable - Plástico - Reciclable - Vidrio - Reciclable - Cartón Papel - Reciclable – Chatarra		1		La IPS cuenta con bolsa gris de plástico, la cual dispone de espacio para rotular, se evidencia sin rotular. Además en Hospitalización adultos se encontró bolsa gris con residuos, rotulo sin llenar y al revés.
3.5	Realiza separación de los residuos NO PELIGROSOS Ordinarios e Inertes y se depositan en la bolsa de color VERDE	1			
3.6	Los Residuos No Peligrosos Reciclables son Rotulados con: RESIDUOS NO PELIGROSOS ORDINARIOS Y/O INERTES		1		No se evidencia rotulación total de de las bolsas con residuos: NO PELIGROSOS ORDINARIOSY/O INERTES en el almacenamiento final.
	RESIDUOS PELIGROSOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
	INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO				
3.7	Aplica las medidas de clasificación de los Residuos Peligrosos Infecciosos BIOSANITARIOS y ANATOMOPATOLÓGICOS y los deposita en la Bolsa Roja	1			
3.8	Los Residuos Peligrosos Biosanitarios - Anatomopatológicos son Rotulados con: RIESGO BIOLÓGICO	1			Se observan bolsas con contenido de residuos anatomopatológicos ya Rotuladas con: RIESGO BIOLÓGICO

3.9	Aplica las medidas de clasificación de los Residuos Peligrosos Infecciosos CORTOPUNZANTES y los deposita en el CONTENEDOR		1		En Urgencias se observó frasco con aplicadores que superan la capacidad del recipiente. Ver imágenes En Urgencias se observó aguja usada sobre la tapa del contenedor. Ver Imágenes
3.10	Los Residuos Peligrosos Cortopunzantes son Rotulados con: RIESGO BIOLÓGICO		1		En terapia respiratoria, vacunación y urgencias no son rotulados los contenedores.
3.11	Aplica las medidas de clasificación en la bolsa roja y rotulación adecuada de residuos anatomopatológicos	1			
3.12	Emplea recipientes de seguridad debidamente rotulados en el manejo de los residuos cortopunzantes.		1		La IPS garantiza contenedores los cuales cumplen con todas las condiciones para los residuos cortopunzantes. Si bien la IPS utiliza recipientes plásticos de tipo defierente al PVC, éstos no son rotulados (terapia respiratoria, urgencias, vacunación), pero además, se observan que éstos son utilizados del modo que superan la capacidad para el cierre del recipiente (servicio de urgencias - sala de procedimientos menores)
QUIMICOS					
3.13	Aplica las medidas de clasificación de los Residuos Peligrosos Infecciosos QUÍMICOS CITOTÓXICOS y los deposita en la Bolsa Roja			1	No se evidenció la clasificación, sin embargo, el servicio farmacéutico cuenta con Acta (sin numeración) como soporte documental de la recolección de residuos químicos tipo fármacos realizado el día 27 de septiembre de 2011. Se observa adecuada organización en el Estante de cuarentena para los productos fármacos que están próximos a vencer, vencidos, deteriorados o presentan inconformidades.
3.14	Los Residuos Peligrosos Químicos Citotóxicos son Rotulados con: RIESGO BIOLÓGICO	1			

3.15	Los Residuos Peligrosos Químicos son Rotulados con: RIESGO QUÍMICO			1	Todas las bolsas existentes en el almacenamiento final están rotuladas con riesgo Biológico, No se evidenciaron bolsas Rotuladas con: RIESGO QUÍMICO, posiblemente porque éstos ya fueron entregados a la Empresa recolectora de residuos.
3.16	Aplica las medidas de clasificación de los Residuos Peligrosos QUÍMICOS METALES PESADOS y los deposita en RECIPIENTE PLÁSTICO y luego en Bolsa Roja	1			El servicio de odontología es el único generador de residuos químicos metales pesados tipo amalgama, éste es almacenado en un recipiente plástico con aceite mineral para su desactivación.
3.17	Los Residuos Peligrosos Químicos son Rotulados con: METALES PESADOS (Nombre del metal) RIESGO QUÍMICO	1			Si bien las amalgamas son conservadas en recipiente plástico con aceite mineral, la rotulación del frasco no indica el tipo de residuo que contiene. Se rotula con el siguiente dato: fecha de inicio. Se sugiere rotulación completa.
3.18	Se clasifican los Reactivos (líquido de revelado y fijado) en recipientes de color rojo con su respectivo rótulo	1			Los líquidos reveladores entregados por el proveedor vienen con clasificación de colores ya definidos y corresponden de la siguiente manera: color naranja equivale al color rojo color azul equivale al color gris
3.19	Los Reactivos (líquido de revelado) son Rotulados con: RIESGO QUÍMICO	1			
3.20	Cortopunzantes: Si hace uso de frascos plásticos éstos NO DEBEN ser de PVC. Se deben rotular	1			Se evidencian recipientes plásticos que no son de PVC, pero estos no son rotulados.
	ALIMENTOS				
3.21	Los residuos de alimentos procedentes de los Servicios Hospitalarios de pacientes aislados, se consideran contaminados y serán tratados como infecciosos o de riesgo biológico.	1			Se observó en la habitación # 26 al paciente aislado, con Diagnóstico de Poliartritis no especificada, y paciente aislado en la habitación # 27 con Diagnóstico de Virus de la Influenza AH1N1? . Se evidencia que los residuos alimenticios son depositados en bolsa roja.
	ÁREA ADMINISTRATIVA				
3.22	Los residuos Inertes y los Reciclables generados en el área Administrativa son clasificados según el color	1			Todas las oficinas del área Administrativa cuentan con canecas de color GRIS, y se lleva a cabo su adecuada clasificación

3.23	Los recipientes reutilizables y contenedores de bolsas desechables son lavados con frecuencia igual a la de recolección, desinfectados y secados según protocolo, permitiendo su uso en condiciones sanitarias.		1		No se evidencia cronograma de lavado de canecas, el personal de servicios generales reporta verbalmente que estas son lavadas y desinfectadas cada vez que sea necesario sobre todo en las áreas de cirugía, urgencias y área asistencial en general, se observa la falta una mejor limpieza de canecas en el área Administrativa
3.24	El responsable de la recolección de residuos garantiza que una vez clasificados los residuos no se mezclen nuevamente en el proceso de recolección.		1		En el área administrativa se realiza la clasificación (bolsa verde y gris) de los residuos desde el momento de la generación de los mismos, sin embargo, en el momento de la recolección, el personal de servicios generales mezcla en una bolsa gris los residuos procedentes de las canecas verde y gris.
4	COMUNICACIÓN INTERNA				
4.1	Cada servicio cuenta con publicación de la señalización que indica el código de colores, el tipo de residuo y unos ejemplos de los residuos que se depositan en cada caneca.	1			Los servicios asistenciales (urgencias, hospitalización adultos y pediatría) cuentan con la señalización de la clasificación mediante carteles. Es necesario actualizar los carteles por deterioro.
5	CARACTERIZACIONES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
	CARACTERIZACIÓN CUALITATIVA				
5.1	Se realiza caracterización cualitativa 1 vez por año o cada vez que se requiera evaluar el programa de manejo de residuos.	1			Se realizó Auditoría Interna en Enero y Octubre de 2011
	CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA				
5.2	Se realiza cálculo de los índices de destinación.		1		A la fecha (7 de octubre) se encuentra pendiente los reportes de residuos no peligrosos correspondientes al mes de Septiembre 2011. Así mismo, el reporte de residuos peligrosos se encuentra pendiente los meses: JULIO, AGOSTO y SEPTIEMBRE
5.3	Se registra diariamente en el Formulario RH1 la cantidad de residuos generados en los diferentes servicios para garantizar la confiabilidad del consolidado mensual	1			

6	PROGRAMA DE DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES				
6.1	Se emplean métodos de desactivación apropiadas para cada uno de los residuos generados en la IPS de acuerdo con lo establecido en el manual de procedimientos	1			
6.2	Desactivación QUÍMICA de Residuos Anatomopatológicos (Placentas, Líquidos biológicos o fluidos corporales, Coágulos de sangre, Piezas dentales, muestras de material fecal)	1			Las piezas dentales defectuosas se depositan en la bolsa roja sin previa desactivación; las piezas dentales sanas se desactivan con hipoclorito al 5.25% con una concentración de 5cc de agua y 5cc de hipoclorito, estas piezas posteriormente son regaladas a estudiantes de odontología.
6.3	Desactivación de ALTA EFICIENCIA: Cultivos de Laboratorio y muestras de materia fecal	1			Se realizan por incineración en Autoclave una vez a la semana dentro de las instalaciones del mismo laboratorio. La Bacteriólogas sugieren aislar el autoclave de las áreas del laboratorio clínico para disminuir malos olores y el riesgo de nuevo accidente, como en meses anteriores sucedió.
6.4	Desactivación QUÍMICA de Cortopunzantes: - Llenado 3/4 partes - Desactivación peróxido de hidrógeno 20-30% - Tiempo 20 minutos - Se vierte el líquido - Se cierra herméticamente el recipiente - El contenedor se introduce en bolsa roja		1		En el servicio de urgencias - sala de procedimientos, se evidencia contenedor que supera su límite de capacidad. Se observa la no desactivación QUÍMICA de los residuos cortopunzantes
6.5	Desactivación QUÍMICA (Aceite Mineral) de Residuos Mercuriales	1			Odontología reporta verbalmente la entrega de residuos mercuriales al personal de servicios generales en el mes de Junio, NO hay evidencia de reporte en Acta de EDEPSA. Donde quedaron registrados??

6.6	Desactivación QUÍMICA de Residuos tipo Reactivos (Líquidos Reveladores)		1		No hay evidencia de entrega a la Empresa EDEPSA en los meses de Enero a Junio de líquido revelador. Se reporta verbalmente la entrega de líquido revelador y fijador cada 8 días o cuando la procesadora lo requiera.
6.7	El Manual de Limpieza y Desinfección contempla la descontaminación ambiental y sanitaria con desinfectantes tales como flor de azufre, peróxido de hidrógeno, hipoclorito de sodio o calcio u otros.	1			El PGI RH Institucional si lo contempla en la guía para limpieza y desinfección de las áreas quirúrgicas código GSNS-LVD-G-01 versión 0. En el Manual de Limpieza y Desinfección, existe solamente para salas de cirugía, pero no existe para las demás áreas.
6.8	Los servicios asistenciales son descontaminados ambiental y sanitariamente con desinfectantes tales como flor de azufre, peróxido de hidrógeno, hipoclorito de sodio o calcio u otros.	1			Se desactivan con Hipoclorito de Sodio a 5000 ppm, se deja actuar, después se le adiciona acerrín y se recoge con escoba y recogedor
7	MOVIMIENTO DE RESIDUOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
7.1	La RUTA SANITARIA cumple con: 1. Cubre la totalidad de la institución. 2. Identifica las rutas internas de transporte 3. Identifica en cada punto de generación: - El número - Color - Capacidad de los recipientes a utilizar - Tipo de residuo generado		1		No existe publicada la Ruta Sanitaria. Hace parte de los planes de mejora definidos desde el mes de febrero de 2010, posteriormente en la auditoria interna realizada en el mes de enero de 2011.
7.2	Los residuos hospitalarios se trasladan según la ruta sanitaria establecida		1		Los residuos se trasladan pero no mediante una ruta sanitaria

7.3	<p>El movimiento interno de residuos se realiza cumpliendo con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En forma independiente residuos peligrosos y no peligrosos. - En horarios en que no haya usuarios o pacientes dentro del hospital. - En horas donde no se esté repartiendo comidas. - Por la ruta más corta, cubriendo la totalidad de la institución. - Utilizando los elementos de protección personal. - Las bolsas se deben cerrar en la caneca que se encuentran antes de retirarlas. 	1			<p>Los residuos NO PELIGROSOS se llevan al almacenamiento final en el horario de 8:00 am y 1:00 pm. Los RESIDUOS PELIGROSOS se llevan al cuarto de almacenamiento final a las 6:00 am. y en ocasiones a las 5:00 pm. Las bolsas son cerradas antes de sacarlas de la caneca.</p>
	MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS				
7.3	Uso de carro recolector para la recolección de residuos no peligrosos en el horario de las 5:00 pm	1			
7.4	Uso de carro recolector de color rojo para los residuos peligrosos en el horario de 6:00 pm	1			
7.5	Los residuos generados en cirugía y salas de parto, son llevados directamente al almacenamiento central previa desactivación	1			
7.6	Se cuenta con un lugar adecuado para el almacenamiento, limpieza y desinfección de los vehículos de recolección, recipientes y demás implementos utilizados así como un cuarto para el almacenamiento de los utensilios requeridos para tal fin		1		<p>Los vehículos de recolección son lavados, desinfectados, y almacenados en el área de la lavandería cerca a la ropa lavada, al igual que las camillas de la morgue cuando es el caso. Por lo que no es un sitio muy adecuado para esta actividad.</p>

7.7	<p>Todos los servicios deberán disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Res. 4445 de 1996 del M.S.).</p>		1		<p>El personal de Servicios generales reporta verbalmente inconformidad por la no disposición de cuartos independientes en el área de PyP y en Hospitalización adultos para el lavado de los elementos de aseo como para la colocación de escobas, jabones traperos y otros implementos utilizados.</p> <p>En Hospitalización adultos se comparte el área de almacenamiento intermedio con el baño público del servicio, el cual es utilizado por los visitantes. Se sugiere el uso del cuarto de lavado que se encuentran en el área de terraza de hospitalización.</p>
7.8	<p>Se recomienda a las IPS de segundo y tercer nivel, llevar un control microbiológico periódico de los implementos utilizados en el manejo interno de los residuos, con el fin de adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.</p>		1		<p>La IPS no realiza controles microbiológicos a los implementos y áreas.</p>
8	ALMACENAMIENTO INTERMEDIO	SI	NO	NA	(NO OBLIGATORIO) OBSERVACIONES
8.1	<p>Características físicas del área:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Areas de acceso restringido, con elementos de señalización. - Cubierto para protección de aguas lluvias - Iluminación y ventilación adecuadas - Paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior - Equipo de extinción de incendios - Acometida de agua y drenajes para lavado - Elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, etc. 	1			<p>En Hospitalización adultos se comparte el área de almacenamiento intermedio con el baño público del servicio.</p>

8.2	<p>A la entrada del lugar de almacenamiento debe colocarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aviso identificando el sitio de trabajo. - Materiales manipulados. - Código de colores - Criterios de seguridad: Estricto programa de limpieza, desinfección y control de plagas. 		1		No cuenta con letreros, colores ni avisos que lo identifiquen.
8.3	<p>Se recomienda a las IPS de segundo y tercer nivel, llevar un control microbiológico periódico en estos lugares, con el fin de evaluar los procedimientos de desinfección y adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.</p>		1		No se lleva a cabo un control Microbiológico del área.
8.4	<p>El recipiente para residuos infecciosos debe ubicarse en un espacio diferente al de los demás residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</p>		1		El servicio de hospitalización adultos (área de almacenamiento intermedio) se encuentran ubicados los recipientes para residuos contaminados y no contaminados, por ello existe riesgo de contaminación cruzada, pues comparten la misma área.
9	ALMACENAMIENTO CENTRAL				
9.1	<p>Cumple con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotado de contenedores para cada tipo de residuos. - Área de acceso restringido, con elementos de señalización y permanece cerrado. - Cubierto para protección de aguas lluvias. - Iluminación y ventilación adecuadas - Paredes lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables con ligera pendiente al interior. - Equipo de extinción de incendios. - Acometida de agua y 		1		

	drenajes para lavado - Elementos que impidan el acceso de vectores, roedores, otros.				
9.2	Señalizado como: - "ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS" - Cada sección se encuentra señalizada, "RESIDUOS NO PELIGROSOS" Y "RESIDUOS PELIGROSOS".	1			
9.3	Tiene canecas para cada tipo de residuo, rígidas, plásticas, impermeables y retornables, cumplen con el código de colores, tienen tapa de buen ajuste y permanecen tapadas.	1			
9.4	Dispone de una báscula y lleva un registro para el control de la generación de residuos	1			
9.5	Se realiza un control microbiológico periódico con el fin de evaluar los procedimientos de desinfección y adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.		1		No se lleva a cabo un control Microbiológico del área.
9.6	Los residuos hospitalarios peligrosos infecciosos (anatomopatológicos) se almacenan en ambientes con una temperatura no mayor de 4°C, nunca a la intemperie.	1			Se almacenan en el congelador de la nevera dispuesta para tal fin

	ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS QUÍMICOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
9.7	Antes de almacenarlos deben ser identificadas, clasificadas y determinadas sus incompatibilidades físicas y químicas, mediante la ficha de seguridad, la cual será suministrada por el proveedor.	1			Los medicamentos, mercurio, líquido revelador se almacenan por separado, no hay riesgo de que haya incompatibilidad química.
9.8	Manipular por separado los residuos que sean incompatibles.	1			
9.9	Conocer los factores que alteran la estabilidad del residuo tales como: humedad, calor y tiempo.	1			
9.10	El almacenamiento debe hacerse en estantes, acomodándolos de abajo hacia arriba. Los residuos de mayor riesgo deben ser colocados en la parte inferior, previniendo derrames.	1			Cuenta con estante de cuarentena para almacenar los residuos de riesgo
9.11	Las sustancias volátiles e inflamables deben almacenarse en lugares ventilados y seguros		1		Las balas de oxígeno vacías se encuentran ubicadas al lado de almacén, y las balas de oxígeno llenas se ubican en un cuarto al lado del consultorio 1 y pediatría, representando alto riesgo para los usuarios y visitantes.
10.	PROGRAMA DE CONTROL DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS				
10.1	Cuenta con permisos y licencias de vertimientos líquidos conforme a la normatividad vigente			1	Según informe técnico del 9 de Abril 2011 de la CAS Regional de García Rovira la E.S.E no requiere de sistemas de tratamientos ni caracterización de aguas residuales debido a que le corresponde a Empresas Públicas de Málaga.
10.2	Se realiza la dilución del hipoclorito de sodio al 5.25% teniendo en cuenta la fórmula para el cálculo	1			Se toma la medida en una jeringa dependiendo del área a desinfectar.

10.3	Laboratorio de aguas certificado por la autoridad ambiental realiza Caracterización de Aguas Residuales (Monitoreo por 24 horas) teniendo en cuenta las mediciones de pH, caudal y temperatura del sitio.			1	
11	PROGRAMA DE CONTROL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL				
11.1	<p>El personal que maneja residuos hospitalarios tendrá en cuenta las siguientes medidas de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer sus funciones específicas, la naturaleza y responsabilidades de su trabajo y el riesgo al que está expuesto. - Someterse a un chequeo médico general y aplicarse el esquema completo de vacunación. - Encontrarse en perfecto estado de salud, no presentar heridas. - Desarrollar su trabajo con el equipo de protección personal. - Utilizar el equipo de protección adecuado de conformidad con los lineamientos del presente manual. - Abstenerse de ingerir alimentos o fumar mientras desarrolla sus labores - Disponer de los elementos de primeros auxilios - Mantener en completo estado de asepsia el equipo de protección personal. 	1			
11.2	Las personas que manipulen los residuos hospitalarios y similares cambian diariamente su	1			

	ropa de trabajo y ducharse utilizando jabones desinfectantes.				
11.3	<p>El personal responsable de la recolección de residuos hospitalario cuenta mínimo con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ropa de trabajo institucional. - Delantal plástico tipo industrial de color claro con ajuste a la cintura - Guantes de caucho tipo industrial, calibre 25, largo 20 cm - Tapabocas o mascarilla - Gorro - Protector ocular con visión panorámica - Botas de caucho de color claro, tipo mediacaña y suela antideslizante <p>Los dos últimos no obligatorios para residuos no peligrosos</p>	1			

11.4	<p>Conoce el Procedimiento para actuar en caso de Accidente de trabajo por lesión con agujas u otro elemento cortopunzante:</p> <p>1. Tipo de Lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herida en Piel: Lavado abundante agua y jabón bactericida. - Contaminación en Ojos: irrigar estos con abundante solución salina estéril o agua limpia. - Contaminación en Boca: realizar enjuagues repetidos con abundante agua limpia. <p>2. Elaborar el Reporte de Accidente de Trabajo a la ARP.</p> <p>3. Valoración médica y envío de exámenes (pruebas serológicas), antígenos de superficie para hepatitis B (AgHBs), anticuerpos de superficie para hepatitis B (AntiHBs), anticuerpos para VIH (Anti VIH) y serología para sífilis (VDRL o FTAAbs).</p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con los resultados de laboratorio obtenidos se debe realizar seguimiento clínico y serológico a las 6, 12 y 24 semanas. 	1			
12	PLANES DE CONTINGENCIA				
12.1	<p>Conocimiento de Planes de Contingencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotura de bolsa - Derramamiento durante el movimiento interno (incluye recolección de orina, vómito o cualquier otro tipo de secreción o residuo líquido que se considere contaminado - Accidente con elementos cortopunzantes - Contingencia en el manejo de hipoclorito de sodio 	1			

	- Incendios - Interrupción de servicios públicos - Afluencia masiva de heridos - Demora en la recolección de residuos				
12.2	Cuenta con elementos básicos para el manejo de Planes de Contingencia: - Cintas para acordonar área - Aserrín o papel absorbente - Extintor				
13	PROGRAMA DE CONTROL DE TECNOLOGÍA LIMPIAS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
13.1	Cuenta con estrategias para el uso eficiente del agua		1		Se encuentran definidos en el PGIRH pero no se ejecuta ningún Programa de Tecnologías Limpias
13.2	Cuenta con estrategias para el uso eficiente de la energía	1			La Gerencia definió mediante circular interna la necesidad de apagar equipos de cómputo y monitores, bombillas y otros elementos cuando el personal de la institución se ausente del lugar de trabajo y cuando finalice la jornada laboral
13.3	Estrategias dirigidas a educación y conciencia del cliente interno y externo (folletos, carteles, etc)		1		Se encuentran definidos en el PGIRH pero no se ejecuta ningún Programa de Tecnologías Limpias
13.4	Cuenta con estrategias dirigidas para sensibilización del uso de residuos reciclables		1		Se encuentran definidos en el PGIRH pero no se ejecuta ningún Programa de Tecnologías Limpias
14	Control de Indicadores				
14.1	Indicadores de Gestión Interna	1			Desactualizado Julio, Agosto, Septiembre
14.2	Indicadores de Capacitación.	1			No se evidencia la realización de la capacitación programada para Agosto
14.3	Indicadores de Beneficio	1			
14.4	Indicadores estadísticos de Accidentalidad	1			
15	AUDITORIAS INTERVENTORIAS AMBIENTALES SANITARIAS	E Y			
15.1	Se realiza Auditoria Interna al PGIRH	1			Se realizó Auditoría Interna en Enero de 2011, y en Octubre de 2011


15.2	La IPS realiza interventoría a la Empresa recolectora de Residuos	1			La IPS realizó visita no informada a la Empresa EDEPSA la cual se negó a recibir tal verificación, como respuesta envía el formato de solicitud de visita.
16	PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES				
16.1	Se presenta informes ante las autoridades sanitarias y ambientales cada 12 meses según el nivel del servicio. Los informes deben contener los indicadores de gestión (Resolución 1164 de 2002)	1			El 18 de Marzo de 2011 se envió el primer informe al IDEAM correspondiente al año 2010

89	SUB TOTAL	53	28	4
	89	57	28	4
	% DE CUMPLIMIENTO	64,0%	31,5%	4,5%

OBSERVACIONES - COMENTARIOS – SUGERENCIAS

PARTICIPANTES DE LA VERIFICACIÓN	
NOMBRE	PROFESION – CARGO
Aitza Vivian Castañeda Solano	Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad
Jenny Zuleima Bautista Sierra	Asesora en Gestión Ambiental

ANEXO 2. AUDITORÍA EXTERNA POR LA SECRETARÍA DE SALUD



Gobernación de Santander
Secretaría de Salud

ACTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES
Resolución 1164 de 2002

CIUDAD Y FECHA: Moliza GESTIÓN INTERNA

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO:

RAZON SOCIAL: ESE Hospital Regional Garcia Rueda

DIRECCION: Carrera 7 No 15-80

TELEFONOS: 6607130 / 6607935 FAX: _____

REPRESENTANTE LEGAL: Dr. Danilo Elvis Camacho

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL

OBJETIVO DE LA VISITA: Control Sanitario

FUNCIONARIOS QUE PRACTICARON LA VISITA, NOMBRE, CARGO E INSTITUCION:
Jesus Hernandez Pardo - Prof. Univ. Salud Archival - S.

ATENDIÓ LA VISITA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO - NOMBRE Y CARGO:
Alix Leonor Reyes Meza - Control Interno

FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA OFICIAL: 28 de Junio de 2010

CONCEPTO QUE SE EMITIÓ: Favorable.

	ASPECTOS A VERIFICAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
I. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES.					
1	RESIDUOS NO PELIGROSOS				
1.1	Cuenta con una adecuada clasificación y rotulación de los residuos Biodegradables, ordinarios o comunes e inertes, en la bolsa de color verde.	✓			
1.2	Realiza separación y rotulación de los residuos reciclables y los almacena en la bolsa de color gris.	✓			
2	RESIDUOS PELIGROSOS				
INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO					
2.1	Aplica las medidas de clasificación en la bolsa roja y rotulación adecuada de residuos biosanitarios, anatomopatológicos y animales.	✓			
2.2	Emplea recipientes de seguridad debidamente rotulados en el manejo de los residuos cortopunzantes.	✓			
QUÍMICOS					
2.3	Se clasifican los residuos Fármacos, citotóxicos, metales pesados, reactivos, contenedores presurizados y aceites usados; en recipientes de color rojo con su respectivo rotulo.	✓			

RADIATIVOS			
2.4	Separa los residuos radiactivos en recipientes de color púrpura rotulado adecuadamente con el símbolo internacional.	✓	
II GESTIÓN INTERNA			
3	GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA		
	<i>Aspecto Organizacional.</i>		
3.1	El grupo esta conformado de acuerdo a lo indicado por la Resolución 1164 de 2002.	✓	
3.2	El grupo se reúne periódicamente o según lo establece el manual.	✓	
	<i>Aspecto Funcional.</i>		
3.3	Diseño del PGIRHS componente interno: El grupo administrativo diseñó el PGIRHS de conformidad con lo establecido en el Manual de Procedimientos.	✓	
3.4	Velar por la ejecución del PGIRHS: El grupo administrativo establece instrumentos de seguimiento y control, así como los ajustes necesarios para la ejecución de todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRHS.	✓	Subdirector administrativo
III PROGRAMAS Y ACTIVIDADES QUE CONFORMAN EL PGIRHS			
4.	<i>Programa de Diagnostico Ambiental y Sanitario:</i> Se efectúa la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la institución	✓	
5.	En el diagnostico se evalúa los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, las emisiones atmosféricas, tecnologías implicadas en la gestión de residuos y capacidad de respuesta ante una eventualidad.	✓	
6.	<i>Programa de Formación y Educación:</i> Se realizan capacitaciones periódicas a todos el personal de la institución.	✓	
7.	En el cronograma de actividades están establecidas las capacitaciones a realizar.	✓	Jefe de Calidad
8.	Se cuenta con un archivo dispuesto para todo lo relacionado con las capacitaciones.	✓	
9.	<i>Programa de Desactivación de Residuos Hospitalarios y Similares:</i> Se emplean métodos de desactivación apropiados para cada uno de los residuos generados en la institución y de acuerdo con lo establecido en el manual de procedimientos.	✓	
9.1	Desactivación de Biosanitarios	✓	
9.2	Desactivación de Anatomopatológicos	✓	
9.3	Desactivación de Corto punzantes	✓	
9.4	Desactivación de Mercuriales	✓	
9.5	Los residuos de tipo químico se manejan en sus propios recipientes, siguiendo las instrucciones dadas en sus etiquetas y fichas de seguridad.	✓	
9.6	Los residuos radiactivos se clasifican y segregan en el mismo lugar de generación e inmediatamente se producen.	✓	Rx y Odontología y Cab
10.	<i>Programa de movimiento interno de residuos:</i> Los residuos hospitalarios se trasladan hacia el almacenamiento intermedio o central por rutas previamente establecidas, que cubran la totalidad de la Institución, identificando las rutas internas y de transporte según punto de generación.	✓	NO aplica
11.	El tiempo de almacenamiento de los residuos en la institución no es mayor a un día (24 horas)	✓	
12.	Los residuos generados en cirugía y salas de parto, son llevados directamente al almacenamiento central previa desactivación.	✓	
13.	Los vehículos utilizados para el transporte de los residuos cuentan con las características indicadas en el manual de procedimientos y se identifican según el tipo de residuos que transporta.	✓	
14.	Se cuenta con un lugar adecuado para el almacenamiento, limpieza, lavado y desinfección de los vehículos de	✓	Solo de radiactivos.

	recolección, recipientes y demás implementos utilizados; así como, un cuarto para el almacenamiento de los utensilios requeridos para tal fin.			
15.	Almacenamiento Intermedio: El sitio de almacenamiento intermedio esta señalado como área de acceso restringido.		✓	No hay intermedio
15.1	El cuarto de almacenamiento intermedio está cubierto.		✓	No aplica.
15.2	El almacenamiento intermedio se encuentra con la iluminación y ventilación adecuadas.		✓	No aplica
15.5	Las paredes y los pisos del almacenamiento intermedio faciliten su limpieza y se tiene una ligera pendiente al interior del cuarto.		✓	No aplica.
15.4	Se cuenta con extintores, acometida de agua y drenajes de lavado y elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	✓		
15.5	El recipiente para residuos infecciosos se encuentra en un espacio diferente al de los demás residuos, evitando así la contaminación cruzada.	✓		
16	Almacenamiento Central: El tamaño del sitio está diseñado de acuerdo al diagnóstico de las cantidades generadas, siendo éste el adecuado para máximo 7 días de acopio.	✓		
16.1	El sitio de almacenamiento central está localizado al interior de la institución, aislado de servicios asistenciales y sin acceso al exterior.	✓		exterior
16.2	El almacenamiento central cuenta con espacios para la clasificación de los residuos según sea el carácter del mismo.	✓		
16.3	La unidad de almacenamiento central permite el fácil acceso de los vehículos recolectores.	✓		
16.4	El sitio de almacenamiento central cuenta con una báscula y se lleva un registro para el control de la generación del residuo.	✓		
16.5	El almacenamiento central es de uso exclusivo para el almacenamiento de residuos hospitalarios y similares y está debidamente señalado.	✓		
17.	Almacenamiento de Residuos Químicos: Las sustancias residuales químicas se encuentran clasificadas identificadas y cuentan con su respectiva ficha de seguridad donde se especifican sus incompatibilidades físicas y químicas.	✓		
18.	Almacenamiento de Residuos Radiactivos: El sitio para la disposición de los residuos radiactivos se encuentra debidamente señalado y de uso exclusivo para esta actividad.	✓		
19.	Residuos líquidos: Se tienen los permisos y licencias de vertimientos líquidos conforme el Decreto 1594 de 1984.	✓		
20.	Emisiones gaseosas: El control de este tipo de emisiones se hace de acuerdo con las normas de salud ocupacional y dando cumplimiento al Decreto 948 de 1995.	✓		No aplica.
21.	Protección a la salud de los trabajadores manipuladores de residuos: Se aplican medidas de higiene y seguridad en los trabajadores.	✓		
21.1	Se ofrecen capacitaciones relacionadas con la bioseguridad, higiene y protección personal.	✓		
21.2	Se cuenta con las condiciones ambientalmente adecuadas para la seguridad del personal encargado de la manipulación de los residuos, tales como iluminación, ventilación, ergonomía, etc.	✓		
21.3	Los empleados involucrados con el manejo de los residuos, usan siempre su equipo de protección personal al realizar su trabajo.	✓		
21.4	Plan de contingencia: La institución cuenta con un plan de contingencia al cual recurrir ante cualquier eventualidad.	✓		
22.	Formularios RH1 y RHPS: Se diligencian diariamente los formularios consignando allí todos los datos requeridos para el consolidado final mensual que se realiza con la entidad prestadora del servicio de aseo.	✓		
23.	Indicadores de Gestión interna: El generador calcular mensualmente los indicadores de gestión relacionados en el	✓		

	manual de procedimientos.				
24.	El comité realiza auditorías al generador y al prestador del servicio para determinar el cumplimiento de las funciones, normas, protocolos de bioseguridad, programas, etc, en desarrollo del PGRHS.	✓			Calidad y Control Interno
25.	Presentación de informes a las autoridades ambientales y sanitarias: El comité administrativo presenta informes ante las autoridades sanitarias y ambientales, cada 6 o 12 meses según sea su nivel de servicio; estos informes llevan registrados los indicadores de gestión registrados en el Manual de Procedimientos Resolución 1164 de 2002.	✓			

IV. EXIGENCIAS.
Para ajustar la institución a la normatividad debe darse cumplimiento a las siguientes exigencias (Citar numerales):

Ninguna.

De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la ley 09 de 1979 y su reglamentación, en particular la Resolución 1164 de 2002, para el cumplimiento de las anteriores exigencias se concede un plazo de (máximo 60 días a partir de la notificación).

No

En caso de incumplimiento se procederá a aplicar las medidas previstas en la legislación sanitaria.

CONCEPTO: SATISFATORIO TOTAL SATISFATORIO CON EXIGENCIAS _____ NO SATISFATORIO _____

OBSERVACIONES O MANIFESTACION DEL RESPONSABLE O REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO:


Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 20 del mes de Enero del año 2011 en la Ciudad de Málaga.

FUNCIONARIOS DE SALUD:

Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>
Nombre: <i>[Nombre]</i>	Nombre: <i>[Nombre]</i>
C.C.: <i>[C.C.]</i>	C.C.: <i>[C.C.]</i>
Cargo: <i>[Cargo]</i>	Cargo: <i>[Cargo]</i>
Institución: <i>[Institución]</i>	Institución: <i>[Institución]</i>

POR PARTE DE LA INSTITUCION:	TESTIGO
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: _____
Nombre: <i>[Nombre]</i>	Nombre: _____
C.C.: <i>[C.C.]</i>	C.C.: _____
Cargo: <i>[Cargo]</i>	Cargo: _____
Institución: <i>[Institución]</i>	Institución: _____

ANEXO 3. LISTA DE CHEQUEO FINAL

 GARCIA ROVIRA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL LISTA DE CHEQUEO PARA LA NTC ISO 14001:2004			
OBJETIVO: Verificar y Evaluar la implementación del Sistema de Gestión Ambiental bajo los lineamientos de la Norma Técnica ISO 14001:2004 de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira, comparado con el nivel de avance de la auditoria anterior realizada en el mes de septiembre de 2011, la cual tuvo el 56,3% de cumplimiento.				
HORA DE INICIO: 8:00 Am -5:30 pm				
SERVICIOS VERIFICADOS:IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL				
4. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL				
4.1 REQUISITOS GENERALES	SI	NO	NV	OBSERVACIONES
Se tiene establecido o implementado algún tipo de Sistema de Gestión Ambiental.	1			Se llevó a cabo el proceso de Implementación del Sistema de Gestión Ambiental basado en la NTC-ISO 14001:2004.
Se ha definido y documentado el alcance de dicho Sistema.	1			Este se encuentra definido y documentado en el Manual del Sistema de Gestión Ambiental.
4.2 POLÍTICA AMBIENTAL				
Se tiene definida la Política Ambiental	1			
Ésta política es apropiada a la naturaleza, magnitud e impactos ambientales según las actividades y servicios de la entidad.	1			
Incluye un compromiso de mejora continua y prevención de la contaminación	1			Dentro de la Política Ambiental se contempla su deseo por llevar a cabo la protección, preservación y conservación del ambiente, mediante el mejoramiento continuo.

Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos legales aplicables y con otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales.	1			
Proporciona el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos y las metas ambientales.	1			
Se documenta, implementa y mantiene	1			
Se comunica a todas las personas que trabajan para la organización.	1			
Está a disposición del público	1			Se determinaron puntos estratégicos para la adecuada publicación en dos pendorones.
4.3 PLANIFICACIÓN	SI			OBSERVACIONES
4.3.1 Aspectos Ambientales				
Se establecen e implementan procedimientos para identificar los aspectos ambientales de las actividades, productos y servicios que se puedan controlar o en los cuales se pueda influir teniendo en cuenta las modificaciones de los mismos.	1			Se diseñaron procedimientos pertinentes a la identificación, análisis y evaluación de los Aspectos Ambientales.
Emisiones controladas hacia la atmosfera	1			La Institución cuenta con una planta eléctrica, la cual es el único elemento que puede causar emisiones atmosféricas en pequeñas cantidades, esto se controla mediante: 1. Cuenta con planta eléctrica con motor Comun Riel con inyección de alta presión sistematizado. 2. Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos no biomédicos. 3. Mantenimiento correctivo inmediato 4. Seguimiento a la vida útil del equipo.
Vertimientos controlados en las aguas y alcantarillado.	1			La Institución no genera ningún tipo de vertimiento a algún cuerpo hídrico o campo abierto, estos se realizan directamente al alcantarillado municipal, se tuvo el concepto Técnico emitido por la CAS que no se requiere la implementación de un sistema de tratamiento, ni caracterización de las aguas residuales.

Residuos sólidos y de cualquier otro tipo, en particular los peligrosos.	1			La Institución actualmente cuenta con el 91% de cumplimiento en los componentes del PGIRHS, lleva a cabo un control operacional de Residuos, especialmente de los Peligrosos.
Se han determinado aquellos aspectos ambientales que pueden tener impacto significativo sobre el medio ambiente.	1			<ul style="list-style-type: none"> • El PGIRHS • El aumento y/o disminución del consumo de Energía eléctrica • El aumento y/o disminución del consumo del Agua • El aumento y/o disminución del consumo del Papel • Adecuado manejo de residuos químicos
4.3.2 Requisitos legales y otros requisitos	SI			OBSERVACIONES
Se establecen e implementan procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y a otros requisitos ambientales suscritos por la organización.	1			La oficina de Calidad creó un Normograma Institucional para facilitar el acceso a los requisitos Legales aplicables, además de esto en el Manual de Gestión Ambiental se encuentran los requisitos aplicables a cada aspecto ambiental.
Se han determinado como se aplican los requisitos legales a los Aspectos Ambientales de esta Institución.	1			En la Institución los requisitos Legales se toman como base fundamental para la puesta en marcha de determinado proceso, su implementación y documentación. La Institución cuenta con un Asesor Jurídico permanente que realiza la revisión de la normatividad que la Institución debe aplicar.
4.3.3 Objetivos, metas y programas	SI			OBSERVACIONES
Se establece, implementa y mantienen objetivos y metas ambientales documentados	1			En el Manual del Sistema de Gestión Ambiental se encuentran descritos los Objetivos Ambientales. Dentro de estos el objetivos se hace necesario reforzar el siguiente: Diseñar programas de formación que involucren a: <ul style="list-style-type: none"> • Instituciones de Educación formal y no formal • Empresas del Estado • Empresas de Servicios Públicos ESP. de Málaga. • Comunidad en General a través de los diferentes medios de comunicación como radio y canales de Televisión.
Son coherentes con la política ambiental.	1			La Política Ambiental hace referencia a la implementación de los objetivos, metas y programas del Sistema de

				Gestión Ambiental. La expresa lo siguiente: "...está comprometida con el desarrollo sostenible de sus actividades en torno al apoyo de programas de formación y fomento de comportamientos ambientales..." Dichos programas, son acordes a los objetivos y metas propuestos.
Se establecen, implementan o mantienen programas para alcanzar sus objetivos y metas	1			Programas: Uso racional de la Energía Uso racional del Agua Uso racional del Papel
En estos programas, existe la asignación de responsabilidades para lograr dichos objetivos y metas	1			El Comité de Gestión Ambiental lidera el desarrollo de los programas propuestos
Se determinan los medios y plazos para lograrlos	1			Dentro del Plan de Mejora para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, se encuentran definidos los medios y plazos para el desarrollo de los Objetivos, Metas y Programas.
4.4. IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN	SI			OBSERVACIONES
4.4.1 Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad.				
Se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos, humanos, infraestructura y habilidades especializadas para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de Gestión Ambiental	1			El nivel de compromiso de la la Dirección de la Institución va más allá de la asignación de recursos financieros y tecnológicos, tal compromiso se transfiere al Recurso Humano y con el enaltece y apoya las habilidades especializadas para implementar, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión Ambiental.
Se definen, documentan, y comunican las funciones, responsabilidades y la autoridad para así facilitar una Gestión Ambiental eficaz.	1			El Comité de Gestión Ambiental asume las responsabilidades y comunica a toda la Institución las acciones que llevan a la implementación del Sistema de Gestión Ambiental
La alta dirección ha designado uno varios representantes de la dirección los cuales deben velar y tener autoridad para asegurarse de que el Sistema de Gestión Ambiental se establece, implementa, y mantiene de acuerdo con los requisitos exigidos.	1			Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria con el apoyo de la oficina de Gestión de Calidad y Seguridad
Se le está informando a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de Gestión Ambiental para su debida revisión, incluyendo las recomendaciones para la mejora	1			La Gerencia recibe la información de manera inmediata una vez se detectan mejoras y anomalías del desempeño del Sistema de Gestión Ambiental, además, se socializan los avances y

				las dificultades en el espacio definido para el Comité de Gestión Ambiental.
4.4.2 Competencia, Formación y toma de conciencia				
La organización ha establecido y mantenido uno o varios métodos para que sus empleados tomen conciencia de la importancia de la conformidad con la política ambiental, los procedimientos y requisitos del sistema de Gestión Ambiental.	1			Se han definido diferentes métodos para crear conciencia en el cliente interno y externo de la Institución, los cuales se resumen en: Capacitaciones presenciales, mensajes radiales y por alta voz, visuales como carteles, folletos y trípticos. A la fecha, se están diseñando mensajes audiovisuales para ser transmitidos por televisión de circuito cerrado.
Se tienen en cuenta los aspectos ambientales significativos, los impactos relacionados con su trabajo, y los beneficios ambientales de un mejor desempeño personal.	1			Por medio de los diferentes métodos para crear conciencia ambiental en el cliente interno, se han diseñado trípticos, carteles y mensajes por alta voz que han permitido relacionar la gestión ambiental con la producción institucional según cada área, actividad o puesto de trabajo.
Se tienen procedimientos para que los empleados tomen conciencia de sus funciones y responsabilidades en el logro de la conformidad con los requisitos del sistema de gestión ambiental	1			Actualmente se encuentra en proceso de diseño e implementación de los procedimientos específicos por servicio, actividad o puesto de trabajo para que se aplique con mayor adherencia las responsabilidades frente al Sistema de Gestión Ambiental en cada uno de los colaboradores (cliente interno) de la Institución.
Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales al desviarse de los procedimientos especificados.	1			Los procedimientos que se encuentran en diseño y socialización incluyen la identificación y clasificación del riesgo de desviación del Sistema de Gestión Ambiental frente a cada actividad o proceso que desarrolle el cliente interno en la Institución.
4.4.3 Comunicación				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para: La comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización. Para recibir, documentar y responder a las comunicaciones pertinentes de las partes interesadas externas.	1			La Institución cuenta con diferentes medios de comunicación para el cliente interno y externo. Internamente cuenta con circulares folletos, trípticos, mensajes de voz, pero además, una oficina de Gestión Ambiental en para apoyar la implementación del Sistema de Gestión Ambiental y resolver desviaciones que se presenten y/o detecte el cliente interno. Esta misma oficina gestiona y resuelve las desviaciones del cliente externo institucional (Proveedores).

La organización ha documentado su decisión de comunicar o no externamente información acerca de sus aspectos ambientales significativos.		1		La Institución realiza acciones de comunicación externa (Medios radiales comunitarios) sobre los aspectos ambientales significativos, sin embargo, esta decisión no se encuentra documentada en las Actas de los Comité de Gestión Ambiental realizados a la fecha. Se define como plan de mejora, dar a conocer las acciones de comunicación realizadas y soportarlas en las actas de los próximos comités.
Si la decisión ha sido comunicarla, se han definido e implementado métodos para su realización.	1			A la fecha, las acciones y métodos de comunicación se realizan pero no se encuentra soportada la decisión de documentarla.
4.4.4 Documentación				
La documentación del Sistema de Gestión Ambiental incluye la política, objetivos y metas ambientales	1			Ver Manual de Sistema de Gestión Ambiental
Incluye la descripción del alcance del SGA	1			
Incluye la descripción de los elementos principales del Sistema de Gestión Ambiental y su interacción, así como la referencia de los documentos relacionados	1			
Incluye los documentos, y los registros requeridos en esta Norma internacional	1			
Incluye los documentos, incluyendo los registros determinados por la organización como necesarios para asegurar la eficacia de la planificación, operación y control de procesos relacionados con sus aspectos ambientales significativos	1			
4.4.5 Control de documentos				
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos para aprobar los documentos con relación a su adecuación antes de su emisión	1			La Institución cuenta con el Sistema de Gestión Documental liderado por la oficina de Gestión de Calidad y Seguridad
Los documentos son revisados y actualizados cuando sea necesario, y aprobados nuevamente	1			Se cumple con los procedimientos definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos	1			Se cumple con los procedimientos definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
Se ha establecido un procedimiento para	1			Se cumple con los procedimientos

asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables están disponibles en los puntos de uso				definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables	1			Se cumple con los procedimientos definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
Se ha establecido un procedimiento para asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo que la organización ha determinado que son necesarios para la planificación y operación del Sistema de Gestión Ambiental y se controla su distribución	1			Se cumple con los procedimientos definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
Se ha establecido un procedimiento para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón	1			Se cumple con los procedimientos definidos por el Sistema de Gestión documental de la Institución
4.4.6 Control Operacional				
La organización ha identificado y planificado aquellas operaciones que están asociadas a los aspectos ambientales significativos identificados en línea con la política, los objetivos y las metas	1			Se tienen identificados y documentados los procedimientos para el control operacional de los aspectos ambientales significativos.
La organización ha establecido, implementado y mantenido uno o varios procedimientos documentados para controlar situaciones en la que por ausencia de la documentación se podrían llevar desviaciones de la Política, objetivos y metas Ambientales.	1			La Política, sus objetivos y metas ambientales además de encontrarse definidas, socializadas e implementadas, se encuentra documentadas, lo cual controla las desviaciones que se puedan generar por falta de documentación de la misma.
La organización ha establecido criterios operacionales en los procedimientos	1			El Comité de Gestión Ambiental estableció los criterios para definir los procedimientos de los aspectos ambientales significativos para el SGA. Entre ellos se encuentran: 1. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. PGIRH 2. Programa de control para conservación del recurso hídrico 3. Programa de control para el consumo de energía eléctrica 4. Programa de control para el consumo de papel
La organización ha establecido, implementado y mantenido procedimientos relacionados con los aspectos ambientales significativos identificados de los bienes y servicios utilizados por la organización	1			Se han identificado, establecido y documentado los procedimientos relacionados con los aspectos ambientales significativos, los cuales están implementados según el servicio que presta la Institución, para este

				caso, dichos procedimientos corresponden al Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios (PGIRH).
Se han comunicado adecuadamente los procedimientos y requisitos aplicables a los proveedores, incluyendo a los contratistas				Se indicó a la líder del Servicios Farmacéutico y Almacén la necesidad de identificación, diseño, documentación e implementación de una guía / manual de compras dirigida a los proveedores que permita orientar la adquisición de productos que no afecten la gestión ambiental de la Institución
4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias				
La organización ha establecido procedimientos para: Identificar situaciones potenciales de accidentes o emergencias que puedan impactar el medio ambiente y como responder a estos. Responder a situaciones de emergencia y accidentes reales y prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos asociados	1			Se cuenta con el Plan de Contingencia para el control de emergencias de residuos peligrosos, establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. Se cuenta con el Plan de Emergencias de Seguridad y Salud Ocupacional de la E.S.E Hospital Regional de García Rovira. Aunado a ello, han desarrollado Simulacros de afluencia masiva de heridos que han tenido cuenta el manejo de los residuos hospitalarios generados en la atención de los pacientes.
Los procedimientos de preparación y respuesta ante emergencia son: Implementados, Revisados periódicamente y actualizados cuando sea necesario y en particular después de que ocurran accidentes o situaciones de emergencias. son ensayados periódicamente cuando sea factible	1			Los procedimientos para respuesta a emergencias son revisados según periodicidad de reunión del Comité Hospitalario de Emergencias (PHE). Durante los simulacros realizados (anualmente), se han validado (análisis y evaluación) para detectar fallas y planes de mejora con el fin de estar preparados ante accidentes o cualquier tipo emergencia que pueda suceder. A la fecha, se ha presentado una activación del PHE que no significó gran cantidad de pacientes, por lo cual tampoco gran generación de residuos hospitalarios.
4.5 VERIFICACIÓN				
4.5.1 Seguimiento y medición				
La organización ha establecido procedimientos para hacer seguimiento y medición regularmente a las características fundamentales de las operaciones que pueden tener un impacto significativo en el medio	1			La Institución cuenta con los siguientes procedimientos: 1. Procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos. 2. Procedimiento de mantenimiento

ambiente			preventivo y correctivo de equipos no biomédicos: Planta eléctrica. 3. Controles microbiológicos en áreas específicas.
Los procedimientos incluyen requisitos relacionados con la documentación y el registro de la información sobre el seguimiento en: El desempeño, Controles operacionales aplicables, y de conformidad con los objetivos y metas ambientales de la organización	1		Los procedimientos de seguimiento y medición a las características fundamentales se encuentran documentados al igual que la información resultante del análisis de desempeño y de los controles operacionales.
Los procedimientos son: • Revisados periódicamente y actualizados cuando es necesario • Implementados consistentemente Los equipos de seguimiento y medición han sido y se mantienen calibrados o verificados Existen registros sobre su estado de calibración y mantenimiento	1		1. Los procedimientos son revisados según se encuentra definido en el Procedimiento de control de documentos. 2. Los procedimientos se implementan según la periodicidad definida en los cronogramas. 3. Cada seguimiento realizado cuenta con el soporte documental de las mediciones y calibraciones.
4.5.2 Evaluación y cumplimiento legal			
La organización ha establecido, implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento de la legislación aplicable	1		Dentro del procedimiento de realización de Auditorías Internas, se tiene establecido la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente según el proceso o sistema de gestión que se esté evaluando. La periodicidad está definida en el cronograma de auditorías internas; para el caso del Sistema de Gestión Ambiental y PGIRH, se encuentra definido semestralmente.
Se mantienen registros de esta verificación	1		Todos los registros de las verificaciones realizadas mediante Auditorías Internas son conservados como soportes de los hallazgos y planes de mejora definidos.
La organización ha establecido implementado y mantiene procedimientos documentados para la evaluación periódica del cumplimiento con otros requisitos que la organización haya suscrito	1		Las evaluaciones periódicas realizadas al Sistema de Gestión Ambiental han sido comparados con la normatividad del Sistema de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.
4.5.3 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva			
Existen procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y preventivas	1		La Institución cuenta con el procedimiento de No conformidades que incluye las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, el cual es aplicable a cualquier hallazgo identificado de cualquier proceso o Sistema de Gestión institucional

Estos procedimientos definen la identificación y corrección de las no conformidades y la forma para tomar acciones para mitigar los impactos ambientales	1			Incluidas dentro del Procedimiento de No Conformidades institucional
Estos procedimientos definen la investigación de las no conformidades determinando sus causas y tomando las acciones que eviten que vuelvan a ocurrir	1			El procedimiento de No conformidades tiene definido el análisis de causas mediante diferentes metodologías aplicables según el hallazgo identificado, así mismo, las acciones de mejora para corregir la desviación. Este procedimiento aplica para las no conformidades del Sistema de Gestión Ambiental.
Estos procedimientos definen la evaluación de la necesidad de acciones para prevenir las no conformidades y la implementación de las acciones apropiadas definidas para prevenir su ocurrencia	1			El procedimiento de No conformidades cuenta con el seguimiento del Estado de la Acción: Eficiencia, eficacia y efectividad, además del cierre de la no conformidad
Estos procedimientos definen el registro de los resultados de las acciones preventivas y correctivas tomadas	1			Según las no conformidades encontradas del Sistema de Gestión Ambiental las acciones definidas han permitido el avance en la implementación de la Norma.
Las acciones tomadas son las apropiadas en relación a la magnitud de los problemas e impactos ambientales encontrados	1			Según las no conformidades encontradas del Sistema de Gestión Ambiental las acciones definidas han permitido el avance en la implementación de la Norma.
La organización se asegura de que cualquier cambio necesario sea incorporado a la documentación del Sistema de Gestión Ambiental	1			Todo cambio y/o mejora se encuentra documentado en el Sistema de Gestión Ambiental
4.5.4 Control de registros				
Existen procedimientos definidos para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros	1			La Institución cuenta con el Procedimiento para el control de registros, el cual aplica a cualquier proceso y sistema de gestión institucional
Los procedimientos han sido: Establecidos, Implementados, Periódicamente revisados y actualizados cuando es necesario, Implementado consistentemente	1			Los procedimientos documentados para el Sistema de Gestión Ambiental han sido desarrollados según lo definido en el procedimiento de control de registros institucional.
Los registros son legibles, identificables y trazables	1			Los registros son documentados en medio magnético lo cual permite legibilidad, son almacenados según control de documentos y control de registros, esto permite su identificación

				y trazabilidad
4.5.5 Auditoría Interna				
Se realizan auditorías internas del SGA a intervalos planificados	1			En cumplimiento al procedimiento de auditorías internas y su cronograma, se han planificado y ejecutado semestralmente las auditorías internas al Sistema de Gestión Ambiental y al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.
Las auditorias permiten determinar si el SGA: Es conforme con las disposiciones planificadas para la Gestión Ambiental incluidos los requisitos de la NTC-ISO 14001 Se ha implementado adecuadamente	1			El Plan de las Auditorias ha sido definido según los requisitos de la NTC-ISO 14001:2004
Se informa de manera completa a la dirección sobre los resultados de las auditorías internas	1			Cada Auditoría realizada es socializada en el espacio establecido para el Comité de Gestión Ambiental, en el cual participa la Gerencia, los integrantes del comité y los invitados.
Los programas de auditorías y las auditorias permiten considerar la importancia ambiental de las operaciones implicadas, así como los resultados de auditorías previas	1			Las auditorías realizadas siempre son comparadas con el resultado de las auditorias anteriores, lo que permite establecer el nivel de avance de las acciones de mejora implementadas.
El proceso de auditoría cubre de manera suficiente: La determinación de los criterios y el alcance de cada auditoria. La frecuencia planificada y métodos a emplear Los requisitos para planificar y realizar las auditorias Responsabilidades del auditor y de todas las partes involucradas Informe de resultados de la auditoria Mantenimiento de registros asociados	1			El Plan de auditoría consta de: -Lugar y fecha -Procesos auditados -Cliente de la Auditoria -Objeto y Alcance -Criterios (Legislación aplicable) - Actividades del Proceso a verificar (incluye fecha y hora) - Auditado responsable y Auditor según actividad del proceso - Metodología de cierre de la auditoria y presentación hallazgos. El Informe de la auditoria consta de: - Identificación del proceso auditado - Hallazgos por cada actividad del Proceso: Fortalezas, debilidades y no conformidades (incluye soporte o evidencia) - Conclusiones de la auditoria - Planes de Mejora según los hallazgos encontrados (incluye actividad, responsable y plazo de cumplimiento)

La selección de auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría	1			Dentro del Proceso de realización de Auditoría Interna, se encuentra definido la metodología para la selección de los Auditores con el fin de lograr objetividad en el momento de la verificación.
4.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
La alta dirección revisa a intervalos definidos el SGA para asegurar que haya conveniencia, adecuación y eficacia continuas	1			La Gerencia demuestra constantemente su entera disposición para recibir las sugerencias y planes de mejora de las no conformidades, al igual que analiza la conveniencia de las necesidades y gestiona la implementación de los requerimientos que estén a su nivel.
Las revisiones se han dirigido hacia la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGA				En cada revisión realizada por la Gerencia, se evalúan los avances de la implementación del Sistema de Gestión Ambiental
En las revisiones por la dirección se han considerado entradas como : <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de auditorías internas y evaluaciones de cumplimiento con requisitos legales y otros que la organización suscriba • Las comunicaciones de las partes interesadas externas(incluyendo quejas) • El desempeño ambiental de la organización • El grado de cumplimiento de los objetivos y metas • El estado de las acciones correctivas y preventivas • El seguimiento de las acciones resultantes de las revisiones previas llevadas a cabo por la dirección • Los cambios en las circunstancias, incluyendo la evolución de los requisitos legales y otros requisitos relacionados con sus aspectos ambientales • Las recomendaciones para la mejora 	1			Las revisiones realizadas por la Gerencia son verificadas en el espacio del comité de Gestión Ambiental en donde se presentan los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Resultados de auditorías internas y externas - Quejas presentadas - Avances en el desempeño ambiental - Avances en el cumplimiento de requisitos - Avances y estados de las no conformidades - Desviaciones y/o incumplimiento de los requisitos legales - Definición de planes de mejora.
Los resultados de las revisiones incluyen decisiones y acciones tomadas relacionadas con posibles cambios en la política ambiental, objetivos, metas y otros elementos del SGA coherentes con el compromiso de mejora continua.	1			Todas las revisiones relacionadas con la implementación del Sistema de Gestión Ambiental son socializadas, analizadas y evaluadas en el espacio establecido para el Comité de Gestión Ambiental desde la Gerencia y los líderes de proceso aportan

				sugerencias y definen planes de mejora correspondientes.
TOTAL	76	1	0	
% DE CUMPLIMIENTO	98,7%	1,3%	0,0%	
80	TOTAL			
	% DE CUMPLIMIENTO			
ASISTENTES A LA RONDA DE CHEQUEO				
NOMBRES COMPLETOS			CARGO – PROFESION	
Aitza Vivian Castañeda Solano			Coordinadora de Gestión de Calidad y Seguridad	
Jenny Zuleima Bautista Sierra			Asesora en Gestión Ambiental	

ANÁLISIS: El grado de cumplimiento en el momento de la Lista de Chequeo Inicial fue de 56,3.

Después de realizadas las dos auditorías y la revisión por la Dirección se cuenta con un porcentaje de implementación del SGA del 98,7%, y un no cumplimiento del 1.3, debido a que no se documentó la necesidad de extender la comunicación a partes externas.

ANEXO 4. OFICIO ENVIADO AL HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA COMO REFERENCIA DEL PROGRAMA HOSPITAL VERDE

Málaga 7 de Diciembre de 2011

Doctor
JOSÉ OMAR NIÑO CARREÑO
Gerente
E.S.E Hospital San Antonio de Soata

Cordial Saludo

Estimado Doctor,

Resaltando la excelente labor que ha venido realizando en la E.S.E Hospital San Antonio, a la vez reciba nuestra más sincera felicitación por tan importante logro al ser galardonados en la categoría “Hospital Verde con Excelencia” en dos ocasiones consecutivas, sirviendo como ejemplo a otras Instituciones del sector Salud.

Para la E.S.E Hospital Regional de García Rovira es muy importante contar con el apoyo de IPS de alta calidad como lo es su Institución.

Nuestro objetivo es lograr pertenecer al Programa Hospital Verde, para nuestra Institución la Gestión Ambiental es entendida como un factor clave a tener en cuenta en la definición de políticas y estrategias en todas sus actividades, minimizando los riesgos para la salud y el medio ambiente a través del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS), en el cual se ha venido llevando a cabo un arduo trabajo, logrando avances significativos para la Institución, al igual que el proceso de Implementación de la NTC- ISO 14001:2004, la cual genera valor agregado y mejora la posición Competitiva de la Institución, permitiendo mejorar continuamente el desempeño ambiental.

En días pasados, se realizó comunicación con el Señor Cesar Manuel Franco, secretario del Comité Ambiental quien nos orientó acerca de los componentes básicos del Programa, y a la vez nos ofreció la posibilidad de socializar tan magnífica experiencia.

Por lo anterior, nos dirigimos a usted para que permita que nuestro equipo de Gestión Ambiental, conformado por cinco (5) profesionales, visite las Instalaciones de su E.S.E el día 16 de Diciembre en horas de la mañana y reciban orientación e información acerca de las experiencias, con el fin de facilitar nuestra gestión y el propósito de mejorar continuamente en los procesos de producción más Limpia para nuestra Institución.

A la espera de su amable colaboración,

Atentamente,

Darío Elvis Camacho Noriega
Gerente

Aitza Vivian Castañeda Solano
Coordinadora Gestión de Calidad y Seguridad

ANEXO 5. FORMATO ENVIADO POR LA CORPORACIÓN ECOEFICIENCIA.

VISITA HOSPITAL VERDE

VISITA DE RECONOCIMIENTO

PROGRAMA HOSPITAL VERDE

El siguiente cuestionario tiene como objeto recoger la información necesaria para formular una propuesta de trabajo para las Entidades de Salud que van a formar parte del programa HOSPITAL VERDE.

1. INFORMACIÓN GENERAL.

Nombre de la Entidad	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA		
Nombre del Gerente o Representante Legal	DARÍO ELVIS CAMACHO NORIEGA		
Dirección	CARRERA 7 No 15 – 80		
Teléfono	6607130 – 6607475	Fax: EXTENSIÓN 205	
Número de Empleados	140		
Nivel de Atención	II NIVEL – MEDIANA COMPLEJIDAD	Capacidad Instalada (camas)	50 camas
PERSONAL DE CONTACTO			
Nombre de la Persona de Contacto		Correo Electrónico	
1. JENNY ZULEIMA BAUTISTA		1. jenny.zu16@hotmail.com	
2. AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO		2. aitzavivian@hotmail.com	
Cargo		Teléfono	
1. ASESORA IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL		1. 3208077620	
2. COORDINADORA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD		2. 3212130987	

2. SERVICIOS QUE PRESTA LA ENTIDAD

Por favor listar a continuación los servicios que actualmente presta la Entidad, al igual que los que funcionen dentro de sus instalaciones y correspondan a terceros.+

3. SERVICIOS DE APOYO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD.

Señale en la tabla que se presenta a continuación los servicios industriales con los que cuenta la Entidad para garantizar el adecuado funcionamiento de la atención en salud.

* (P) Propio

(C) Contratado

Tipo de Servicio	P*	C*	Observaciones
Recolección de residuos al interior de la entidad		X	EMPRESA RAQUEL CAMACHO DE GAMBOA SAS
Servicio de Lavandería		X	EMPRESA RAQUEL CAMACHO DE GAMBOA SAS
Recolección y Disposición final de residuos peligrosos		X	EMPRESA SANDESOL S.A. E.S.P.
Limpieza y desinfección de instalaciones		X	EMPRESA RAQUEL CAMACHO DE GAMBOA SAS

Tipo de Servicio	P*	C*	Observaciones
Capacitación para el personal de la entidad en materia ambiental	X		
Servicio de alimentación a pacientes		X	EMPRESA RAQUEL CAMACHO DE GAMBOA SAS
Cafetería		X	ALCIRA S.
Mantenimiento de Equipos no biomédicos		X	EMPRESA COMPUTODO: Equipos de computo, redes de seguridad, redes de datos
Mantenimiento de Instalaciones Locativas		X	EMPRESA INGHIMEV
Generación de Vapor (Caldera)			NO CUENTA CON CALDERA
Esterilización	X		
Generación de aire comprimido	X		
Otros servicios PLANTA ELÉCTRICA	X		
Otros servicios:			

3. GESTIÓN AMBIENTAL

No	DOCUMENTO	S	N	DESCRIPCIÓN
1	¿Cuenta con un equipo ambiental formalmente constituido?	X		COMITÉ DE GESTIÓN AMBIENTAL
2	¿Cuenta con un plan de acción ambiental definido?	X		
3	¿Tiene estandarizados indicadores de desempeño ambiental, que permitan hacer seguimiento?	X		INDICADORES DE GESTIÓN AMBIENTAL: 1. Accidentalidad por residuos cortopunzantes 2. Beneficio por aprovechamiento 3. Beneficio por Reciclaje 4. Capacitación de PGIRH 5. Destinación de Residuos Hospitalarios 6. Inversión de elementos e insumos

				para manejo de residuos
4	¿Cuenta con el permiso del uso del suelo que determina la viabilidad de desarrollo de la actividad en su ubicación actual, atendiendo al POT?	X		
5	¿Tiene definido un manual de servicios contratados?	X		CUENTA CON MANUAL DE CONTRATACIÓN
6	¿Cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos –PGIR actualizado de acuerdo al decreto 4741 de 2005?	X		SE REALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN EN EL MES DE DICIEMBRE 2011 – ENERO DE 2012
7	¿Cuenta con instructivos para la disposición de medicamentos parcialmente consumidos y vencidos?	X		ADEMÁS DE LOS INSTRUCTIVOS DE RECOLECCIÓN, LA INSTITUCIÓN EJECUTÓ UN PROYECTO EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2011 PARA DEVOLUCIÓN, RECEPCIÓN, DESTRUCCIÓN DE PRODUCTOS FÁRMACÉUTICOS VENCIDOS, DETERIORADOS Y/O PARCIALMENTE CONSUMIDOS PROCEDENTES DE LOS HOGARES DE LA CIUDAD DE MÁLAGA
8	¿Tiene actualmente el registro como generador de residuo peligroso ante el IDEAM?	X		INSCRIPCIÓN REALIZADA EL DÍA 28 DE MARZO DE 2011 POR LA PÁGINA WEB www.cas.gov.co
9	¿Cuenta con un contrato vigente de gestor autorizado de residuos peligrosos?. Además mantiene soporte de la licencia ambiental del gestor y la de terceros que gestionan los residuos peligrosos.	X		CONTRATO No 094 DEL 2 DE ENERO DE 2012 CON LA EMPRESA SANDESOL S.A. E.S.P.
10	¿Mantiene actualizadas las actas de disposición final de residuos peligrosos a la fecha?	X		CUENTA CON ACTAS DE DISPOSICIÓN FINAL CORRESPONDIENTE A CADA RECOLECCIÓN DE RESIDUOS QUE SE REALIZA, SEGÚN TÉRMINOS CONTRACTUALES.
11	¿Cuenta con el último informe de auditoría al gestor autorizado de residuos peligrosos?	X		CUENTA CON INFORME DE INTERVENTORÍA A LA EMPRESA CONTRATISTA EDEPSA E.S.P. CON FECHA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2011
12	¿Cuenta con protocolos de inactivación de los residuos de riesgo biológico generados en las diversas áreas laboratorio clínico, cirugías, bancos de sangre?	X		CUENTA CON PROTOCOLOS DE INACTIVACIÓN DE RESIDUOS DE RIESGO BIOLÓGICO PARA LOS SERVICIOS: <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio Clínico (incluye servicio de transfusión sanguínea) - Salas de Cirugía y Partos - Odontología - Urgencias
13	¿Cuenta con un manual de bioseguridad?	X		CUENTA CON MANUAL DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL

No	DOCUMENTO	S	N	DESCRIPCIÓN
14	¿Cuenta con la lista completa de todos los productos químicos utilizados en la Entidad?	X		CUENTA CON LISTADO DE PRODUCTOS QUÍMICOS.
15	¿Cuenta con las hojas de seguridad de los productos químicos utilizados?	X		CUENTA CON FICHAS TÉCNICAS Y DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS

16	¿Cuenta con un Plan de Emergencias Ambientales que incluya (eventos con productos químicos, residuos peligrosos, equipos a presión, gases a presión)?	X	CUENTA CON PLAN DE EMERGENCIAS AMBIENTALES PARA RESIDUOS PELIGROSOS Y GASES A PRESIÓN. A LA FECHA SE ENCUENTRA EN DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE EMERGENCIAS AMBIENTALES PARA EQUIPOS A PRESIÓN Y PRODUCTOS QUÍMICOS
19	¿Cuenta con procedimientos para la compra, recepción, almacenamiento, distribución y conservación de medicamentos, reactivos y productos de limpieza?	X	CUENTA CON LOS PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIOS FARMACEUTICOS
20	¿Cuenta con guías sobre el manejo y almacenamiento de gases medicinales?	X	CUENTA CON LAS GUIAS DE MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE GASES MEDICINALES (Oxígeno - Nitrógeno - Dióxido de Carbono)

ANEXO 6. OFICIO ENVIADO A PROVEEDORES

Málaga, Septiembre de 2011

Señores:

COHOSAN

Cooperativa de Hospitales y Organismos de Salud en Santander

Respetados señores:

Conscientes de la importancia del cuidado y preservación del Medio Ambiente, hemos decidido implementar un Sistema de Gestión Ambiental basado en la Norma Técnica ISO 14001:2004 como parte de nuestro compromiso de contribuir al mejoramiento del Medio Ambiente.

Deseamos que usted, nuestro prestigioso Proveedor conozca la iniciativa y preocupación que tenemos con respecto a este tema.

Es por esto que adjuntamos el Folleto educativo y lo invitamos a conocer nuestra Política Ambiental, la cual declara el compromiso con el Medio Ambiente, el cumplimiento de la Normatividad Vigente y la búsqueda de un desarrollo sostenible en las actividades que realizamos a diario con el fin de mejorar continuamente los procesos de producción más limpia en nuestra Institución.


Nos gustaría con ello reforzar nuestro compromiso con los aspectos del medio Ambiente así como también le agradecemos su soporte para el debido control y manejo de las fichas Técnicas de los productos suministrados por ustedes.

Atentamente,


DARÍO ELVIS CAMACHO NORIEGA

Gerente

ANEXO 7. LISTADO DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES REALIZADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA
Málaga - Santander
COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NTC-ISO 14001:2004
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Noviembre 2 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Wendy Jimena James Per	Aux de enfermería	Cooprosalud
Marta de Jesús Rodríguez Delgado	Aux de enfermería	Cooprosalud
Leidy Carolina Chávez Ortiz	Aux de enfermería	Cooprosalud
Deby Guinonez Carreño	Enfermera	Cooprosalud
Lidia Amparo Calis C	Aux de enfermería	Cooprosalud
Luz Myriam Salgado Vega	Enfermera	Cooprosalud
Lesly Schano Basto Basto	Aux de facturación	Cooprosalud
Bianca Nelly Rosas	Aux. Enfermería	Cooprosalud
Carmen Rosa Angela Quintero	Aux Enfermería	Cooprosalud
Angel Rodríguez Ruiz	Aux. Archivo	Cooprosalud

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
Málaga - Santander
COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NTC-ISO 14001:2004
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
FECHA: Noviembre 3 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
OMARITA MONEVAR LIZAMPO	AUX DE ENFERMERIA	COOPROSAALUD
Adriana Caucho OIOZCO	AUX de Fact.	COOPROSAALUD
Doris Amparo Moreno Estupisan	Aux. Facturación	COOPROSAALUD
Martha Cecilia Dominguez Gomez	Aux. Enfermeria	COOPROSAALUD
DANAY YOLANDA DELGADO PELAEZ	AUX FACTURACION	COOPROSAALUD
NORI BARRERA IBAÑEZ	AUX Enfermeria	COOPROSAALUD
Sandra MORALES	AUX Facturación	COOPROSAALUD
Belver Mauricio Beltrán	Mantenimiento	Inghimev Ltda
Jenny Zuleima Bautista Sierra	Ing. Industrial Asesoría Ambiental	U.I.S.

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
E-mail: hr@garciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
Málaga - Santander
COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL BASADO EN LA NTC-ISO 14001:2004
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
FECHA: Noviembre 8 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Rosm Elvira Suárez Alvarado	Oficinas Generales	Rosm Suárez
Adriana Caucho OIOZCO	Oficinas Generales	Raquel Camacho
Ana delia Merchán Vargas	Oficinas Generales	Raquel Camacho
Nubia Johanna Parra Parra	Oficinas Generales	Raquel Camacho
Jenny Nayibe Parra Ruiz	Oficinas Generales	Raquel Camacho
GLORIA STELLA GALIANO BENITA	Oficinas G.S.	Raquel Camacho
Jenny Parra Moreno	Servicios Generales	Raquel Camacho
Beatriz Mora Castro	Servicios Generales	Raquel Camacho
Elena Utrera Suárez	Servicios Generales	Raquel Camacho
Esperanza Castellanos	Auxiliar de Nutrición	S.A.S. Raquel Camacho

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
E-mail: hr@garciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
 Málaga - Santander
 COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Noviembre 15 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Marleny Torres Ordaz	aux. SIRU	Cooproasalud
Jeny Catalán Arnaldo	Auxiliar Enfermería	Cooproasalud
Elizabeth Suárez Gómez	Auxiliar Enfermería	Cooproasalud
Lidia Amparo Celis Celis	Aux de Enfermería	Cooproasalud
Ana Jacqueline Niño Padilla	Aux. Enfermería	Cooproasalud
Rafael Alexander Herro Fajardo	AUX ENFERMERIA	Cooproasalud
José Manuel Hernández Maldonado	Aux. facturación	Cooproasalud
Nelly Rosas	Aux. Enfermería	Cooproasalud
Ledy Johana Basto Basto	Aux facturación	Cooproasalud
Gueyller Yesenia Baez Ayala	Aux Enfermería	Cooproasalud

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
 Málaga - Santander
 COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Noviembre 17 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Jorge JOHANNY JONOTE PARRIZ	AUX Almacén	UNION MEDICA CTA
Gloria E. Icaal Suescun	Aux enfermería	Cooproasalud
Jesús Alfonso Zabala Maldonado	Aux Farmacia	Union Medica CTA
Hernesto Fidel Vega C.	Médico Internista	Coomed
MARGARITA NA ARIZA SANDOVAL	MD GENERAL	COOPROASALUD
Claudia Patricia Rovejo R	AUX DE ENFERMERIA	COOPROASALUD
ARIZ FERNANDO NIÑO RUIZ	Jefe Hospitalización	COOPROASALUD
Nikoll Stefan Cordero A	AUX DE ENFERMERIA	COOPROASALUD
Manha Judith Ortiz Ayala	Aux. Clínico	UNION MEDICA
Jenny Maldonado Flores	Bacteriología	Union Medica

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
 Málaga - Santander
 COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



HO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
2A TEMA: TECNOLOGÍAS LIMPIAS
AR PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Noviembre 29 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Blanca Marina Celis Celis	Aux - Enferm	Cooprosalud
Magda Alfana Nino Nino	Instrumentación QK	INCOOPMED
Luz Hemindo Lizarazo Villabona	Aux. - Enfermeria	Cooprosalud
Hernest Frdel Vega	Medico Internista	COOPMED
martha Judith Ortiz Avila	Aux. Laboratorio Clinico	Union medica
Claudia Marcela Mendoza S	Bacteriologa	Union Medica
Dario Elvis Camacho Noriega	Gerente	HR de ER
Jorge Yubete Ramirez	AUX. ALMACEN	UNION MEDICA
Hernandez Neais RODRIGUEZ	AUX ENFERMERO	COOPROSAALUD
Carmenza Jaime B	Aux de Enfermeria	COOPROSAALUD

Carrera 7 Nº 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
 Málaga - Santander
 COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



HO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
2A TEMA: TECNOLOGÍAS LIMPIAS
AR PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Diciembre 1 de 2011

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Lidia Amparo Celis Celis	Aux de enfermeria	Cooprosalud
fabio ortiz Lopez	conductor	INGHIMEV. LTDA.
Tamiro Boza C.	Mantenimiento	INGHIMEV. LTDA.
NORI Bolnera Ibanez	AUX. Enfermeria	Cooprosalud
Sandra Milena Nera T	AUX Fact	Cooprosalud
Adriana Cuervo Orozco	Aux Fact	Cooprosalud
Doris Amparo Moreno Estuñan	Aux facturación	Cooprosalud
Fredy Zabala Ortiz	Conductor	Inghimev ltda.
Seicy Angelica Castellanos	Bacteriologa	Union medica CTA

Carrera 7 Nº 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA
 Málaga - Santander
 COD. PRES: 68 - 00796 NIT: 900.067.169 - 9



PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
TEMA: SOCIALIZACIÓN PGRH PERSONAL SERVICIOS GENERALES
PRESENTADO POR: JENNY ZULEIMA BAUTISTA SIERRA
 FECHA: Enero 17 de 2012

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO - PROFESIÓN	EMPRESA
Fanny Parra Moreno	Servicios Generales	Raquel Camacho
Jesdy Nayibe Parra Ruiz	Servicios Generales	Raquel Camacho
Luz Martene Sanchez C	Servicio General	Raquel Camacho
Amya Myriam Alex. Mena	Servicio General	Raquel Camacho
Beatriz Roa Castro	Servicios Generales	Raquel Camacho
Rosa Elvira Suarez Alvarado	Servicios Generales	Rosa Suarez
Elena Lizaso Sanchez	Servicios Generales	Raquel Camacho S.A.S.
Betty Milán Flores	auxiliar de nutrición	Raquel Camacho
GLORIA STELLA GALEANO	Servicios Generales	Raquel Camacho
Luz Moring Moreno Suarez	Auxiliar de nutrición	Raquel Camacho S.A.S.

Carrera 7 N° 15-80 Tel: 6607475 - 6607094 - 6607130 - 6607449 - 6607293
 Fax: Urgencias 212 - Administración 205 - Ginecología 286
 E-mail: hrgarciarovira@yahoo.es Página Web: www.hospitalgarciarovira.gov.co