



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Instituto de Ciencias Matemáticas

**“DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL
OPERACIONAL PARA UN HOSPITAL MATERNO
INFANTIL ALINEADO A SART”**

TESINA DE GRADO

SEMINARIO DE GRADUACIÓN

SISTEMA DE AUDITORÍA DE RIESGO DE TRABAJO

Previa a la Obtención del Título de:

**INGENIERO EN AUDITORÍA Y CONTADURÍA PÚBLICA
AUTORIZADA**

Presentada por:

LUISA MARÍA BRAVO RODRÍGUEZ
MARIO XAVIER FLORES OCHOA
RONNY DAVID MENDOZA ZAMBRANO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2012

DEDICATORIA

A Dios.
A nuestros padres.
A nuestra familia.
Y a nuestros amigos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la oportunidad de seguir adelante y darnos la fuerza suficiente para superar los obstáculos que se presentaron a lo largo de nuestro camino.

A nuestros padres por su incondicional apoyo a lo largo de nuestras vidas.

A nuestros profesores por su dedicación y solidaridad, y por compartir con nosotros sus conocimientos y experiencias que nos han sido muy útiles para nuestra formación.

Al Ing. Cristian Arias por habernos guiado durante el desarrollo del proyecto, y por brindarnos su motivación y apoyo incondicional.

A nuestros amigos por acompañarnos en este caminar de culmina con este trabajo.

En general a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron con nuestra formación brindándonos su apoyo.

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Ing. Jenny Venegas
DELEGADO DEL ICM

Ing. Cristian Arias Ulloa
DIRECTOR DE TESINA

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de esta Tesina de Grado, nos corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL".

Luisa María Bravo Rodríguez

Mario Xavier Flores Ochoa

Ronny David Mendoza Zambrano

RESUMEN

La presente tesina presenta el diseño de un Sistema de Control Operacional para un Hospital Materno Infantil alineado a SART.

En el primer capítulo se encuentran los conceptos básicos y los aspectos teóricos que han sido utilizados en la tesina, además se explica la metodología que se lleva a cabo en el desarrollo del trabajo.

En el segundo capítulo se plantea los principios básicos de seguridad industrial, conceptos, herramientas de análisis para un Sistema de Control Operacional de Seguridad y Salud Ocupacional, Aspectos legales y normativas.

En el tercer capítulo presenta el diagnóstico situacional de la Maternidad, donde se compara el cumplimiento de los requisitos técnicos legales del sistema de auditoría de riesgo del trabajo,

En el cuarto capítulo presenta el diseño del sistema de control operacional, para el cual se realiza la identificación de peligros, análisis de tareas, evaluación de riesgos y procedimientos, guías operativas e Inspecciones programadas. Plan y cronograma de capacitaciones, auditorias y sus hallazgos. Esta investigación permite además hacer un control de indicadores y matriz de seguimiento de actividades de mejora.

Al final de la tesina se encuentran las conclusiones y recomendaciones pertinentes que permitirán a la directiva tomar decisiones e implementar el sistema operacional mediante los recursos necesarios.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| DEDICATORIA..... | II |
| AGRADECIMIENTO..... | III |
| TRIBUNAL DE GRADUACIÓN..... | IV |
| DECLARACIÓN EXPRESA..... | V |
| RESUMEN..... | VI |
| ÍNDICE GENERAL..... | VII |
| ABREVIATURAS..... | X |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | XI |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | XIII |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | XIV |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO 1..... | 3 |
| 1 . GENERALIDADES | 3 |
| 1.1 ANTECEDENTES..... | 3 |
| 1.2 OBJETIVO GENERAL..... | 4 |
| 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 5 |
| 1.4 METODOLOGÍA DE LA TESINA..... | 6 |
| CAPÍTULO 2..... | 7 |
| 2 . MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 GENERALIDADES DE LA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL.. | 7 |
| 2.2 DEFINICIONES..... | 10 |
| 2.3 HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS PARA UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL..... | 14 |
| 2.3.1 LAS 5S..... | 14 |
| 2.3.2 MEJORA CONTINUA..... | 16 |
| 2.3.3 PIRÁMIDE DE BIRD..... | 17 |
| 2.3.4 ANÁLISIS DE TAREA..... | 18 |
| 2.3.5 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS SEGÚN SU NATURALEZA: CONDICIÓN O ACTO INSEGURO..... | 19 |
| 2.3.6 EVALUACIÓN DE RIESGO..... | 19 |
| 2.3.7 VALORACIÓN DE RIESGOS..... | 20 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.4 | ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVAS EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL..... | 22 |
| 2.4.1 | PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL..... | 22 |
| 2.4.2 | RESOLUCIÓN 957– SUSTITUCIÓN DE LA DECISIÓN 584, INSTRUMENTO ANDINO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) 24 | |
| 2.4.3 | REGLAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO - Decreto Ejecutivo 2393 | 24 |
| 2.4.4 | REGLAMENTO CD 333 SART..... | 28 |
| 2.4.5 | CÓDIGO DE TRABAJO..... | 28 |
| 2.4.6 | NORMA OHSAS 18001:2007..... | 29 |
| 2.4.7 | COMPARACIÓN OHSAS Y SART | 31 |
| 2.4.8 | CÓDIGO DE SALUD | 34 |
| 2.4.9 | BIOSEGURIDAD | 35 |
| 2.4.10 | GESTIÓN DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS | 42 |
| | CAPÍTULO 3..... | 66 |
| 3 | . DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... | 66 |
| 3.1 | HISTÓRICO DE LA MATERNIDAD..... | 66 |
| 3.2 | DEFINICIONES ESTRATÉGICAS DE LA MATERNIDAD. | 68 |
| 3.3 | DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES | 70 |
| 3.4 | ORGANIGRAMA..... | 72 |
| 3.4.1 | ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL..... | 72 |
| 3.4.2 | COMITÉS BIPARTITOS DE LA UNIDAD SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL..... | 73 |
| 3.5 | PRODUCTOS | 73 |
| 3.6 | PROCESOS CLAVES..... | 76 |
| 3.7 | PROVEEDORES | 77 |
| 3.8 | DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS Y ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ. | 78 |
| | CAPÍTULO 4..... | 87 |
| 4 | .DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL OPERACIONAL PARA UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL ALINEADO A SART. | 87 |
| 4.1 | IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS LABORALES..... | 87 |
| 4.1.1 | IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS..... | 87 |

| | | |
|-----------------------------------|---|------------|
| 4.1.2 | ANÁLISIS DE TAREAS | 99 |
| 4.1.3 | EVALUACIÓN DE RIESGOS..... | 102 |
| 4.1.4 | PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS..... | 105 |
| 4.1.5 | GUÍAS OPERATIVAS | 117 |
| 4.1.6 | INSPECCIONES PROGRAMADAS | 126 |
| 4.2 | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: CAPACITACIÓN..... | 133 |
| 4.2.1 | IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN. 133 | |
| 4.2.2 | PLAN DE CAPACITACIÓN | 134 |
| 4.2.3 | DISEÑO DE CURSOS Y PRUEBAS DE CONOCIMIENTO. | 138 |
| 4.3 | AUDITORÍA..... | 140 |
| 4.3.1 | PROGRAMA DE AUDITORÍA..... | 140 |
| 4.3.2 | PLAN AUDITORÍA..... | 143 |
| 4.3.3 | HALLAZGOS DE AUDITORÍA..... | 147 |
| 4.4 | MEJORAMIENTO CONTINUO..... | 153 |
| 4.4.1 | ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES | 153 |
| 4.4.2 | FICHA POR INDICADOR..... | 154 |
| 4.4.3 | ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LOS INDICADORES..... | 158 |
| 4.4.4 | MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA | 164 |
| CAPÍTULO 5..... | | 166 |
| 5 | .ANÁLISIS DE RESULTADOS | 166 |
| 5.1 | ANÁLISIS DE LOS COSTOS TOTALES | 166 |
| 5.2 | ANÁLISIS DE INDICADORES | 168 |
| 5.3 | ANÁLISIS DE LOS RTL SART CUMPLIDOS | 170 |
| CAPÍTULO 6..... | | 172 |
| 6 | . CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 172 |
| 6.1 | CONCLUSIONES..... | 172 |
| 6.2 | RECOMENDACIONES..... | 174 |
| BIBLIOGRAFÍAS..... | | 176 |
| ANEXOS | | 178 |
| SEÑALIZACIONES DE SEGURIDAD | | 204 |

ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| Art. | Artículo. |
| EPP | Equipo de Protección Personal. |
| IESS | Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. |
| ISO | Organización Internacional de Estandarización (International Standardization Organization). |
| N° | Número. |
| OMS | Organización Mundial de Salud. |
| OTI | Organización Internacional del Trabajo |
| PC | Protección Colectiva. |
| SSO | Seguridad y Salud Ocupacional. |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|---------|
| Figura 2.1 Imagen de la metodología 5'S..... | Pág. 15 |
| Figura 2.2 Imagen de mejora continua. | Pág. 17 |
| Figura 2.3 Imagen de la Pirámide de Bird. | Pág. 18 |
| Figura 2.4 Imagen de los pasos para el lavado de manos..... | Pág. 39 |
| Figura 2.5 Imagen de los colores de recipientes para los desechos.... | Pág. 43 |
| Figura 2.6 Imagen de tipo de desechos infecciosos..... | Pág. 47 |
| Figura 2.7 Imagen de tipo de desechos farmacéuticos..... | Pág. 49 |
| Figura 2.8 Imagen del símbolo de desechos comunes y reusables.... | Pág. 57 |
| Figura 2.9 Imagen del símbolo de desechos radiológicos..... | Pág. 57 |
| Figura 2.10 Imagen del símbolo de desechos infecciosos..... | Pág. 57 |
| Figura 3.1 Imagen del mapa de la maternidad..... | Pág. 67 |
| Figura 3.2 Imagen de la parte frontal de la maternidad..... | Pág. 67 |
| Figura 3.3 Imagen de visión y misión..... | Pág. 68 |
| Figura 3.4 Imagen del personal de la maternidad..... | Pág. 71 |
| Figura 3.5 Organigrama del Hospital Materno..... | Pág. 72 |
| Figura 4.1 Imagen de Ventilador en mal estado..... | Pág. 85 |
| Figura 4.2 Imagen del desprendimiento de la Señalética..... | Pág. 86 |
| Figura 4.3 Imagen del bloqueo de pasillo por extintores..... | Pág. 87 |
| Figura 4.4 Imagen de Desechos en lugares inadecuados..... | Pág. 87 |
| Figura 4.5 Imagen de Destino Terciario de Desechos Hospitalarios..... | Pág. 89 |
| Figura 4.6 Imagen de mal estado de Estructura y Instalaciones del Hospital Materno..... | Pág. 90 |

| | |
|--|----------|
| Figura 4.7 Imagen de mal estado de suelos y techos..... | Pág. 91 |
| Figura 4.8 Imagen de Equipos Obsoletos de Lavandería..... | Pág. 92 |
| Figura 4.9 Imagen de Obstáculos dentro de la cocina..... | Pág. 92 |
| Figura 4.10 Imagen de Ventilación y su respectivo mantenimiento..... | Pág. 93 |
| Figura 4.11 Imagen de Materiales de Limpieza..... | Pág. 94 |
| Figura 4.12 Imagen de Congelador en el pasillo..... | Pág. 9 |
| Figura 4.13 Imagen de la presentación sobre Primera Capacitación dirigida a la USEHIT..... | Pág. 13 |
| Figura 4.14 Gráfico sobre pasos de Auditoría..... | Pág. 142 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----------|
| Gráfico 2.1 Clasificación de desechos..... | Pág. 44 |
| Gráfico 3.1 Gráfico de Unidad de Seguridad e Higiene en el Trabajo... | Pág. 73 |
| Gráfico 3.2 Gráfico de Frecuencia Acumulada de los problemas..... | Pág. 79 |
| Gráfico 4.1 Gráfico de Eficiencia del Cumplimiento de los RTL SART. | Pág.154 |
| Gráfico 4.2 Gráfico de Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO..... | Pág. 155 |
| Gráfico 4.3 Gráfico de Número de trabajadores Capacitados en SSO.. | Pág. 156 |
| Gráfico 4.4 Gráfico de Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO | Pág. 160 |
| Gráfico 4.5 Gráfico de Reporte de incidentes por día de SSO..... | Pág. 161 |
| Gráfico 4.6 Gráfico de Costos Totales..... | Pág. 166 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|---------|
| Tabla 2.1 Consecuencia según William..... | Pág. 20 |
| Tabla 2.2 Exposición según William Fine..... | Pág.21 |
| Tabla 2.3 Probabilidad según William Fine..... | Pág.21 |
| Tabla 2.4 Nivel de Riesgo según William Fine..... | Pág.21 |
| Tabla 2.5 Comparación OHSAS Y SART..... | Pág.31 |
| Tabla 3.1 Consulta externa..... | Pág.70 |
| Tabla 3.2 Demanda de Pacientes..... | Pág.70 |
| Tabla 3.3 Proveedores..... | Pág.77 |
| Tabla 3.4 Descripción de las principales problemas y análisis de la causa de raíz..... | Pág.79 |
| Tabla 3.5 Probabilidad..... | Pág.80 |
| Tabla 3.6 Impacto Económico..... | Pág.80 |
| Tabla 3.7 Probabilidad Vs Impacto Económico..... | Pág.80 |
| Tabla 3.8 Escala..... | Pág.81 |
| Tabla 3.9 Auditoría Inicial RTL SART..... | Pág.86 |
| Tabla 4.1 Tabla de Intervención Quirúrgica del Programa en Prevención de Transmisión Vertical del VIH..... | Pág.99 |
| Tabla 4.2 Tabla de Gestión de Los Desechos en el recipiente que corresponda, Tratamiento Y Transporte..... | Pág.100 |
| Tabla 4.3 Tabla de El Análisis de Las Muestras..... | Pág.101 |
| Tabla 4.4 Tabla de Evaluación de Riesgo de Etapa de Resolución Quirúrgica del Programa en Prevención de Transmisión Vertical del VIH..... | Pág.102 |
| Tabla 4.5 Tabla de Evaluación de Riesgo de Ubicación De Los Desechos En El Recipiente Que Corresponda, Tratamiento Y Su Transporte..... | Pág.103 |
| Tabla 4.6 Tabla de Evaluación de Riesgo de Análisis de Muestras..... | Pág.104 |
| Tabla 4.7 Procedimiento en Prevención de Transmisión Vertical del VIH en | |

| | |
|--|---------|
| la Etapa: Intervención Quirúrgica..... | Pág.105 |
| Tabla 4.8 Procedimiento en Gestión de Desechos Hospitalarios..... | Pág.109 |
| Tabla 4.9 Procedimiento en Manejo y Análisis de las Muestras en el Laboratorio..... | Pág.113 |
| Tabla 4.10 Guía Operativa de Prevención de Transmisión Vertical del VIH en la Etapa: Intervención Quirúrgica..... | Pág.117 |
| Tabla 4.11 Guía Operativa de Gestión de Desechos..... | Pág.121 |
| Tabla 4.12 Guía operativa para Laboratorio clínico..... | Pág.123 |
| Tabla 4.13 CheckList para el Área del Quirófano..... | Pág.126 |
| Tabla 4.14 CheckList para la Gestión de Desechos..... | Pág.128 |
| Tabla 4.15 CheckList para el Área de Laboratorio Clínico..... | Pág.130 |
| Tabla 4.16 Plan de Capacitación Anual | Pág.134 |
| Tabla 4.17 Charla de Capacitación #1 Socialización de las normativas Legales Vigentes y la Importancia de los SST | Pág.135 |
| Tabla 4.18 Charla de Capacitación #2 Actualización de las normas de Bioseguridad y Manejo de Desechos Hospitalarios..... | Pág.136 |
| Tabla 4.19 Charla de Capacitación #3 Equipo de Protección Personal | Pág.136 |
| Tabla 4.20 Charla de Capacitación #4 Reportes de Incidentes y Accidentes | Pág.137 |
| Tabla 4.21 Diseño de Programa Anual de Auditoría..... | Pág.145 |
| Tabla 4.22 Plan de Auditoría..... | Pág.146 |
| Tabla 4.23 Reporte de No Conformidad # 1: Elaboración de Reglamentos de los SSO..... | Pág.147 |
| Tabla 4.24 Reporte de No Conformidad # 2: Elaboración de Política de los EPP..... | Pág.148 |
| Tabla 4.25 Reporte de No Conformidad # 3: Estudio Técnico en área de mantenimiento..... | Pág.149 |
| Tabla 4.26 Reporte de No Conformidad # 4: Estrés Térmico..... | Pág.150 |
| Tabla 4.27 Auditoría RTL SART..... | Pág.152 |

| | |
|--|---------|
| Tabla 4.28 Indicador de eficiencia del cumplimiento de los RTL SART | Pág.154 |
| Tabla 4.29 Indicador números de trabajadores capacitados en SSO | Pág.154 |
| Tabla 4.30 Indicador de requerimientos de SSO cumplidos de la USEHIT | Pág.155 |
| Tabla 4.31 Indicador de la eficacia de las Inspecciones programadas de SSO | Pág.156 |
| Tabla 4.32 Indicador de Reportes de incidentes por día de SSO | Pág.157 |
| Tabla 4.33 Índice de frecuencia | Pág.157 |
| Tabla 4.36 Matriz de Seguimiento de Acciones de mejora | Pág.165 |
| Tabla 5.1 Costos Totales | Pág.167 |
| Tabla 5.2 Análisis de Indicadores | Pág.169 |
| Tabla 5.3 Verificación de elementos técnicos y legales de obligado cumplimiento SART | Pág.171 |

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, como una forma de brindar productos y/o servicios de excelencia las organizaciones están implementando entre sus estrategias sistemas de gestión, con vista a una mayor organización, dirección y control de las mismas.

La Seguridad y Salud Ocupacional es una estrategia importante y necesaria, por lo que también se debe establecer un Sistema de Control Operacional para lograr una cultura de prevención de riesgos en el ambiente laboral, cumpliendo obligaciones técnicas y legales establecidas por la constitución, por las normativas y en la actualidad en el Ecuador por el Sistema de Auditoría de Riesgos del Trabajo, así como también cumpliendo un deber moral.

Generalmente, las organizaciones usan todos los recursos o metodologías para superar y solventar crisis económicas y financieras, lo cual implica una disminución de la gestión de los peligros y riesgos ocupacionales, con el falso pretexto de que es necesario reducir los costos.

No obstante, existe un reconocimiento por la sociedad, los gobiernos y los empresarios de la significación en términos de costos económicos y de imagen corporativa que representan los accidentes, las enfermedades ocupacionales y el daño ambiental; y más aún cuidar el bienestar de sus trabajadores, por lo que representan éstos como agentes del cambio y la competitividad; como

portadores de conocimientos y habilidades, que aunque intangibles, se han convertido en los activos que determinan el éxito de las empresas modernas.

La maternidad está siendo parte también de ese cambio en los paradigmas, considerando y dando la oportunidad de llevar a cabo una investigación en sus procesos para poder identificar los peligros existentes en el ambiente de trabajo diario, siendo esta una institución que brinda salud y bienestar a sus pacientes, es vital que los protagonistas de ello también se sientan sanos y con bienestar laboral.

CAPÍTULO 1

1 . GENERALIDADES

1.1 ANTECEDENTES

A nivel mundial toda Institución se ha visto en la necesidad de priorizar la salud de sus colaboradores, y reconocer que las actividades profesionales no controladas son causa de enfermedades.

Los riesgos han sido detectados desde épocas antiguas, cuando el contacto de piedras producía pequeñas nubes de polvo de sílice¹, aunque nuestros ancestros no vivían tanto como para morir de silicosis.

Hipócrates en el siglo IV antes de Jesucristo por primera vez, describe la intoxicación por Plomo como una enfermedad ocupacional.

Esta tesina está orientada a formar una cultura preventiva logrando establecer normas en un sistema administrativo de seguridad y salud en trabajo, para garantizar el bienestar de los trabajadores en la gestión operativa de un Hospital

¹ Son minerales residuos de piedras y aguas marinas que al estar en contacto diario puede ocasionar enfermedades respiratorias como Tuberculosis.

Materno Infantil, que se expone diariamente a peligros que pueden provocar daños físicos serios, transmisión de enfermedades intrahospitalarias, heridas con corto punzantes causando infecciones como hepatitis B y C (VHB), VIH/SIDA, criptococosis², infecciones por estreptococos y estafilococos.

El Hospital en su preocupación por mejorar las condiciones de trabajo de sus colaboradores y la productividad de la institución, reconoce la necesidad de complementar al PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL DEL HOSPITAL, un Sistema de Control Operacional alineado a SART con el fin de cumplir la legislación ecuatoriana.

En este documento, se contempla el análisis y evaluación de Riesgos de los procesos críticos, las responsabilidades de la Institución y de los trabajadores en la ejecución de las actividades de los subprogramas en Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo, Seguridad e Higiene Ocupacional.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Sistema de Control Operacional para un Hospital Materno Infantil alineado a SART (Sistema de Auditoria de Riesgos de Trabajo), con el fin de

² Infección respiratoria causada por el hongo *Cryptococcus*, el cual se lo encuentra comúnmente en el suelo.

mejorar el bienestar de los trabajadores y fomentar una cultura en prevención de riesgos, que permita reportar incidentes para mitigar las lesiones y daños a la salud generados por los accidentes e incidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, permitiendo reducir en un 50% los costos y optimizar procesos.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conformar un equipo de trabajo para liderar la implementación del sistema de control para el riesgo de trabajo que presentan en la maternidad.
2. Establecer un diagnóstico de los riesgos laborales en cada proceso de la Maternidad.
3. Evaluar los riesgos encontrados en cada proceso.
4. Intervenir en los riesgos de mayor impacto en la salud del trabajador, estableciendo acciones preventivas y correctivas.
5. Capacitar a los trabajadores en la prevención de los riesgos a los que están expuestos.
6. Gestionar junto con la Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional campañas de Prevención de Riesgos Inherentes y Agregados.
7. Elaborar un plan de mejoras alineado a SART (Reglamento para el Sistema de Auditoría de Riesgos del Trabajo).

8. Fortalecer la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo y los Comités Bipartitos³ de las Áreas Satélites.

1.4 METODOLOGÍA DE LA TESINA

La metodología a utilizar para la realización de la tesina es mediante el análisis y observación de los procesos críticos del Hospital que al no ser debidamente controlados pueden generar en una enfermedad ocupacional; además entrevistas, cuestionarios, técnicas estadísticas, revisión de documentos de la Maternidad, éste análisis está alineado a los RTL⁴ aplicables al control operacional que establece SART y al reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo; Decreto Ejecutivo 2393.

³Bipartitos: Es la conformación de dos grupos de personas como es el grupo directivo y el grupo obrero.

⁴RTL: Requerimientos Técnicos Legales.

CAPÍTULO 2

2 . MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DE LA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL⁵

En toda industria, es un derecho que tienen los trabajadores, la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo

La protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige una actuación en la empresa. La planificación de la prevención desde el momento mismo del diseño del proyecto empresarial, la evaluación inicial de los riesgos en el trabajo y su actualización periódica a medida de que se alteren las circunstancias, la ordenación de un conjunto coherente y globalizado de medidas de acción preventiva adecuada a la naturaleza de los riesgos detectados y el control de la efectividad de dichas medidas constituyen los elementos básicos del nuevo enfoque en la prevención de riesgos laborales.

⁵ Fuente: Libro Prevención de Riesgos Laborales, Sergio de la Sota – Ma. José López págs. 22-23.

La seguridad es una técnica preventiva que dirige sus actuaciones a minimizar y evitar la aparición de accidentes de trabajo. Los factores de riesgo en los que se centra son los relativos a las condiciones de seguridad, conocemos que toda actividad industrial tiene peligros inherentes que requieren un estudio y correcta gestión.

Las técnicas preventivas en seguridad se clasifican en dos tipos:

Técnicas analíticas que se centran en la detección, análisis y valoración de los riesgos. Su importancia reside en que sirven de base para el desarrollo de las técnicas operativas.

Según el momento de aplicación de estas técnicas, las podemos subdividir en:

- **Previas al Accidente**

Análisis estadísticos de siniestralidad. Consiste en un estudio de los accidentes ocurridos con anterioridad en ese trabajo. La estadística permite obtener conclusiones sobre la evolución de la accidentalidad y poder adoptar las medidas necesarias.

Análisis del puesto de trabajo. Identificación de los posibles riesgos relacionados con un determinado puesto o actividad laboral.

Inspección de Seguridad. Consiste en un reconocimiento directo de las instalaciones y equipos de trabajo para detectar posibles riesgos de salud de los trabajadores.

- **Posteriores al Accidente**

Notificación y registro del accidente.

Investigación del Accidente.

Técnicas Operativas que centran su acción en corregir, eliminar o reducir los accidentes e incidentes una vez detectado el riesgo. Según sea el objeto de su acción correctiva, las técnicas se subdividen en:

- **Aspectos técnicos:** su objetivo es eliminar, total o parcialmente, el riesgo en el origen. Ejemplo: EPP, Señalizaciones de seguridad adecuada, etc.
- **Aspectos Humanos:** su objetivo será poner a disposición de los trabajadores unos conocimientos teóricos que mejoren su seguridad en su puesto de trabajo.

Hasta la actualidad las empresas deciden no invertir en seguridad porque consideran que es un costo más que un beneficio, lo que pone en riesgo la vida de los trabajadores. Por ello, actualmente se está controlando a nivel nacional el cumplimiento de los requerimientos técnicos y legales que presenta SART, siendo esta ya una obligación legal.

2.2 DEFINICIONES

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional⁶: forma parte del sistema de gestión total que facilita la administración de los riesgos de seguridad y salud ocupacional asociados al negocio de la organización. Incluye la estructura organizacional, actividades de planificación, responsabilidades, prácticas, procedimientos, procesos y recursos para desarrollar, implementar, cumplir, revisar y mantener la política y objetivos de seguridad y salud ocupacional.

Mejoramiento Continuo⁶: Proceso para fortalecer al sistema de gestión de seguridad y Salud Ocupacional, con el propósito de lograr un mejoramiento en el desempeño del mismo en concordancia con la política de seguridad y salud ocupacional de la organización.

Política de Seguridad y Salud en el Trabajo⁶: son los lineamientos generales establecidos por la dirección de la empresa, que orientan el curso de acción de unos objetivos para determinar las características y alcances del Programa de Seguridad y salud en el Trabajo.

⁶ Conceptos basados en las siguientes bibliografías: “Prevención de Riesgos Laborales”, Sergio de la Sota Velasco- Ma. José López Raso; “Auditoria en Salud. Para una Gestión Eficiente”, 2da EDICION; “SART Sistema de Auditoria de Riesgos en el Trabajo”, Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Norma OHSAS 18001:2007.

Auditoría⁶: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencia de auditoría y evaluarla objetivamente para determinar la extensión en la cual se cumplen los criterios de auditorías.

Salud⁶: Es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad.

Trabajo⁶: Es toda actividad que el hombre realiza de transformación de la naturaleza con el fin de mejorar la calidad de vida.

Ambiente de Trabajo⁶: Es el conjunto de condiciones que rodean a la persona y que indirectamente influye en su estado de la salud en su ámbito laboral.

Factor de Riesgo⁶: Llamado también peligro, se define como aquellos objetos instrumento, instalaciones, acciones humanas, que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya

⁶ Conceptos basados en las siguientes bibliografías: “Prevención de Riesgos Laborales”, Sergio de la Sota Velasco- Ma. José López Raso; “Auditoria en Salud. Para una Gestión Eficiente”, 2da EDICION; “SART Sistema de Auditoria de Riesgos en el Trabajo”, Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Norma OHSAS 18001:2007.

probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control del elemento agresivo.

Riesgo⁶: Combinación de la probabilidad y las consecuencias de que ocurra un evento peligroso específico. Las medidas de prevención y control tales como protección de maquinarias, estandarización de procesos, sustitución de sustancias, suministro de elementos de protección personal, tienen como objetivo reducir el grado de riesgo. Este puede ser inherente o agregado.

Riesgo Agregado⁶: Es el riesgo que la persona asume al no prevenir las condiciones inseguras.

Riesgo Inherentes⁶: Es el riesgo propio del trabajo o proceso, no puede ser eliminado del sistema. Pero debe ser evaluado.

Grado de Riesgo (peligrosidad)⁶: Es un dato cuantitativo obtenido para cada factor de riesgo detectado, que permite determinar y comparar la agresividad de un factor de riesgo con respecto a los demás.

⁶Conceptos basados en las siguientes bibliografías: “Prevención de Riesgos Laborales”, Sergio de la Sota Velasco- Ma. José López Raso; “Auditoria en Salud. Para una Gestión Eficiente”, 2da EDICION; “SART Sistema de Auditoria de Riesgos en el Trabajo”, Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Norma OHSAS 18001:2007.

Acciones Correctivas⁶: Acción de eliminar la causa de una **no conformidad** detectada u otra situación indeseable.

No conformidad⁶: Es el no cumplimiento de un requisito.

Condiciones de trabajo y de salud⁶: Son el conjunto de factores relacionados con las personas y sus acciones, los materiales utilizados, el equipo o herramienta empleados y las condiciones ambientales, que pueden afectar la salud de los trabajadores.

Accidentes de Trabajo⁶: Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Enfermedad Profesional⁶: Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinado como enfermedad profesional por el gobierno nacional.

⁶Conceptos basados en las siguientes bibliografías: “Prevención de Riesgos Laborales”, Sergio de la Sota Velasco- Ma. José López Raso; “Auditoria en Salud. Para una Gestión Eficiente”, 2da EDICION; “SART Sistema de Auditoria de Riesgos en el Trabajo”, Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Norma OHSAS 18001:2007.

2.3 HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS PARA UN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.

2.3.1 LAS 5S

El método de las 5S, así denominado por la primera letra del nombre que en japonés corresponde a cada una de sus cinco etapas:

- 1. Seiri: Separar innecesarios.-** Consiste en identificar los elementos que son necesarios en el área de trabajo, separarlos de los innecesarios y desprenderse de estos últimos, evitando que vuelvan a aparecer.
- 2. Seiton: Situar necesarios.-** Consiste en establecer el modo en que deben ubicarse e identificarse los materiales necesarios, de manera que sea fácil y rápido encontrarlos, utilizarlos y reponerlos.
- 3. Seiso: Suprimir suciedad.-** Consiste en identificar y eliminar las fuentes de suciedad, y en realizar las acciones necesarias para que no vuelvan a aparecer, asegurando que todos los medios se encuentran siempre en perfecto estado operativo.
- 4. Seiketsu: Señalar anomalías.-** Consiste en detectar situaciones irregulares o anomalías, mediante normas sencillas y visibles para

todos. Se crean estándares que recuerdan que el orden y la limpieza deben mantenerse cada día.

5. **Shitsulke: Seguir mejorando.-** Consiste en convertir en hábito el empleo y utilización de los métodos establecidos y estandarizados para la limpieza en el lugar de trabajo.



Figura 2.1 5 s

Fuente: El portal de la Seguridad, prevención y la salud ocupacional de Chile.
http://www.paritarios.cl/especial_las_5s.htm

2.3.2 MEJORA CONTINUA

Una de las principales herramientas para la mejora continua en las empresas es el **Ciclo Deming** (William Edwards Deming) o también nombrado ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

- **Planear:**

- Involucrar a la gente correcta.

- Establecer los objetivos de mejora.

- Detallar las especificaciones de los resultados esperados.

- Identificar los puntos de medición.

- **Hacer:**

- Aplicar soluciones.

- Documentar las acciones realizadas.

- **Verificar:**

- Vigilar los cambios que se hayan realizado.

- Obtener retroalimentación.

- **Actuar:**

- Realizar los ajustes necesarios.

- Aplicar nuevas mejoras.

- Documentar.

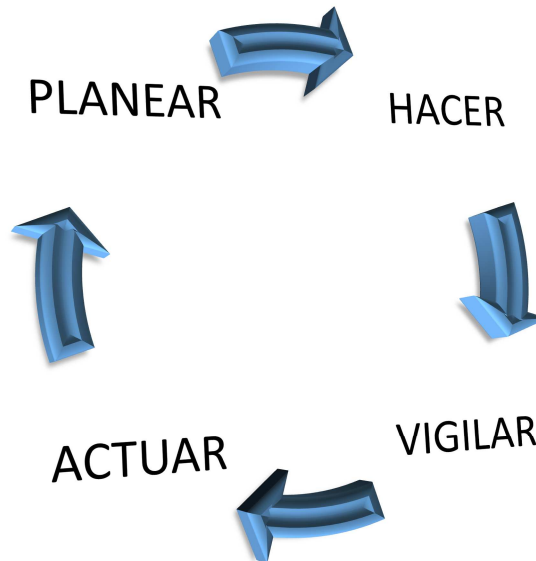


Figura 2.2 Ciclo de Mejora Continua

Elaborado por: Los Autores

2.3.3 PIRÁMIDE DE BIRD

Es un estudio hecho por Frank Bird Jr. Y Frank Fernández, dice que por cada 600 incidentes ocurren 30 accidentes leves, 10 accidentes serios y uno grave.

Se compara la proporción de incidentes que hubieran podido ocasionar lesiones a las personas y/o daños a la propiedad, con aquellos que realmente los ocasionaron, se ve claramente como la observación y el

análisis de los incidentes puede ser utilizado para evitar o controlar los accidentes.

Si nos esmeramos por reducir o controlar la base podremos evitar fatalidades.



Figura 2.3 Pirámide de Bird

Elaborado por: Los autores

2.3.4 ANÁLISIS DE TAREA

Es una herramienta que ayuda a realizar el diagnóstico situacional recogiendo información relevante sobre un puesto de trabajo para obtener una visión clara u definida de la naturaleza del mismo.

Consiste en descomponer la tarea en acciones o pasos, de manera que se puedan identificar claramente los peligros a los cuales se expone un trabajador y los riesgos derivados de los mismos.

2.3.5 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS SEGÚN SU NATURALEZA: CONDICIÓN O ACTO INSEGURO

Esta técnica no se limitan sólo a la individualización de los accidentes mayores, sino también a la posibilidad de que se produzcan otros incidentes relacionados con el funcionamiento del proceso. Las técnicas de identificación de peligros dan respuesta a las preguntas:

1. ¿Qué puede funcionar mal?
2. ¿Por qué razón?
3. ¿Con qué frecuencia se da?
4. ¿Qué efectos tiene?

Lo anterior se resuelve con otras técnicas probabilísticas y determinísticas del análisis del riesgo.

2.3.6 EVALUACIÓN DE RIESGO

El objetivo es disponer de un diagnóstico de los riesgos laborales en una empresa para que los responsables puedan adoptar las medidas de prevención necesarias. La metodología es:

- Identificación de los factores de riesgo y situaciones deficiente.
- Identificación de los riesgos.
- Identificación de desviaciones / forma de contacto.
- Identificación de tipo de lesión (consecuencia).
- Identificar los riesgos que sean evitables.
- Valorar el riesgo

Propuesta de medidas para controlar, reducir y eliminar, los factores de riesgos y los riesgos asociados.

2.3.7 VALORACIÓN DE RIESGOS¹⁰

Se valoran los riesgos que no han podido ser eliminados ni tratados rápidamente.

El método utilizado es el del matemático William T. Fine que se fundamenta en:

$$\text{GRADO DE PELIGROSIDAD} = \text{CONSECUENCIA} * \text{EXPOSICIÓN} * \text{PROBABILIDAD}$$

Tabla 2.1 Valoración de consecuencias

| CONSECUENCIAS | C |
|---------------------------------------|----|
| MUERTE, daños de afectación mayor | 10 |
| LESIONES PERMANENTES, daños moderados | 6 |
| LESIONES NO PERMANENTES, daños leves | 4 |
| Heridas leves, daños económicos leves | 1 |

Fuente: OHSAS 18001:2007

¹⁰ William fine, información tomada del texto OHSAS 18001;2007

Tabla 2.2 Valoración de la exposición

| EXPOSICIÓN | E |
|---|-----|
| CONTINUAMENTE, muchas veces al día | 10 |
| FRECUENTEMENTE, aproximadamente una vez al día | 6 |
| OCASIONALMENTE, de una vez a la semana a una vez al mes | 3 |
| IRREGULARMENTE, de una vez al mes a una vez al año | 2 |
| RARAMENTE, cada bastantes años | 1 |
| REMOTAMENTE, no se sabe que haya ocurrido pero no se descarta | 0,5 |

Fuente: OHSAS 18001:2007

Tabla 2.3 Valoración de la probabilidad

| PROBABILIDAD | P |
|---|-----|
| Es el resultado más probable y esperado | 10 |
| Es completamente posible, no será nada extraño | 6 |
| Sería una secuencia o coincidencia rara pero posible, ha ocurrido | 3 |
| Coincidencia muy rara, pero se sabe que ha ocurrido | 1 |
| Coincidencia extremadamente remota pero concebible | 0,5 |
| Coincidencia prácticamente imposible, jamás ha ocurrido | 0,3 |

Fuente: OHSAS 18001:2007

Tabla 2.4 Nivel de Riesgo

| GRADO DE PELIGROSIDAD | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ACTUACIÓN FRENTE AL RIESGO |
|-----------------------|--------------------------|--|
| Mayor de 200 | Riesgo Crítico | Detención inmediata de la actividad peligrosa, hasta que el riesgo haya disminuido |
| Entre 85 y 200 | Riesgo Alto | Corrección necesaria urgente |
| Entre 18 y 85 | Riesgo moderado | No es emergencia pero debe corregirse |
| Menos de 18 | Riesgo bajo | Es Preciso Corregirlo |

Fuente: OHSAS 18001:2007

2.4 ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVAS EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.

2.4.1 PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

El programa de salud y seguridad ocupacional consiste en la planeación, organización, ejecución, control y evaluación de todas las actividades que podemos prevenir y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores con el objetivo de evitar los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El principal Objetivo es obtener y proveer la seguridad, protección y la motivación en el ambiente de trabajo.

El incremento en los accidentes de trabajo, algunos más serios que otros es por falta de capacitación de los empleados, a la manipulación de materiales en el uso dentro de la maternidad, infraestructuras demasiado reducida y en algunos casos inapropiada.

La Directiva de la Institución tiene como objetivo al promulgar el presente Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, el desarrollar las actividades que dentro del marco legal y en correspondencia con las políticas de la empresa, garanticen un medio de trabajo agradable, seguro y digno, en el cual se puedan obtener los niveles

de desempeño óptimos en la actividad económica y un buen medio para el desarrollo del recurso humano, en concordancia con el cumplimiento de los deberes éticos y con respeto del medio ambiente.

En lo mencionado en el párrafo anterior existen algunos puntos y criterios de consideración en los cuales son:

1. Cumplimiento de las Normas Legales Vigentes por la Ley de Salud Pública, Reglamento 2393, Código de Trabajo Ecuatoriano, Normas OHSAS 18001:2007 y SART.
2. Responsabilidades en todas las direcciones para proveer un ambiente sano y seguro de trabajo, por medio de capacitaciones, integraciones y equipo de mejoras.
3. Responsabilidad de mejorar la seguridad dentro y fuera de la maternidad.

2.4.2 RESOLUCIÓN 957- SUSTITUCIÓN DE LA DECISIÓN 584, INSTRUMENTO ANDINO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

Menciona que los países miembros deben propiciar el mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, a fin de prevenir daños en la integridad física y mental de los trabajadores que sean consecuencia, guarden relación o sobrevengan durante el trabajo. Así como de la obligación de informar a los trabajadores por escrito y por cualquier otro medio sobre los riesgos laborales a los que están expuestos y capacitarlos a fin de prevenirlos, minimizarlos y eliminarlos.

2.4.3 REGLAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO - Decreto Ejecutivo 2393

El decreto ejecutivo 2393 tiene como objetivo la prevención, y control de los riesgos del trabajo y el mejoramiento del medio ambiente de trabajo.

Los empleadores tienen como obligación legal:

1. Cumplir reg. 2393 y demás normas vigentes
2. Adoptar ACCIONES preventivas

3. Mantener en buen estado las instalaciones
4. implantar unidades de seguridad y salud, servicios médicos de prevención.
5. Entregar gratuitamente Equipos Protección Personal y Colectiva.
6. incentivar a los trabajadores.
7. Reubicar al trabajador cuando corra riesgo su salud.
8. Especificar en el Reglamento Interno las facultades y deberes del personal.
9. Instruir en los diferentes riesgos y su prevención.
10. Dar formación y/o capacitación en prevención de riesgos.
11. Adoptar medidas para el cumplimiento de recomendaciones de los organismos pertinentes.
12. Proveer ejemplares del decreto 2393, reglamento interno de seguridad, y otras normas en prevención de riesgos.

Y es obligación de los trabajadores:

1. Participar en el control de desastres, prevención de riesgos y mantenimiento de la higiene en los locales de trabajo cumpliendo las normas vigentes.
2. Asistir a los cursos de capacitación programados por la empresa u organismos especializados del sector público.

3. Usar correctamente los medios de protección personal y colectiva proporcionados por la empresa y cuidar de su conservación.
4. Informar al empleador de las averías y riesgos que puedan ocasionar accidentes de trabajo.
5. Cuidar de su higiene personal, para prevenir al contagio de enfermedades.
6. Colaborar en la investigación de los accidentes que hayan presenciado o de los que tengan conocimiento.
7. Acatarse a dictámenes emitidos por la Comisión de Evaluación de las Incapacidades del IESS, sobre cambio temporal o definitivo en las tareas o actividades que pueden agravar las lesiones o enfermedades adquiridas dentro de la propia empresa.

UNIDAD DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

Si las Instituciones permanentes cuentan con cien o más trabajadores estables, se debe contar con una Unidad de Seguridad e Higiene, dirigida por un técnico en la materia que debe reportar a la más alta autoridad de la empresa o entidad.

Cuyas funciones específicas son:

- a) Reconocimiento y evaluación de riesgos;
- b) Control de Riesgos profesionales;

- c) Promoción y adiestramiento de los trabajadores;
- d) Registro de la accidentalidad, ausentismo y evaluación estadística de los resultados.
- e) Asesoramiento técnico
- f) Colaborar en la prevención de riesgos

CONDICIONES GENERALES DE LOS CENTROS DE TRABAJO

Es obligación para una institución que brinda servicios de salud cumplir las requerimientos que exige este decreto con respecto a las condiciones de infraestructura, equipos, herramientas y funcionalidades, obteniendo prevenciones colectivas e individuales.

Prevenciones Colectivas

Tales como:

- Suelos, techos y paredes
- Pasillos
- Puertas y salidas
- Dormitorios
- Comedores
- Cocinas
- Servicios higiénicos

Estructura del Decreto Ejecutivo 2393 (VER ANEXO A)

2.4.4 REGLAMENTO CD 333 SART

El presente reglamento es una herramienta que permite al auditor verificar el cumplimiento de los lineamientos técnicos y legales acerca de la seguridad y salud de los trabajadores.

Se debe establecer y planificar: El tiempo de la examinación de la auditoría, documentos y análisis de riesgo, análisis de políticas y planificación en la institución, verificaciones de índices de gestión, identificación de problemas en las áreas y que actividades realizan las personas, información y comunicación entre empleados sobre la aplicación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Estructura del Reglamento CD 333 SART (VER ANEXO A)

2.4.5 CÓDIGO DE TRABAJO

Es el encargado de armonizar y regular las relaciones jurídicas-laborales entre patrono y trabajadores, obteniendo bienestar, justicia y equidad.

Se consideran accidentes laborales todo suceso imprevisto y repentino que ocasiona una lesión corporal o perturbación funcional, con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena; y enfermedades profesionales a las afecciones agudas o crónicas

causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o labor que realiza el trabajador y que producen incapacidad.

Referente a la prevención de riesgos, los empleadores están **obligados** a asegurar a sus trabajadores condiciones de trabajo que no presenten peligro para su salud; y los trabajadores están **obligados** a acatar las medidas de prevención, seguridad e higiene determinadas en los reglamentos y facilitadas por el empleador. Su omisión constituye justa causa para la terminación del contrato de trabajo.

Estructura del Código De Trabajo (VER ANEXO A)

2.4.6 NORMA OHSAS 18001:2007

La presente norma establece requisitos para un sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional, para permitir a una organización desarrollar e implementar una política y objetivos que toman en cuenta requisitos legales e información acerca de los riesgos.

Está diseñada para aplicarse a todos los tipos y tamaños de organizaciones con diversas condiciones geográficas, culturales y sociales.

El alcance de OHSAS es aplicable a cualquier organización que desea eliminar o minimizar riesgos y peligros asociados con actividades laborales, también permite implementar, mantener continuamente un sistema de gestión en la institución el cual genera conformidad a sus empleados.

Esta determina la planificación e identificación del peligro, evaluación de riesgo y determinación de controles que se debe implementar, mantener procedimientos y determinación de controles necesarios. Los motivos que pueden ocasionar riesgo son:

- Áreas que acceden toda clase de persona.
- Comportamiento humano.
- Falta de procesos.
- Peligros identificados y no prevenidos.
- Peligros asumidos por los trabajadores en el ambiente de trabajo.
- Infraestructura, equipos materiales en el sitio de trabajo.

La metodología de la organización para identificación de peligro y valoración de riesgo debe ser definida con respeto a su alcance, naturaleza y tiempo para asegurar su seguridad proactiva y no reactiva,

también permite proporcionar la identificación, priorización y documentación de riesgos y aplicación de cambios.

Cuando se determina controles se debe considerar la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía:

- Eliminación;
- Sustitución;
- Controles de ingeniería;
- Señalización;
- Equipos de protección personal.

Estructura de la Norma OHSAS 18001:2007 (VER ANEXO A)

2.4.7 COMPARACIÓN OHSAS Y SART

Tabla 2.5 Comparación OHSAS Y SART

| OHSAS 18001:2007 | Resolución No. C.D. 333 | Observación |
|---|--|--|
| <p>4.1. Requisitos Generales.- La organización debe establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de esta norma OHSAS y determinar cómo cumplirá estos requisitos.</p> | <p>Art. 1.- Objeto y responsabilidades.- El presente reglamento tiene como objeto normar los Procesos de auditoría, técnica de cumplimiento de normas de prevención de riesgos del trabajo, por parte de los empleadores y trabajadores sujetos al régimen del Seguro Social.</p> | <p>SART verifica procesos de auditoría normas, leyes y cifras de trabajo en riesgos, en cambio OHSAS dispone y exige aplicar mejoras de sistemas de gestión, para la compañía que la implemente.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>4.3.1. Identificación de peligro, evaluación de riesgos y determinación de controles.- Establece, implementar y mantener un procedimiento para la continua de identificación de riesgos.</p> | <p>.Art. 2.- Objetivo de la auditoria de riesgos del trabajo.- Verificación el cumplimiento técnico legal en materia de seguridad, planificación del sistema de gestión, sistema de comprobación y control interno.</p> | <p>Las OHSAS establece implementación en cambio las SART observa ya el cambio y verificación del mismo.</p> |
| <p>4.4.1. Recursos, roles, responsabilidad, funciones y autoridad.- Los altos directivos deben asegurar la disponibilidad de recursos esenciales para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión.</p> | <p>Art. 4 Recursos mínimos de las unidades provinciales de riesgos.- Soporte instrumental para identificación, medición y evaluación de factores de riesgos ocupacional, Instalaciones, transporte de carga.</p> | <p>OHSAS establece disposiciones en las cuales los altos directivos deben aplicar las normas de seguridad y dar los implementos de trabajo adecuados y SART especifica el uso adecuado de los instrumentos de trabajo.</p> |
| <p>4.4.2 Competencia, formación y toma de consciencia.- Que la organización debe asegurar que cualquier persona bajo su control sean conscientes en su trabajo.</p> | <p>Art. 8. Procedimientos de la auditoria de riesgos del trabajo. Pasos estructurado para la responsabilidad y detalles en los que los auditores analicen los diferentes maneras que el empleado no es consciente a desempeñar su función.</p> | <p>OHSAS da la formación y consciencia para que se capacite al personal contra los peligros que corre, SART da implementos de examinación y papeles de trabajo sobre el desempeño y el uso correcto de medios preventivos.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4.4.5 Control de Documentos.- Documentos requeridos por el sistema de gestión y que deben ser controlados y como deben ser aprobados.</p> | <p>3.4. Tipos de Pruebas.- Evidencia documental por la institución y por terceros. Art. 9 Auditoría del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.- Este indica que debe recolectar la información, evidencias de cumplimientos basado con parte legal en materia de seguridad y salud de trabajo.</p> | <p>Diferencia que OHSAS da los procedimientos y pasos de control y SART coincide en evidenciar los documentos con lo que el auditor efectuó el muestreo.</p> |
| <p>4.5.3.1 Investigación de Incidentes.- Implementar y mantener procedimientos para registrar, investigar incidentes como: determinación de las deficiencias, Identificar acción correctiva, preventiva, identificar mejoramientos e investigaciones.</p> | <p>4.1. Investigación de accidentes y enfermedades profesionales ocupacionales.- Identificación con un programa técnico de investigación analizando causas, acciones preventivas, seguimientos, desconformidades, etc.</p> | <p>OHSAS implementa medios de protección y registros de incidentes y con mejoras y SART audita que se cumplan la recolección de información de incidentes y analizar si van con parte legal.</p> |
| <p>4.5.5. Auditoría Interna.- Determina disposiciones planificadas para la gestión, alcance, las políticas y objetivos de la organización.</p> | <p>4.5. Auditorías Internas.- Se tiene un programa, implicaciones y responsabilidades para el desarrollo de auditoría.</p> | <p>Tanto OHSAS como SART consideran la importancia en establecer una auditoría interna para verificar el sistema de seguridad y salud ocupacional.</p> |

Elaborado por: Los autores

2.4.8 CÓDIGO DE SALUD

Los desechos infecciosos, especiales, tóxicos y peligrosos para la salud, deben ser tratados técnicamente previo a su eliminación y el depósito final se debe realizar en los sitios especiales establecidos para el efecto por los municipios del país.

Los municipios deben desarrollar programas y actividades de monitoreo de la calidad del aire, para prevenir su contaminación por emisiones provenientes de fuentes fijas, móviles y de fenómenos naturales. Los resultados del monitoreo deben ser reportados periódicamente a las autoridades competentes a fin de implementar sistemas de información y prevención dirigidos a la comunidad.

El cumplimiento de las normas de vigilancia y control sanitario es obligatorio para todas las instituciones, organismos y establecimientos públicos y privados que realicen actividades de producción, importación, exportación, almacenamiento, transporte, distribución, comercialización y expendio de productos de uso y consumo humano.

La autoridad sanitaria nacional debe promover y desarrollar, dentro de la carrera sanitaria, un plan nacional de educación permanente con enfoque

de género y pluricultural, para mejorar la productividad, calidad del desempeño laboral y promoción de sus recursos humanos

Estructura del Código De Salud (VER ANEXO A)

2.4.9 BIOSEGURIDAD¹¹

La Bioseguridad es un conjunto de normas destinadas a proteger la salud de los trabajadores/as de salud y de los/as pacientes y a prevenir accidentes laborales por contacto con agentes físicos, químicos e infecciosos en las instituciones de salud y en todos los establecimientos en los cuales se producen sustancias potencialmente contaminantes.

OBJETIVOS DE BIOSEGURIDAD:

- Reducir la transmisión de microorganismos entre pacientes y entre personal de salud y pacientes
- Proteger al personal de salud de riesgos laborales, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas
- Disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales¹².

Proteger al medio ambiente de eliminación de sustancias tóxicas y contaminantes.

¹¹ Información basada del Manual de Desechos Sólidos Hospitalarios

¹²Es la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud

PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

UNIVERSALIDAD

Seguir normas en todos los procedimientos y con todos los pacientes, usuarias y familiares.

USO DE BARRERAS

Evitar exposición directa a sangre, fluidos orgánicos y a agentes físicos y químicos utilizando materiales adecuados que se interpongan al contacto con los mismos

USO DE RECIPIENTES DE ELIMINACIÓN DE MATERIAL CONTAMINADO

PRECAUCIONES UNIVERSALES

Conjunto de procedimientos que deben ser utilizados en todo momento y con todos los pacientes para minimizar la transmisión de agentes infecciosos (VIH, VHB, VHC).¹³

- Lavado de manos
- Uso de guantes, tapabocas y protección ocular
- Uso de ropa adecuada para procedimientos y sólo en área de Trabajo.
- NUNCA re encapuchar agujas usadas

¹³VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VHB: Virus de la Hepatitis B y VHC: Virus de la Hepatitis C

- Usar recipientes para desechos cortos punzantes y materiales contaminados.
- Manejo adecuado de desechos

La mayor parte de los riesgos surge por el incumplimiento de las normas de bioseguridad y las precauciones universales en el manejo de los clientes externos e internos, de los desechos peligrosos.

ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO DE CONTAMINACIÓN

- Manipulación de objetos contaminados con fluidos de alto riesgo
- Procedimientos quirúrgicos
- Procedimientos IV o IM¹⁴.
- Re-encapuchar agujas
- Recolección de material contaminado y desechos

La limpieza

Es un paso previo y esencial para la desinfección y esterilización. La base fundamental de la higiene del hospital es la limpieza de pisos, paredes, camas, carros, transportadores, material reusable, etc.

El uso de desinfectantes se limita a situaciones en las que se requiere esterilizar equipo, desinfectar secreciones antes de su eliminación y

¹⁴ IV: Procedimiento Intravenoso e IM: Procedimiento Intramuscular

descontaminar pisos, en caso de derrames. En cada situación debe escogerse el desinfectante adecuado.

Los equipos y materiales reusables se colocan en un recipiente hondo que contiene el desinfectante, una vez cumplido el tiempo mínimo de contacto, se lo elimina por el sistema de alcantarillado luego de una neutralización¹⁵ química. Para escoger el producto adecuado se divide a los equipos en tres clases: riesgo alto, instrumental que ingresa a tejidos y/o sistema vascular o que puede lesionarlos: endoscopios, sondas, prótesis, agujas, catéteres, instrumental quirúrgico. El uso generalizado de desinfectantes en las paredes y pisos de las instituciones de salud no es conveniente porque pueden producir deterioro en los materiales de construcción, ocasionan ranuras, fisuras y huecos, que facilitan la colonización bacteriana y dificultan la limpieza. Además representa un gasto inútil. El uso de detergentes y cepillos consigue una limpieza adecuada y hace innecesario el uso de desinfectantes. También está contraindicado fumigar o utilizar desinfectantes en forma de aerosoles en las habitaciones, laboratorios y quirófanos para esterilizar el ambiente, por su poco efecto germicida.

¹⁵ Es una reacción entre un ácido y una base de la cual se obtiene su respectiva especie conjugada: sal neutra y agua.

LAVADO DE MANOS ¹⁶

El lavado de manos es fundamental para evitar las infecciones nosocomiales y debe ser realizado técnicamente por médicos, enfermeras y demás personal en contacto con pacientes.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBILMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS


 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Figura 2.4 Pasos para el lavado de Manos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

¹⁶ Pasos para el lavado de manos. Fuente : OMS

Normas para el Servicio de Ropería

La ropa usada por los pacientes y el personal de salud, las sábanas y los campos quirúrgicos, contienen gran cantidad de gérmenes que contaminan tanto los recipientes de almacenamiento y transporte, como el ambiente de la lavandería y pueden persistir incluso en los desechos líquidos del proceso de lavado.

Para evitar esta contaminación es preciso seguir normas de protección que tomen en cuenta además los riesgos asociados al uso de los detergentes y desinfectantes.

El personal encargado del lavado de la ropa debe usar equipo de protección que incluya guantes, mascarilla y delantal.

Las normas de protección son las siguientes:

- La ropa sucia debe ser almacenada primariamente, en el mismo sitio de generación.
- Los recipientes de almacenamiento, contenedores o fundas plásticas deben ser impermeables para evitar la fuga de líquidos. Si son recipientes reusables necesitan tener paredes lisas y ser fácilmente lavables. Los materiales utilizados deben ser preferentemente plástico

o metal. Las fundas de tela pueden usarse en caso de ropa no contaminada con desechos líquidos.

- Cada servicio debe de determinar los horarios y frecuencia para la recolección de la ropa sucia y para la entrega de la ropa limpia.
- Cuando existen armarios, preferiblemente se coloca la ropa limpia en la parte superior y la sucia en la parte inferior.
- La ropa contaminada debe ser manejada en igual forma que los desechos infecciosos, por tanto debe ir en funda roja rotulada y transportar en forma separada.
- No debe mezclarse ropa sucia y ropa contaminada. En caso de no separarse, toda la ropa debe manejarse como contaminada.
- Para disminuir el riesgo de contaminación es aconsejable el transporte en recipientes herméticos, que eviten la dispersión de aerosoles infecciosos.
- La carga en los coches de transporte no puede exceder las 3/4 partes de su capacidad, para evitar derrames.
- Los coches deben ser lavados periódicamente, especialmente cuando han transportado ropa contaminada.

- Es necesario identificar las áreas contaminadas en la lavandería, como por ejemplo las de recepción y lavado de la ropa infectada, para establecer normas de protección.
- El tratamiento de desinfección se realiza mediante detergentes, agua, temperatura y, en ocasiones, productos como el hipoclorito de sodio.
- Es necesario secar la ropa lo más rápidamente posible para evitar la multiplicación bacteriana que se produce en los ambientes húmedos.

2.4.10 GESTIÓN DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

Introducción

La inadecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, a los pacientes y a la comunidad en general.

Un mal manejo de desechos puede facilitar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias, causando un aumento en el número de días de hospitalización, en los costos de tratamiento y en la mortalidad intrahospitalaria.

El Reglamento de Manejo de Desechos en los Establecimientos de Salud (Registro Oficial No. 106, enero 1997) es un estímulo importante para

establecer políticas nacionales que busquen la solución de este problema.

Técnicas de Manejo de Desechos

Se describen las normas técnicas que deben cumplirse en cada fase del manejo de los desechos hospitalarios. Incluye los siguientes puntos:

- Tipos de Desechos: identificación
- Generación y separación
- Almacenamiento y transporte
- Tratamiento
- Disposición final



Figura 2.5 Recipientes de los desechos.
Fuente: Maternidad

Tipos de Desechos¹⁷

Los desechos producidos en los establecimientos de salud se pueden clasificar de acuerdo a su riesgo en:

- Desechos generales o comunes
- Desechos peligrosos: infecciosos y especiales

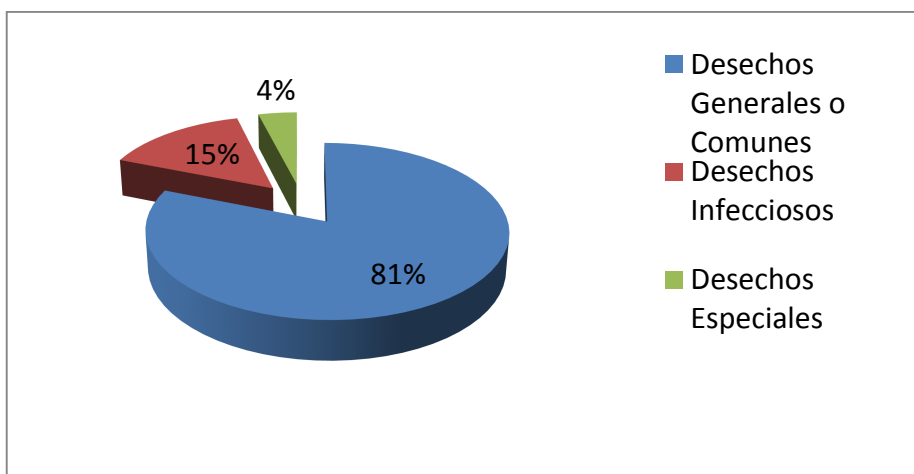


Gráfico 2.1 Clasificación de los desechos
Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios

Desechos generales o comunes

Son aquellos que no representan un riesgo adicional para la salud humana y el ambiente, y que no requieren de un manejo especial. Tiene el mismo grado de contaminación que los desechos domiciliarios.

¹⁷Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios. Ministerio de Salud Pública Registro Oficial No.106. Enero, 1997.

Ejemplo: papel, cartón, plástico, restos provenientes de la preparación de alimentos, etc. Constituyen el 81% de los desechos. En este grupo también se incluyen desechos de procedimientos médicos no contaminantes como yesos, vendas, etc.

Desechos infecciosos

Son aquellos que contienen gérmenes patógenos¹⁸ y, por tanto son peligrosos para la salud humana.

Constituyen del 10 al 15% de los desechos. Incluyen:

- **Desechos de laboratorio** Cultivos de agentes infecciosos y desechos biológicos, vacunas vencidas o inutilizadas, cajas de Petri¹⁹, placas de frotis y todos los instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos.
- **Desechos patológicos** Órganos, tejidos, partes corporales que han sido extraídas mediante cirugía, autopsia u otro procedimiento médico.
- **Desechos de sangre** de pacientes, suero, plasma u otros componentes; insumos usados para administrar sangre, para

¹⁸ Un agente que produce enfermedad.

¹⁹ Es un recipiente redondo, de cristal o plástico, con una cubierta de la misma forma que la placa.

tomar muestras de laboratorio y paquetes de sangre que no han sido utilizados.

- **Desechos corto punzantes** Agujas, hojas de bisturí, hojas de afeitar, puntas de equipos de venoclisis²⁰, catéteres con aguja de sutura, pipetas y otros objetos de vidrio y corto punzantes desechados, que han estado en contacto con agentes infecciosos o que se han roto. Por seguridad, cualquier objeto corto punzante debería ser calificado como infeccioso aunque no exista la certeza del contacto con componentes biológicos. Constituye el 1% de todos los desechos.
- **Desechos de áreas críticas (unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía y aislamiento, etc.)** Desechos biológicos y materiales descartables, gasas, apósitos, tubos, catéteres, guantes, equipos de diálisis y todo objeto contaminado con sangre y secreciones, y residuos de alimentos provenientes de pacientes en aislamiento.

²⁰Es aquella inyección de inserción lenta con medicamentos en vena.

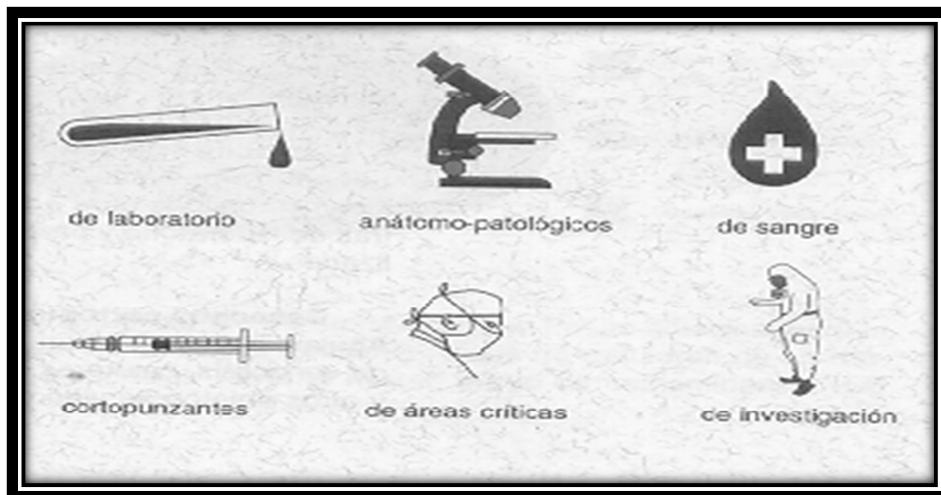


Figura 2.6 Tipo de desechos infecciosos
Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios

Desechos especiales

Generados en los servicios de diagnóstico y tratamiento, que por sus características físico-químicas son peligrosos. Constituyen el 4% de todos los desechos. Incluyen:

- **Desechos químicos**

Sustancias o productos químicos con las siguientes características: tóxicas para el ser humano y el ambiente; corrosivas, que pueden dañar tanto la piel y mucosas de las personas como el instrumental y los materiales de las instituciones de salud; inflamables y/o explosivos, que puedan ocasionar incendios en contacto con el aire o con otras sustancias.

Las placas radiográficas y los productos utilizados en los procesos de revelado son también desechos químicos. Deben incluirse además las pilas, baterías y termómetros rotos que contienen metales tóxicos y además las sustancias envasadas a presión en recipientes metálicos, que pueden explotar en contacto con el calor.

- **Desechos radiactivos**

Aquellos que contienen uno o varios núclidos²¹ que emiten espontáneamente partículas o radiación electromagnética, o que se fusionan espontáneamente. Proviene de laboratorios de análisis químico y servicios de medicina nuclear y radiología. Comprende a los residuos, material contaminado y las secreciones de los pacientes en tratamiento.

- **Desechos farmacéuticos**

Son los residuos de medicamentos y las medicinas con fecha vencida. Los más peligrosos son los antibióticos y las drogas citotóxicas usadas para el tratamiento del cáncer.

²¹Agrupaciones de nucleones: protones y neutrones.

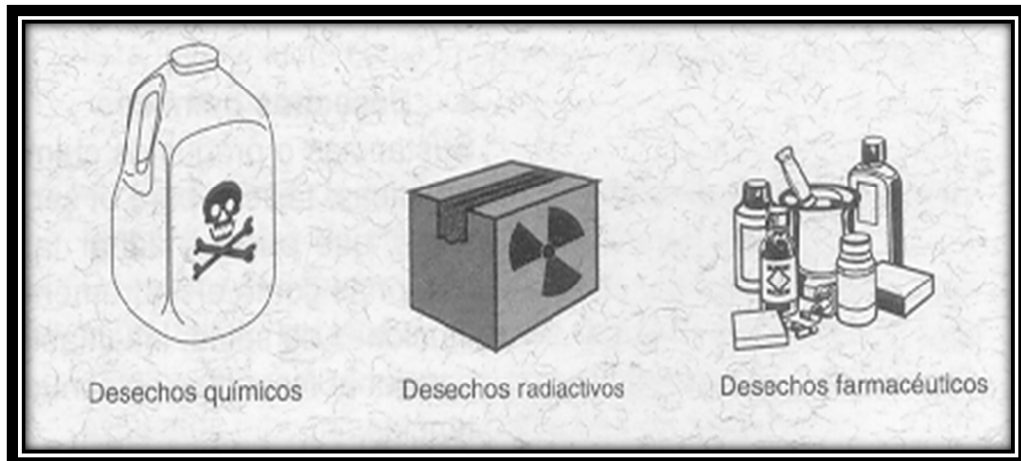


Figura 2.7 Tipo de desechos especiales.

Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios

Generación y separación

Los establecimientos de salud producen desechos sólidos en volúmenes variables. La cantidad depende de varios factores: capacidad y nivel de complejidad de la unidad, especialidades existentes, tecnología empleada, número de pacientes atendidos con consulta externa y uso de material desechable. Los servicios de laboratorio, cirugía y cuidados intensivos son los que más desechos peligrosos producen.

Reducción y Reciclaje

Se debe intentar reducir la generación de desechos y esto se consigue especialmente mediante el re-uso y el reciclaje.

Algunos objetos como tubos, guantes, sondas, etc. pueden ser reusados luego de una esterilización adecuada, siempre que se establezca los niveles de seguridad efectiva para los pacientes y el personal.

El reciclaje consiste en recuperar la materia prima para que pueda servir como insumo en la industria.

Los materiales que se pueden reciclar con mayor facilidad son el papel, el vidrio y el plástico. La venta de éstos constituye un ingreso adicional que puede ayudar a cubrir los gastos que demanda el manejo adecuado de los desechos. Algunos tipos de plástico como el PVC²² no son reciclables y por tanto debe evitarse la compra de artículos fabricados con este material.

Los restos orgánicos provenientes de la cocina, son utilizados en algunos hospitales para preparar abono que enriquece y mejora los jardines y áreas verdes de las instituciones de los alrededores.

Indicadores

Se establece indicadores de generación de los desechos sólidos: kg/ consultorio/ día, en la consulta externa. Esto permite calcular el número

²²**POLICLORURO DE VINILO:** Es único en su contenido de cloro y aditivos, lo que lo convierte en un veneno ambiental. Más información: http://www.biodegradable.com.mx/plastico_v_pvc.html

de recipientes y fundas plásticas que debe tener la institución y facilitar los controles periódicos para contabilizar los costos y evaluar el éxito del programa de reducción de desechos. La producción de desechos hospitalarios se calcula entre 2.3 y 4.5 kg/ cama ocupada/día.

Separación

Los desechos deben ser clasificados y separados inmediatamente después de su generación, es decir, en el mismo lugar en el que se originan.

En cada uno de los servicios, son responsables de la clasificación y separación, los médicos, enfermeras, odontólogos, tecnólogos, auxiliares de enfermería, de farmacia y de dietética. El exceso de trabajo que demanda la atención directa al paciente no debe ser un obstáculo para que el personal calificado separe inmediatamente los desechos.

La separación tiene las siguientes ventajas: Aísla los desechos peligrosos tanto infecciosos como especiales, que constituyen apenas entre el 10% y 20% de toda la basura. De esta forma, las precauciones deben tomarse solo con este pequeño grupo y el resto es manejado como basura común, por tanto, disminuyen los costos del tratamiento y disposición final. Reduce el riesgo de exposición para las personas que están en contacto

directo con la basura: personal de limpieza de los establecimientos de salud, trabajadores municipales, minadores, etc., ya que el peligro está en la fracción infecciosa y especial, que se maneja en forma separada. Permite disponer fácilmente de los materiales que pueden ser reciclados y evita que se contaminen al entrar en contacto con los desechos infecciosos.

Almacenamiento²³

Los desechos, debidamente clasificado se colocan en recipientes específicos para cada tipo, de color y rotulación adecuada y que deben estar localizados en los sitios de generación para evitar su movilización excesiva y la consecuente dispersión de los gérmenes contaminantes.

Debe existir por lo menos tres recipientes en cada área, claramente identificados: para los desechos generales, para los infecciosos y para los cortos punzantes.

Por ningún motivo los desechos se deben arrojar al piso ni se deben colocar en fundas o recipientes provisionales.

²³Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios. Ministerio de Salud Pública Registro Oficial No.106. Enero, 1997.

Pueden existir recipientes especiales para almacenar desechos líquidos infecciosos o especiales, que deben ser sometidos a tratamiento.

La mayor parte de desechos líquidos se deben eliminar directamente en los desagües que sean designados para este efecto.

De acuerdo al nivel de complejidad y al tamaño de los establecimientos de salud se debe establecer los siguientes tipos de almacenamiento intrahospitalario:

- **Almacenamiento inicial o primario**

Es aquel que se efectúa en el lugar de origen o generación de los residuos: habitaciones, laboratorios, consultorios, quirófanos, etc.

- **Almacenamiento temporal o secundario**

Es aquel, que se realiza en pequeños centros de acopio, distribuidos estratégicamente en los pisos o unidades de servicio.

Reciben funda plásticas selladas y rotuladas provenientes del almacenamiento primario.

- **Almacenamiento final o terciario**

Es el que efectúa en una bodega adecuada para recopilar todos los desechos de la institución y en la que permanecen hasta ser

conducidos al sistema de tratamiento intrahospitalario o hasta ser transportados por el servicio de recolección de la ciudad.

Las áreas de almacenamiento temporal y final deben cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- Herméticos, para evitar malos olores y presencia de insectos.
- Resistentes a elementos corto punzantes, a la torsión, a los golpes y a la oxidación.
- Impermeables, para evitar la contaminación por humedad desde y hacia el exterior.
- De tamaño adecuado, para su fácil transporte y manejo.
- De superficies lisas, para facilitar su limpieza.
- Claramente identificados con los colores establecidos, para que se haga un correcto uso de ellos.
- Compatibles con los detergentes y desinfectantes que se vaya a utilizar.

El tamaño y la capacidad dependen del tipo de almacenamiento:

- Para almacenamiento inicial: capacidad no mayor a 30 litros, forma cónica con base plana, sin patas.

- Para almacenamiento temporal: capacidad de 30 a 100 litros, forma cónica con base plana. Puede tener ruedas para facilitar su movilización.
- Para almacenamiento final: capacidad no menor a 500 litros, forma rectangular, con patas. características deberán ser aprobadas tanto por el Hospital como por el servicio de recolección de basura de la ciudad.

Pueden usarse diferentes tipos de materiales. Los más apropiados son los de polietileno de alta densidad, fibra de vidrio, acero y material metálico no oxidable. Deben ser lavados cuando haya existido contacto con desechos infecciosos y para mantenerlos permanentemente limpios. Los recipientes destinados para almacenamiento temporal de desechos radiactivos deberán ser de color amarillo y de un volumen no superior a 80 litros, con fondo de acero inoxidable, con aros que faciliten su manejo y provistos de tapa hermética.

Manejo²⁴

Las fundas se deben doblar hacia afuera, recubriendo los bordes y 1/4 de la superficie exterior del contenedor, para evitar la contaminación de éste.

²⁴Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios. Ministerio de Salud Pública Registro Oficial No.106. Enero, 1997.

Se las retirará cuando su capacidad se haya llenado en las 3/4 partes, cerrándolas con una tira plástica o de otro material, o haciendo un nudo en el extremo proximal de la funda.

En el recipiente debe colocarse una nueva funda de remplazo del mismo color y con la misma identificación.

Identificación

Los recipientes reusables y los desechables deben usar los siguientes colores:

- Rojo: Para desechos infecciosos especiales
- Negro: Para desechos comunes.
- Gris: Para desechos reciclables: papel, cartón, plástico, vidrio, etc.
- Amarillo: Para desechos radiactivos.

Nota: En algunos países se usan otros colores para la identificación de los desechos

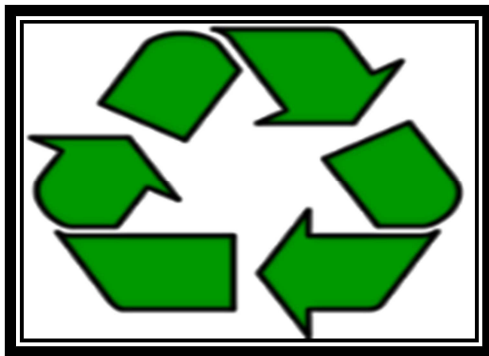


Figura 2.8 Símbolo de desechos comunes y reusables



Figura 2.9 Símbolo de desechos radiológicos



Figura 2.10 Símbolo de desechos infecciosos
Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios

Las fundas rojas en lo posible deben ser marcadas con el símbolo de desecho bio peligroso. Si no hay fundas plásticas de estos colores, pueden usarse de un solo color pero claramente identificadas con los símbolos o con rótulos de cinta adhesiva.

El transporte²⁵

NO en horas de comida

NO en horas de visitas médicas.

Preferentemente NO en horas de visita del público.

El transporte de desechos se puede realizar de dos maneras:

- **Manual**

Se utiliza en unidades médicas de menor complejidad, tales como: consultorios médicos, odontológicos, laboratorios clínicos, de patología, etc. Se usarán recipientes pequeños para facilitar su manejo, evitar derrames y para prevenir que el exceso de peso pueda provocar accidentes y enfermedades laborales en el personal de limpieza.

- **Por medio de carros transportadores**

Trasladan los desechos en forma segura y rápida, desde las fuentes de generación y hasta el lugar destinado para su almacenamiento temporal y final. Para esto se necesitan las siguientes normas:

- Tener un tamaño adecuado acorde con la cantidad de residuos a recolectar y con las condiciones del centro.

²⁵Fuente: Reglamento de Manejo de desechos hospitalarios. Ministerio de Salud Pública Registro Oficial No.106. Enero, 1997.

- Ser estables para evitar accidentes o derrames y ser cómodos para el manejo.
- Utilizar carros de tracción manual con llantas de caucho, para lograr un amortiguamiento apropiado.
- Los carros recolectores serán utilizados exclusivamente para transporte de desechos.
- El carro recolector no entrará a las áreas de diagnóstico y tratamiento de pacientes, se estacionará en un pasillo cercano o en un lugar en donde no interfiera en la circulación.
- El empleado asignado entrará al sitio de almacenamiento, tomará los recipientes y los transportará al almacenamiento temporal y final.
- Los recipientes irán herméticamente cerrados.
- Al final de la operación, los carros serán lavados y, en caso de contacto con desechos infecciosos, serán sometidos a desinfección.
- Contará con un equipo para controlar derrames: material absorbente, pala, equipo de limpieza y desinfección y equipo de protección personal.

Los coches de transporte de ropa usada deben ser exclusivos para este propósito. Los desechos infecciosos y especiales nunca deben ser vaciados de un recipiente a otro ya que pueden provocar dispersión de gérmenes. Esta práctica solo puede realizarse con los desechos generales para ahorrar fundas plásticas siempre que se considere seguro y que sea necesario por razones económicas.

Tratamiento de los desechos

El tratamiento de los desechos infecciosos y especiales deberá ejecutarse en cada establecimiento de salud. El objetivo es disminuir el riesgo de exposición tanto a gérmenes patógenos como a productos químicos tóxicos y cancerígenos. Consiste en la desinfección o inactivación de los desechos infecciosos y en la neutralización del riesgo químico de los desechos especiales. Adicionalmente, existe la posibilidad de reducir el volumen, hacer que su aspecto sea menos desagradable e impedir la reutilización de agujas, jeringas y medicamentos.

Tratamiento inmediato o primario.

Este tratamiento se lo realiza inmediatamente luego de la generación de desechos, es decir en la misma área en que han sido producidos. Se

efectúa por; ejemplo en los laboratorios ya que cuentan con equipos de autoclave para la esterilización. En algunos casos puede usarse la desinfección química, por ejemplo en las salas de aislamiento con los desechos líquidos, secreciones, heces de pacientes y material desechable.

Tratamiento de desechos infecciosos

Existen varios métodos para la inactivación de los desechos infecciosos:

- Incineración a altas temperaturas
- Autoclave
- Desinfección química
- Microondas
- Radiación
- Calor seco

La desinfección química está indicada en los siguientes casos:

- Desechos líquidos
- Desechos corto punzantes
- Sangre y derivados
- Secreciones piógenas

- Equipo médico reusable
- Accidentes y derrames contaminantes

Para aplicar este método es necesario conocer el tipo de germen y cumplir las especificaciones del producto como tiempo de contacto, concentración, temperatura, vida útil, etc.

Las secreciones y excretas de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas graves pueden ser desinfectadas con hipoclorito de sodio o viraron antes de ser evacuadas por el inodoro. El mismo procedimiento se aplica a los residuos de alimentos en las salas de aislamiento, en los casos de enfermedades que el Ministerio de Salud considere de estricto control.

Los volúmenes del desinfectante deben ser superiores al del desecho contaminado, para compensar la pérdida de actividad que sufren estos productos al estar en contacto con material orgánico. El tiempo mínimo de contacto es 20 minutos para el hipoclorito de sodio.

Cuando se use este método de desinfección de secreciones es necesario conocer si la institución posee algún sistema de tratamiento

de aguas servidas a base de bacterias, ya que estos desinfectantes podrían inutilizarlo.

Para la desinfección de cortos punzantes se usa hipoclorito de sodio al 10%. Esta solución se debe colocar al final en el recipiente de almacenamiento de estos desechos, cubriéndolos completamente. La solución debe ser fresca, es decir con menos de 24 horas de preparación, y debe permanecer en contacto con los objetos a desinfectar por lo menos 20 minutos.

Tratamiento de desechos farmacéuticos

Los desechos farmacéuticos constituyen una proporción menor del volumen total de los desechos de hospital. Sin embargo, ciertos grupos de medicamentos requieren precauciones especiales en las etapas de manejo y disposición final. Los volúmenes de drogas son generalmente pequeños, pero pueden ser potencialmente letales ya que causan irritación, sensibilización, resistencia a antibióticos, mutaciones y cáncer.

Normas de tratamiento

- No se permite el re-uso de los sobrantes de medicamentos inyectables.

- Los frascos y otros recipientes de vidrio vacíos pueden ser separados para reciclaje. Pero un personal debidamente entrenado deberá proceder al lavado y dilución con volúmenes grandes de agua antes de almacenarlos en el recipiente de reciclajes.
- Los recipientes de medicamentos envasados a presión en contenedores de metal, no deben ir al incinerador. Deben colocarse en fundas rojas con la etiqueta de desechos especiales y ser llevados a celdas especiales en el relleno sanitario.
- Ampollas rotas y jeringuillas con medicamentos deben ser depositadas en el recipiente destinado a objetos cortopunzantes.
- Pueden ser sometidos a aglutinación o encapsulación para evitar que sean reutilizados.

Disposición final²⁶

Relleno Sanitario

Los desechos generales o comunes pueden ser depositados sin ningún riesgo en los rellenos sanitarios de la ciudad. Lo mismo sucede con los desechos infecciosos que ya han sido tratados mediante los métodos antes indicados. Debe tomarse la precaución de aislarlos en el

²⁶ Esta función es responsabilidad del Municipio, representado por Puerto Limpio.

almacenamiento terciario para evitar el contacto con desechos o ambientes infecciosos y su posible re contaminación.

Los desechos peligrosos: infecciosos y especiales, no tratados, requieren de una celda especial en los rellenos. Algunos microorganismos pueden sobrevivir e incluso multiplicarse durante meses en estas celdas, por lo que se exigen controles estrictos.

Estructura del Manual de Desechos Sólidos (VER ANEXO A)

CAPÍTULO 3

3 . DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 HISTÓRICO DE LA MATERNIDAD

La Maternidad es una institución que forma parte del Ministerio de Salud Pública, inicia en la actual Parroquia Febres Cordero, por los años 65, en esa época no contaba con la debida infraestructura sanitaria, por lo cual y debido a la sensibilidad de varias Instituciones se forma un Programa que se denomina “Rescate del Suburbio”, programa en que participaron: La arquidiócesis de Guayaquil, club de Leones, el MSP, entre otras.

En parte de los terrenos de una Escuela, el Club de Leones construye un local, donde funcionaría un Centro de Salud con empleados del Ministerio de Salud. Este Centro de Salud se inaugura e inicia sus funciones el 27 de Febrero de 1967, llamándose para ese entonces CENTRO DE SALUD N° 7.

El 11 de Agosto de 1969, este Centro inauguró el área Hospitalaria, ya mejor estructurada.

En el año de 1990 se inicia en el País el proceso de Descentralización y Desconcentración, con la creación de áreas de salud, y con esto se forma para la provincia del Guayas la cantidad de 40 áreas de salud, siendo la Maternidad el área N° 9.

En el año 1999 las áreas entran en un proceso de reestructuración de acuerdo a su capacidad de desarrollo Técnico-Administrativa, llegando a establecerse definitivamente como un Hospital Materno Infantil del Área de Salud N° 4 hasta la actualidad.



Figura 3.1 Mapa de la maternidad

Figura 3.2 Parte frontal de la maternidad

Fuente: Maternidad

3.2 DEFINICIONES ESTRATÉGICAS DE LA MATERNIDAD.



Figura 3.3 Visión y Misión

Visión

- ✓ “En 5 años el Área de Salud N° 4 será una Institución organizada, reconocida en el medio, prestará atención a la población de su influencia, dando énfasis al binomio madre/hijo, con personal suficiente, capacitado, motivado y comprometido con su desarrollo; tratará al usuario como un ser bio-psico social, con la calidad y calidez”.

- “Estará equipado con tecnología de punta para brindar una atención integral, eficiente y oportuna. Ofrecerá atención en los niveles de: Promoción de la Salud, Prevención de grupos de riesgos, diagnóstico y tratamiento”.

Misión

- “Somos una Área de Salud que brinda una atención ambulatoria y de hospitalización a todas las personas, especialmente a la madre y al niño mediante servicios de consulta externa e internación, prevención de enfermedades, Promoción de salud y Vigilancia epidemiológica, solucionando los problemas más comunes, satisfaciendo la demanda de la población a la que servimos, tomando en cuenta los recursos disponibles y aplicando la tecnología más apropiada que corresponde a nuestro nivel de complejidad”.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES

El Hospital Materno Infantil en la actualidad tiene **12** consultorios en consulta externa que están distribuidos de la siguiente manera:

| ESPECIALIDAD | CANTIDAD |
|--------------------------|----------|
| Ginecología | 6 |
| Neumología | 1 |
| Medicina General | 1 |
| Odontología | 1 |
| Consejería | 1 |
| Colposcopia y Mastología | 1 |
| Pediatría | 1 |

Tabla 3.1 Consulta externa

Elaborado por: Los autores

Durante el mes de enero del 2011 comparado con enero del 2012:

| | 2011 | 2012 |
|------------------------------|-----------------|----------------|
| Atención en Consulta Externa | 25751 pacientes | 27039pacientes |
| Procesos | | |
| Laboratorio | 20135 muestras | 21142 muestras |
| RX | 184 | 193 |
| Ecografías | 1234 | 1296 |
| Mamografías | 436 | 458 |
| Colposcopia | 90 | 95 |
| Hospitalización | | |
| Cesáreas | 268 | 281 |
| Partos eutócicos | 318 | 334 |
| Abortos | 202 | 212 |
| Intervenciones quirúrgicas | 559 | 587 |

Tabla 3.2 Demanda de Pacientes

Elaborado por: Los autores

La demanda de la maternidad cada año presenta una tendencia de aproximadamente un 5% de incremento.

En la Maternidad se ha implantado una UNIDAD DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO conforme a la ley en donde se establece que si las Instituciones permanentes que cuenten con cien o más trabajadores estables, se debe contar con una Unidad de Seguridad e Higiene, dirigida por un técnico en la materia que debe reportar a la más alta autoridad de la empresa o entidad.

INSTALACIONES (VER ANEXO B)



Figura 3.4 Personal de la maternidad
Fuente: Maternidad

3.4 ORGANIGRAMA

3.4.1 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL²⁷

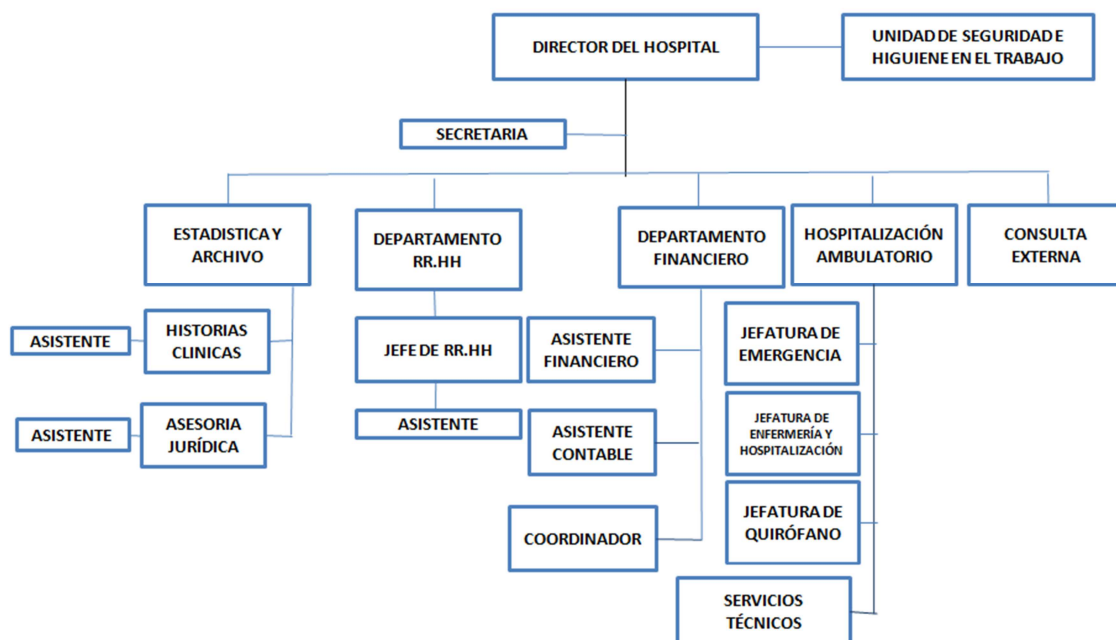


Figura 3.5 Organigrama del Hospital Materno
Elaborado por: Los autores

²⁷Organigrama proporcionado por el Departamento de Talento Humano.

3.4.2 COMITÉS BIPARTITOS DE LA UNIDAD SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL.



Gráfico 3.1 Gráfico de Unidad de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Elaborado por: Los Autores

3.5 PRODUCTOS

- **Vacunaciones:**

La vacunación consiste en la administración de microorganismos, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes), con el objeto de producir una respuesta inmunológica similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado.

Tipos de vacunas

A microorganismos vivos atenuados.- Son preparaciones inmunógenas²⁸ de virus o bacterias vivos, que alterados de tal manera que no resultan agresivos como para provocar la enfermedad pero sí una respuesta inmune importante. Ejemplos de ellas son las vacunas contra la polio (oral), fiebre amarilla, sarampión, rubeola, parotiditis y tuberculosis. Ejemplo: Bacterianas y Virales.

A microorganismos enteros inactivados. Suspensiones de bacterias o virus muertos mediante la acción de desinfectantes como el fenol o formaldehído. Como obviamente estos microorganismos muertos no se reproducen, se necesitan varias dosis (generalmente de alta concentración) en diferentes períodos de tiempo, para inducir la inmunidad.

- **Consultas preventivas:**

Una Consulta de Salud provee asesoramiento sobre un asunto de salud pública en específico, relacionado a la exposición real o posible enfermedad. Cualquier persona puede solicitar una Consulta de Salud o beneficio para su tranquilidad.

²⁸ Antígeno. Sustancia u organismo capaz de provocar una respuesta inmune.

- **Programa en prevención de transmisión vertical del HIV.**

La detección precoz de la infección por VIH de una mujer embarazada es la intervención de mayor efectividad en el logro del objetivo de reducir la transmisión vertical. En la actualidad la mayor parte de los niños que adquieren VIH por transmisión vertical son hijos de madres con VIH+ no conocida durante el embarazo y el parto.

El programa tiene como objetivo proteger al bebe durante su formación en el útero, mediante tratamientos emergentes dependiendo del escenario que se presente. Tomando todas las medidas de prevención para garantizar la seguridad frente al VIH, a la madre, al bebe y al equipo médico que participa en la intervención quirúrgica.

- **Obtención de un niño sano, niño viable.**

El Control desde la planificación familiar, el desarrollo del embrión, la formación del feto, hasta el nacimiento del niño sano es un objetivo prioritario.

OTROS:

- Rayos X
- Ecografías
- Mamografías
- Colposcopias
- Programa de Tuberculosis
- Clínica de HIV.
- Equipos Básicos de Salud.

3.6 PROCESOS CLAVES

- Emergencia.
- Área Quirúrgica Materno-Infantil.
- Hospitalización y Ambulatorio.
- Diagnóstico y Tratamiento: **Laboratorio**, Rayos x y Ecografía.
- Vacunación.
- Banco de Leche Materna.
- Programa en Prevención de Transmisión Vertical del HIV.
- Gestión de los Desechos Hospitalarios.
- Proceso Lavandería.
- Proceso Esterilización.

3.7 PROVEEDORES

| INSUMOS | PROVEEDOR |
|-------------------------------------|---|
| Artículos de Limpieza y Aseo | CHEMLOKOFFICE SUMINISTROS DEL ECUADOR S.A. QUÍMICOS TORRES S.A. |
| Equipos Industriales | ANIVICORP S.A. GRAPOL S.A. TEDEX |
| Equipos de Climatización | SWINTSA S.A. SEFACLE S.A. |
| Maquinarias y Aparatos Electrónicos | ELECTRO ECUATORIANA PACO COMERCIAL E INDUSTRIAL |

Tabla 3.3 Proveedores

Elaborado por: Los autores

3.8 DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS Y

ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ.

En la maternidad se establece la necesidad de ser conscientes del problema económico y conocer cuánto les está costando los accidentes, por lo cual se realiza un análisis del impacto económico y social que está cubriendo al ocurrir un accidente de estos. (Ver tabla 3.4)

En el cuadro de análisis de causa de raíz, se observa que el mayor riesgo que tiene el Hospital Materno es el que ocurra un accidente que cause la muerte del trabajador, este no sólo es un impacto social, es un fuerte impacto económico por lo que se deben cubrir gastos legales y multas establecidas por los entes reguladores como establece el código de trabajo en el Art. 369, que la indemnización es la suma igual al sueldo o salario de cuatro años, en el caso de un trabajador con un RBU US\$ 292, la multa será de US\$ 14.016.

El siguiente riesgo importante que ocurra un incendio, causando pérdidas materiales, según el espacio q se lleve a cabo, aproximadamente de US\$ 3.000, daño de infraestructura US\$ 1.000 y en una estimación positiva que no haya muertos sólo heridos US\$ 1.000, lo que da un impacto económico mínimo de US\$ 5.000.

| No. | PROBLEMA | PROBABILIDAD | IMPACTO ECONÓMICO |
|-----|---|-------------------------|-------------------|
| 1 | Infecciones Intrahospitalarias | ALTO-RIESGO MODERADO | 680,00 |
| 2 | Infecciones Transmitidas por Pinchazos. | ALTO- RIESGO IMPORTANTE | 850,00 |
| 3 | Intoxicación alimenticia | MEDIO-RIESGO IMPORTANTE | 500,00 |
| 4 | Accidentes por caída de objetos | MEDIO-RIESGO TOLERABLE | 250,00 |
| 5 | Incendio | ALTO-RIESGO INTOLERABLE | 5000,00 |
| 6 | Accidentes ocasionales ²⁹ | MEDIO-RIESGO IMPORTANTE | 575,00 |
| 7 | Enfermedades por mal Manejo de Desechos | ALTO-RIESGO IMPORTANTE | 900,00 |
| 8 | Muerte por accidente laboral | ALTO-RIESGO INTOLERABLE | 14016,00 |
| 9 | Mobiliarios en mal estado | BAJO-RIESGO MODERADO | 175,00 |

Tabla 3.4 Descripción y análisis de la causa de raíz

Elaborado por: Los autores

Tabla de Valoración de Riesgos (VER ANEXO B)

²⁹Eventos que se dan circunstancialmente por ejemplo: resbalones, caídas, facturas, etc.

Este segundo análisis de los accidentes en que la Maternidad se encuentra vulnerable, se relacionan dos variables que permiten observar la realidad en la cual están inmersos los trabajadores, que es la probabilidad de ocurrencia que tienen estos accidentes en el día a día laboral en la Maternidad.

Se estable un rango de probabilidades en base a lo que ocurre en la maternidad y un rango del impacto económico que este accidente conlleva. (Ver tablas 3.5-3.6)

| Probabilidad | |
|--------------|----------------------|
| 2 | Casi Imposible |
| 4 | Medianamente Posible |
| 6 | Posible |
| 8 | Casi Frecuente |
| 10 | Frecuente |

Tabla 3.5 Probabilidad

| Impacto Económico | |
|-------------------|-----------|
| 2 | 100-300 |
| 4 | 301-600 |
| 6 | 601-1200 |
| 8 | 1201-3000 |
| 10 | >3000 |

Tabla 3.6 Impacto Económico

Elaborado por: Los autores

| No. | PROBLEMA | IMPACTO ECONÓMICO | P | IE | VALORACIÓN DEL PROBLEMA |
|-----|---|-------------------|----|----|-------------------------|
| 1 | Infecciones Intrahospitalarias | 680 | 6 | 6 | 36 |
| 2 | Infecciones Transmitidas por Pinchazos. | 850 | 8 | 6 | 48 |
| 3 | Intoxicación alimenticia | 500 | 4 | 4 | 16 |
| 4 | Accidentes por caída de objetos | 250 | 8 | 2 | 16 |
| 5 | Incendio | 5000 | 2 | 10 | 20 |
| 6 | Accidentes ocasionales | 575 | 10 | 4 | 40 |
| 7 | Enfermedades por mal Manejo de Desechos | 900 | 8 | 6 | 48 |
| 8 | Muerte por negligencia | 14016 | 2 | 10 | 20 |
| 9 | Mobiliarios en mal estado | 175 | 6 | 3 | 12 |

Tabla 3.7 Probabilidad vs. Impacto

Elaborado por: Los autores

| ESCALA | | REPUESTA |
|------------------|---------|-------------------------------|
| CRÍTICO | >30 | CORRECTIVAS INMEDIATAS |
| MODERADO | 10<X<30 | ACCIONES PREVENTIVAS |
| ACEPTABLE | <10 | ACCIONES PROACTIVAS |

Tabla 3.8 Escala
Elaborado por: Los autores

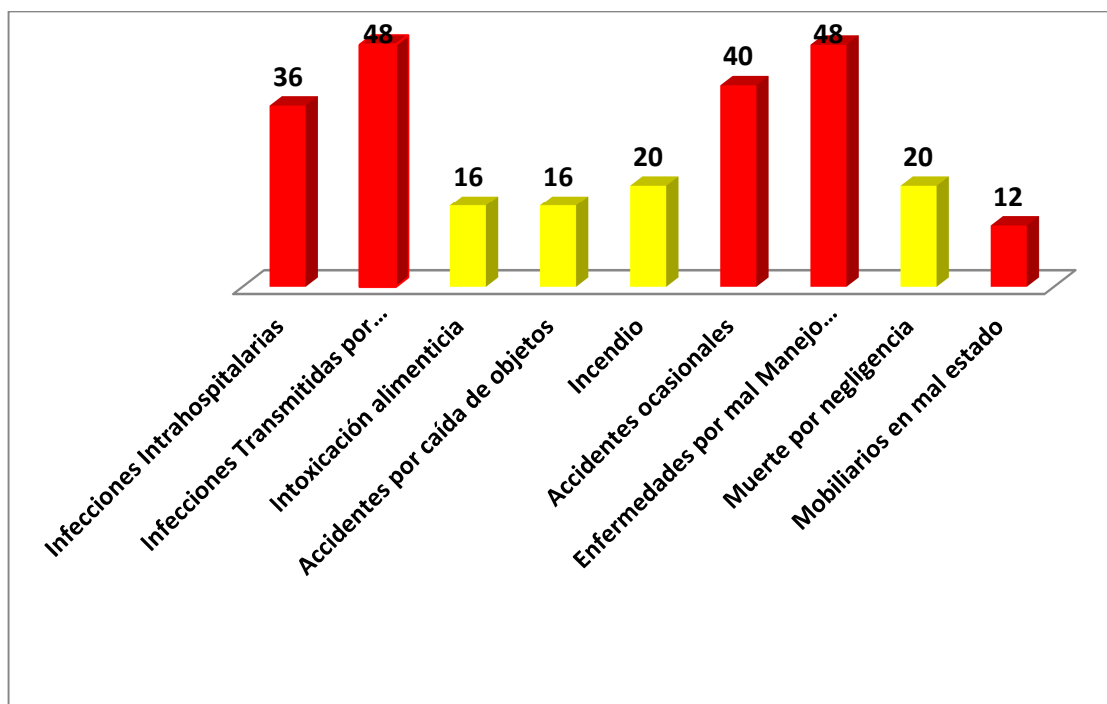


Gráfico 3.2 Gráfico Probabilidad vs. Impacto
Elaborado por: Los autores

En los últimos años, se ha visto la evolución de criterio con respecto a la Seguridad y Salud Ocupacional, es así que en la Maternidad la Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo se conforma desde el año 2009, esta ha realizado principalmente los programas de capacitación en prevención de riesgos, en bioseguridad, manejo de los desechos hospitalarios, y prevención de Infecciones Intrahospitalarias.

Sin embargo, esta Unidad aún no ha tenido la debida importancia dentro del marco legal y estatutario del Hospital, se identifica que no ha realizado funciones administrativas, técnicas ni del talento humano en virtud de que no ha existido la coordinación efectiva con los Servicios Administrativos ni con la Coordinación de los Talentos Humanos.

Además dentro de la Institución no existe como un departamento o Área, porque es considerado sólo como un Comité.

En el 2011 la unidad junto con la dirección por cumplir con las normativas legales y sociales ha invertido en mejorar las condiciones de trabajo y los medios de protección colectiva e individual de sus colaboradores. Pero se ha podido observar que hace falta un cambio de cultura en el accionar del personal, ya que muchas veces teniendo los equipos de protección personal no los usa

adecuadamente, y hasta en ciertas ocasiones ni los usan, así mismo en general no toman las medidas preventivas necesarias originando un riesgo para sí mismos y para los que los rodean.

Por ello se ve en la necesidad de hacer un estudio para la identificación, evaluación y valoración de los riesgos existentes en los procesos críticos de la Maternidad y establecer normas de cumplimiento como son procedimientos, guías operativas, políticas, etc. para lograr crear una cultura de prevención, protección y promoción de la Seguridad y Salud Ocupacional por el bien propio y común.

ANÁLISIS INICIAL SART

Realizado 17 de Marzo del 2012 con el objetivo de saber en qué nivel de cumplimientos con respecto a los requerimientos técnicos legales de la SART se encuentra la Maternidad.

Se verifica es ese entonces que:

1. Existen No conformidades con el Art 9 de la Resolución CD 333, requisitos técnicos legales aplicables **1.1- 1.2.** al no poseer la Maternidad:

- a) Política de seguridad y salud en el trabajo;
- b) Manual de seguridad y salud en el trabajo;
- c) Reglamento interno de seguridad y salud en el trabajo, de conformidad con la norma técnico legal respectiva;
- d) Procedimientos;

Obteniendo un cumplimiento del 26,92% en Gestión Administrativa.

2. Existen No conformidades con el Art 9 de la Resolución CD 333, requisitos técnicos legales aplicables: **2.1- 2.4** al no cumplir con:

- a) Identificación de las categorías de factores de riesgo ocupacional de todos los puestos.
- b) Diagrama(s) de flujo del(os) proceso(s);

Obteniendo un cumplimiento del 20% en Gestión Técnica.

3. Existen No conformidades con el Art 9 de la Resolución CD 333, requisitos técnicos legales aplicables: **3.1- 3.2 – 3.3** al no cumplir con:

- a) Definición de los factores de riesgo ocupacional por puesto de trabajo.
- b) Definición de profesiogramas.
- c) Información interna y externa.
- d) Existe un sistema de comunicación vertical hacia los trabajadores sobre: política, organización, responsabilidades en SST, normas de actuación, procedimientos de control de factores de riesgo ocupacional; y, ascendente desde los trabajadores sobre condiciones y/o acciones sub estándares, factores personales o de trabajo u otras causas potenciales de accidentes, enfermedades profesionales-ocupacionales.

Obteniendo un cumplimiento del 31% en Gestión del Talento Humano.

4. Existen No conformidades con el Art 9 de la Resolución CD 333, requisitos técnicos legales aplicables: 4.1- 3.2 – 3.3 al no cumplir con:
- a) Investigación de accidentes y enfermedades, Profesionales-ocupacionales.
 - b) Vigilancia de la salud de los trabajadores.
 - c) Planes de emergencia en respuesta a factores de riesgo de Accidentes graves.

d) Inspecciones de seguridad y salud.

Obteniendo un cumplimiento del 15% en procedimientos y programas operativos básicos.

| AUDITORÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO- SART | |
|---|----------------|
| VERIFICACIÓN DE ELEMENTOS TÉCNICOS Y LEGALES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO | |
| | INDICE |
| 1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA | 26,92% |
| 2. GESTIÓN TÉCNICA | 20% |
| 3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 31% |
| 4. PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS OPERATIVOS BASICOS | 15% |
| INDICE DE EFICIENCIA DE CUMPLIMIENTO DE RTL APLICABLES AL CONTROL OPERACIONAL SART | 23, 23% |

Tabla 3.8 Auditoría Inicial de riesgos del trabajo- SART

Elaborado por: Los autores

Obtenemos un 23,23% de índice de eficiencia en el cumplimiento de los requerimientos técnicos legales correspondientes al Control Operacional en seguridad y salud ocupacional de la Maternidad.

Identificadas estas falencias en lo que respecta a seguridad y salud ocupacional se establece la necesidad de diseñar un Sistema de Control Operacional en Seguridad y Salud Ocupacional alineado a SART.

CAPÍTULO 4

4 .DISEÑO DEL SISTEMA DE CONTROL OPERACIONAL PARA UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL ALINEADO A SART.

4.1 IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS LABORALES.

4.1.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS.

VENTILADOR EN MALAS CONDICIONES.



Figura 4.1 Ventilador en mal estado
Fuente: Maternidad

En el área de consulta externa se observa un peligro con el ventilador que se encuentra en malas condiciones físicas, ya que las astas están inestables dando lugar que en cualquier momento se desprendan del cuerpo del ventilador, provocando lesiones graves al personal que se encuentre en ella, esto se considera una condición insegura afectando al Art.11 numeral 3 del Decreto Ejecutivo 2393.

CAÍDA DE LA SEÑALÉTICA



Figura 4.2 Señalética en mal estado
Fuente: Maternidad

En el área de consulta externa la Señalética de salida tiene un desajuste en su colocación contra la pared, lo que provoca que en cualquier momento se desprenda en su totalidad y caiga a la persona que se encuentre debajo de ella, causando lesiones de menor grado como golpe, por lo tanto es una condición

insegura ya que incumple con el Art.147 de Señalética en el Decreto Ejecutivo 2393.

EXTINTORES Y PASILLOS

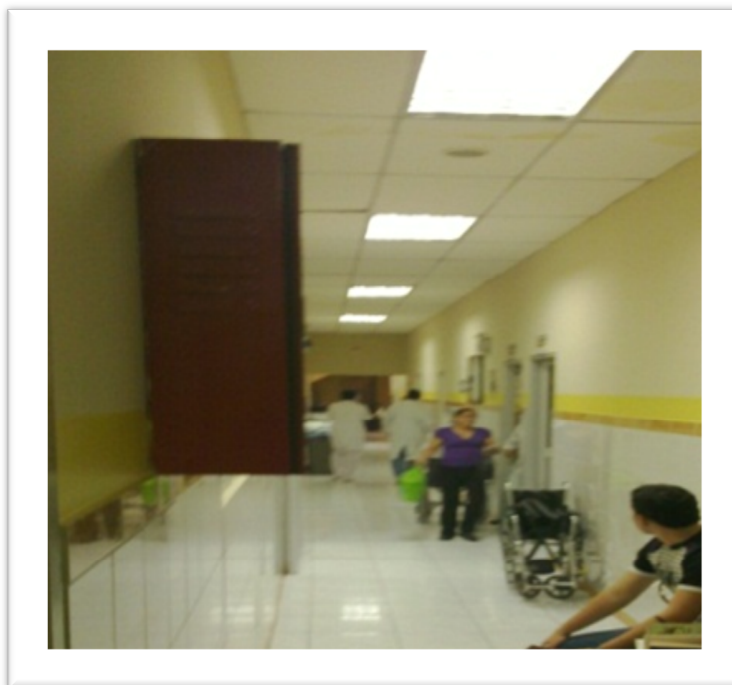


Figura 4.3 Bloqueo de pasillo por extintores
Fuente: Maternidad

En el pasillo para el ingreso del área de hospitalización se encuentra un extintor colocado en la pared obstruyendo la circulación, causando que el personal frecuentemente se golpee, por lo cual es considerado una condición insegura afectando el Art. 159 numeral 4 del Decreto Ejecutivo 2393.

DESECHOS EN LUGARES INADECUADOS



Figura 4.4 Desechos en lugares inadecuados
Fuente: Maternidad

La maternidad en su compromiso por mejorar, cuenta con un proceso de manejo de desechos, pero en un 15% el personal no lo está cumpliendo, se observa que en el patio existen desechos colocados en lugares inadecuados. Estos están al aire libre incumpliendo la debida segregación en la fuente como lo establece el Reglamento De Manejo De Desechos Sólidos en Hospitales considerándose un acto inseguro.

DESTINO TERCIARIO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS.



Figura 4.5 Destino Terciario de Desechos Hospitalarios
Fuente: Maternidad

El destino final de los desechos ya no le corresponde a la Maternidad, según el Art 100 de la Ley Orgánica de Salud establece que la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos es responsabilidad del Municipio, como se puede observar en la figura 4.5, estos empleados al momento de colocar los desechos en el recolector, no se fijan si son comunes, infecciosos o algún tipo de clasificación, los unen todos afectando las normas de Bioseguridad siendo un acto inseguro.

ESTRUCTURA, INSTALACIONES

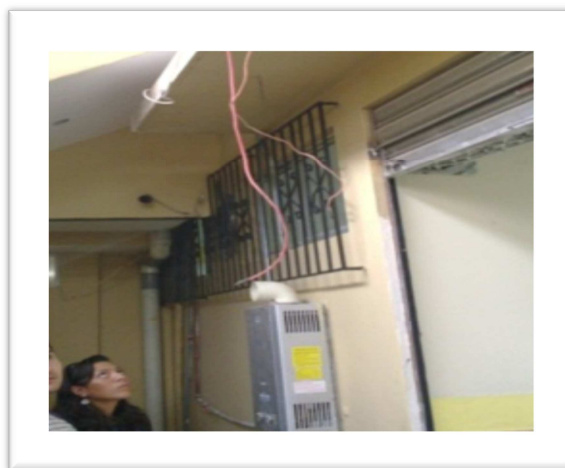


Figura 4.6 Mal estado de Estructura e Instalaciones

Fuente: Maternidad

Se puede observar que en diferentes áreas de la Maternidad, existen conexiones eléctricas sin sus respectivas guardas, o cables colgando por lo que el personal está expuesto al contacto físico con ellas, lo que puede causar lesiones graves hasta la muerte, es considerada una condición insegura afectando la resolución 2393 indica Art. 104

SUELOS, TECHOS Y PAREDES



Figura 4.7 Mal estado de suelos y techos

Fuente: Maternidad

Se observa que al no contar con un loza, en alguna áreas de la maternidad se presentan filtraciones por los tumbado, creando condiciones inseguras para el personal, como pueden ser charcos de agua, contacto con conexiones eléctricas, paredes y pisos húmedos que faciliten resbalones, además estas filtraciones desprenden la pintura de las paredes, siendo este un cultivo de bacterias en las áreas de la Maternidad, especialmente en la de Parto y Quirófano, por ende es una condición insegura ya que incumple con el Art. 23 del Decreto Ejecutivo 2393.

EQUIPOS DE LAVANDERÍA OBSOLETO.



Figura 4.8 Equipos Obsoletos de Lavandería

Fuente: Maternidad

En el área de lavandería se mantiene una lavadora obsoleta obstaculizando la circulación, y almacenando factores contaminantes como bacterias, virus, insectos, y malos olores. Esta es una condición insegura ya que incumple el Art.73, Art.74 y Art.77 del Decreto Ejecutivo 2393.

OBSTRUCCIÓN EN LA COCINA



Figura 4.9 Obstáculos dentro de la cocina
Fuente: Maternidad

Se observa que en la Cocina, existen cajas que obstruyen la circulación retardando los procesos, causando tropiezos, choques, etc. Además se puede observar que si cuenta con un extractor de humo, pero la ventilación e iluminación incumple con el art.38 del Decreto Ejecutivo 2393.

VENTILACIÓN Y SU RESPECTIVO MANTENIMIENTO.



Figura 4.10 Ventilación y su respectivo mantenimiento

Fuente: Maternidad

Como se observa en las imágenes en el Hospital hay diferentes formas de ventilación, las cuales son respecto al área donde se encuentran. Pero al parecer no cuentan con un mantenimiento periódico, ya que se identifica que están cubiertas de polvo lo que puede generar enfermedades respiratorias al personal. En la resolución 2393 en el Capítulo 5 Medio Ambientales y Riesgos laborales por factores físicos, químicos y biológicos.- Artículo 53 Ventilación, temperatura y humedad.- Indica que las ventilaciones o aires artificiales deben dar comodidad atmosférica que aseguren un ambiente cómodo y saludable para los trabajadores.

MATERIALES DE LIMPIEZA

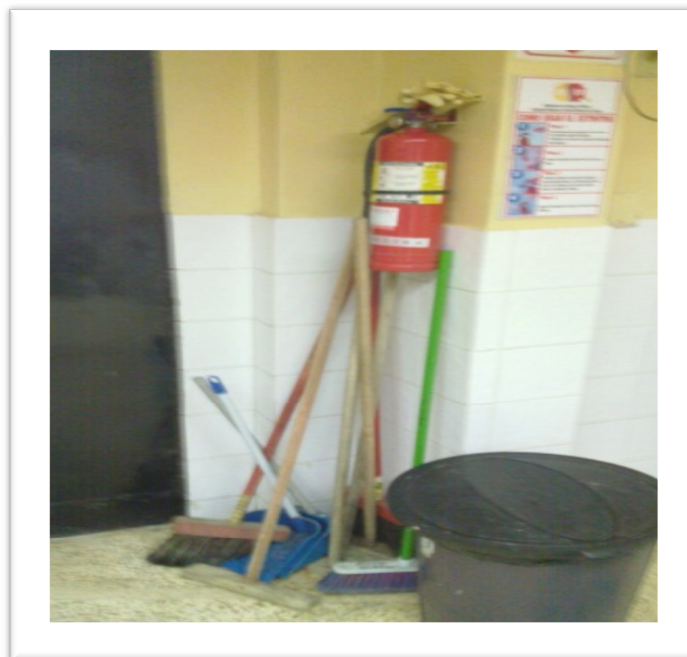


Figura 4.11 Materiales de Limpieza

Fuente: Maternidad

Se observa que los materiales de limpieza que son utilizados por el personal de Servicios Varios, al momento de terminar sus labores, dejan dichos materiales en cualquier lado lo cual obstaculiza el paso, Incumpliendo con el Art. 34 del Decreto Ejecutivo 2393.

CONGELADOR EN EL PASILLO

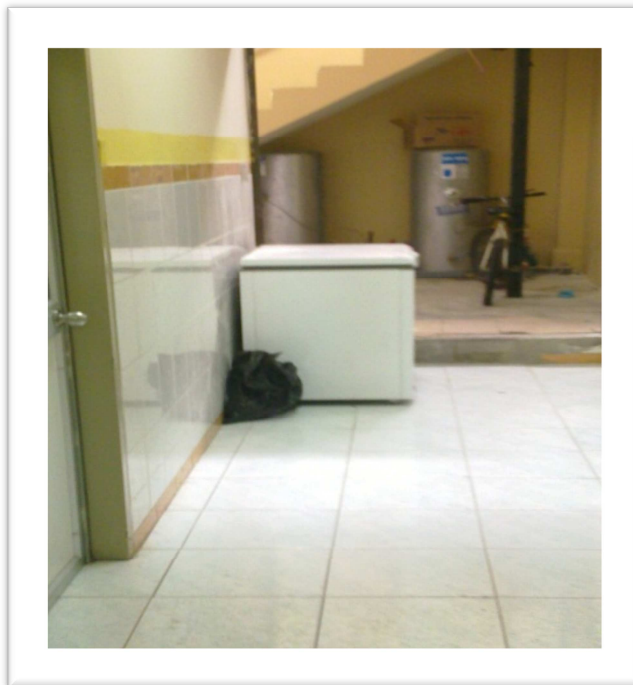


Figura 4.12 Congelador en el pasillo

Fuente: Maternidad

En la imagen se observa que en el pasillo está ubicado un congelador, en el cual almacenan los desechos infecciosos orgánicos (placentas, fetos, etc.), se considera que está en mal recaudo porque no presenta ningún tipo de restricción ni seguridad para abrir, cerrar y en general manipular el congelador. Además está ubicada a la salida del comedor. Estableciéndose estos parámetros como condiciones inseguras. Incumple con el art.38 del Decreto Ejecutivo 2393.

4.1.2 ANÁLISIS DE TAREAS

TAREA: ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROGRAMA EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

| N° | SUB TAREAS | PASOS | PELIGROS | RIEGOS | EPP | PC |
|----|---------------------------------------|---|---|--|---|---|
| 1 | Preparación de los Recursos. | Preparación de los instrumentos de quirófano Lavado de Manos. Médicos se Visten con sus EPP. Vestir a la Paciente con sus EPP. Revisión de Historia Clínica. Anestesia Conductiva. | | | | |
| 2 | Intervención Quirúrgica | Cateterización vesical. Asepsia Previa de la Mujer. Armar los campos quirúrgicos. Incisión de Planos hasta llegar al Útero. Succión del Líquido amniótico. Salida del niño recién nacido. Atención Neonatal. Sutura de Planos hasta llegar a la Piel. Extraer la Sonda Vesical. Traslado de la paciente a Postquirúrgico | Salpicar una partícula de sangre infectada con HIV a la vista, a la boca, o a alguna herida. Manejo de objetos corto punzantes; Suelo deslizante; Mal manejo de los desechos infecciosos; Ventilación. | Infección con HIV, Infección con Hepatitis B y C; Infecciones Respiratorias; Caídas; Pinchazos, Cortes; Derrame de líquidos infecciosos; Intoxicación. | Médicos-Enfermeros: Bata Estéril, Guantes, Mascarilla, Gorro, Botas; Gafas Paciente: Bata Estéril, Gorro, y Botas; Servicios Varios: Uniforme, Botas Caucho, Gafas, Guantes, mascarilla, Gorro y Faja de Peso. | Esterilizar todos los equipos de quirófano. Ventilación con extracción de aire cada periodo de 25 minutos, protocolo de Bioseguridad y gestión de Desechos Hospitalarios, en el Área Quirúrgica. |
| 3 | Limpieza y Desinfección del quirófano | Personal de Servicios Varios deben colocarse sus EPP. Limpiar las máquinas y camas con cloro diluido a un 10% Transportar los desechos al almacenamiento secundario. | | | | |

Tabla 4.1 Análisis de tarea Quirófano

Elaborado por: Los autores

TAREA: GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS

| N° | SUBTAREA | PASOS | PELIGROS | RIESGOS | EPP | PC |
|----|--|--|---|--|--|--|
| 1 | Asignar los desechos a recipientes | Clasificar los desechos | *Equivocación al clasificar los desecho. *Desechos cortopunzantes estén a la vista | * Pincharse con desechos cortopunzantes *Contraer infecciones | Equipo de protección individual, gorro, mascarilla n95, gafas, botas de caucho | Etiquetado de recipientes definiendo la clase de desechos, señalización por área |
| | | Delegar que recipiente le pertenece a cada clase de desechos | | | | |
| | | Colocar los desechos en los recipientes | | | | |
| 2 | Realizar el tratamiento de los desechos infecciosos | Esterilizar los desechos | Inadecuada área de desinfección | Infecciones respiratorias | Equipo de protección individual, gorro, mascarilla n95, gafas, botas de caucho | Área adecuada para la desinfección |
| | | Desinfectar químicamente | | | | |
| | | Rellenar con mezcla de agua de cloro y cal y cerrar herméticamente | | | | |
| 3 | Realizar la recolección y transporte de los desechos | Recoger los desechos cada cuatro horas | *Desechos permanecen mucho tiempo donde se generan. *Las rutas de transporte de desechos se dan por el área de cocina. | *Contraer infecciones *contaminar alimentos | Equipo de protección individual, gorro, mascarilla n95, gafas, botas de caucho | Poseer un depósito de almacenamiento de desechos |
| | | Revisar por etiquetas las clases de desechos | | | | |
| | | Transportar los desechos a almacenamiento terciario hasta la llegada de la empresa puerto limpio | | | | |

Tabla 4.2 Análisis de tarea Gestión de Desechos

Elaborado por: Los autores

TAREA: ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS

| N° | SUBTAREA | PASOS | PELIGROS | RIESGOS | EPP | PC |
|----|---|--|--|---|--|---|
| 1 | Extraer muestra del paciente | Definir qué tipo de extracciones. Buscar los implementos, equipos para ubicar las muestras Clasificación por tubos de ensayos | Equivocación de la extracción de la muestra del paciente traslado de la muestra de un lugar a otro | A la exposición de muestras de sangre contaminadas o fluidos corporales, exposición a heridas con agujas o cortaduras por objetos a trabajar. | Guantes, jeringuillas, perchas, recipientes, tubos de almacenamiento de sangre | Tener etiquetas y divisiones en las perchas por cada muestra, obtener los implementos al alcance del trabajador |
| 2 | Análisis de muestra con el microscopio | Verificación del microscopio este desinfectado Ubicación de las muestras en el microscopio y en la máquina que lo amerite Ubicación de las muestras en lugar de desecho en lugares predeterminados | Espacio reducido | Exposición a trabajar con especímenes que puedan tener tuberculosis y sida o fuentes potenciales a la afectación de la persona, riesgo a deslizarse o caerse si las muestras caen al suelo, dolores musculares por horas sentado. | Guantes, espátulas, gafas, gorro, mandil, muestras, micros podios, maquinas. | Tener el área adecuada para el estudio y ventilación. |
| 3 | Desinfección del área y equipos de trabajo | Recoger los recipientes Arrojar líquidos o quitar manchas en los implementos Trasladar los desechos a los tachos indicados. | Líquidos de limpiezas y tipos de muestras | Riesgo a quemaduras por líquidos de limpieza, exposición a materiales orgánicos infecciosos, alergias. | Recipientes, líquidos de limpieza, tachos de basura. | Poseer políticas dentro del laboratorio como realizar los pasos de la limpieza. |

Tabla 4.3 Análisis de tarea del Análisis de Muestra
Elaborado por: Los autores

4.1.3 EVALUACIÓN DE RIESGOS.

TAREA: ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROGRAMA EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

| Factores de Riesgo | Riesgos Asociados | | Evitable | | Riesgo | | | Nivel de Riesgo | Medidas Preventivas o Correctivas |
|---|--|--|----------|----|--------|----|---|-----------------|--|
| | Desviación/forma de contacto | Tipo de lesión | SI | NO | C | E | P | | |
| Salpicar una partícula de sangre infectada con algún virus a la vista, a la boca, o a alguna herida | Ingreso de esa partícula de sangre infectada a las vías sanguíneas. | Contagio de Virus: HIV, Hepatitis B y C, | | X | 10 | 6 | 6 | 360 | Todo el personal que interviene en la cesaría tiene que tener gafas. Antes de ingresar asegurarse que tiene el EPP adecuado. Llevar un reporte de incumplimientos en el uso de los EPP. Registrar y reportar incidentes similares. |
| Manejo de objeto cortopunzante | Pinchazo con agujas, Cortes con Bisturí. | Contagio de Virus: HIV, Hepatitis B y C, Infecciones por bacterias. | | x | 8 | 6 | 6 | 288 | Tener las seguridades adecuadas para manejar este tipo de objetos. Que el bisturí que tenga mango, no reencauchar las jeringas. |
| Suelo deslizante | Resbalones y Caídas | Golpes, Fracturas | X | | | | | | Cada vez que un líquido se derrame sea tratado inmediatamente; que en cada limpieza se aseguren de realizar un secado del piso del quirófano. |
| Manejo de los desechos infecciosos | Respirar sustancias tóxicas; salpicaduras de líquidos infecciosos; emisión de partículas contaminadas. | Infección respiratoria, lesiones permanentes | | x | 6 | 6 | 4 | 144 | Utilizar adecuadamente los EPP, transportarlos en un carrito apropiado para que no exista fuga de líquidos infecciosos. |
| Ventilación. | Sustancias peligrosas en el aire que respiramos | Infecciones respiratorias por virus o bacterias en el ambiente como Tuberculosis | | X | 10 | 10 | 3 | 300 | Ventilación con extracción y cambio de aire cada 25 min, Apagar cada cierto tiempo los acondicionadores de aire, ya que producen sustancias tóxicas después de usarlo por varias horas. |

Tabla 4.4 Evaluación de riesgo Quirófano

Elaborado por: Los autores

TAREA: GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS

| Factores de riesgo | Desviación / forma de contacto | Tipo de lesión | Nº personas expuestas | Evitable | | Riesgo no evitable | | | NIVEL DE RIESGO | Medidas preventivas o correctivas |
|-------------------------|--------------------------------|---|-----------------------|----------|----|--------------------|----|---|-----------------|--|
| | | | | SI | NO | C | E | P | | |
| Segregación de desechos | Salpicaduras | Lesiones permanentes daños moderados | 2 | | X | 6 | 3 | 6 | 108 | Definir correctamente la clase de desecho |
| Pinchazos | Enfermedades e infecciones | Lesiones permanentes daños moderados | 2 | | X | 6 | 6 | 6 | 216 | Establecer políticas sobre: recipiente que pertenezcan dicho desecho |
| Manejo de químicos | Quemaduras | Lesiones permanentes daños moderados | 2 | | X | 6 | 10 | 6 | 360 | Establecer políticas sobre: recipiente que pertenezcan dicho desecho |

Tabla 4.5 Evaluación de Gestión de Desecho

Elaborado por: Los autores

TAREA: ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS

| Factores de riesgo | Desviación / forma de contacto | Tipo de lesión | Nº personas expuestas | Evitable | | Riesgo no evitable | | | | Medidas preventivas o correctivas |
|------------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------|----------|----|--------------------|---|---|-----------------|---|
| | | | | Si | No | C | E | P | Nivel de riesgo | |
| Mala implementación de jeringas | Pinchaduras | Lesiones no permanentes, daños leves | 2 | | X | 4 | 3 | 1 | 12 | Concentración previa a la extracción de la muestra del paciente |
| Contraer infecciones por muestras | Enfermedades | Lesiones permanentes, daños moderados | 1 | | X | 6 | 6 | 6 | 216 | Establecer los diferentes riesgos y precauciones a la manipulación de muestras |
| Exposición de caídas y fracturas | Lesiones | Lesiones permanentes daños moderados | 1 | | X | 4 | 2 | 1 | 8 | Prevenir y aplicar pasos de trabajo para el traslado de muestras o implementos de trabajo |
| Mala limpieza del área de limpieza | Quemaduras | Lesiones permanentes daños moderados | 2 | | X | 4 | 1 | 1 | 2 | Establecer políticas dentro del área del laboratorio clínico el uso debido de limpieza |
| Contaminación ambiental del área | Alergias e infecciones vía aérea | Heridas leves, daño, económicos leves. | 2 | | X | 6 | 4 | 6 | 144 | Establecer ventilación del área del trabajo y mantener las muestras en lugares específicos. |

Tabla 4.6 Evaluación de Riesgo de Análisis de Muestras

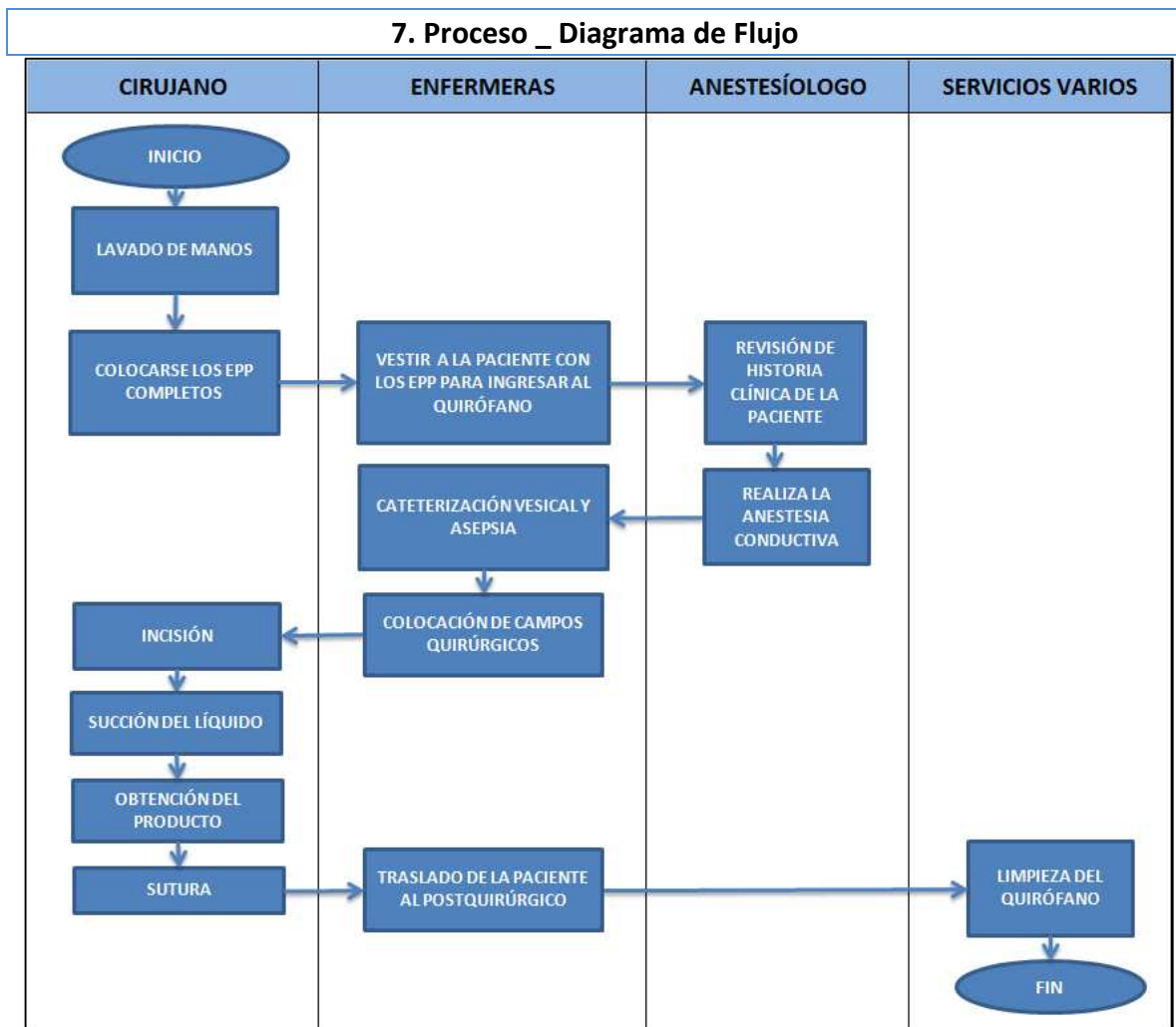
Elaborado por: Los autores

4.1.4 PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS.

ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROG. EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

| | | | | | |
|--|--|----------------|-------------------|------------------|-----------------------------|
| Título | Procedimiento | | | Doc. ID: | USEHIT- PPTV-005 |
| | Etapa de la Resolución Quirúrgica del Programa en Prevención de Transmisión Vertical del VIH. | | | Revisión: | 0 |
| Autor | Coordinador del Área Quirúrgica | Revisó: | Presidenta USEHIT | Aprobó: | Director Hospital Área 4 |
| Fecha | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 |
| 1. Objetivo | | | | | |
| El objetivo de este procedimiento es dar a conocer paso a paso, lo que se debe hacer para prevenir el contagio del personal en el área quirúrgica por acciones indebidas o impertinencia en los diferentes escenarios cuando se presentan madres infectadas con HIV, hasta lograr el objetivo del programa, el cual es obtener el niño sano. | | | | | |
| 2. Alcance | | | | | |
| Aplica en el Quirófano al momento del Acto Quirúrgico : Cesaría de una Usuaría externa infectada con VIH | | | | | |
| 3. Responsabilidad | | | | | |
| La responsabilidad de implementación de las acciones de bioseguridad es de todos los Médicos Gineco-Obstétricos, Neonatólogos, Enfermeras, Residentes, Auxiliares de Enfermería y personal de Servicios varios, Enfermería que intervengan en el proceso quirúrgico de una paciente infectada con VIH. | | | | | |
| 4. Documento de Referencia | | | | | |
| Historia Clínica, guías operativas, normativas legales: Manual de Bioseguridad, Reglamento del Manejo de desechos. | | | | | |
| 5. Definiciones | | | | | |
| Transmisión Vertical del VIH: Es el contagio que se produce de madre al hijo cuando atraviesa el conducto vaginal al momento de un parto normal que es mayor que a través de la circulación útero placentario se encuentra en gestación. | | | | | |

| |
|---|
| Condición Insegura: Es una circunstancia física peligrosa que puede facilitar la ocurrencia de accidentes. |
| Acto Inseguro: Es una acción inapropiada, normalmente producto de la imprudencia por caso omiso a una instrucción de trabajo lo que facilita la ocurrencia de accidentes. |
| Anestesia conductiva: Bloqueos regionales que abarcan varios bloques musculares; puede ser Peridural o Raquídea |
| Incisión: Corte Transversal en la parte inferior del abdomen. |
| Antirretrovirales: medicamentos que se administran a la paciente que ya viene programada. |
| Avagar: Compuesto químico desinfectante más efectivo que el alcohol. |
| Quirófano: Área estéril con acceso restringido en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. |
| Campos Quirúrgicos: Son los cortes de telas en forma cuadrada o rectangular que se utilizan en las intervenciones quirúrgicas, cabe recalcar que son esterilizadas antes de ingresarlas al Quirófano. |
| 6. General |
| <p>Las normas de bioseguridad se aplican en todas los actos quirúrgicos de emergencias y programadas a los cuales son sometidas las usuarias externas. Se conoce la probabilidad de riesgo para las tres enfermedades virales luego de un pinchazo con material contaminado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B 30% con variaciones entre 6 y 40%. • Hepatitis C 3% con variaciones entre 1 y 10%. • HIV – SIDA 0,3% con pinchazos o heridas, 0,1% con exposición de mucosas. <p>Por lo tanto, la bioseguridad es un requerimiento legal y humano para todo tipo de intervención quirúrgica sin discriminar la condición de las pacientes contagiadas con HIV.</p> |



| Actividad | Descripción | Responsable |
|------------------------------------|--|-------------------|
| 1. Lavado de manos | Lavarse las manos con jabón, para luego colocarse Clorhexidina. | Equipo de Médicos |
| 2. Médico se coloca los EPP | Equiparse con las ropas estériles, Guantes, Mascarillas, Botas y Gorros desechables. | Equipo de Médicos |

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 3. Paciente vestida con EPPs | Colocarle bata estéril, gorro mascarilla y bota desechable a la paciente antes de pasarla al Quirófano. | Enfermera |
| 4. Revisión de la Historia Clínica | Revisar la historia clínica para observar los exámenes de laboratorio y así tomar las medidas necesarias al momento de administrar la anestesia. | Anestesiólogo Neonatólogos |
| 5. Anestesia Conductiva | Se procede a administrar la anestesia conductiva puede ser Peridural o Raquídea. | Anestesiólogo |
| 6. Cateterización Vesical | Se procede a Cateterización vesical. Es colocar una sonda por el conducto uretral, para eliminar la orina. | Auxiliar de enfermería Enfermera |
| 7. Asepsia | Procede a hacer la asepsia con solución de Povidine. | Cirujano |
| 8. Colocación de Campos Quirúrgicos | Armar los campos quirúrgicos Colocándolos de manera que solo quede descubierta la parte inferior del abdomen donde se realizara la incisión. | Equipo de Médicos |
| 9. Incisión | Procede a hacer una incisión cortando varios planos llegando al útero. | Equipo de Médicos |
| 10. Succión del líquido | Se succiona el líquido amniótico por medio de las sondas vesicales. | Equipo de Médicos |
| 11. Obtención del Producto. | Recibe el producto, si amerita se realiza reanimación Neonatal y pasa a la sala atención Neonatal. | Cirujano Neonatología |
| 12. Sutura | Sutura por planos hasta llegar a piel | Cirujano |
| 13. Preparación para salir del Quirófano | Se extrae la sonda vesical. Se coloca el apósito para cubrir la herida quirúrgica. | Enfermeras |
| 14. Postquirúrgico | Se traslada a la paciente a la sala postquirúrgico hasta que acabe el efecto de la anestesia. | Enfermeras |
| 15. Limpieza del Quirófano | Se realiza la limpieza y desinfección del quirófano. Esto incluye la recolección de desechos y campos que fueron utilizados y que pasaran a lavandería. | Personal de Servicios Varios. |

Tabla 4.7 Procedimiento de Prevención de Transmisión Vertical

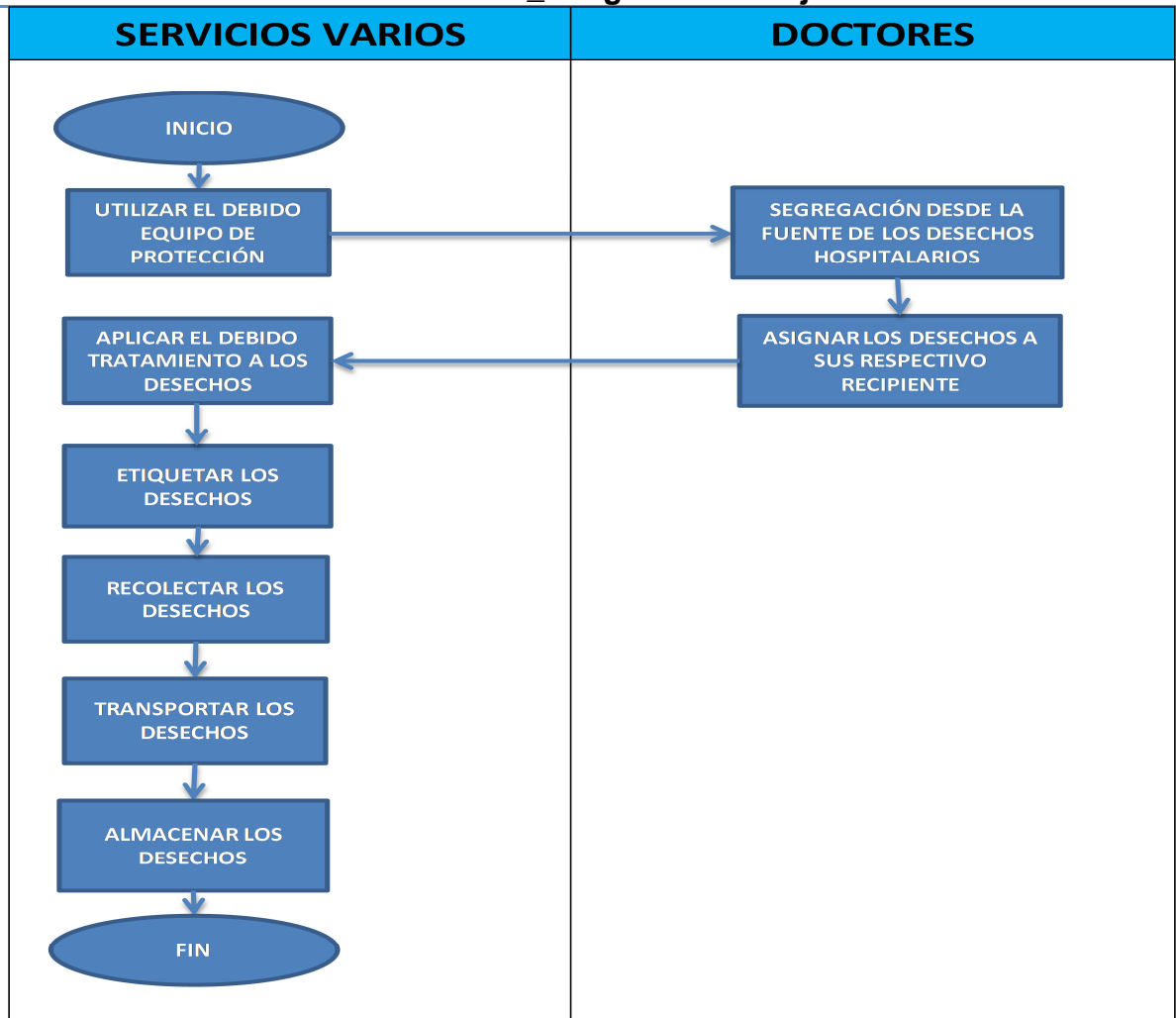
Elaborado por: Los autores

GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS

| | | | | | |
|--|--|-----------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Título: | Procedimiento | | | Doc. ID: | USEHIT-GDH-001 |
| | Gestión de Desechos Hospitalarios | | | Revisión : | 0 |
| Autor: | Presidenta USEHIT Equipo auditor | Revisó : | Jefe de Talentos Humanos | Aprobó: | Director Hospital Área 4 |
| Fecha : | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 |
| 1. Objetivo | | | | | |
| Proteger la salud del trabajador y prevenir accidentes laborales por contacto con agentes físicos, químicos e infecciosos en la maternidad y los cuales producen sustancias potencialmente contaminantes. | | | | | |
| 2. Alcance | | | | | |
| Aplica a todas las áreas de la maternidad ya que es un proceso transversal muy importante principalmente en los hospitales. | | | | | |
| 3. Responsabilidad | | | | | |
| La responsabilidad es de todo el personal; ya que ellos tienen la obligación de una correcta segregación en la fuente, en virtud de que todos somos responsables del destino del desecho que producimos. | | | | | |
| 4. Documento de Referencia | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento De Manejo De Desechos Sólidos En Hospitales. • Ley Orgánica De Salud. | | | | | |
| 5. Definiciones | | | | | |
| Desechos generales o comunes.- Son aquellos que no representan un riesgo adicional para la salud humana, animal o el medio ambiente. | | | | | |
| Desechos infecciosos.- Son aquellos que contienen gérmenes patógenos que implican un riesgo inmediato o potencial para la salud humana y para el ambiente. | | | | | |
| Desechos especiales.- Son aquellos que por sus características físico-químicas representan riesgo para los seres humanos, animales o medio ambiente y son generados en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento | | | | | |
| Almacenamiento de generación: Es el lugar en donde se efectúa el procedimiento y representa la primera fase del manejo de los desechos infecciosos, cortopunzantes, especiales y comunes. | | | | | |
| 6. General | | | | | |
| Analizar todas las áreas ya que deben contar con los recipientes para cada clase | | | | | |

de desechos, también el personal de servicios varios, debe utilizar el equipo adecuado el cual son: Equipos de Protección Personal, guantes, mascarillas N95, gafas, botas de caucho, etc. y así evitar lesiones como cortaduras, pinchazos, infecciones, etc

7. Proceso _ Diagrama de Flujo



| ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN | RESPONSABILIDAD |
|---|--|---|
| 1. Utilizar el debido Equipo de protección | El personal de servicios varios se viste adecuadamente para el trato con los desechos estos equipos de protección son: guantes, mascarillas, gafas, gorros y equipos de trabajo | El personal de servicios varios |
| 2. Segregación desde la fuente de los desechos hospitalarios | El personal médico y paramédico clasifica los desechos en: Desechos comunes, Desechos infecciosos, Desechos corto punzantes, Desechos químicos y Desechos especiales | Los Generadores de los Desechos Hospitalarios |
| 3. Asignar los desechos a su respectivo recipiente | Almacenamiento primario-El personal médico y para médico asigna los desechos comunes v en recipientes plásticos de color negro con funda plástica de color negro, los desechos infecciosos en los recipientes plásticos de color rojo con funda plástica de color rojo, los desechos orgánicos en los recipientes de color rojo con funda plástica de color rojo, los desechos corto punzantes en los recipientes desechables a prueba de perforaciones y fugas accidentales por ejemplo las pomos de agua llamados GUARDIÁN, los desechos químicos en cajas de cartón integra y los desechos especiales van en cajas de cartón integra. | El personal médico y para médico. |

| | | |
|---|--|---|
| <p>4. Aplicar el Debido tratamiento a los desechos</p> | <p>El personal de servicios varios realiza la desinfección química mediante el contacto de los desechos con productos químicos específicos, los residuos considerados infecciosos especialmente desechos se someterán a inactivación química mediante hipoclorito de sodio y por último rellenar con una mezcla de agua de cloro y cal y cerrar herméticamente</p> | <p>El personal de servicios varios</p> |
| <p>5. Etiquetar los desechos</p> | <p>Los encargados etiquetan los desechos con el formato del comité de desechos hospitalarios e infecciones nosocomiales.</p> | <p>Enfermeras Auxiliares Personal de Servicios Varios por Áreas</p> |
| <p>6.Recolectar los desechos</p> | <p>Almacenamiento Secundario-El personal de servicios varios recolecta en forma recurrente los desechos debidamente clasificados y empacados y los transporta.</p> | <p>El personal de Servicios Varios</p> |
| <p>7. Transportar los desechos</p> | <p>El personal de servicios varios transporta los desechos al área de almacenamiento Terciario.</p> | <p>El personal Servicios Varios</p> |
| <p>8. Almacenar los desechos</p> | <p>El personal de Servicios Varios almacena los desechos comunes en tachos verdes e infecciosos en tachos rojos en el Almacenamiento Terciario hasta la recolección de parte del Municipio.</p> | <p>El personal de Servicios Varios</p> |

Tabla 4.8 Procedimiento en Gestión de Desechos

Elaborado por: Los autores

MANEJO Y ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO.

| Título: | Procedimiento | | | Doc. ID: | USEHIT-ELC-001 |
|--|---|---------|-------------------------|-----------|--------------------------|
| | Manejo y Análisis de las Muestras en el Laboratorio | | | Revisión: | 0 |
| Autor: | Medico Laboratorista | Revisó: | Presidenta de la USEHIT | Aprobó: | Director Hospital Área 4 |
| Fecha: | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 | Fecha: | 19/03/2012 |
| 1. Objetivo | | | | | |
| El objetivo de este instructivo es proporcionar una guía para el manejo y análisis de muestras en el laboratorio clínico, cuya función es de investigar a partir de ellas la condición en que se encuentran las pacientes y aportando con un diagnóstico previo a la consulta proporcionada por el médico. | | | | | |
| 2. Alcance | | | | | |
| Todos los tipos de exámenes que se realizan en el laboratorio. | | | | | |
| 3. Responsabilidad | | | | | |
| Los médicos, laboratoristas, tecnólogos y técnicos que intervienen en los procesos del laboratorio clínico. | | | | | |
| 4. Documento de Referencia | | | | | |
| Ley Orgánica de la Salud Manual de Bioseguridad en el Laboratorio | | | | | |
| 5. Definiciones | | | | | |
| Patológicas: Es la parte de la medicina que se dedica al estudio de las enfermedades en forma microscópica, o en determinar el diagnóstico de una enfermedad por medio del microscopio. | | | | | |
| Ficha médica o Historia Clínica Es un documento que contiene toda la información médica importancia y necesita recordar acerca de sus enfermedades, tratamientos, alergias, medicación, estudios complementarios, contacto de urgencia de la paciente. | | | | | |
| Hematología: En este efectúan diversas pruebas que se resumen para el objeto que persigue este estudio en tres: Pruebas de coagulación, pruebas de contabilidad sanguínea y morfología. | | | | | |

Coproparasitología: Tiene por Objetivo investigar la presencia de parásitos en materias fecales.

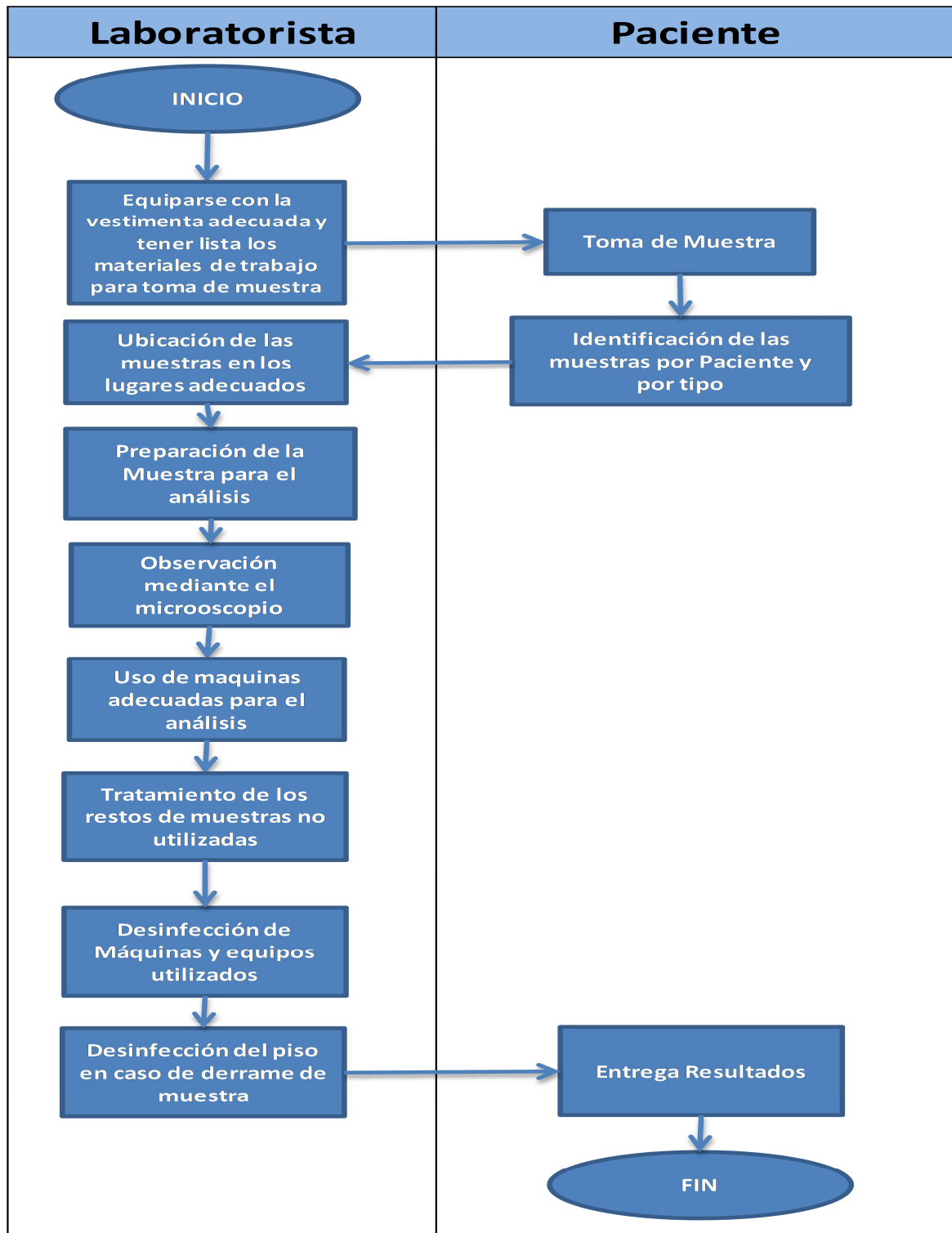
Bacteriológica: Consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en sangre, orina, materia fecal, jugo gástrico, etc.

Antiséptico: Sustancia que inhibe el crecimiento y el desarrollo de microorganismos.

Desinfectante: Sustancia o mezcla de sustancias químicas utilizadas para matar microorganismos, pero no necesariamente esporas. Los desinfectantes suelen aplicarse a superficies u objetos inanimados.

Reactivos: Son soluciones de sustancias químicas puras, o compuestas biológicos específicos, que se añaden a la muestra para producir una reacción capaz de determinar en ella una modificación tal que genere una señal medible.

6. Proceso _ Diagrama de Flujo



| 7. Procedimiento | | |
|-------------------------|---|---|
| No | Actividad | Responsable |
| 1 | Equiparse con la vestimenta adecuada y tener lista los materiales de trabajo para toma de muestra. | Todos los del Laboratorio Clínico que vayan a tomar una muestra |
| 2 | Toma de muestra y verificar el registro si consta en la lista de exámenes en el día. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 3 | Identificación de muestras y rótulos de los tubos de ensayo indicando que tipo de examen es. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 4 | Ubicación de las muestras en las gradillas con su respectivo color, aspecto, olor y presencia de espuma. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 5 | Preparación de la muestra y apuntes en la libreta del técnico con sus respectivas observaciones. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 6 | Observación y el estudio en el microscopio colocando gotas de muestra en el portaobjeto, analizando la evolución de la muestra. | Laboratorista |
| 7 | Uso de máquinas adecuadas para el análisis de los tubos de ensayo de cada muestra y esperando el previo análisis para tomar los resultados obtenidos. | Laboratorista |
| 8 | Tratamiento de los desechos de las muestras ya utilizadas por el laboratorista utilizando los diferentes métodos de bioseguridad. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 9 | Desinfección de Máquinas con sus respectivo kits de limpieza. La desinfección de pisos si fuere el caso de que la muestra cayera al piso. | Laboratorista Técnico Tecnólogo |
| 10 | Desinfección de área de trabajo del laboratorio al final del trabajo. | Técnico Tecnólogo |
| 11 | Entrega de resultados al paciente para que se dirija a previa cita con el doctor. | Técnico Tecnólogo |




Tabla 4.9 Procedimiento en Gestión de Desechos
Elaborado por: Los autores

4.1.5 GUÍAS OPERATIVAS

GUÍA OPERATIVA DE LA ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROG. EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

| | | | | | |
|----------------|---|----------------|------------|------------------|------------|
| TÍTULO: | ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROGRAMA EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH | | | REVISIÓN: | 0 |
| AUTOR: | | REVISÓ: | | APROBÓ: | |
| FECHA: | 22/03/2012 | FECHA: | 23/03/2012 | FECHA: | 23/03/2012 |

EQUIPOS NECESARIOS

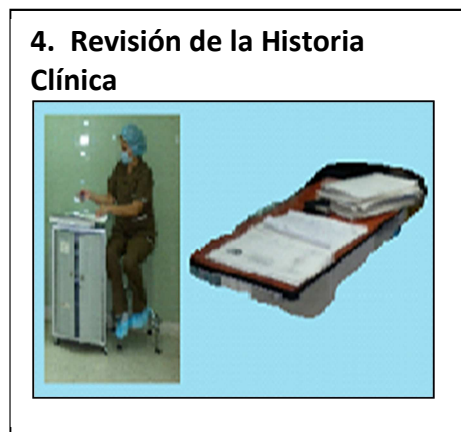
| | |
|---|---|
|    | <p>BÁSICO EPP: Ropa Quirúrgica: Gorros, Botas, Mandil, Guantes de látex, Mascarillas, Gafas.</p> |
|    | <p>EQUIPOS: Mesas Quirúrgicas, Lámparas Cielítica, Lámpara Auxiliar, Máquina de Anestesia.</p> |
|   | <p>ESPECIALIZADOS: Instrumentos Quirúrgicos: Pinzas Hilos de Sutura Campos Quirúrgicos. Jeringuillas</p> |

GENERALIDADES

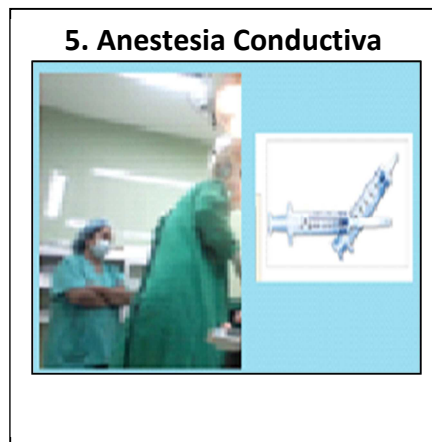
- 1.- La prevención no solo es cuando la paciente esta infectada con el HIV, es SIEMPRE.
- 2.- La ropa de quirófano es exclusivamente para esa área.
- 3.- Prohibido tomar medidas de aislamiento cuando se trate un caso con HIV.

Elaborado por: Los autores

| | | | | | |
|---------------|--|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| TÍTULO | GUÍA OPERATIVA DE LA ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA | | | | |
| AUTOR: | Jefe de Quirófano | REVISÓ: | USEHIT | APROBÓ: | Director |
| Fecha: | 05/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 |



| | | | | | |
|---------------|--|----------------|------------|----------------|------------|
| TÍTULO | GUÍA OPERATIVA DE LA ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA | | | | |
| AUTOR: | Jefe de Quirófano | REVISÓ: | USEHIT | APROBÓ: | Director |
| Fecha: | 05/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 |



| | | | | | |
|---------------|--|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| TÍTULO | GUÍA OPERATIVA DE LA ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA | | | | |
| AUTOR: | Jefe de Quirófano | REVISÓ: | USEHIT | APROBÓ: | Director |
| Fecha: | 05/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 | Fecha: | 15/04/2012 |

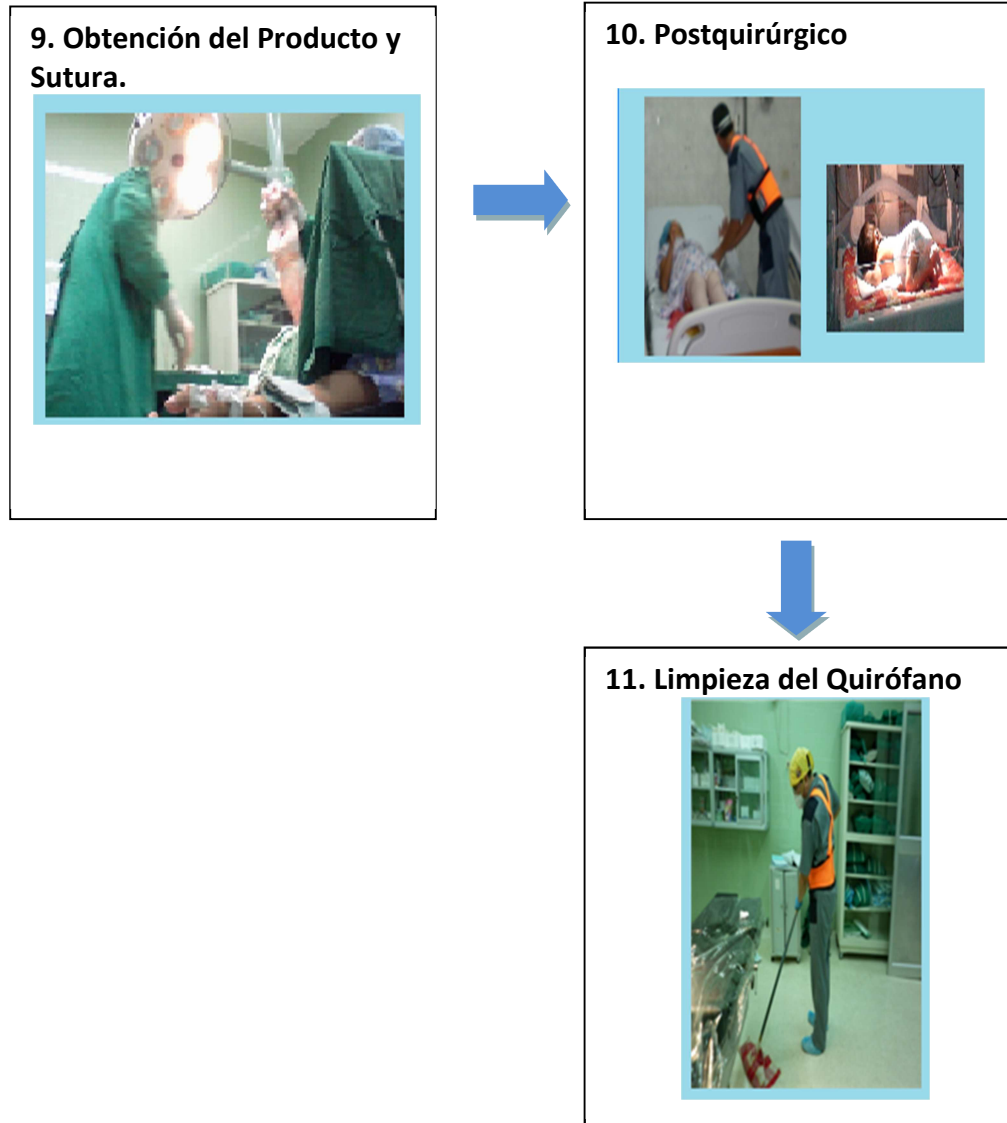


Tabla 4.10 Guía Operativa de la etapa de resolución quirúrgica.

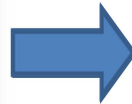
Elaborado por: Los autores

GUÍA OPERATIVA DE LA GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS

| | | | | | |
|---------------|---|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| TITULO | GUÍA OPERATIVA DE LA GESTIÓN DE DESECHOS | | | | |
| AUTOR: | JEFE DE MANTENIMIENTO | REVISÓ: | USEHIT | APROBÓ: | DIRECTOR GENERAL |
| Fecha: | 22/03/2012 | FECHA: | 22/03/2012 | FECHA: | 22/03/2012 |



1. Uso del Equipo de Protección



2. Clasificación de Desechos



3. Segregación en la fuente



4. Asignación de Desechos a los recipientes

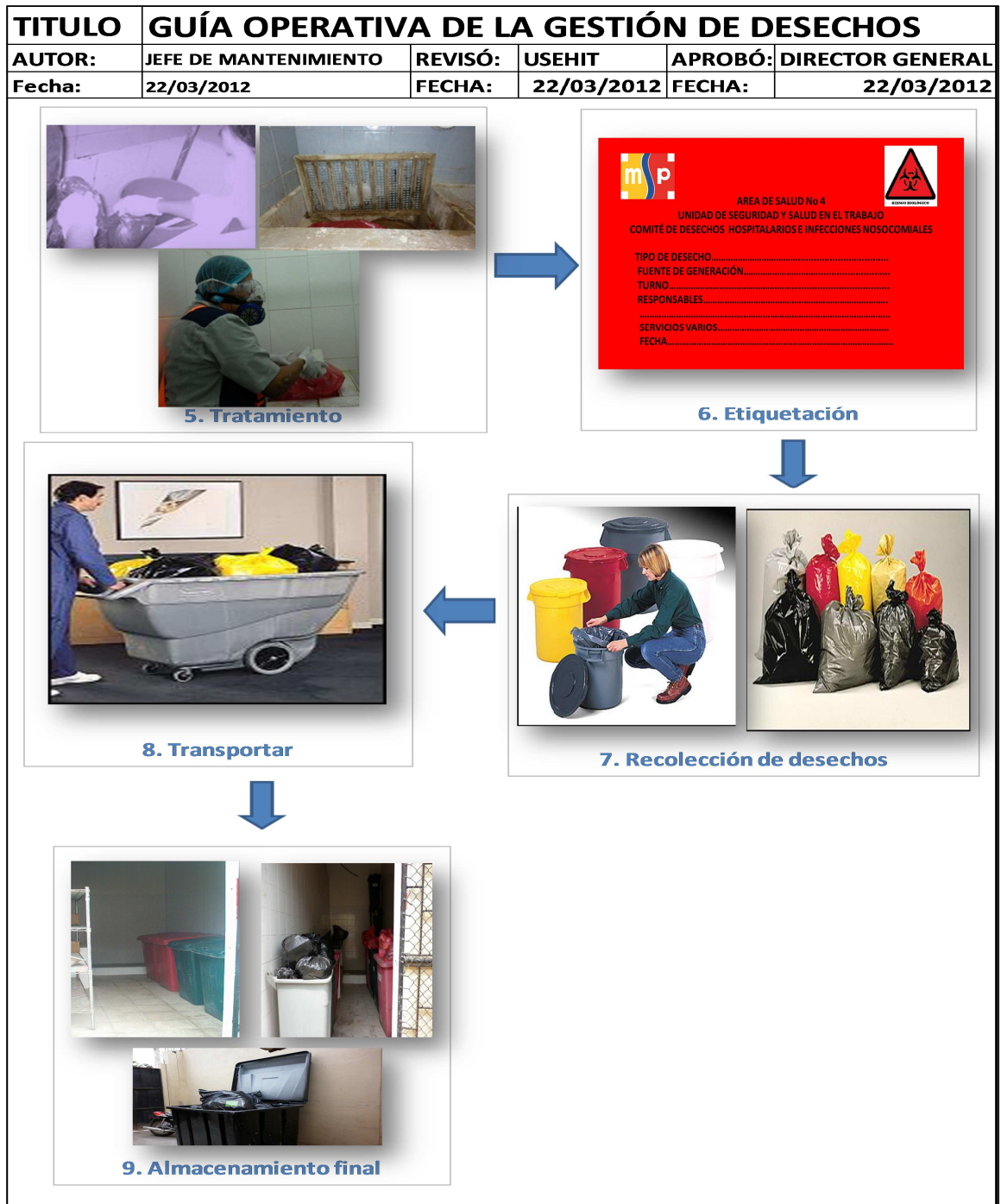
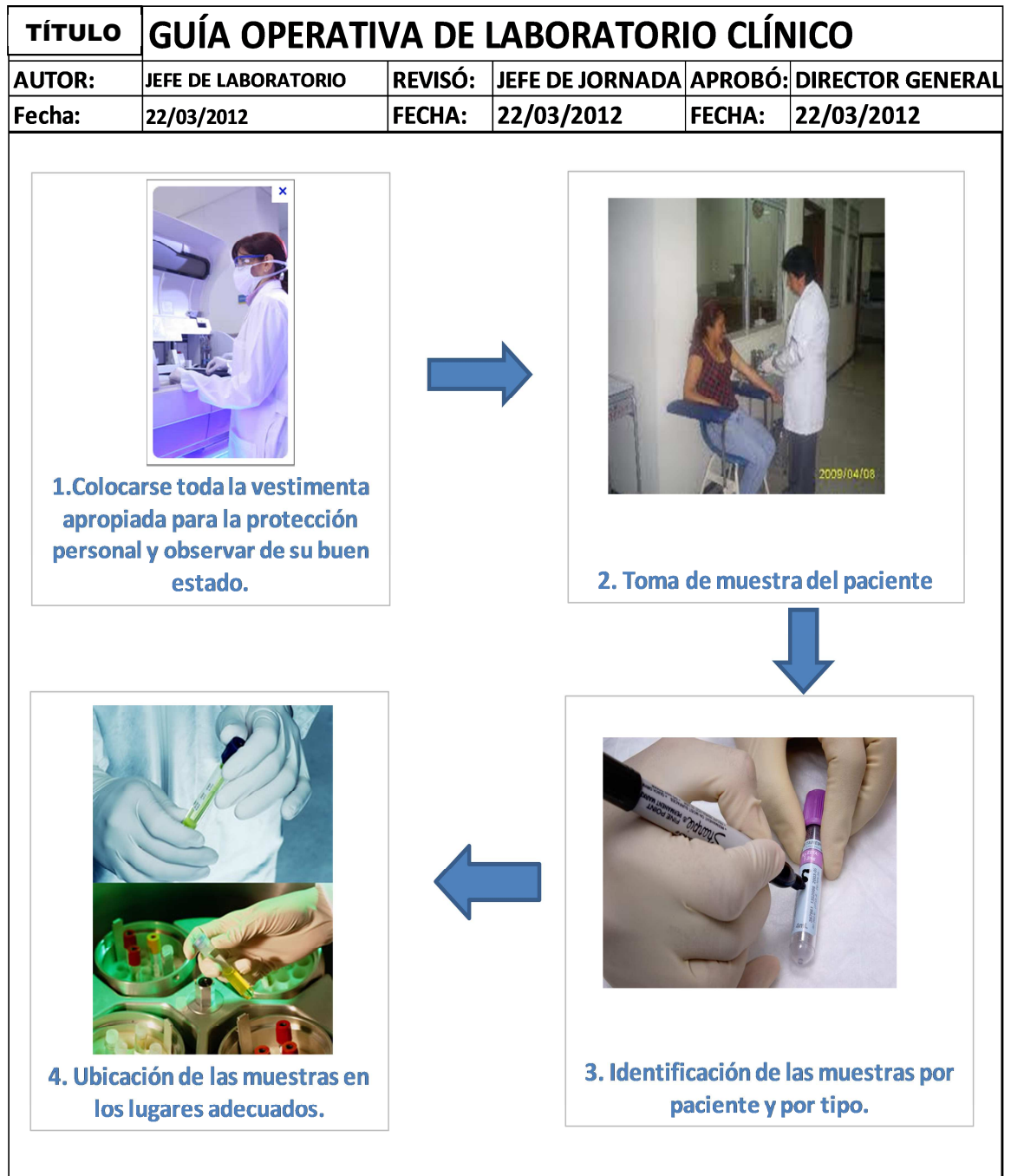


Tabla 4.11 Guía Operativa de Gestión de Desechos
Elaborado por: Los autores

GUÍA OPERATIVA PARA LABORATORIO CLÍNICO





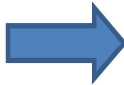


| | | | | | |
|--|--|----------------|--|----------------|-------------------------|
| TÍTULO | GUÍA OPERATIVA DE LABORATORIO CLÍNICO | | | | |
| AUTOR: | JEFE DE LABORATORIO | REVISÓ: | JEFE DE JORNADA | APROBÓ: | DIRECTOR GENERAL |
| Fecha: | 22/03/2012 | FECHA: | 22/03/2012 | FECHA: | 22/03/2012 |
|  | | | | | |
|  <p>9. Desinfección de maquinas y piso en caso de derrame de muestra</p> | | |  <p>10. Entrega de Resultados al paciente</p> | | |

Tabla 4.12 Guía operativa para Laboratorio clínico
Elaborado por: Los autores

4.1.6 INSPECCIONES PROGRAMADAS

TAREA: ETAPA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROG. EN PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

| CHECKLIST PARA EL AREA DEL QUIRÓFANO | | | | | | |
|---|---|--------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------|
| ASPECTOS A EVALUAR | | PONDERACIÓN | SI | NO | NA | COMENTARIO |
| A. CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA | | | | | | |
| 1 | En el área del quirófano existen filtraciones de agua? | 3,13% | | | | |
| 2 | El área del Quirófano es espaciosa? | 3,13% | | | | |
| B. CONDICIONES NO ESTRUCTURALES | | | | | | |
| 1 | Posee un sistema de ventilación mixta de recambio de aire cada 25 min? | 3,13% | | | | |
| 2 | Las 4 luminarias funcionan correctamente? | 3,13% | | | | |
| 3 | Las 4 luminarias están cubiertas con guardas? | 3,13% | | | | |
| 4 | Los aires acondicionados abastecen para la ventilación Área Quirúrgica? | 3,13% | | | | |
| 5 | Las conexiones eléctricas y cableados cuentan con sus respectivas guardas? | 3,13% | | | | |
| 6 | Cuentan con las máquinas y equipos en buen estado? | 3,13% | | | | |
| 7 | Las herramientas del Quirófano están en buen estado? | 3,13% | | | | |
| 8 | El extintor se encuentra en un lugar que no obstruya el paso? | 3,13% | | | | |
| 9 | Existen las respectivas indicaciones para el uso del extintor? | 3,13% | | | | |
| 10 | Existen informativos del correcto lavado de manos en el área del lavadero de todos los baños? | 3,13% | | | | |
| 11 | Cuentan con un procedimiento para la limpieza del quirófano? | 3,13% | | | | |
| 12 | Las maquinarias y equipos cuentan con un registro de la última revisión por mantenimiento? | 3,13% | | | | |
| 13 | Las áreas de circulación se encuentran libres de obstáculos? | 3,13% | | | | |

| C. GESTION OPERATIVA | | | | | |
|----------------------|---|-------|--|--|--|
| 1 | El personal Médico cumple con los 11 pasos del lavado de mano antes de vestirse? | 3,13% | | | |
| 2 | La paciente es vestida con el gorro, botas y bata antes de ingresar al quirófano? | 3,13% | | | |
| 3 | La paciente entra al quirófano con la cateterización de la vía en la muñeca? | 3,13% | | | |
| 4 | El personal Médico se coloca su EPP: Gorro, botas, mascarilla, guantes y bata quirúrgica, antes de la intervención? | 3,13% | | | |
| 5 | El personal Médico sale con la ropa quirúrgica a áreas contaminadas? | 3,13% | | | |
| 6 | El personal Médico conoce los riesgos de infección existentes en el quirófano: Peligro de Contagio de Hepatitis B, C y HIV? | 3,13% | | | |
| 7 | Realizan la correcta segregación en la fuente? | 3,13% | | | |
| 8 | Han tenido inconvenientes con los EPP? | 3,13% | | | |
| 9 | El Anestesiólogo reviso la Historia Clínica antes de administrar la anestesia? | 3,13% | | | |
| 10 | Se realizó la asepsia antes de la intervención? | 3,13% | | | |
| 11 | Cuentan con todos los instrumentos necesarios para la intervención quirúrgica? | 3,13% | | | |
| 12 | Los implementos quirúrgicos son lavados fuera del Área Quirúrgica? | 3,13% | | | |
| 13 | Han tenido contacto directo con sangre del paciente? | 3,13% | | | |
| 14 | El personal de servicios varios tiene sus respectivos EPP? | 3,13% | | | |
| 15 | Se cumple la adecuada limpieza del quirófano luego de cada intervención? | 3,13% | | | |
| 16 | Luego de la desinfección del quirófano, se cumple con el tiempo de 15 a 20 minutos para el ingreso de otra intervención quirúrgica? | 3,13% | | | |

100,00%

Tabla 4.13 CheckList para el Área del Quirófano
Elaborado por: Los autores

CHECK LIST DE LA GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS

| CHECKLIST PARA LA GESTIÓN DE DESECHOS HOSPITALARIOS | | | | | | |
|---|--|-------|----|----|------------|--|
| ASPECTO A EVALUAR | PONDERACION | SI | NO | NA | COMENTARIO | |
| A. GENERAL | | | | | | |
| 1 | El 100% del personal tiene conocimiento de la clasificación de los desechos. | 4,00% | | | | |
| 2 | El personal Aplica el REGLAMENTO DE MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS en la maternidad | 4,00% | | | | |
| 3 | El personal ha recibido alguna capacitación sobre bioseguridad. | 4,00% | | | | |
| 4 | El personal ha tenido un incidente con algún tipo de desecho | 4,00% | | | | |
| 5 | En caso de existir accidente manejando los desechos se lo ha reportado | 4,00% | | | | |
| B. EQUIPAMIENTO PARA EL PERSONAL DE SERVICIOS VARIOS | | | | | | |
| 1 | El personal de servicios varios utiliza guantes de limpieza | 4,00% | | | | |
| 2 | El personal de servicios varios utiliza gafas de limpieza | 4,00% | | | | |
| 3 | El personal de servicios varios utiliza el debido uniforme de trabajo | 4,00% | | | | |
| 4 | El personal de servicios varios utiliza gorros de limpieza | 4,00% | | | | |
| 5 | El personal de servicios varios utiliza mascarillas | 4,00% | | | | |
| 6 | Cuentan con un área de vestimenta y esterilización del equipo de trabajo | 4,00% | | | | |
| C. GESTIÓN EN LA FUENTE | | | | | | |
| 1 | Los generadores de los desechos hospitalarios cumplen con la segregación en la fuente. | 4,00% | | | | |
| 2 | El 100% de las áreas de la maternidad cuentan con recipientes para la gestión de desechos. | 4,00% | | | | |

| D. TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------|--|--|--|--|
| 1 | Realizan el tratamiento a los desechos infecciosos | 4,00% | | | | |
| 2 | El área del tratamiento de desechos tiene el correcto espacio para realizar el tratamiento | 4,00% | | | | |
| 3 | El área del tratamiento de desechos cuenta con los materiales necesarios los cuales son cloro, cal, agua, etc. | 4,00% | | | | |
| 4 | El personal que realiza el tratamiento cumple las políticas designadas por la maternidad para el tratamiento de los mismos. | 4,00% | | | | |
| E. ETIQUETAMIENTO | | | | | | |
| 1 | El personal realiza la etiquetación a cada funda de desechos | 4,00% | | | | |
| F. TRANSPORTE DE LOS DESECHOS | | | | | | |
| 1 | Cuentan con un carro diferenciado entre desechos comunes y desechos infecciosos | 4,00% | | | | |
| 2 | Tienen un horario establecido para el traslado de los desechos | 4,00% | | | | |
| 3 | El personal que traslada los desechos al contenedor interrumpen otros procesos de la maternidad | 4,00% | | | | |
| 4 | El personal tiene la precaución al transportar las fundas de desechos hospitalarios evitando las infecciones | 4,00% | | | | |
| G. ALMACENAMIENTO | | | | | | |
| 1 | Las dimensiones son las adecuadas del cuarto de almacenamiento(min 3x3) | 4,00% | | | | |
| 2 | El área de almacenamiento tiene varios tachos para el almacenamiento de los desechos. | 4,00% | | | | |
| 3 | El personal está satisfecho de cumplir con la gestión de desechos | 4,00% | | | | |
| | | 100% | | | | |

Tabla 4.14 CheckList para la Gestión de Desechos
Elaborado por: Los autores

CHECKLIST DE LABORATORIO CLÍNICO

| CHECKLIST PARA EL ÁREA DEL LABORATORIO | | | | | |
|--|-------------|----|----|----|------------|
| ASPECTOS A EVALUAR | PONDERACIÓN | SI | NO | NA | COMENTARIO |
| A. GENERAL | | | | | |
| 1. Las áreas de circulación en el laboratorio se encuentran libres de obstáculos? | 3,85 | | | | |
| 2. Los procedimientos y políticas de alerta contra accidentes se encuentran documentados? | 3,85 | | | | |
| 3. Cumple con normas de no consumir bebidas o alimentos dentro del laboratorio? | 3,85 | | | | |
| 4. El personal del área de laboratorio cumple con el uso de Equipos de protección adecuados? | 3,85 | | | | |
| 5. El equipo de trabajo del laboratorio ha recibido capacitaciones para la prevención de accidente de trabajo? | 3,85 | | | | |
| B. Implementos de Trabajo | | | | | |
| 1. Las 5 luminarias están en buenas condiciones y tienen sus guardas? | 3,85 | | | | |
| 2. Existe un manual de procesos sobre la utilización de los implementos de trabajo del laboratorio? | 3,85 | | | | |
| 3. Ha ocurrido accidentes durante la utilización de los implementos de Trabajo dentro del laboratorio? | 3,85 | | | | |
| 4. Las maquinas e implementos del laboratorio están en buena condición y en su respectivo orden? | 3,85 | | | | |

| C. Estructura | | | | | |
|--|------|--|--|--|--|
| 1. El laboratorio posee botiquín de emergencias? | 3,85 | | | | |
| 2. Las mesas de trabajo están en oxidadas o en mal estado? | 3,85 | | | | |
| 3. El laboratorio posee aires acondicionados que están funcionando correctamente? | 3,85 | | | | |
| 4.El Área del laboratorio presenta filtraciones de Agua? | 3,85 | | | | |
| 5. Las conexiones y cableados cuentan con sus respectivas guardas? | 3,85 | | | | |
| 6. El laboratorio tiene una salida de emergencia? | 3,85 | | | | |
| D. Ambiente | | | | | |
| 1. Se ha realizado estudios de calefacción y enfriamiento en el laboratorio clínico? | 3,85 | | | | |
| 2. Existe un área o espacio para la ubicación ambiental de las muestras? | 3,85 | | | | |
| 3. Se encuentra protegido ambientalmente con los posibles olores y bacterias de las muestras dentro del laboratorio? | 3,85 | | | | |
| 4. El laboratorio clínica realizado controles de mantenimiento en los aires acondicionado periódicamente? | 3,85 | | | | |
| 5. Ha existido en años anteriores problemas en el medio ambiente en los trabajadores del laboratorio clínico? | 3,85 | | | | |
| E. Limpieza | | | | | |
| 1. Se realiza la limpieza continuamente en el laboratorio | 3,85 | | | | |
| 2. Existe un cuarto limpieza? | 3,85 | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|
| 3. Tienen clasificación de productos de limpieza entre área del laboratorio y las maquinas de estudio? | 3,85 | | | | |
| F. Desechos | | | | | |
| 1. Se realiza las clasificación de los desechos | 3,85 | | | | |
| 2. Se tiene la clasificación de tachos con su respectiva etiqueta y normas de bioseguridad? | 3,85 | | | | |
| | 100% | | | | |

Tabla 4.15 CheckList para el Área de Laboratorio Clínico
Elaborado por: Los autores

4.2 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: CAPACITACIÓN

4.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.

Se identifica que recientemente la administración de la Maternidad está adoptando cambios para beneficio de sus trabajadores, dando valor a la seguridad ocupacional con respecto a la importancia legal, moral y económica que esta se merece.

Siendo una Institución de salud donde el mayor riesgo son las infecciones de transmisión por vía aérea y de contacto, no existe el cumplimiento de las normas de bioseguridad de parte del 100% de los trabajadores, como es el uso del EPP y Correcto Manejo de desechos.

Es aquí donde surge la necesidad de un plan de capacitación, el cual debe fortalecer los conocimientos de los trabajadores y permitir enfocarse en el peligro que se encuentran, la correcta evaluación de riesgo para tomar las medidas de prevención a tiempo y las medidas de protección adecuadas para cuidar su integridad hasta lo posible.

4.2.2 PLAN DE CAPACITACIÓN

| PLAN DE CAPACITACIÓN | | | |
|---|-------------------------|---|-------------|
|  | AREA DE SALUD # 4 | | REVISIÓN: 0 |
| | ABRIL 2012- ABRIL 2013 | | |
| Elaborado por: Grupo de Auditores | Revisado por: USEHIT | Aprobado por: Director de la Maternidad | |
| Fecha: | Fecha: | Fecha: | |

ALCANCE

Este Plan de Capacitación se aplica a todos los Miembros de la Unidad de Seguridad e Higiene en el Trabajo, al personal de Servicios Varios y de Mantenimiento, y a los representantes de los Trabajadores para que así puedan difundir los conocimientos ganados.

OBJETIVO

1. Dar a conocer las Normas, Políticas y Procedimientos vigentes en términos de Salud y Seguridad.
2. Formar al personal para la ejecución eficiente del Sistema de Control Operacional.

| PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------------|
| ABRIL 2012 - ABRIL 2013 | | | | |
| ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO |
| Normativas legales vigentes y la importancia de la SST. | 5 s | Plan de Acción frente a Terremotos. | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | Plan de Contingencia: Incendios |
| Bioseguridad y Manejo de desechos: Generalidades. | | | | |
| Equipos de Protección Personal | Lavado de Manos | Ejercicios para evitar enfermedades di ergonómicas. | Manejo de Desecho: Segregación en la Fuente | Equipos de Protección Personal |
| Reporte de incidentes y accidentes. | | | | |
| SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | |
| Reciclaje | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | Diagnostico Situacional de Peligros y Riesgos existentes. | Normativas legales vigentes y la importancia de la SST. | |
| Uso y la Importancia de extintores | | Infecciones Intrahospitalarias | | |
| AÑO 2013 | | | | |
| ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | |
| Señal ética, Formas de Evacuación en caso de Desastres Naturales | Equipos de Protección Personal | Accidentes Laborales Vs Enfermedades Laborales | Reporte de incidentes y accidentes. | |
| | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | | Correcto manejo de desechos Hospitalarios. | |

Tabla 4.16 Plan de Capacitación Anual
Elaborado por: Los autores

4.2.2.1 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL MES DE ABRIL.


| CHARLA DE CAPACTACIÓN # 1 | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|--|
| TEMA: SOCIALIZACIÓN DE LAS NORMATIVAS LEGALES VIGENTES Y LA IMPORTANCIA DE LA SST TIEMPO NECESARIO: 1 HORA FECHA: 4 DE ABRIL DE 2012 HORA: 14H00 | | | |  |
| CONTENIDO | OBJETIVO | RECURSOS | FACILITADOR | PARTICIPANTES |
| Socialización de los objetivos de nuestra investigación en la Maternidad | Conocer y hacer que sean parte de la consecución y logro de nuestros objetivos. | Espacio Físico. Computador. Infocus. Carpeta con Material de Capacitación. | Grupo de Graduandos de la ESPOL | Miembros de la Unidad de Seguridad y Salud del Hospital . Representantes de los trabajadores. |
| Difusión de la importancia que tiene a nivel Legal, Moral y Económico la SST. | Concientizar que la seguridad y salud no es un gasto sino un beneficio, sabiendo administrar. | | | |
| SART | Impartir las bases y lineamientos para evaluar y mitigar los Riesgos. Como un medida Legal Obligatoria. | | | |

Tabla 4.17 Charla de Capacitación #1 Socialización de las normativas Legales Vigentes y la Importancia de los SST

Elaborado por: Los autores


| CHARLA DE CAPACTACIÓN # 2 | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|---|
| TEMA: Actualización de las normas de Bioseguridad y Manejo de Desechos Hospitalarios. TIEMPO NECESARIO: 1 HORA FECHA: 4 DE ABRIL DE 2012 HORA: 15H30 | | | |  |
| CONTENIDO | OBJETIVO | RECURSOS | FACILITADOR | PARTICIPANTES |
| Importancia de la Bioseguridad. | Dar a conocer las normas básicas de Bioseguridad. | Espacio Físico. Computador. Infocus. Carpeta con Material de Capacitación. | Grupo de Graduandos de la ESPOL | Auxiliares de Enfermería. Personal de Servicios Varios. |
| Quienes son los responsables de la prevención de incidentes y accidentes. | Concientizar que la seguridad y salud no es una responsabilidad de la administración sino de Todos | | | |
| Manejo de Desechos Hospitalarios. | Cultivar una cultura de buen manejo de desechos hospitalarios. | | | |

Tabla 4.18 Charla de Capacitación #2 Actualización de las normas de Bioseguridad y Manejo de Desechos Hospitalarios.

Elaborado por: Los autores

| CHARLA DE CAPACTACIÓN # 3 | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|---|
| TEMA: EPP. TIEMPO NECESARIO: 1 HORA FECHA: 11 DE ABRIL DE 2012 HORA: 14H00 | | | |  |
| CONTENIDO | OBJETIVO | RECURSOS | FACILITADOR | PARTICIPANTES |
| Diferencia entre los EPP y los EPC | Reconocer e identificar los EPP de los EPC | Espacio Físico. Computador. Infocus. Carpeta con Material de Capacitación. | Grupo de Graduandos de la ESPOL | Auxiliares de Enfermería. Personal de Servicios Varios y Mantenimiento. |
| Importancia del correcto uso de los EPP. | Concientizar que los EPP no son una molestia sino una línea de vida. | | | |

Tabla 4.19 Charla de Capacitación #3 Equipo de Protección Personal

Elaborado por: Los autores


| CHARLA DE CAPACTACIÓN # 4 | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|--|
| TEMA: REPORTE DE INCIDENTES Y ACCIDENTES TIEMPO NECESARIO: 1 HORA FECHA: 11 DE ABRIL DE 2012 HORA: 15H30 | | | |  |
| CONTENIDO | OBJETIVO | RECURSOS | FACILITADOR | PARTICIPANTES |
| Conceptos Básicos | Familiarizar definiciones y terminos de seguridad y salud ocupacional. | Espacio Físico. Computador. Infocus. Carpeta con Material de Capacitación. | Grupo de Graduandos de la ESPOL | Miembros de la Unidad de Seguridad y Salud del Hospital . Representantes de los trabajadores. |
| Prevenion vs Proteccion | Crear una cultura proactiva en los trabajadores. | | | |
| Lo positivo y beneficioso del reporte de Incidentes y Accidentes. | Concientizar en romper prejuicios y temores del reporte de sucesos, haciendo de esta una de las mejores medidas para prevención. | | | |

Tabla 4.20 Charla de Capacitación #4 Reportes de Incidentes y Accidentes
Elaborado por: Los autores

Cronograma de capacitación anual detallado. (VER ANEXO C)

4.2.3 DISEÑO DE CURSOS Y PRUEBAS DE CONOCIMIENTO.

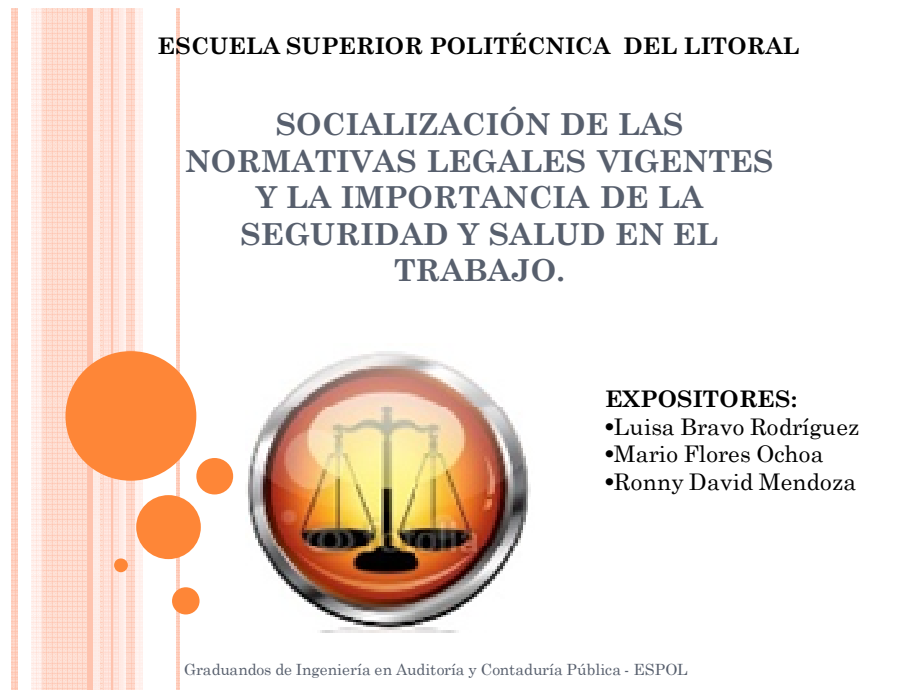
Las capacitaciones fueron diseñadas y establecidas en base a las necesidades de formación del personal de la Maternidad, en los diferentes aspectos de la Seguridad y Salud Ocupacional con el fin de saber actuar de manera proactiva frente a peligros y riesgos identificados.

El plan anual consta de 24 capacitaciones empezando desde Abril 2012 hasta Abril 2013, con el objetivo de cumplir las expectativas y necesidades de la Maternidad.

Se ha diseñado el material para las primeras 4 capacitaciones con sus respectivas pruebas, con la consigna que la Unidad de Seguridad e Higiene en el Trabajo conjunto con la Directora del Talento Humano de la Maternidad, continuarán y culminarán el plan de capacitación.

La primera capacitación se efectúa para presentar al Equipo Auditor y el objetivo de la investigación de manera formal ante los miembros de la Unidad de Seguridad e Higiene en el Trabajo (USEHIT), para que no sean observadores sino protagonistas de las mejoras y exponerles acerca de la importancia y necesidad que tiene la Maternidad de implementar un Control

Operacional acorde con las normativas legales vigentes de Seguridad y Salud Ocupacional.



Primera Capacitación dirigida a la USEHIT

Figura 4.13 Imagen de la presentación sobre Primera Capacitación dirigida a la USEHIT

Elaborado por: Los autores

Material de Capacitaciones, Pruebas de Conocimientos y Evidencias Fotográficas de su Ejecución. (VER ANEXO D)

4.3 AUDITORÍA

4.3.1 PROGRAMA DE AUDITORÍA

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA.

Evaluar el cumplimiento de los aspectos legales y normativas en seguridad y salud ocupacional: **Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejora del medio ambiente de trabajo-Decreto Ejecutivo 2393** y Requerimientos Técnicos y Legales de obligado Cumplimiento del **Reglamento CD 333 SART correspondientes al Control Operacional**. Con la finalidad de identificar los controles y las medidas tomadas para afrontar los peligros y los riesgos que generen accidentes en la maternidad.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

La auditoría se aplica a las áreas de Ambulatorio y Hospitalización tales como Toco quirúrgico, Quirófano, Enfermería y Neonatología; y a las áreas de Consulta Externa como Laboratorio Clínico, Estadística y Pasillos.

MATERIALES DE REFERENCIA Y PAPELES DE TRABAJO.

- Listas de Verificación
- Formatos
- SART
- REGLAMENTO SART
- Instructivo de Reglamento SART
- Directrices
- Formularios para registrar información, tales como: evidencias de apoyo, hallazgos de auditoría.

REVISIÓN DE DOCUMENTOS

La maternidad cuenta con documentación escasa con respecto a la Seguridad y Salud Ocupacional, presentan un Programa de Seguridad y Salud Ocupacional en proyecto, y ciertas áreas como el área quirúrgica presenta políticas de Bioseguridad.

Se solicitará la implementación de papeles tales como:

- Decreto Ejecutivo 2393.
- Manual de Procedimientos de Procesos Críticos.
- Guías Operativas de Procesos Críticos.

- Programas del SSO.
- Políticas SSO.
- Inspecciones programadas.

ESTRATEGIA DE LA AUDITORÍA.

La principal metodología a seguir será la observación de procesos, identificación y revisión del funcionamiento y estatutos legalmente constituidos de la Maternidad para prestar su servicio al público, conocer las políticas y procedimientos documentados. Realizar entrevistas y checklist de cumplimientos a los encargados de áreas para obtener un criterio preliminar sobre los niveles de importancia que le dan a los SSO. El equipo de auditoría conformado por un grupo de tres personas expertas en base a los Reglamentos Técnicos Legales de SART.

4.3.2 PLAN AUDITORÍA

DEFINICIÓN DE PASOS



Figura 4.14 Gráfico sobre pasos de Auditoría
Elaborado por: David Mendoza Zambrano

DEFINIR TAREAS PARA EL GRUPO DE AUDITORES

- Comprobar el cumplimiento de los RTL en el Sistema de Control Operacional de Seguridad y Salud Ocupacional con sus debidas posibles adecuaciones que hayan implementado el Hospital materno y establecer

su determinada calidad, eficiencia y fiabilidad a los principios de Seguridad y Salud ocupacional.

- Comprobar el cumplimiento de normas, resolución, circulares, instrucciones, etc. Emitidas tanto internamente como externamente por ejemplo del Ministerio de Salud Pública.
- Analizar mediante las Guías Operativas los procesos y determinar las posibles causas de riesgo.
- Efectuar entrevistas con los encargados de cada área.
- Comprobar el conocimiento de los empleados sobre la misión, visión, políticas del Hospital Materno.
- Establecer un Programa de Auditoría para cada revisión de áreas designada por el grupo de auditoría.
- Registros y resultados de Auditoría.
- Estudio de la auditoría se realizarán a cabo por lo menos una vez al año.
- Realizar Informes de Auditoría y presentar los mismos al Director para empezar con las acciones correctivas o preventivas.
- El equipo de auditoría realizará un seguimiento de los procesos de las áreas observadas y evaluar el cambio o no del trabajo de la auditoría.

Diseño del Programa Anual de Auditoría.

|  | | PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA A LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL | | | | | | AÑO: | 2012 |
|--|-----------------------------|---|----------------|-----------------------------|---|-----------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| | | | | | | | | CICLO No: | |
| <p>Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los aspectos legales y normativas en seguridad y salud ocupacional básicamente el Decreto Ejecutivo 2393- Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejora del medio ambiente de trabajo y los Requerimientos Técnicos y Legales de Obligado Cumplimiento del Reglamento CD 333 SART. Con la finalidad de identificar los peligros y los riesgos que generen accidentes en la maternidad.</p> | | | | | | | | | |
| <p>Alcance: La auditoría será aplicada a las áreas de Ambulatorio y Hospitalización tales como Tocoquirúrgico, Quirófano, Enfermería y Neonatología; y a las áreas de Consulta Externa como Laboratorio Clínico, Estadística y Pasillos.</p> | | | | | | | | | |
| Auditoría No. | AUDITADOS | | EQUIPO AUDITOR | | FECHA | TIEMPO | PLAZO ENTREGA | | FECHA DE CIERRE |
| | ÁREA | INSTALACIÓN | AUDITOR LÍDER | AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTES | AUDITORIA (MES) | ESTIMADO (HORAS/DÍAS) | INFORME AUDITORIA | ACCIONES CORRECTIVAS | |
| 1 | Hospitalización-Ambulatorio | Tocoquirúrgico | Luisa Bravo | Mario Flores, David Mendoza | 18/04/2012 | 1 día | 10/05/2012 | 20/05/2012 | 13/08/2012 |
| 2 | Hospitalización-Ambulatorio | Sala de Partos | Luisa Bravo | Mario Flores, David Mendoza | 23/04/2012 | 4 horas | | | |
| 3 | Hospitalización-Ambulatorio | Quirofanos 1 y 2 | Luisa Bravo | Mario Flores, David Mendoza | 03/05/2012 | 2 día | | | |
| 4 | Hospitalización-Ambulatorio | Esterilización | Luisa Bravo | Mario Flores, David Mendoza | 21/05/2012 | 4 horas | 31/05/2012 | 05/06/2012 | |
| 5 | Hospitalización-Ambulatorio | Salas de Hospitalización | Mario Flores | Luisa Bravo, David Mendoza | 25/05/2012 | 4 horas | | | |
| 6 | Hospitalización-Ambulatorio | Lavanderías, Cocinas | Mario Flores | Luisa Bravo, David Mendoza | 27/05/2012 | 3 horas | | | |
| 7 | Consulta externa | Ecografía | Mario Flores | Luisa Bravo, David Mendoza | 06/06/2012 | 2 horas | 15/06/2012 | 25/06/2012 | |
| 8 | Consulta externa | Laboratorio Clínico | Mario Flores | Luisa Bravo, David Mendoza | 08/06/2012 | 1 día | | | |
| 9 | Consulta externa | Rayos x | David Mendoza | Luisa Bravo, Mario Flores | 11/06/2012 | 2 horas | | | |
| 10 | Consulta externa | Farmacia | David Mendoza | Luisa Bravo, Mario Flores | 30/06/2012 | 1 día | 25/07/2012 | 01/08/2012 | |
| 11 | Consulta externa | Dirección, Administración, Fi | David Mendoza | Luisa Bravo, Mario Flores | 13/07/2012 | 1 día | | | |
| 12 | Consulta externa | Consultorios | David Mendoza | Luisa Bravo, Mario Flores | 15/07/2012 | 1 día | | | |
| ELABORÓ: Luisa Bravo, Mario Flores, David Mendoza | | | | | APROBÓ: Dir. Doctor Pedro Jimenez | | | | |
| CARGO: Auditores Externos | | | | | CARGO: Director Regional del Área #4 | | | | |

Tabla 4.21 Diseño de Programa Anual de Auditoría

Elaborado por: Los autores

Plan de Auditoría.


|  Plan de Auditoría | | Año: | 2012 | |
|---|---|---------------|---------------------|------------------------|
| | | Auditoría No: | 1 y 2 | |
| Para: <u>Hospital Materno</u> | Área: <u>Hospitalización-Ambulatorio</u> | | | |
| De: <u>Tocoquirúrgico</u> | Equipo Auditor: <u>Luisa Bravo, Mario Flores, David Mendoza</u> | | | |
| Fecha: <u>18/04/2012 - 20/04/2012</u> | | | | |
| <p>Objetivos y Alcance de la Auditoría: Evaluar el cumplimiento de los aspectos legales y normativas en seguridad y salud ocupacional, Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejora del medio ambiente de trabajo-Reglamento 2393 y Reglamento CD 333 SART. Con la finalidad de identificar los peligros y los riesgos que generen accidentes en la maternidad. Aplica a todas las áreas de la maternidad dándole más importancia a las áreas de emergencia, esterilización y laboratorio clínico.</p> | | | | |
| <p>Documentos de referencia: Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y mejora del medio ambiente de trabajo-Reglamento 2393 y Reglamento CD 33 SART y Ley de la Salud, Código de Trabajo, Reglamentos de Ministerio Laboral, Bioseguridad.</p> | | | | |
| ITINERARIO | | | | |
| Tema/ Actividad | Entrevistado | Fecha | Hora (Inicio-Fin) | Lugar |
| Gestión Administrativa, Planificación, Organización, Integración de sistema de seguridad y salud en el trabajo. Art.9 SART | Dra. Maria Luisa Rodriguez | 18/04/2012 | 9:00 AM a 10:00 AM | Área de Tocoquirurgico |
| Identificación de factores de grado de exposición de Riesgos ocupacionales del puesto de trabajo. 2.1 Identificación Art. 9 SART | Jose Recalde (Enfermero-Auxiliar) | 18/04/2012 | 10:00 AM a 10:30 AM | Área de Tocoquirurgico |
| Medición cualitativa y cuantitativa de los procedimientos de riesgos del Hospital materno. 2.2 Medición Art. 9 | Andres Rivadeneira (Camillero) | 20/04/2012 | 12:00 AM a 1:30 PM | Sala de Partos |
| Controles de los factores de riesgo ocupacional. 2.4. Control Operativo Integral Art. 9 SART | Karen Ivanna (Enfermera) | 20/04/2012 | 2:00 PM a 4:00 PM | Sala de Partos |

Tabla 4.22 Plan de Auditoría
Elaborado por: Los Autores

4.3.3 HALLAZGOS DE AUDITORÍA

1. En la auditoría realizada se observa que el Hospital Materno no tiene los reglamentos y las políticas formalmente documentadas sobre la Seguridad y Salud Ocupacional esto no cumple con el Art. 14. De la creación de comités de Seguridad e Higiene del trabajo. del decreto 2393 y el Art. 9 de SART, Requerimiento técnico legal aplicable número 1.1


| REPORTE DE NO CONFORMIDAD | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------|
| Número de RNC: 1 | Cláusula de referencia: Art. 14 SHT y Art. 19 SART | | |
| Área Auditada: Hospital Materno | Procedimiento: Elaboración de Reglamento de los SSO | | |
| Auditor: Luisa Bravo | Auditado: Director General del Hospital Materno | | |
| Fecha: 18/05/2012 | | | |
| Reporte del Auditor: | Mayor | <input checked="" type="checkbox"/> | Menor |
| La falta de conocimiento de los Reglamentos y Normas de las seguridad y salud Ocupacional | | | Observación |
| <p style="text-align: center;"></p> <p>Firma Auditor: Fecha: 18/05/2012</p> | | | |
| <p>Análisis de Causa: Falta de Conocimiento de los SSO</p> <p>Acción Correctiva Propuesta: Alcanzar el plan de capacitación con la ayuda con el área de Seguridad y Salud Ocupacional.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Firma Auditado: Fecha: 21/05/2012</p> | | | |
| <p>Revisión de la Acción Correctiva:</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Firma Auditor: Fecha: 21/05/2012</p> | | | |

Tabla 4.23 Reporte de No Conformidad # 1: Elaboración de Reglamentos de los SSO.

Elaborado por: Los autores

2. Mediante el análisis de tareas se identifica que la dirección del hospital materno proporciona los equipos de protección personal a los empleados según sus funciones, pero estos no son usados correctamente, se observa que el personal de Servicios Varios al momento de realizar su función no se encuentra equipado completamente, lo cual afecta el Art. 72. Equipos de Protección Personal del decreto 2393 y el Art. 9 de SART, Requerimiento técnico legal aplicable número 4.7




| REPORTE DE NO CONFORMIDAD | | | | |
|--|---|-------------------|-------|-------------|
| Número de RNC: 2 | Cláusula de referencia: Art 72. EPP del decreto 2393 y Art. 9 de SART | | | |
| Área Auditada: Hospital Materno | Procedimiento: A la elaboración de la política de los EPP | | | |
| Auditor: Mario Flores | Auditado: Director del Hospital Materno | | | |
| Fecha: 04/12/2012 | | | | |
| Reporte del Auditor: | Mayor | X | Menor | Observación |
| Falta de atención previa de cada Trabajador con la actividad diaria de su proceso. | | | | |
| Firma Auditor:  | | Fecha: 21/05/2012 | | |
| Análisis de Causa: Falta de atención del Departamento de Talento Humano. | | | | |
| Acción Correctiva Propuesta: Brindar el seguridad y concientización del uso de los EPP a los Médico y a los trabajadores. | | | | |
| Firma Auditado:  | | Fecha: 21/05/2012 | | |
| Revisión de la Acción Correctiva: <small>Diego Cueva Galbor</small> | | | | |
| Firma Auditor:  | | Fecha: 21/05/2012 | | |

Tabla 4.24 Reporte de No Conformidad # 2: Elaboración de Política de los EPP.
Elaborado por: Los autores

3. Así mismo no cumple con el mantenimiento de los aires acondicionado y en especial en el central causando un gran impacto ambiental de enfermedades como gripe, alergias, dolores de cabeza, dolor a la garganta, etc. Incumple con los Art. 92 de Mantenimiento y Art. 180 Protección de Vías Respiratorias del reglamento 2393.



| REPORTE DE NO CONFORMIDAD | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------|--------------------------|-------------|
| Número de RNC: 3 | Cláusula de referencia: Art. 92 de Mantenimiento y Art. 180 Protección de Vías Respiratorias del Decreto 2393 | | | | |
| Área Auditada: Quirófano | Procedimiento: Estudio Técnico en área de mantenimiento. | | | | |
| Auditor: David Mendoza | Auditado: Director del Hospital Materno | | | | |
| Fecha: 31/08/2012 | | | | | |
| Reporte del Auditor: | Mayor | <input checked="" type="checkbox"/> | Menor | <input type="checkbox"/> | Observación |
| Falta de Ventilación adecuada en el área de Quirofano. | | | | | |
| Firma Auditor: | Fecha: 21/05/2012 | | | | |
| Análisis de Causa: Falta de Presupuesto en el Hospital Materno | | | | | |
| Acción Correctiva Propuesta: Dar mantenimiento al aire acondicionado y Cultivo de filtros. | | | | | |
| Firma Auditado: |  Diego Cueva Gaibor | Fecha: 21/05/2012 | | | |
| Revisión de la Acción Correctiva: | | | | | |
| Firma Auditor: |  | Fecha: 21/05/2012 | | | |

Tabla 4.25 Reporte de No Conformidad # 3: Estudio Técnico en área de mantenimiento.
Elaborado por: Los autores

4. Se ha evidenciado que el personal en el área de Neonatología, ha presentado un tipo de enfermedad laboral por el estrés térmico y los ruidos de las máquinas incumpliendo con el Art. 179 Protección Corporales y Auditiva y con sanciones del Art. 193 Responsabilidad de los Funcionarios del Sector Público.



| REPORTE DE NO CONFORMIDAD | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------|-------------|
| Número de RNC: 4 | Cláusula de referencia: Art. 179 Protección Auditiva y Art. 193 Responsabilidad de los Funcionarios del Sector Público. | | | |
| Área Auditada: Neonatología | Procedimiento: Estrés Térmico | | | |
| Auditor: Mario Flores | Auditado: Jefe de Neonatología | | | |
| Fecha: 25/12/2012 | | | | |
| Reporte del Auditor: | Mayor | <input checked="" type="checkbox"/> | Menor | Observación |
| Quemaduras de primer grado en el área de Neonatos. | | | | |
| Firma Auditor: | Fecha: 21/05/2012 | | | |
| Análisis de Causa: Falta de espacio y de analisis en el área de neonatología. | | | | |
| Acción Correctiva Propuesta: Se recomienda en el área de neonatos evitar el estrés termico hacer el estudio de las luminarias, la evaluación del personal y la ampliación de la infraestructura. | | | | |
| Firma Auditado: |  Diego Cueva Gaibor | Fecha: 21/05/2012 | | |
| Revisión de la Acción Correctiva: | | | | |
| Firma Auditor: |  | Fecha: 21/05/2012 | | |

Tabla 4.26 Reporte de No Conformidad # 4: Estrés Térmico.
Elaborado por: Los autores

5. Se observa que la maternidad no cuenta con un Consultorio Médico de Salud Ocupacional para el del personal por lo que en un momento de emergencia médica no puede ser atendido el empleado esto incumple con el Art. 16 De los Servicios Médico de la Empresa.
6. Se identifica que no existen evidencias de control de fichas médicas que se hayan hecho al personal que han ingresado al hospital materno y no tiene un control en el transcurso de su permanencia laboral dentro del hospital materno esto incumple con el Art. 16 De los Servicios Médico de la Empresa.
7. Se observa que existe un bajo control de mantenimiento de las máquinas en lo que ocasiona su bajo funcionalidad y posible deterioro en las diferentes áreas esto incumple con el Art. 92 Mantenimiento del reglamento 2393.
8. No se realiza un seguimiento continuo en la gestión de desechos en todas las áreas y principalmente en el Área de consulta externa incumpliendo así con el Art. 67 Vertidos, Desechos y Contaminación Ambiental.
9. Se identifica que no existen evidencias de control de fichas médicas que se hayan hecho al personal que han ingresado al hospital materno y no tiene un control en el transcurso de su permanencia laboral dentro del

hospital materno esto incumple con el Art. 16 De los Servicios Médico de la Se observa que en el área de lavandería las máquinas no son abastecidas con el voltaje requerido provocando a un futuro un incendio causando daños materiales y pérdidas lamentables incumpliendo con el Art. 154 Instalación.

10. Se identifica que luego del diseño e inicio de implementación del Sistema de Control Operacional la Maternidad el índice de eficiencia de cumplimiento de los requerimientos técnicos y legales aplicables al control operacional son:

| AUDITORÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO- SART | |
|--|---------------|
| VERIFICACIÓN DE ELEMENTOS TÉCNICOS Y LEGALES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO | |
| | INDICE |
| 1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA | 35% |
| 2. GESTIÓN TÉCNICA | 59% |
| 3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 58% |
| 4. PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS OPERATIVOS BASICOS | 34% |
| INDICE DE EFICIENCIA DE CUMPLIMIENTO DE RTL SART | 46,5% |

Tabla 4.27 Indicador Porcentaje de cumplimiento de plan de capacitación de SSO

Elaborado por: Los autores

4.4 MEJORAMIENTO CONTINUO

4.4.1 ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES

Con el fin de dar seguimiento, se han establecido los siguientes indicadores:

- **Indicador 1:** Eficiencia del Cumplimiento de los RTL Aplicables al Control Operacional SART
- **Indicador 2:** Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO
- **Indicador 3:** Número de trabajadores Capacitados en SSO
- **Indicador 4:** Requerimientos de SSO Cumplidos de la USEHIT
- **Indicador 5:** Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO
- **Indicador 6:** Reporte de incidentes por día de SSO
- **Indicador 7:** Frecuencia
- **Indicador 8:** Control de las acciones correctivas de mejora de SSO

4.4.2 FICHA POR INDICADOR.

| Indicador 1 |
|---|
| Eficiencia del Cumplimiento de los RTL Aplicables al Control Operacional SART |
| Fórmula: $\left(\frac{RTL\ SART\ CUMPLIDOS}{\#\ DE\ RTL\ SART\ OBLIGADO\ CUMPLIMIENTO} \right) * 100\%$ |
| Objetivo: Cumplir el 80% de los RTL del SART |
| Responsable: Dirección de la Maternidad, Jefes de Áreas |
| Frecuencia: Mensual |
| Tendencia: Positiva |
| Meta: 100% |
| Mínimo: 80% |
| Máximo: 100% |
| Fuente: Reporte de Resultados de las Auditorias Planificadas |

Tabla 4.28 Indicador de eficiencia del cumplimiento de los RTL SART

Elaborado por: Los autores

| Indicador 2 |
|---|
| Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO |
| Fórmula: $\left(\frac{\#de\ Capacitaciones\ Realizadas}{\# de\ Capacitaciones\ Planificadas} \right) * 100\%$ |
| Objetivo: Medir la capacidad de cumplimiento del plan de capacitaciones |
| Responsable: Directora del Talento Humano |
| Frecuencia: Medido trimestralmente. |
| Tendencia: Positiva |
| Meta: 100% |
| Fuente: Plan de Capacitación |

Tabla 4.29 Indicador números de trabajadores capacitados en SSO

Elaborado por: Los autores

| Indicador 3 |
|--|
| Número de trabajadores Capacitados en SSO |
| Fórmula: $\left(\frac{\# \text{ de trabajadores capacitados}}{\# \text{ de trabajadores totales}}\right) * 100\%$ |
| Objetivo: Evaluar la asistencia y el interés de los empleados de participar en capacitaciones de SSO. |
| Responsable: Directora de Talento Humano |
| Frecuencia: Trimestralmente. |
| Tendencia: Positiva |
| Meta: 100% |
| Fuente: Control de asistencia |

Tabla 4.30 Indicador números de trabajadores capacitados en SSO
Elaborado por: Los autores

| Indicador 4 |
|--|
| Requerimientos de SSO Cumplidos de la USEHIT |
| Fórmula: $\left(\frac{\# \text{ de requerimientos cumplidos de SSO}}{\# \text{ de requerimientos solicitados de SSO}}\right) * 100\%$ |
| Objetivo: Medir la importancia que la administración le brinda a los requerimientos de SSO de la USEHIT. |
| Responsable: Presidenta de USEHIT |
| Frecuencia: Semana |
| Tendencia: Negativa |
| Meta: 80% |
| Fuente: Reporte de requerimientos por parte del Trabajador |

Tabla 4.31 Indicador de requerimientos de SSO cumplidos de la USEHIT
Elaborado por: Los autores

| Indicador 5 | |
|--|--|
| Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO | |
| Fórmula: $\left(\frac{\text{Número de ítems cumplidos}}{\text{Total de Ítems}}\right) * 100\%$ | |
| Objetivo: Identificar y evaluar el nivel de cumplimiento de los ítems de las Inspecciones Programadas de SSO. | |
| Responsable: Presidenta de USEHIT | |
| Frecuencia: Mensualmente | |
| Tendencia: Positiva | |
| Meta: 100% | |
| Mínimo: 85% | |
| Max: 100% | |
| Fuente: Inspecciones programadas | |

Tabla 4.32 Indicador de la eficacia de las Inspecciones programadas de SSO

Elaborado por: Los autores

| Indicador 6 | |
|---|--|
| Reporte de incidentes por día de SSO | |
| Fórmula: # incidentes | |
| Objetivo: Evaluar el cumplimiento del reporte de incidentes diarios. | |
| Responsable: Presidenta de la USEHIT | |
| Frecuencia: Diario | |
| Tendencia: Negativa | |
| Meta: 10 | |
| Max: 20 | |
| Min: 8 | |
| Fuente: Reporte de Incidentes | |
| Observación: Este indicador será modificado con una periodicidad, actualmente se está recién implementando la política de reportar incidentes, por lo cual nuestro valor proyectado es alto. | |

Tabla 4.33 Indicador de Reportes de incidentes por día de SSO

Elaborado por: Los autores

| Indicador 7 |
|--|
| Índice de Frecuencia |
| Fórmula: $\left(\frac{\# \text{ de Accidentes}}{\# \text{ de Horas Trabajadas}}\right) * 1000000$ |
| Objetivo: Evaluar con qué frecuencia el personal está sufriendo accidentes laborales en su jornada. |
| Responsable: Presidenta de USEHIT |
| Frecuencia: Trimestralmente |
| Tendencia: Negativa |
| Meta: Inferior a la anterior (Comparación con igual periodo) |
| Fuente: Reporte de accidentes ocurridos |

Tabla 4.34 Índice de frecuencia

Elaborado por: Los autores

| Indicador 8 |
|--|
| Control de las acciones correctivas de mejora de SSO |
| Fórmula: $\left(\frac{\# \text{ de acciones correctivas implementadas de SSO}}{\# \text{ de acciones correctivas identificadas de SSO}}\right) * 100\%$ |
| Objetivo: Comprobar de las acciones correctivas planificadas que deben realizarse en el período de tiempo establecido, cuáles han sido implantada? ¿Qué no se ha hecho? |
| Responsable: Presidenta de USEHIT |
| Frecuencia: Mensualmente |
| Tendencia: Positiva |
| Meta: 100% |
| Mínimo: 85% |
| Max: 100% |
| Fuente: Reporte de acciones correctivas |

Tabla 4.35 Indicador de control de las acciones correctivas de mejoras

Elaborado por: Los autores

4.4.3 ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LOS INDICADORES.

- **Indicador 1:** Eficiencia del Cumplimiento de los RTL SART.

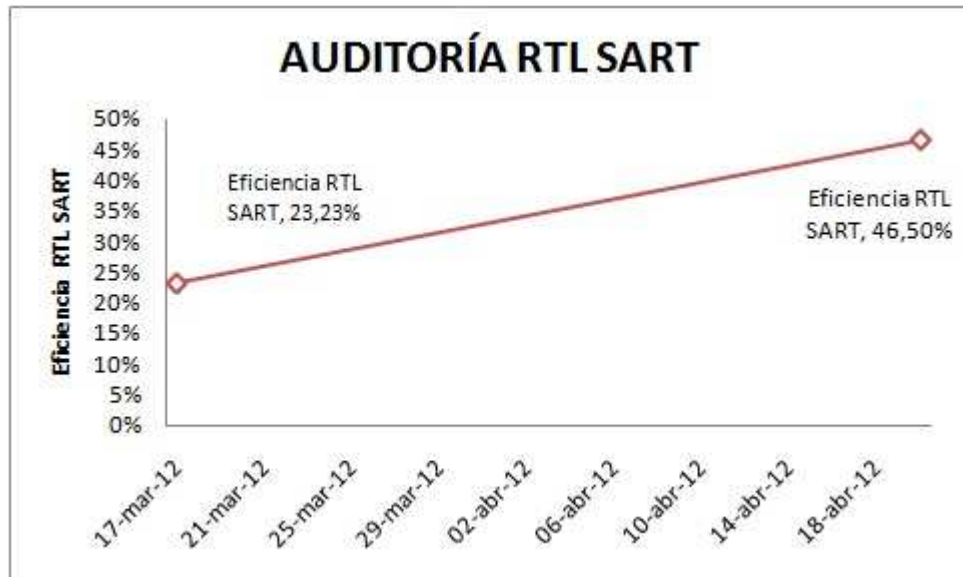


Gráfico 4.1 Gráfico de Eficiencia del Cumplimiento de los RTL SART.

Elaborado por: Los autores

Análisis:

Como se puede observar la Maternidad en una auditoria Inicial hecha a los Requerimientos técnicos y legales de SART correspondientes al Control Operacional , realizada en la primera visita el 17 de Marzo de 2012, se obtuvo un cumplimiento del 23.23%.

A partir de esto se procede al estudio y diseño del Sistema de Control Operacional en SSO y a medida que se los está

implementando, se realizó una segunda auditoria el 11 de Abril de 2012 obteniendo positivamente un incremento en el cumplimiento de los RTL de SART de 46.52%.

Se desea que luego de implementar las acciones de mejoras y las recomendaciones logren la Meta de este Indicador que es el cumplimiento mínimo del 80% de RTL de SART, con respecto a control operacional.

- **Indicador 2:** Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO

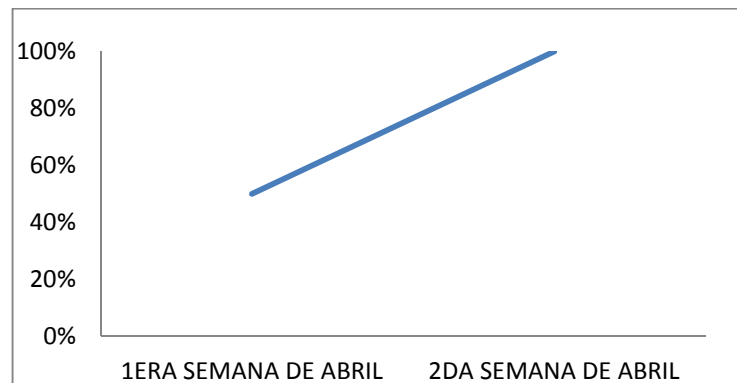


Gráfico 4.2 Gráfico de Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO

Elaborado por: Los autores

Análisis:

Como indica la gráfica las capacitaciones planificadas hasta la 2da semana de Abril refleja que se ha cumplido el 100% de lo planificado. A medida que se lleve a cabo el plan de capacitación la

tendencia de este indicador será positiva, quedando establecido que la meta del indicador, es que en cada medición planificada, se haya cumplido un 100%.

- **Indicador 3:** Número de trabajadores Capacitados en SSO

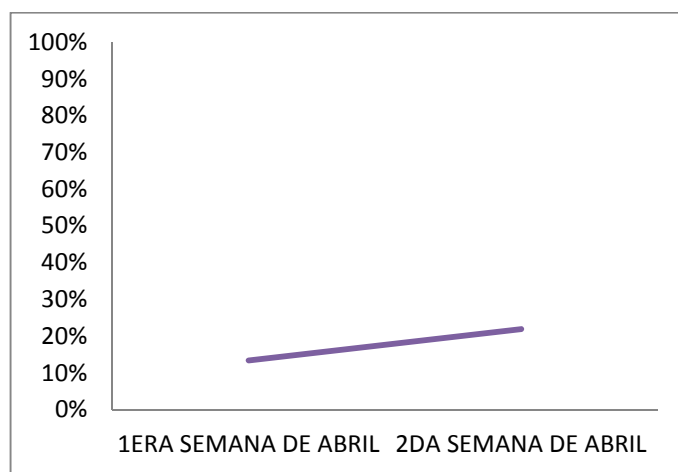


Gráfico 4.3 Gráfico de Número de trabajadores Capacitados en SSO

Elaborado por: Los autores

Análisis:

Primero se establece que son 200 Trabajadores en la Maternidad, lo que representa el 100% del Personal.

Como indica la gráfica el número de personal capacitado hasta la 1da Semana de Abril fue de 27 personas lo que representa un 13,5% del total del personal. La 2da Semana de Abril se dictaron 2 capacitaciones más a las cuales asistieron 25 trabajadores, de

estos 10 ya han recibido capacitaciones y 15 son nuevos trabajadores participantes que representan un 8,5% que se suman al total del personal capacitado el cual es hasta el momento un 22%.

Se desea que al finalizar el plan de capacitaciones se haya logrado capacitar mínimo al 80% del personal en las áreas del conocimiento que les corresponden.

- **Indicador 4:** Requerimientos de SSO de la USEHIT cumplidos por parte del Directorio de la Maternidad.

Análisis:

Este indicador ya tiene un antecedente, la Unidad de Seguridad e Higiene está conformada desde el 2009; y desde esta fecha según las necesidades han habido requerimientos o solicitudes por parte de la USEHIT y en general han sido cumplidos en un 70%, el 30% de no cumplimiento, ha sido por falta de presupuesto, o en casos, porque la Directiva no considera prioritario.

- **Indicador 5:** Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO

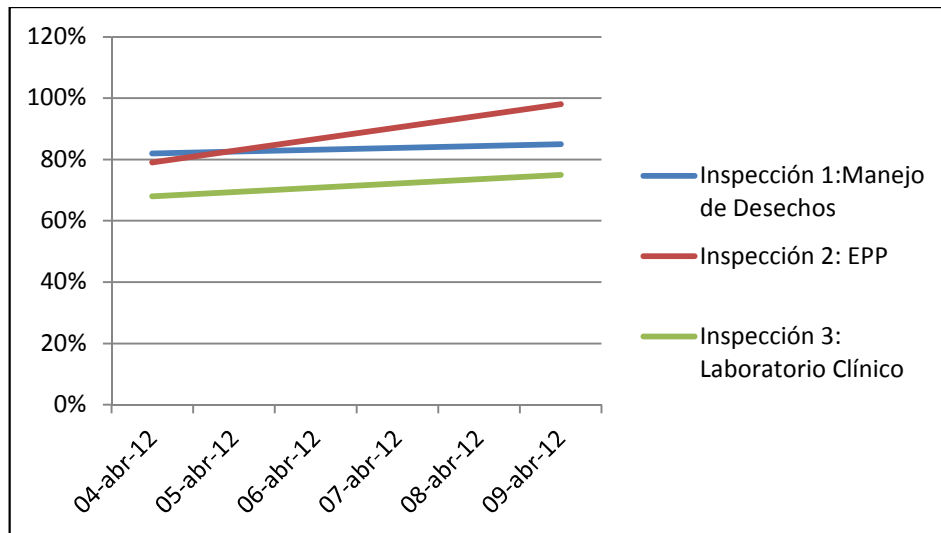


Gráfico 4.4 Gráfico de Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO
Elaborado por: Los autores

Análisis:

Como indica la gráfica mediante este indicador se mide la eficacia obtenida de las inspecciones programadas, el objetivo es que se logre obtener el 100% en cada inspección programada realizada en diferentes periodos.

| INSPECCIONES PROGRAMADAS | 04-abr-12 | 09-abr-12 |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Inspección 1: Manejo de Desechos | 82% | 85% |
| Inspección 2: EPP | 79% | 98% |
| Inspección 3: Laboratorio | 68% | 75% |

Elaborado por: Los autores

- **Indicador 6:** Reporte de incidentes por día de SSO

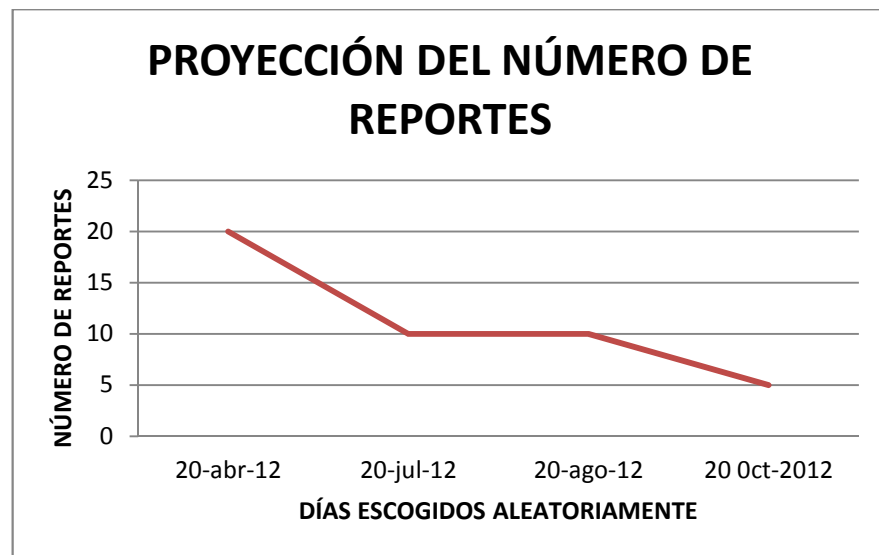


Gráfico 4.5 Gráfico de Reporte de incidentes por día de SSO

Elaborado por: Los autores

Análisis:

Este indicador será modificado con una periodicidad mensual, actualmente se está recién implementando la política de reportar incidentes, por lo cual la cantidad meta esperada es de 20 reportes por día. A medida de que se vayan implementando acciones correctivas y preventivas para los incidentes reportados se espera que reduzcan los reportes hasta un mínimo de 5; se considera que

en el ambiente de trabajo que tiene la Maternidad es inevitable que se dé una cantidad de 0 en incidentes laborales.

- **Indicador 7:** Frecuencia

Se proyecta empezar a medir este indicador en Octubre de 2012.

- **Indicador 8:** Control de las acciones correctivas de mejora de SSO

Se proyecta empezar a medir este indicador en Diciembre de 2012.

4.4.4 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA

RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO:

El Director del Hospital

| MATRIZ DE SEGUIMIENTO | | | | |
|-----------------------|--|---|--------------|------------|
| No. | Acciones de mejora | Responsable | Fecha inicio | Fecha fin |
| 1 | Elaborar un Reglamento y Políticas Generales de Seguridad y Salud Ocupacional dentro del Hospital Materno Infantil. | Director del Hospital Materno | 30/05/2012 | 30/06/2012 |
| 2 | Contratar un servicio médico o seguro de vida para los empleados dentro de la maternidad | Jefa del Departamento de Talento Humano | 1/05/2012 | 05/07/2012 |
| 3 | Realizar la ficha médica de todos los empleados de la Maternidad para adjuntarla a su carpeta. | Jefa del Departamento de Talento Humano | 20/05/2012 | 30/08/2012 |
| 4 | Realizar un estudio de factibilidad económica para la compra de máquinas de las áreas, en las cuales las existentes están obsoletas. | Director del Hospital Materno | 15/05/2012 | 27/05/2012 |

| | | | | |
|---|--|---|------------|------------|
| 5 | Dar de baja las máquinas obsoletas que causan obstáculo y son focos de contaminación, como en el área de lavandería. | Director del Hospital Materno | 01/06/2012 | 07/06/2012 |
| 6 | Hacer una campaña de difusión acerca de la política de reporte de incidentes en cada área del Hospital materno. | Directora del de. Seguridad y Salud Ocupacional | 23/06/2012 | 28/06/2012 |
| 7 | Evaluar las necesidades de los EPP de cada área y la adquisición de ellos cumpliendo condiciones de acuerdo al manual de bioseguridad. | Jefe de cada Área | 12/07/2012 | 25/07/2012 |
| 8 | Realizar el mantenimiento del aire central de la Maternidad y el cultivo de filtros dentro del área de Quirófano. | Director del Hospital Materno | 01/07/2012 | 10/07/2012 |
| 9 | Realizar un estudio de las condiciones térmicas y de infraestructura en el área de Neonatología por presencia de estrés térmico en los trabajadores, y tomar las medidas necesarias para corregir. | Directora del de. Seguridad y Salud Ocupacional | 05/08/2012 | 15/08/2012 |

Tabla 4.36 Matriz de Seguimiento de Acciones de mejora

Elaborado por: Los autores

CAPÍTULO 5

5 .ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE LOS COSTOS TOTALES

Por el análisis y la evaluación efectuada sobre los costos que se debe invertir en la implementación del Diseño de un Sistema de Control Operacional para un Hospital Materno Infantil alineado a SART, se considera que los de mayor prioridad y necesarios para lograr el bienestar al personal de la Maternidad son los siguientes:

Se concluyó que la inversión más considerable será de \$10.000,00 para la creación de un consultorio de Salud Ocupacional, lo cual es importante y necesario, ya que la Maternidad nunca ha hecho un estudio de la salud de sus trabajadores y es prioridad realizar una ficha médica a cada empleado, para conocer la situación actual de su salud y posteriormente chequeos continuos.

Para cumplir con el Programa anual de capacitaciones se requiere invertir hasta Abril del 2013 el valor de \$3.600,00, permite que ha medida de que

se cumpla el programa el personal tenga la formación necesaria en un Sistema de Control Operacional de Seguridad y Salud Ocupacional.

La maternidad requiere invertir en el mantenimiento de todas las máquinas y una adecuada medición en el voltaje que éstas requieren, por lo cual se ha presupuestado el valor de \$3.000,00.

COSTOS TOTALES

| Ítem | Descripción | Valor | % |
|-----------------------|---|---------------------|-------------|
| A | Crear un Consultorio de Salud Ocupacional para el personal dentro de la maternidad(en los próximos 6 meses) | \$ 10.000,00 | 49,75% |
| B | Capacitación | \$ 3.600,00 | 17,91% |
| C | Medición de voltaje y mantenimiento de todas las máquinas por parte del proveedor | \$ 3.000,00 | 14,93% |
| D | Mantenimiento de aire acondicionado central y cultivo de filtros(en los próximos 6 meses) | \$ 2.000,00 | 9,95% |
| E | Eliminación de los Riesgos Agregados y Inherentes | \$ 1.500,00 | 7,46% |
| COSTOS TOTALES | | \$ 20.100,00 | 100% |

Tabla 5.1 Costos Totales

Elaborado por: Los autores

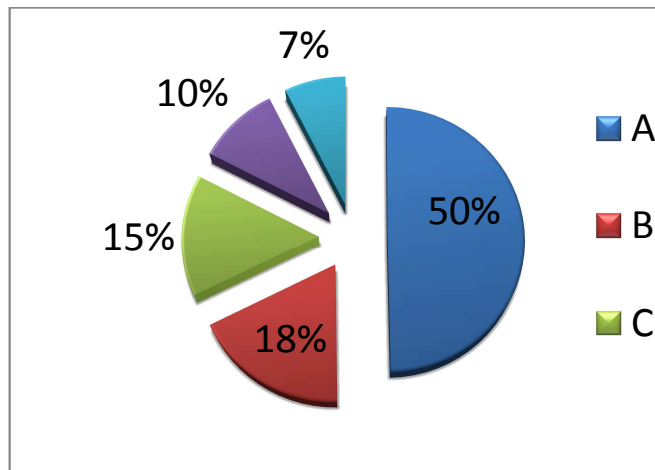


Gráfico 4.6 Gráfico de Costos Totales

Elaborado por: Los autores

5.2 ANÁLISIS DE INDICADORES

| TABLERO DE INDICADORES | | | | | | | |
|------------------------|--|------|-----|------|------------|------------|----------------|
| # | INDICADOR | META | MIN | MAX | MARZO-2012 | ABRIL-2012 | DICIEMBRE-2012 |
| 1 | Eficiencia del Cumplimiento de los RTL SART | 90% | 80% | 100% | 23,23% | 46,5% | 56.5% |
| 2 | Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Capacitaciones de SSO | 100% | 70% | 100% | 0% | 100% | 100% |
| 3 | Reporte de Incidentes por día de SSO | 20 | 10 | 20 | 0 | 10 | 20 |
| 4 | Número de trabajadores Capacitados en SSO | 100% | 81% | 100% | 85% | 93% | 99% |
| 5 | Requerimiento de SSO cumplidos de la USEHIT | 80% | 60% | 80% | 69% | 75% | 80% |

| | | | | | | | |
|---|--|------|-----|------|-----|-----|-----|
| 6 | Eficacia de las Inspecciones Programadas de SSO | 100% | 85% | 100% | 86% | 93% | 96% |
| 7 | Control de las acciones correctivas de mejora de Sso | 100% | 85% | 100% | 89% | 95% | 98% |

Tabla 5.2 Análisis de Indicadores

| | | |
|-------------|----------|--|
| ACEPTABLE | >90% - 0 | |
| MODERADO | 70%-90% | |
| INACEPTABLE | <70% | |

Elaborado por: Los autores

El tablero de indicadores representa el seguimiento realizado en los meses de marzo, abril y mayo, lo cual refleja lo cumplido y proyectado en estos meses. Como se observa la mayoría de los indicadores han incrementado satisfactoriamente. Para lograr la meta establecida se debe implementar las acciones de mejora, las acciones correctivas y preventivas surgidas de las no conformidades y su respectivo seguimiento. Si se realiza todo lo planificado se espera obtener el cumplimiento de las metas en Abril del 2013.

5.3 ANÁLISIS DE LOS RTL SART CUMPLIDOS

En la auditoría que se llevó a cabo, se pudo verificar el cumplimiento de los Requerimientos Técnicos Legales referentes al Sistema de Control Operacional de la Seguridad y salud en el Trabajo en la Maternidad.

ART 11 del Resolución CD 333 indica que:

Si el valor del Índice de Eficacia es:

1. Igual o superior al ochenta por ciento (80%), la eficacia del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa/organización es considerada como satisfactoria; se aplicará un sistema de mejoramiento continuo.
2. Inferior al ochenta por ciento (80%) la eficacia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa/organización es considerada como insatisfactoria y deberá reformular su sistema.

Se identifica que luego del diseño e inicio de implementación del Sistema de Control Operacional la Maternidad, mediante el estudio y diagnóstico situacional, la identificación de peligros, el análisis de los riesgos en los procesos más críticos, su evaluación y valoración, el diseño de guías operativas para optimizar procesos, los procedimientos formalmente

documentados, el cambio positivo de la cultura del personal en torno a cómo responder ante un riesgo, y principalmente reconocer la importancia moral, organizacional, y legal que tiene la Seguridad y Salud en la Maternidad, se ha mejorado en los porcentajes de cumplimiento de los requerimientos técnicos y legales aplicables, y se proyecta para el mes de Octubre incrementar en un 10% el índice de eficiencia:

| AUDITORIA DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO- SART | | | |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------------------|
| VERIFICACIÓN DE ELEMENTOS TÉCNICOS Y LEGALES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO | | | |
| | 17/Marzo/2012 | 11/Abril/2012 | PROYECCIÓN Diciembre 2012 |
| 1. GESTIÓN ADMINISTRATIVA | 26,92% | 35% | 45% |
| 2. GESTIÓN TÉCNICA | 20% | 59% | 69% |
| 3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 31% | 58% | 68% |
| 4. PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS OPERATIVOS BASICOS | 15% | 34% | 44% |
| INDICE DE EFICIENCIA DE CUMPLIMIENTO DE RTL SART | 23, 23% | 46,5% | 56.5% |

Tabla 5.4 Verificación de elementos técnicos y legales de obligado cumplimiento, realizado al 11 de Abril.

Elaborado por: Los autores

CAPÍTULO 6

6 . CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- El Sistema de Control Operacional alineado a SART permite identificar los peligros existentes y a la vez cumplir los RTL de SART aplicables al control operacional.
- El análisis de tareas y la identificación de peligros por medio del método de William Fine, permite identificar las tareas con mayor grado de peligrosidad y tomar medidas correctivas.
- La elaboración de las guías operativas establecidas, disminuyen el número de incidentes, puesto que se le indica al operador paso a paso como deben realizar sus actividades tomando en cuenta las medidas de seguridad establecidas.
- El sistema de control operacional permite también identificar las necesidades de capacitación.

- Las inspecciones programadas verifican el cumplimiento de las guías operativas, la eficacia de la capacitación y a la vez crea una nueva cultura organizacional de prevención de riesgos en la organización.
- Los tableros de Control permiten ver el resultado de los indicadores proactivos y tomar decisiones a tiempo y a la vez darle sostenibilidad al sistema de control operacional.
- La auditoría le da confiabilidad al sistema y a la vez se evidencia con hallazgos ante el Gerente la necesidad de mejorar las condiciones laborales para beneficio de los trabajadores y de la organización.
- Las capacitaciones acerca de los Equipos de Protección Personal motivaron a los operarios con el uso respectivo y cuidado necesario sobre equipos concientizando la importancia de ser utilizados oportunamente para evitar accidentes laborales.
- Se evidencia una actitud positiva y comprometida de parte de la Dirección y el personal de la Maternidad por ser protagonistas y adoptar los requerimientos del Control Operacional en la Seguridad y Salud Ocupacional.
- En base a lo realizado por el equipo auditor con respecto al diagnóstico situacional y tratamiento de los riesgos existentes, se está replicando esa acción en cada proceso de la Maternidad.

- Se observa que el 80% de los trabajadores han asumido una cultura en la prevención de los riesgos que están expuestos.
- El Cumplimiento de los Reglamentos técnicos legales SART aumentó en un 26.02%, lo cual es importante ya que se proyecta para abril del 2013 lograr cumplir el 100%.
- El reporte de incidentes es una herramienta fundamental en el accionar proactivo y preventivo que se ha comprometido el personal de la maternidad.

6.2 RECOMENDACIONES

- Seguir implementando el PLAN DE CAPACITACIÓN establecido en el ANEXO D, página 189, con el fin de que los trabajadores tengan conocimiento del Sistema de Control Operacional de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Implementar las INSPECCIONES PROGRAMADAS establecidas en el CAPÍTULO 4, página 125, ya que es importante que se realice un seguimiento en las actividades que se desarrollan en la maternidad.
- Dar a conocer a los trabajadores el resultado de los indicadores establecidos en la maternidad, a través de comunicaciones internas y campañas informativas.

- Cumplir y Realizar el PLAN DE AUDITORÍA bajo los lineamientos de SART.
- Continuar analizando el grado de peligrosidad de las tareas que se realizan en la maternidad implementando el Método de William Fine, cada seis meses.
- Cumplir con las Acciones de Mejora establecidas en la Página #162
- Llevar un control de reportes de incidentes e incentivar a los empleados a crear un ambiente de trabajo seguro.
- Implementar programas de inmunización acorde a los requerimientos del Ministerio de Salud, teniendo copia de los certificados de las vacunas que se suministren a cada empleado.

BIBLIOGRAFÍAS

1. SALUD OCUPACIONAL GUÍA PRACTICA , FRANCISCO ÁLVAREZ HEREDIA Y ENRIQUETA FAIZAL GEAGEA ,EDICIONES DE LA U (BOGOTÁ, COLOMBIA),ENERO DE 2012
2. SALUD OCUPACIONAL, ECOE EDICIONES LTDA. (COLOMBIA),2007
3. SALUD OCUPACIONAL;FERNANDO HENAO ROBLEDO,MAYO DE 2010, SEGUNDA EDICIÓN,ECOE EDICIONES
4. C. RAY ASFAHL Y DAVID W. RIESKE: SEGURIDAD INDUSTRIAL Y ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD. SEXTA EDICIÓN.
5. RAMÍREZ, CÉSAR. SEGURIDAD INDUSTRIAL: UN ENFOQUE INTEGRAL. SEGUNDA EDICIÓN. EDITORIAL LIMUSA. MÉXICO, D. F. 2000.
6. RAMÓN GONZALES MUÑIZ, "MANUAL BÁSICO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES"
7. WILLIAM HANDLEY. MANUAL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL, EDITORIAL MCGRAW HILL
8. TÉCNICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO, AUTOR: JOSE MARIA COTEZ DIAZ, EDICION: 9, AÑO: 2005
9. LETAYF-GONZALEZ (MÉXICO 1996) - SEGURIDAD, HIGIENE Y CONTROL AMBIENTAL - EDIT. MC GRAW – HILL
10. DAVID STONER (MÉXICO 1987) - LA SEGURIDAD EN HOSPITALES - EDIT LIMUSA
11. DR. PEDRO BARBIERI BIOSEGURIDAD EN QUIRÓFANO. REV ARG. ANEST. 1995; 53: 3: 147-160
12. ISABEL ALMEIDA. MONOGRÁFICO: SIDA Y CIRUGÍA. CLÍNICA QUIRÚRGICA 1. FEBRERO 2001. WWW.SITIOMEDICO.COM.UY

13. "PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES", SERGIO DE LA SOTA VELASCO- MA. JOSÉ LÓPEZ RASO;
14. "AUDITORIA EN SALUD. PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE", 2DA EDICION;
15. "SART SISTEMA DE AUDITORIA DE RIESGOS EN EL TRABAJO", CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

ANEXOS

ANEXO A
ESTRUCTURAS DE LAS NORMATIVAS
Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y
Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo – Reglamento 2393

| | |
|--|---|
| Título I – Disposiciones Generales | |
| ➤ | Art.1.- Ámbito de Aplicación. |
| ➤ | Art.2.- Del Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo. |
| ➤ | Art.3.- Del Ministerio de Trabajo. |
| ➤ | Art.4.- Del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias. |
| ➤ | Art.5.- Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. |
| ➤ | Art.6.- Del Ministerio de Comercio Exterior, Industrialización y Pesca |
| ➤ | Art.7.- Del Ministerio de Energía y Minas. |
| ➤ | Art.8.- Del Instituto Ecuatoriano de Normalización. |
| ➤ | Art.9.- Del Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional. |
| ➤ | Art.10.- Todas las demás instituciones del sector Público. |
| ➤ | Art.11.- Obligaciones de los Empleadores. |
| ➤ | Art.12.- Obligaciones de los Intermediarios. |
| ➤ | Art.13.- Obligaciones de los Trabajadores. |
| ➤ | Art.14.- De los Comités de Seguridad e Higiene del Trabajo. |
| ➤ | Art.15.- De la Unidad de Seguridad e Higiene del Trabajo. |
| ➤ | Art.16.- De los Servicios Médicos de la Empresa. |
| ➤ | Art.17.- Formación, Propagada y Divulgación. |
| Título II – Condiciones Generales de los Centros de Trabajo | |
| Capítulo I – Seguridad en el Proyecto | |
| ➤ | Art. 18.- La construcción, reforma o modificación sustancial de los centros de trabajo. |
| ➤ | Art. 19.- El Comité Interinstitucional coordinará con los municipios aplicación de normas legales y reglamentarias. |
| ➤ | Art. 20.- Los Municipios comunicarán al Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos las resoluciones mediante las cuales hubiese negado la aprobación de planos de centros de trabajo. |
| Capítulo II – Edificios y Locales | |
| ➤ | Art. 21.- Seguridad Estructural. |
| ➤ | Art. 22.- Superficie y Cubicación en los Locales y Puestos de Trabajo. |
| ➤ | Art. 23.- Suelos, Techos y Paredes. |
| ➤ | Art. 24.- Pasillos. |
| ➤ | Art. 25.- Rampas Provisionales. |
| ➤ | Art. 26.- Escaleras Fijas y de Servicio. |
| ➤ | Art. 27.- Escaleras Fijas de servicios de Maquinas e Instalaciones. |
| ➤ | Art. 28.- Escaleras de Mano. |
| ➤ | Art. 29.- Plataforma de Trabajo. |
| ➤ | Art. 30.- Aberturas en Pisos. |
| ➤ | Art. 31.- Aberturas en Paredes. |
| ➤ | Art. 32.- Barandillas y Rodapiés. |
| ➤ | Art. 33.- Puertas y Salidas. |
| ➤ | Art. 34.- Limpiezas de Locales. |
| Capítulo III – Servicios Permanentes | |
| ➤ | Art. 35.- Dormitorios. |
| ➤ | Art. 36.- Viviendas. |
| ➤ | Art. 37.- Comedores. |
| ➤ | Art. 38.- Cocinas. |
| ➤ | Art. 39.- Abastecimiento de Agua. |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 40.- Vestuarios. ➤ Art. 41.- Servicios Higiénicos. ➤ Art. 42.- Excusos y Urinarios. ➤ Art. 43.- Duchas. ➤ Art.44.- Lavados ➤ Art.45.- Normas comunes a los servicios Higiénicos. ➤ Art.46.- Servicios de Primeros Auxilios. ➤ Art.47.- Empresas con Servicios Medico. ➤ Art.48.- Traslado de Accidentados y Enfermos. |
| Capítulo V – Medio Ambiente y Riesgos Laborales por Factores Físicos, Químicos y Biológicos. |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 53.- Condiciones Generales Ambientales: Ventilación, Temperatura y Humedad. ➤ Art. 54.- Calor. ➤ Art. 55.- Ruidos y Vibraciones. ➤ Art. 56.- Iluminación, Niveles Mínimos. ➤ Art. 57.- Iluminación Artificial. ➤ Art. 58.- Iluminación de Socorro y Emergencia. ➤ Art. 59.- Microondas. ➤ Art. 60.- Radiaciones Infrarrojas. ➤ Art. 61.- Radiaciones Ultravioletas. ➤ Art. 62.- Radiaciones Ionizantes. ➤ Art. 63.- Sustancias Corrosivas, Irritantes y Tóxicas. ➤ Art. 64.- Sustancias Corrosivas, Irritantes y Tóxicas.- Exposiciones Permitidas. ➤ Art. 65.- Sustancias Corrosivas, Irritantes y Tóxicas.- Normas de Control. ➤ Art. 66.- De los Riesgos Biológicos. ➤ Art. 67.- Vertidos, Desechos y Contaminación Ambiental. ➤ Art. 68.- Alimentación e Industrias Alimenticias. |
| Capítulo VI – Frío Industrial. |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 69.- Locales. ➤ Art. 70.- Equipos. ➤ Art. 71.- Cámaras Frigoríficas. ➤ Art. 72.- Equipos de Protección Personal. |
| Título IV – Manipulación y Transporte. |
| Capítulo V – Manipulación y Almacenamiento |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 128.- Manipulación de Materiales. ➤ Art. 129.- Almacenamiento de Materiales. |
| Capítulo VII – Manipulación y Almacenamiento y Transporte de Mercancías Peligrosas. |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art.135.- Manipulación de Materiales Peligrosos. ➤ Art.136.- Almacenamiento, manipulación y Trabajos en Depósitos de materiales inflamables. ➤ Art.137.- Tanques para Almacenar fluidos peligrosos no inflamables. ➤ Art.138.- Productos Corrosivos. |
| Título V – Protección Colectiva. |
| Capítulo I – Prevención de Incendio.- Normas Generales. |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 143.- Emplazamientos de los Locales. ➤ Art. 144.- Estructura de los Locales. ➤ Art. 145.- Distribución Interior de Locales. ➤ Art. 146.- Pasillos, Corredores, Puertas y Ventanas. ➤ Art. 149.- Instalaciones y Equipos Industriales. |
| Capítulo IV – Incendios- Evaluación de Locales. |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 160.- Evaluación de Locales. ➤ Art. 161.- Salidas de Emergencias. |

| |
|--|
| Capítulo V – Locales con Riesgos de Explosión. |
| ➤ Art. 162.- Se consideran locales con Riesgos de Explosión aquellos en los que exista alguno de los materiales. Señalados |
| ➤ Art. 163.- Medidas de Seguridad. |
| Capítulo VI – Señalización de Seguridad – Normas Generales. |
| ➤ Art. 164.- Objetivo. |
| ➤ Art. 165.- Tipos de Señalización. |
| Título VI – Protección Personal. |
| ➤ Art 175.- Disposiciones Generales. |
| ➤ Art 176.- Ropa de Trabajo. |
| ➤ Art.177.- Protección del Cráneo. |
| ➤ Art.178.- Protección de Cara y Ojos. |
| ➤ Art.179.- Protección Auditiva. |
| ➤ Art.180.- Protección de Vías Respiratorias. |

Reglamento para el Sistema de Auditoria de Riesgos del Trabajo “SART”

| |
|--|
| Título I – Preliminar |
| Capítulo Único – Disposiciones Generales |
| ➤ Art. 1. Objetivo y Responsabilidades. |
| ➤ Art. 2. Objetivos de la Auditoria de Riesgos del Trabajo |
| ➤ Art. 3. Selección de las empresas u organizaciones a Auditarse. |
| ➤ Art. 4. Recursos mínimos de las unidades provinciales de riesgos del trabajo para la ejecución de auditorías de riesgos del trabajo. |
| ➤ Art. 5. Requisitos de los profesionales del SGRT que ejecuten las auditorías de riesgos del trabajo. |
| ➤ Art. 6. Programa de auditorías de riesgos del trabajo y periodicidad. |
| ➤ Art. 7. Responsabilidades de las unidades de riesgos del trabajo. |
| Título II – Del Procedimiento |
| Capítulo I – De las Etapas |
| ➤ Art. 8. Procedimientos de la auditoría de riesgos del trabajo. |
| Capítulo II – De la Auditoria de Riesgos del Trabajo |
| ➤ Art. 9. Auditoría del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de las empresas/organizaciones. |
| ➤ Art. 10. Verificación del cierre de las no conformidades establecidas en la auditoría de riesgos del trabajo y establecimiento de no conformidades de los eventos de cambio. |
| ➤ Art. 11. Evaluación de la eficacia del sistema de gestión. |
| ➤ Art. 12. Supervisión de la Auditoria. |
| Capítulo III – De los Informes de las Auditorias de Riesgos del Trabajo |
| ➤ Art. 13. Informes de la Auditoria. |
| Capítulo IV – Del Proceso de Notificación |
| ➤ Art. 14. De la notificación. |
| Capítulo V – Del Archivo de Documentos de la Auditoria |
| ➤ Art. 15. Archivo y Documentación. |

CÓDIGO DE TRABAJO

| |
|---|
| <p>Título I-DEL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO Capítulo III - De los efectos del contrato de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 38.- Riesgos provenientes del trabajo ➤ Art. 41.- Responsabilidad solidaria de empleadores |
| <p>Título IV-DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO Capítulo I -DETERMINACIÓN DE LOS RIESGOS Y DE LA RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 347.- Riesgos del trabajo ➤ Art. 348.- Accidente de trabajo ➤ Art. 349.- Enfermedades profesionales ➤ Art. 350.- Derecho a indemnización ➤ Art. 351.- Indemnización a servidores públicos ➤ Art. 352.- Derechos de los deudos ➤ Art. 353.- Indemnizaciones a cargo del empleador ➤ Art. 354.- Exención de responsabilidad ➤ Art. 355.- Imprudencia profesional <p>Capítulo II DE LOS ACCIDENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 359.- Indemnizaciones por accidente de trabajo ➤ Art. 360.- Incapacidad permanente y absoluta ➤ Art. 361.- Disminución permanente ➤ Art. 362.- Incapacidad temporal <p>Capítulo III DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 363.- Clasificación ➤ Art. 364.- Otras enfermedades profesionales <p>Capítulo IV DE LAS INDEMNIZACIONES Parágrafo 1ro. DE LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE ACCIDENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 365.- Asistencia en caso de accidente ➤ Art. 367.- Cálculo de indemnizaciones para el trabajador no afiliado al IESS ➤ Art. 368.- Presunción del lugar de trabajo ➤ Art. 369.- Muerte por accidente de trabajo ➤ Art. 370.- Indemnización por incapacidad permanente ➤ Art. 371.- Indemnización por disminución permanente ➤ Art. 372.- Modificación de los porcentajes ➤ Art. 373.- Indemnización por incapacidad temporal ➤ Art. 374.- Accidente en trabajo ocasional <p>Parágrafo 2do. DE LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 376.- Indemnización por enfermedad profesional <p>Parágrafo 3ro. DISPOSICIONES COMUNES RELATIVAS A LAS INDEMNIZACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 377.- Derecho a indemnización por accidente o enfermedad profesional ➤ Art. 378.- Falta de derecho a indemnización ➤ Art. 402.- Pago de indemnizaciones <p>Capítulo V-DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS, DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE, DE LOS PUESTOS DE AUXILIO, Y DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art. 410.- Obligaciones respecto de la prevención de riesgos ➤ Art. 412.- Preceptos para la prevención de riesgos ➤ Art. 414.- Medios preventivos ➤ Art. 415.- Condición de los andamios ➤ Art. 416.- Prohibición de limpieza de máquinas en marcha ➤ Art. 417.- Límite máximo del transporte manual ➤ Art. 428.- Reglamentos sobre prevención de riesgos <p>Parágrafo 3ro.-DE LA INSPECCIÓN DEL TRABAJO</p> |

- Art. 545.- Atribuciones de los inspectores del trabajo
- Parágrafo 5to.-DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO**
- Art. 553.- Departamentos de Seguridad e Higiene del Trabajo
 - Art. 554.- De sus funciones

OHSAS 18001:2007
Serie de Evaluación en Seguridad y Salud Ocupacional

1. Alcance
2. Publicaciones de Referencia
3. Términos y definiciones
 - 3.1 Riesgo Aceptable
 - 3.2 Auditoria
 - 3.3 Mejoramiento Continuo
 - 3.4 Acción correctiva
 - 3.5 Documento
 - 3.6 Peligro
 - 3.7 Identificación de Peligro
 - 3.8 Enfermedad
 - 3.9 Incidente
 - 3.10 Partes Interesadas
 - 3.11 No conformidad
 - 3.12 Seguridad y Salud Ocupacional
 - 3.13 Sistema de Gestión
 - 3.14 Objetivos
 - 3.15 Desempeño
 - 3.16 Políticas
 - 3.17 Organización
 - 3.18 Acción preventiva
4. Requisitos del Sistema de Gestión
 - 4.1 Requisitos Generales
 - 4.2 Políticas
 - 4.3 Planificación
 - 4.4 Implementación y Operación
 - 4.5 Verificación

CÓDIGO DE SALUD

5. TITULO PRELIMINAR
6. CAPITULO I-De la salud y su protección
7. CAPITULO II-De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y Responsabilidades.
8. CAPITULO III-Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.
9. LIBRO I-De las acciones de salud
10. TITULO I
11. CAPITULO I-Disposiciones comunes
12. CAPITULO II-De la alimentación y nutrición
13. CAPITULO III-De la salud sexual y la salud reproductiva
14. CAPITULO IV-De la violencia
15. CAPITULO V-De los accidentes
16. CAPITULO VI-De los desastres
17. CAPITULO VII-De la salud, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia
18. SECCIÓN I-DEL CONTROL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DEL TABACO
19. SECCIÓN II-DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS
20. ALCOHÓLICAS
21. SECCIÓN III-DEL USO Y CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y OTRAS SUSTANCIAS QUE GENERAN DEPENDENCIA
22. TITULO II-Prevención y control de enfermedades
23. CAPITULO I-De las inmunizaciones
24. CAPITULO II-De las enfermedades transmisibles
25. CAPITULO III-De las enfermedades no transmisibles
26. CAPITULO III-A-DE LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y RARAS O HUÉRFANAS
27. CAPITULO IV-De la sangre, sus componentes y derivados
28. TITULO III-De los trasplantes de órganos, tejidos y disposición de cadáveres
29. CAPITULO I-De los trasplantes de órganos y tejidos
30. CAPITULO II-De la disposición y manejo de cadáveres
31. TITULO ÚNICO
32. CAPITULO I-De la agua para consumo humano
33. CAPITULO II-De los desechos comunes, infecciosos, especiales y de las radiaciones ionizantes y no ionizantes
34. CAPITULO III-Calidad del aire y de la contaminación acústica
35. CAPITULO IV-Plaguicidas y otras sustancias químicas
36. CAPITULO V-Salud y seguridad en el trabajo
37. CAPITULO VI-De la fauna nociva y las zoonosis.
38. LIBRO III-Vigilancia y control sanitario
39. TITULO ÚNICO
40. CAPITULO I-De la salud pública
41. CAPITULO II-De los alimentos
42. CAPITULO III-De los medicamentos
43. CAPITULO IV-De los productos naturales procesados de uso medicinal
44. CAPITULO V-De los establecimientos farmacéuticos
45. CAPITULO VI-Otros establecimientos sujetos a control sanitario
46. LIBRO IV-De los servicios y profesiones de salud

47. TITULO ÚNICO
48. CAPITULO I-De los servicios de salud
49. CAPITULO II-De las medicinas tradicionales y alternativas
50. CAPITULO III-De las profesiones de salud, afines y su ejercicio
51. CAPITULO IV-De la capacitación sanitaria
52. LIBRO V
53. TITULO ÚNICO-Investigación científica en salud, genética y sistema de información en salud
54. CAPITULO I-De la investigación científica en salud
55. CAPITULO II-De la genética humana
56. CAPITULO III-Del sistema común de información
57. LIBRO SEXTO-Jurisdicción, competencia, procedimiento, sanciones y definiciones
58. CAPITULO I-De la jurisdicción y competencia
59. CAPITULO II-Del procedimiento
60. CAPITULO III-De las sanciones
61. CAPITULO IV-De las infracciones
62. CAPITULO V-De las definiciones

REGLAMENTO DE MANEJO DE DESECHOS SOLIDOS EN HOSPITALES

- 63. TITULO I – DEL MANEJO INTERNO**
64. CAPITULO I-DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN
65. CAPITULO II-DE LOS OBJETIVOS
66. CAPITULO III-DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS
67. CAPITULO IV-DE LA GENERACIÓN Y SEPARACIÓN
68. CAPITULO V-DE LOS ALMACENAMIENTOS Y RECIPIENTES
69. CAPITULO VI-DE LA RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO
70. CAPITULO VII-DEL TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS INFECCIOSOS Y ESPECIALES
71. CAPITULO VIII-DEL TRATAMIENTO DE LOS DESECHOS RADIACTIVOS
72. IONIZANTES Y NO IONIZANTES.
- 73. TITULO II-DEL MANEJO EXTERNO**
74. CAPITULO I-DE LA RECOLECCIÓN DIFERENCIADA, TRATAMIENTO EXTERNO Y DISPOSICIÓN FINAL
- 75. TITULO III-DE LOS COMITÉS**
76. CAPITULO I-DE LOS COMITÉS DE MANEJO DE DESECHOS
77. CAPITULO II
- 78. TITULO I-DE LA DELEGACIÓN**
79. TITULO III-DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CONTROL
80. CAPITULO III-DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO
- 81. TITULO IV-DE LA BIOSEGURIDAD**
82. CAPITULO I
83. CAPITULO II-DE LA ROTULACIÓN
84. TITULO V-DE LAS PROHIBICIONES
85. CAPITULO I
86. CAPITULO II
87. CAPITULO III-DE LA RESPONSABILIDAD
88. CAPITULO IV-DE LAS SANCIONES E INFRACCIONES

ANEXO B DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES CONSULTA EXTERNA

- **Medicina General**



- * **Atención Externa**



Figura

- **Ginecología**



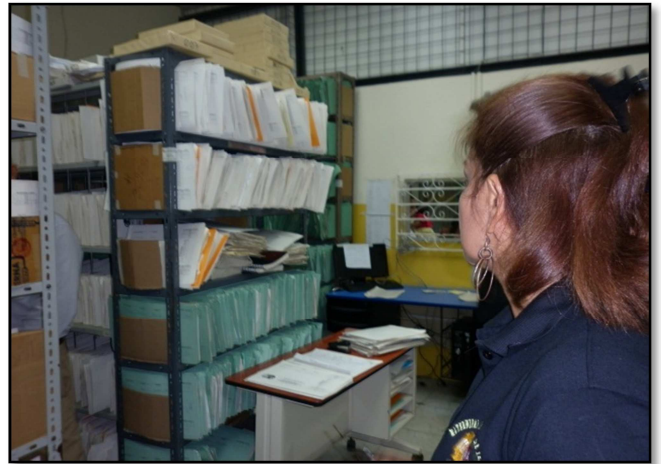
- * **Pediatría**



- **Odontología**



- * **Estadística**



HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO

- **Emergencia**



- * **Toco-quirúrgico**



- Esterilización



- * Lavandería



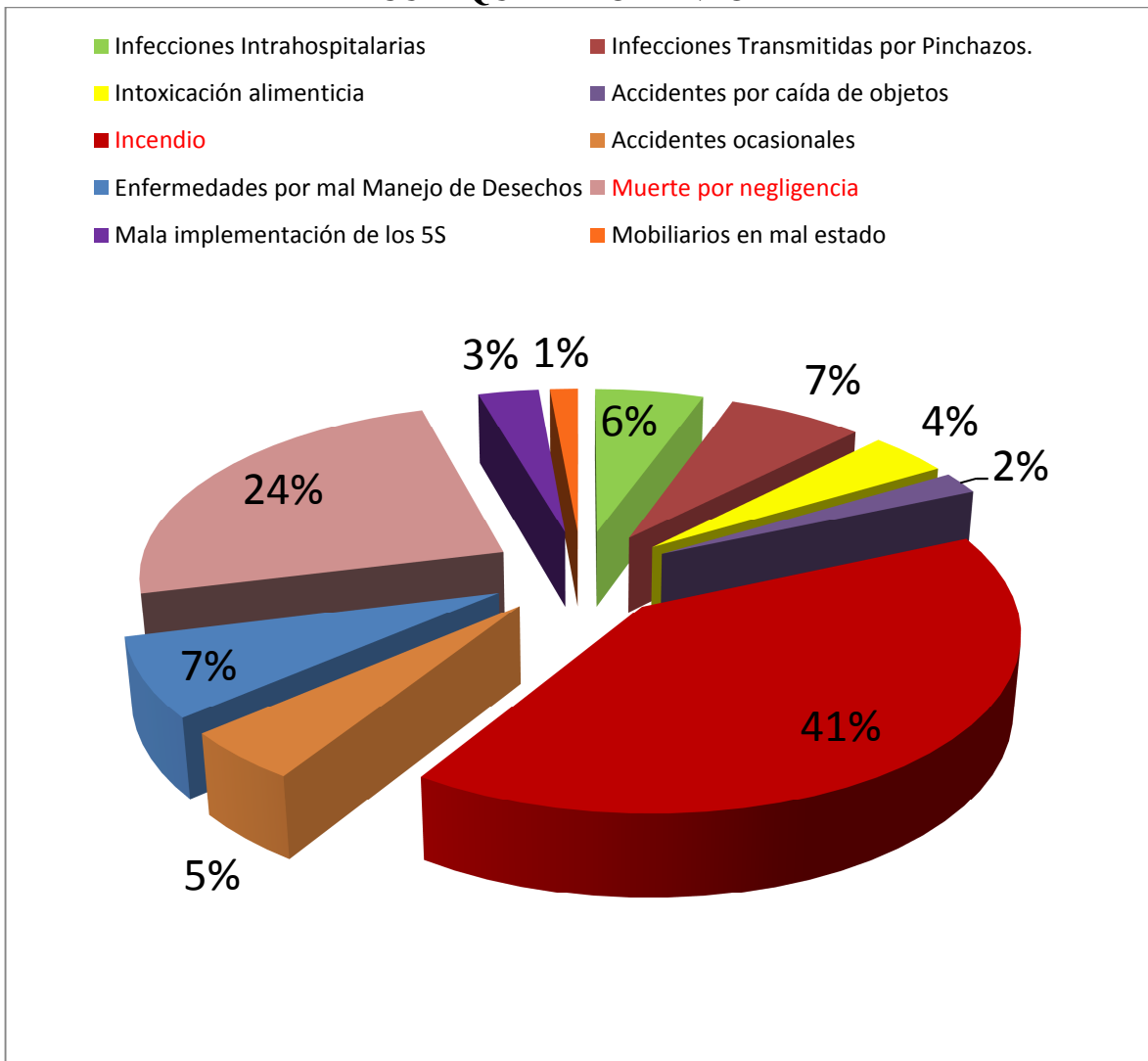
- Quirófanos



- * Neonatología



IMPACTO ECONÓMICO QUE LA MATERNIDAD ESTA EXPUESTA EN CUALQUIER MOMENTO



ANEXO C
TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGOS³⁰

| | | CONSECUENCIAS | | |
|--|-------|--|--|--|
| | | LIGERAMENTE DAÑINO | DANINO | EXTREMADAMENTE DAÑINO |
| P R O B A B I L I D A D | BAJA | RIESGO TRIVIAL FISICO: radiación no ionizante ILUMINACIÓN | RIESGO TOLERABLE PSICOSOCIAL: Agresiones de público, clientes. FISICO: disconfort térmico por calor. | RIESGO MODERADO |
| | MEDIA | RIESGO TOLERABLE | RIESGO MODERADO GOLPES (con diversos elementos) | RIESGO IMPORTANTE ERGONOMICO: MOVIMIENTOS REPETITIVOS. PUBLICO: atracos, agresiones. |
| | ALTA | RIESGO MODERADO ERGONOMICO Posiciones sentadas MANIPULACIÓN DE MATERIALES CAÍDAS AL MISMO NIVEL SOBRESFUERZOS | RIESGO IMPORTANTE | RIESGO INTOLERABLE |

³⁰ Fuente: Libro “Prevención de Riesgo Laborales.”

ANEXO D

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN ANUAL

| PLAN DE CAPACITACION ANUAL (ABRIL 2012- ABRIL 2013) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----------------------|--|----|-----------|
| No | TEMAS | FECHA | OBJETIVO GENERAL | abr-12 | may-12 | jun-12 | jul-12 | ago-12 | sep-12 | oct-12 | nov-12 | dic-12 | ene-13 | feb-13 | mar-13 | abr-13 | HORAS | FACILITADORES | PARTICIPANTES | N' | INVERSIÓN |
| 1 | Normativas legales vigentes y la importancia de la SST. | 04/04/2012 | Concientizar al personal de la importancia de las normativas legales vigentes y de la SST. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 2 | Bioseguridad y Manejo de desechos: Generalidades. | 04/04/2012 | Dar a conocer la importancia de Bioseguridad y Manejo de desechos. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Personal de Servicios Varios- Aux de Enfermería. | 20 | 150 |
| 3 | Equipos de Protección Personal | 11/04/2012 | Importancia del equipos de Protección Personal y su adecuado uso. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Personal de Servicios varios- Mantenimiento. Jefe de Enfermería. | 18 | 150 |
| 4 | Reporte de incidentes y accidentes. | 11/04/2012 | Conocer y concientizar el uso de los reportes de incidentes y accidentes como medidas proactivas de prevención | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Miembros de la USEHIT - Lic de Enfermería | 15 | 150 |
| 5 | 5 s | 10/05/2012 | Conocer las 5 s y sus aplicaciones. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Ing. Cristian Arias. | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 6 | Lavado de Manos | 17/05/2012 | Conocer la correcta forma y la importancia de uno de los principios básicos de la bioseguridad como es el Lavado de Manos | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Personal de Servicios Varios- Aux de Enfermería. | 23 | 150 |
| 7 | Plan de Acción frente a Terremotos. | 11/06/2012 | Saber actuar y reaccionar frente a un desastre natural: terremotos. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Cuerpo de Bomberos | Personal de Servicios varios- Mantenimiento. Jefe de Enfermería. | 25 | 150 |
| 8 | Ejercicios para evitar enfermedades disergonómicas. | 18/06/2012 | Identificar las maneras de evitar las enfermedades disergonómicas. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Miembros de la USEHIT - Lic. de Enfermería | 12 | 150 |
| 9 | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | 05/07/2012 | Dar a conocer la importancia de las Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Nuevos Residentes- Aux Enfermería | 8 | 150 |
| 10 | Manejo de Desecho: Segregación en la Fuente | 12/07/2012 | Dar a conocer la importancia de Manejo de Desecho: Segregación en la Fuente | | | | | | | | | | | | | | 1H | Equipo auditor | Nuevos Residentes- Aux Enfermería | 8 | 150 |
| 11 | Plan de Contingencia: Incendios | 20/08/2012 | Saber actuar y reaccionar mediante un Plan de Contingencia: Incendios | | | | | | | | | | | | | | 1H | Cuerpo de Bomberos | Personal de Servicios Varios- Aux de Enfermería. | 20 | 150 |
| 12 | Equipos de Protección Personal | 27/08/2012 | Importancia del Equipos de Protección Personal | | | | | | | | | | | | | | 1H | Ing. Mecánico | Personal de Servicios varios- Mantenimiento. Jefe de Enfermería. | 25 | 150 |

| No | TEMAS | FECHA | OBJETIVO GENERAL | abr-12 | may-12 | jun-12 | jul-12 | ago-12 | sep-12 | oct-12 | nov-12 | dic-12 | ene-13 | feb-13 | mar-13 | abr-13 | HORAS | FACILITADORES | PARTICIPANTES | N° | INVERSIÓN |
|----|---|------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---------------|--|----|-----------|
| 13 | Reciclaje | 12/09/2012 | Dar a conocer los beneficios del Reciclaje | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT - Lic. de Enfermería | 12 | 150 |
| 14 | Uso y la importancia de extintores | 19/09/2012 | Formar al personal en el Uso y la Importancia de extintores | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 15 | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | 13/10/2012 | Dar a conocer la importancia de las Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Nuevos Residentes- Aux Enfermería | 8 | 150 |
| 16 | Diagnostico Situacional de Peligros y Riesgos existentes. | 05/11/2012 | Capacitar al personal en el manejo de la herramientas de | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Personal de Servicios varios- | 10 | 150 |
| 17 | Infecciones Intrahospitalarias | 12/11/2012 | Saber prevenir, proteger y promover las acciones frente a infecciones o enfermedades intrahospitalarias. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT - Lic. de Enfermería | 12 | 150 |
| 18 | Normativas legales vigentes y la importancia de la SST. | 19/12/2012 | Concientizar al personal de la importancia de las normativas legales vigentes y de la SST. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 19 | Señalética, Formas de Evacuación en caso de Desastres Naturales | 15/01/2013 | conocer e identificar las Señaléticas, y Formas de Evacuación en caso de Desastres Naturales. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 20 | Equipos de Protección Personal | 05/02/2013 | Importancia del Equipos de Protección Personal | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Personal de Servicios Varios- Aux de Enfermería. Nuevos Residentes | 25 | 150 |
| 21 | Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | 16/02/2013 | Dar a conocer la importancia de las Normas de Bioseguridad para los nuevos Residentes. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Personal de Servicios varios- Mantenimiento. Jefe de Enfermería. Nuevos Residentes | 25 | 150 |
| 22 | Accidentes Laborales Vs Enfermedades Laborales | 19/03/2013 | Determinar y prevenir accidentes y/o enfermedades laborales | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT - Lic. de Enfermería | 13 | 150 |
| 23 | Reporte de incidentes y accidentes. | 17/04/2013 | Reporte de incidentes y accidentes. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Miembros de la USEHIT | 7 | 150 |
| 24 | Correcto manejo de desechos Hospitalarios. | 24/04/2013 | Correcto manejo de desechos Hospitalarios. | | | | | | | | | | | | | | 1H | USEHIT | Personal de Servicios Varios- Aux de Enfermería. | 17 | 150 |

**MATERIAL DE CAPACITACIÓN Y GUÍA DE ESTUDIO.
CAPACITACIÓN #1
SOCIALIZACIÓN DE LAS NORMATIVA LEGALES VIGENTES Y LA
IMPORTANCIA DE SSO EN LA MATERNIDAD**

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

SOCIALIZACIÓN DE LAS NORMATIVAS LEGALES VIGENTES Y LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.



EXPOSITORES:
•Luisa Bravo Rodriguez
•Mariano Flores Ochoa
•Ronny David Mendoza

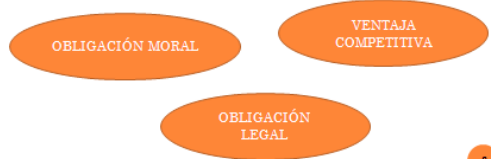
**“Mirar es una cosa.
Ver lo que se está mirando es otra.
Entender lo que se ve. Aún otra.
Llegar a aprender de lo que se entiende, es algo más.
PERO LLEGAR A ACTUAR EN BASE A LO QUE SE
HA APRENDIDO ES TODO LO QUE REALMENTE
IMPORTA.”**

WINSTON CHURCHILL



PARA QUE DISEÑAR UN CONTROL OPERACIONAL EN SSO EN LA MATERNIDAD?

- Mejorar el bienestar de los trabajadores
- Fomentar una cultura en prevención de riesgos .
- Reducir en un 50% los gastos optimizando procesos.



OBLIGACIÓN MORAL

“La primera riqueza es la SALUD”
Emerson, Ralph Waldo.

La administración de la Maternidad

Está en la obligación moral de cuidar la salud y ambiente de trabajo de sus empleados y por consiguiente de su familia, y entorno.

Y los trabajadores están con la obligación moral de cumplir con las normas de bioseguridad.

La salud es un bienestar biopsico-social, no sólo la ausencia de enfermedades.

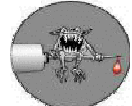
CULTURA DE PREVENCIÓN

El control operacional inicia desde la identificación de peligros.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Evaluación de Riesgos:

- Riesgos inherentes
- Riesgos agregados

CULTURA DE PREVENCIÓN

1 Muerte
10 Lesiones graves
30 Lesiones menores
600 Incidentes sin lesión



Pirámide de Bird

CULTURA DE PREVENCIÓN

Valoración de los Riesgos.
Darle el adecuado valor del Riesgo.



7


PREVENCIÓN SOBRE PROTECCIÓN

8

JERARQUÍA DE ACCIONAR

- Al establecer los controles o considerar cambios en los controles existentes se debe considerar la reducción de los riesgos de acuerdo con la siguiente jerarquía:

1.-ELIMINACIÓN




Eliminar un riesgo concreto es el método más eficaz de combatirlo.

9

JERARQUÍA DE ACCIONAR

2.- SUSTITUCIÓN



10

JERARQUÍA DE ACCIONAR


3.- CONTROLES DE INGENIERÍA



11

JERARQUÍA DE ACCIONAR

4.- SEÑALIZACIÓN/ADVERTENCIAS Y/O CONTROLES ADMINISTRATIVOS



12

JERARQUÍA DE ACCIONAR

5.- EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.



13

OBLIGACIÓN LEGAL



14

OBLIGACIÓN LEGAL

REGLAMENTO INSTRUMENTO ANDINO RESOLUCIÓN 957

Todos los Países miembros desarrollaran los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajos, comprometiéndose en adoptar las medidas necesarias de prevención y protección frente a los riesgos del trabajo.

CONSTITUCIÓN ECUATORIANA.

Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar.

15

OBLIGACIÓN LEGAL

CÓDIGO DE TRABAJO

Los riesgos provenientes del trabajo son de cargo del empleador y cuando a consecuencia de ellos, el trabajador sufre daño personal, estará en la obligación de indemnizarle de acuerdo con las disposiciones de este Código, siempre que tal beneficio no le sea concedido por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad y Social.

DECRETO EJECUTIVO 2393

Tiene como objetivo la prevención, y control de los riesgos del trabajo y el mejoramiento del medio ambiente, mediante el estudio y cumplimiento de condiciones legales necesarias para garantizar la estabilidad ocupacional.

16

SART

“Sistema de Auditoria de riesgos en el trabajo”

Todos los empleadores y trabajadores sujetos al régimen del Seguro Social están en la obligación de cumplir con cada uno de los requisitos técnicos legales que establece SART acorde al giro del negocio.



Continuara.. 17

Graduados de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA

Tú puedes hacer mucho por evitar los accidentes



18

Graduados de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

CAPACITACIÓN #2

ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS.

BIOSEGURIDAD

EXPOSITORES:

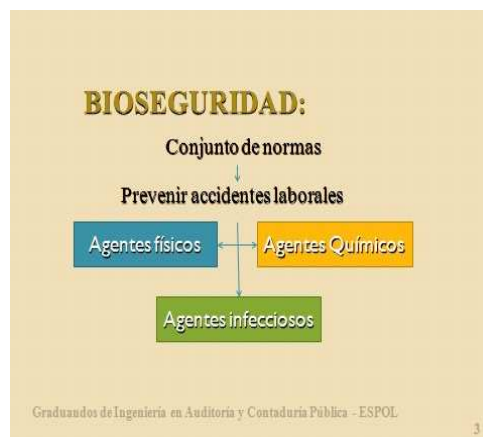
- LUISA BRAVO RODRÍGUEZ
- MARIO FLORES OCHOA
- RONNY DAVID MENDOZA

PEQUEÑOS CAMBIOS ...

HACEN GRANDES
DIFERENCIA ...

Graduados de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

2



PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

✓ **UNIVERSALIDAD**
Seguir normas en todos los procedimientos y con todos los pacientes, usuarios y familiares.

✓ **USO DE BARRERAS**
Evitar exposición directa a sangre, fluidos orgánicos y a agentes físicos y químicos utilizando materiales adecuados que se interpongan al contacto con los mismos.

✓ **USO DE RECIPIENTES DE ELIMINACION DE MATERIAL CONTAMINADO**

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

PRECAUCIONES UNIVERSALES

Minimizan la transmisión de agentes infecciosos (VIH, VHB, VHC)

La sangre y fluidos corporales provenientes de cualquier persona, son la principal vía de contagio

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

PRECAUCIONES UNIVERSALES

- Lavado de manos
- Uso de guantes
- Uso de tapabocas y protección ocular
- Uso de ropa adecuada para procedimientos y sólo en área de trabajo
- **NUNCA** reencapuchar agujas usadas
- Usar recipientes para desechos cortopunzantes y mat. contaminado
- Manejo adecuado de desechos



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

¿Desechos Hospitalarios?

TODO RESIDUO LÍQUIDO O SÓLIDO PROCEDENTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRODUCIDO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

Clasificación de los desechos en Ecuador

COMUNES: papel, cartón, plásticos, alimentos no contaminados ...

INFECCIOSOS: Procedentes de las áreas donde se atienden pacientes: sangre y derivados, agujas, jeringuillas, restos de Muestras del laboratorio, vendajes y gasas, sondas ...

ESPECIALES: Residuos químicos diversos, radioactivos, farmacológicos, ...

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

DESECHOS INFECCIOSOS

Proceden de la prestación de servicios asistenciales y se generan principalmente en consultorios, quirófanos, terapia intensiva, salas de curación, emergencia, laboratorio, salas de hospitalización.

- CORTOPUNZANTES
- BIOSANITARIOS
- ORGANICOS



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL




DESECHOS CORTOPUNZANTES

Agujas, jeringuillas, hojas de bisturí, ampollas, láminas de laboratorio, catéteres, cristales rotos, agujas de los hilos de suturas, agujas de punción lumbar...

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

17



Fluidos, amputaciones, placentas, excretas, vísceras, ...



DESECHOS ORGANICOS

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

18



¿QUÉ OPINAN?



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

22



Gestión de desechos

Definición

- ✓ Segregación,
- ✓ Tratamiento,
- ✓ Transporte,
- ✓ Almacenamiento
- ✓ Evacuación de los residuos.

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

23

ETAPAS en la gestión de desechos

SEGREGACIÓN: Separación de los desechos en sus diferentes categorías. Se realiza allí donde se generan. Desde la fuente.

ALMACENAMIENTO: Ubicación de los desechos, bajo control, en un lugar adecuado que asegure el aislamiento, la protección ambiental y la protección sanitaria.

TRATAMIENTO: Método o proceso para cambiar las características biológicas, químicas o físicas.

ELIMINACIÓN: Evacuación sin voluntad de recuperación.

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 25

Desechos comunes

Segregación y recogida

Tacho de plástico + tapadera + funda negra



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 26

Desechos infecciosos

Segregación y recogida de desechos ORGÁNICOS Y BIOPELIGROSOS

Tacho rojo de plástico + tapadera + funda roja



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 27

Desechos infecciosos

Segregación y recogida de desechos CORTOPUNZANTES



- Usar las pomas de agua de un galón.
- Rellenarlas tan sólo hasta ¾.
- Rotular el envase avisando de su contenido peligroso.
- En el momento de ser desechado, rellenar con una mezcla de agua y cal y cerrar herméticamente.

Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 28

TRATAMIENTO



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 29

La recolección y transporte de los desechos a su almacenamiento temporal requiere:

- Recogida diaria, que evite que los desechos permanezcan por mucho tiempo donde se generan.
- Un circuito de transporte establecido que evite el tránsito de los desechos por áreas sensibles: cocinas, hospitalización, emergencias ...

Transporte de los desechos



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL 30

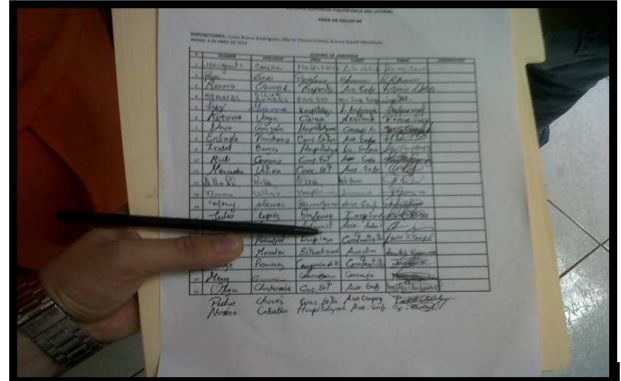


**¡¡¡GRACIAS A TODOS
POR SU ASISTENCIA Y COMPROMISO
A PARTIR DE HOY!!!**



Graduandos de Ingeniería en Auditoría y Contaduría Pública - ESPOL

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA EJECUCIÓN DE LAS CAPACITACIONES





HOJA DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

AREA DE SALUD #4

EXPOSITORES: Luisa Bravo Rodríguez; Mario Flores Ochoa; Ronny David Mendoza.
FECHA: 4 DE ABRIL DE 2012

| CONTROL DE ASISTENCIA | | | | | | |
|-----------------------|-----------|--------------|----------------|----------------|---------|-------------|
| # | NOMBRE | APELLIDOS | AREA | CARGO | FIRMA | OBSERVACIÓN |
| 1 | Margareta | Casche | HOSPITALIZ | Lic. de Enf. | [Firma] | 1, 2 |
| 2 | Rosa | Enzo | Durolano | Experiencia | [Firma] | 1, 2 |
| 3 | Rosario | Osovo L. | Prepato | Aux. Enf. | [Firma] | 1, 2 |
| 4 | STANZI | SILVA SUAREZ | PDRTO | tec. Sup. Eng. | [Firma] | 1, 2 |
| 5 | Luz | Quisara | Hospitaliz. | L. Bufencia | [Firma] | 1, 2 |
| 6 | Rotona | Vega | Cerna | Asistente | [Firma] | 1, 2 |
| 7 | Dora | Conzales | Hospitaliz. | Comarje A. | [Firma] | 1, 2 |
| 8 | Erinda | Ponchano | Cons. Ext | Aux. Enfer. | [Firma] | 1, 2 |
| 9 | Isabel | Bayas | Hospitaliz. | Lic. Enferm. | [Firma] | 1, 2 |
| 10 | Rub | Cerrano | Cons. Ext | Aux. Enfer. | [Firma] | 1, 2 |
| 11 | Mercedes | Ust. da | Cons. Ext | Aux. Enfer. | [Firma] | 1, 2 |
| 12 | María | Rodriguez | Quisara | Med. Asis. | [Firma] | 1, 2 |
| 13 | Norma | Vellio | Hospitaliz. | Licenciada | [Firma] | 1, 2 |
| 14 | Merly | Alevar | Durolano | Aux. Enf. | [Firma] | 1, 2 |
| 15 | Luis | Lopez | Endeme | Insp. Son. | [Firma] | 1, 2 |
| 16 | Edwin | Jimenez | Adminst | AUX-Adm | [Firma] | 1, 2 |
| 17 | Lore | Penalval | Empiezo | Contratista | [Firma] | 1, 2 |
| 18 | Roxana | Alvares | Estadística | Aux. Son. | [Firma] | 1, 2 |
| 19 | Luige | Romero | Compañía de V. | Contratista | [Firma] | 1, 2 |
| 20 | Stey | Guerrero | Quisara | Comarje | [Firma] | 1, 2 |
| 21 | Olga | Chichonía | Cons. Ext | Aux. Emb. | [Firma] | 1, 2 |
| | Pedro | Chiriz | Cons. Ext | Aux. Umpiz | [Firma] | 1, 2 |
| | Norma | Ceballos | Hospitaliz. | Aux. Emb. | [Firma] | 1, 2 |
| | Cesar | Cuallo | Quisara | Comarje | [Firma] | 1, 2 |
| | Reinaldo | Rodriguez | Cons. Ext. | Umpiz | [Firma] | 1, 2 |
| | Joao | Reyes | USIN | Comarje | [Firma] | 1, 2 |
| | Israel | Guerrero | Cons. Ext. | Umpiz | [Firma] | 1, 2 |

ANEXO E SEÑALIZACIONES DE SEGURIDAD



ANEXO F

Procedimiento para la Identificación y Evaluación de Factores de Riesgos Laborales en la Maternidad.

