

PLAN ANUAL DE ESTUDIOS - PAE 2005
DIRECCION SECTOR RECURSOS NATURALES Y MEDIO AMBIENTE
SUBDIRECCION DE ANALISIS SECTORIAL

NOMBRE DEL PRODUCTO: EVALUACIÓN DEL MANEJO INTEGRAL DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN IPS PRIVADAS EN EL DISTRITO CAPITAL

TIPO DE PRODUCTO: ESTRUCTURAL

PERIODO DE ESTUDIO: 2004

RESPONSABLE: JUBER MARTINEZ HERNANDEZ

ELABORADO POR:

SUBDIRECTOR TÉCNICO DE ANALISIS SECTORIAL SECTOR RECURSOS NATURALES Y MEDIO AMBIENTE <hr/> CARGO	JUBER MARTINEZ HERNANDEZ <hr/> NOMBRE	<hr/> FIRMA
--	--	--------------------

SUBDIRECTOR TÉCNICO DE ANALISIS SECTORIAL SECTOR SALUD Y BIENESTRA SOCIAL <hr/> CARGO	CARMEN SOFIA PRIETO DUEÑAS <hr/> NOMBRE	<hr/> FIRMA
---	--	--------------------

SUBDIRECTOR TECNICO DE ANALISIS SECTORIAL SECTOR SERVICIOS PUBLICOS <hr/> CARGO	JAIME OTONIEL HERNÁNDEZ P <hr/> NOMBRE	<hr/> FIRMA
---	---	--------------------

REVISADO Y APROBADO POR:

DIRECTOR TÉCNICO DEL SECTOR RECURSOS NATURALES Y MEDIO AMBIENTE <hr/> CARGO	JOSE CORREDOR SÁNCHEZ <hr/> NOMBRE	<hr/> FIRMA
--	---	--------------------

FECHA DE ELABORACION: DIA: 26 MES: 09 AÑO: 2005

FECHA DE APROBACION: DIA: 28 MES: 09 AÑO: 2005

NÚMERO DE FOLIOS: 43

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	
1. ANTECEDENTES	4
1.1. Definición de residuos hospitalarios y similares	4
1.2. Clasificación de los residuos hospitalarios y similares	4
1.3. Enfermedades asociadas al inadecuado manejo residuos hospitalarios y similares	7
1.4. Sistema de gestión integral para el manejo de residuos hospitalarios y similares	8
1.5. Plan maestro para el manejo integral de residuos hospitalarios y similares	8
1.6. Gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia- GIRH	10
2. EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE GESTION INTEGRA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	14
2.1. Componente interno	
2.1.1. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Santa fe de Bogotá	17
2.1.2. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Reina Sofía	18
2.1.3. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Abood Shaio	19
2.1.4. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Marly	20
2.1.5. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios del Hospital Universitario San Ignacio	21
2.1.6. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios del Hospital Universitario San Ignacio	22
2.1.7. Evaluación de los indicadores diligenciados por las IPS	23
2.2. Componente externo	24
2.3. Calificación	
3. EVALUACIÓN DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES.	25
3.1. Secretaria Distrital de Salud	25
3.2. Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos	31
3.3. Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente	32
CONCLUSIONES	

INTRODUCCIÓN

Dentro de la Política de residuos Sólidos propuesta por el Gobierno Nacional, el manejo integral de los residuos hospitalarios se ha constituido en una de las prioridades del Programa de Calidad de Vida Urbana, es por ello que se adoptó mediante la resolución 1164 de 2002 el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia- MPGIRH, el cual se ajustó a las condiciones reales del sistema de salud de nuestro país, a partir de su aplicación y retroalimentación en proyectos piloto de gestión interna, constituyéndose en el soporte técnico para el cabal desarrollo de los lineamientos y obligaciones establecidas en Decreto 2676 de 2000.

El Objetivo de la Política es prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios, para ello se busca desarrollar Planes de Acción Sectorial para minimizar los factores de riesgo a la salud de nuestros habitantes. Actualmente un porcentaje significativo de los residuos generados en los servicios de salud y similares, especialmente en las salas de atención de enfermedades infectocontagiosas, salas de emergencia, laboratorios clínicos, bancos de sangre, salas de maternidad, cirugía, morgues, radiología, entre otros, son peligrosos por su carácter infeccioso, reactivo, radiactivo inflamable. De acuerdo con los estudios realizados, 40% aproximadamente presenta características infecciosas pero debido a su inadecuado manejo, el 60% restante se contamina, incrementando los costos de tratamiento, los impactos y los riesgos sanitarios y ambientales.

Tan solo en Bogotá se generan aproximadamente 5.500 toneladas por año de residuos hospitalarios y similares, que siendo estos, agentes causantes de enfermedades virales como hepatitis B o C, entre otras, generan riesgo para los trabajadores de la salud y para quienes manejan los residuos dentro y fuera del establecimiento del generador. En virtud de lo anterior, la Contraloría de Bogotá propuso la Elaboración del estudio estructural “Evaluación del manejo integral de los residuos hospitalarios en IPS privadas en el Distrito Capital”.

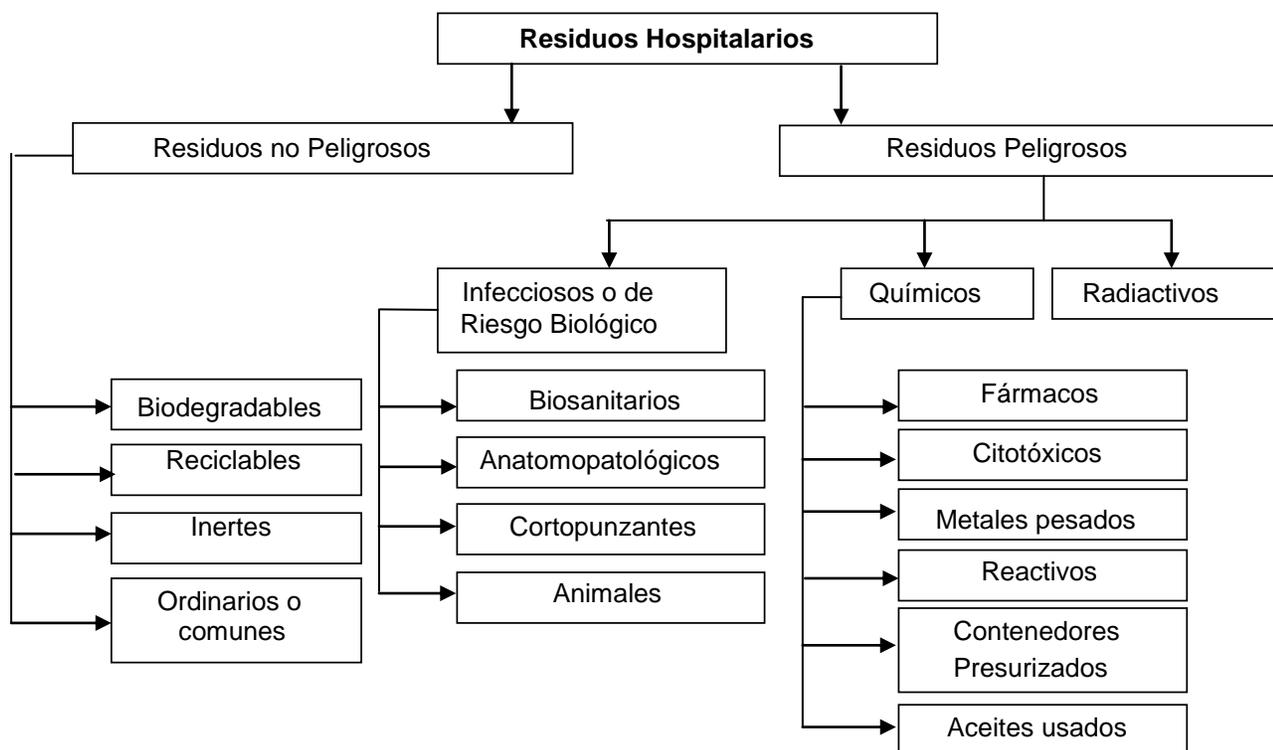
Este estudio pretende evaluar la gestión adelantada por las autoridades ambientales y sanitarias en la implementación de la norma a partir del conocimiento de los procedimientos técnicos y de gestión para el diseño y puesta en marcha de los planes de gestión interna y externa en el manejo de residuos hospitalarios.

1. ANTECEDENTES

1.1. DEFINICIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

El Decreto 2676 de 2000 establece que residuos hospitalarios y similares son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por una persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres; los bioterios y laboratorios de biotecnología; los cementerios, morgues, funerarias y hornos crematorios; los consultorios, clínicas, farmacias, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis y zoológicos.

1.2. CLASIFICACION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES



1.2.1. RESIDUOS NO PELIGROSOS

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

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

- **Biodegradables**

Son aquellos restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente. En estos restos se encuentran los vegetales, residuos alimenticios no infectados, papel higiénico, papeles no aptos para reciclaje, jabones y detergentes biodegradables, madera y otros residuos que puedan ser transformados fácilmente en materia orgánica.

- **Reciclables**

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

- **Inertes**

Son aquellos que no se descomponen ni se transforman en materia prima y su degradación natural requiere grandes períodos de tiempo. Entre estos se encuentran: el icopor, algunos tipos de papel como el papel carbón y algunos plásticos.

- **Ordinarios o comunes**

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

1.2.2. RESIDUOS PELIGROSOS

Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos; los cuales pueden causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente. Así mismo se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos. Estos residuos se clasifican en:

1.2.2.1. Residuos Infecciosos o de Riesgo Biológico

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

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

Los residuos infecciosos o de riesgo biológico se clasifican en:

- **Biosanitarios**

Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, material de laboratorio como tubos capilares y de ensayo, medios de cultivo, láminas porta objetos y cubre objetos, laminillas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, toallas higiénicas, pañales o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca para los fines previstos en el presente numeral.

- **Anatomopatológicos**

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

- **Cortopunzantes**

Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden dar o rigen a un accidente percutáneo infeccioso. Dentro de estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampollitas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, y cualquier otro elemento que por sus características cortopunzantes pueda lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso.

- **De animales**

Son aquellos provenientes de animales de experimentación, inoculados con microorganismos patógenos y/o los provenientes de animales portadores de enfermedades infectocontagiosas.

1.2.2.2. Residuos Químicos

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

- **Fármacos parcialmente consumidos, vencidos y/o deteriorados**

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

Los residuos de fármacos, ya sean de bajo, mediano o alto riesgo, de acuerdo con la clasificación, pueden ser tratados por medio de la incineración dada su efectividad y seguridad sin embargo en el citado anexo se consideran viables otras alternativas de tratamiento y disposición final.

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

- **Residuos de Citotóxicos**

Son los excedentes de fármacos provenientes de tratamientos oncológicos y elementos utilizados en su aplicación tales como: jeringas, guantes, frascos, batas, bolsas de papel absorbente y demás material usado en la aplicación del fármaco.

- **Metales Pesados**

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

- **Reactivos**

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

- **Contenedores Presurizados**

Son los empaques presurizados de gases anestésicos, medicamentos, óxidos de etileno y otros que tengan esta presentación, llenos o vacíos.

- **Aceites usados**

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

1.2.2.3. Residuos Radiactivos

Son sustancias emisoras de energía predecible y continua en forma alfa, beta o de fotones, cuya interacción con materia puede dar lugar a rayos X y neutrones.

Debe entenderse que estos residuos contienen o están contaminados por radionúclidos en concentraciones o actividades superiores a los niveles de exención establecidos por la autoridad competente para el control del material radiactivo, y para los cuales no se prevé ningún uso.

Esos materiales se originan en el uso de fuentes radiactivas adscritas a una práctica y se retienen con la intención de restringir las tasas de emisión a la biosfera, independientemente de su estado físico.

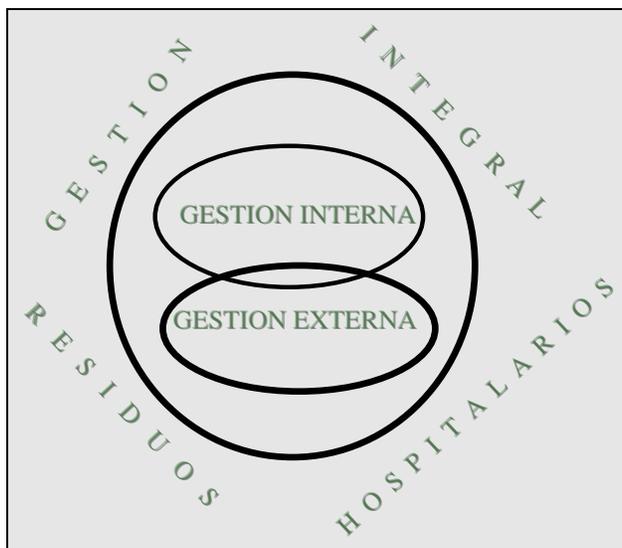
1.3. ENFERMEDADES ASOCIADAS AL INADECUADO MANEJO RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

A continuación se presentan algunas de las enfermedades asociadas al manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y similares, de forma simplificada y esquemática



1.4. SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL PARA EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

El Sistema de Gestión Integral para el manejo de residuos hospitalarios y similares, se entiende como el conjunto coordinado de personas, equipos, materiales, insumos, suministros, normatividad específica vigente, plan, programas, actividades y recursos económicos, los cuales permiten el manejo adecuado de los residuos por los generadores y prestadores del servicio de desactivación y público especial de aseo.



En el componente ambiental el Sistema de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, se integra al Sistema Nacional Ambiental.

El sistema involucra aspectos de planificación, diseño, ejecución, operación, mantenimiento, administración, vigilancia, control e información y se inicia con un diagnóstico situacional y un real compromiso de los generadores y prestadores de servicios.

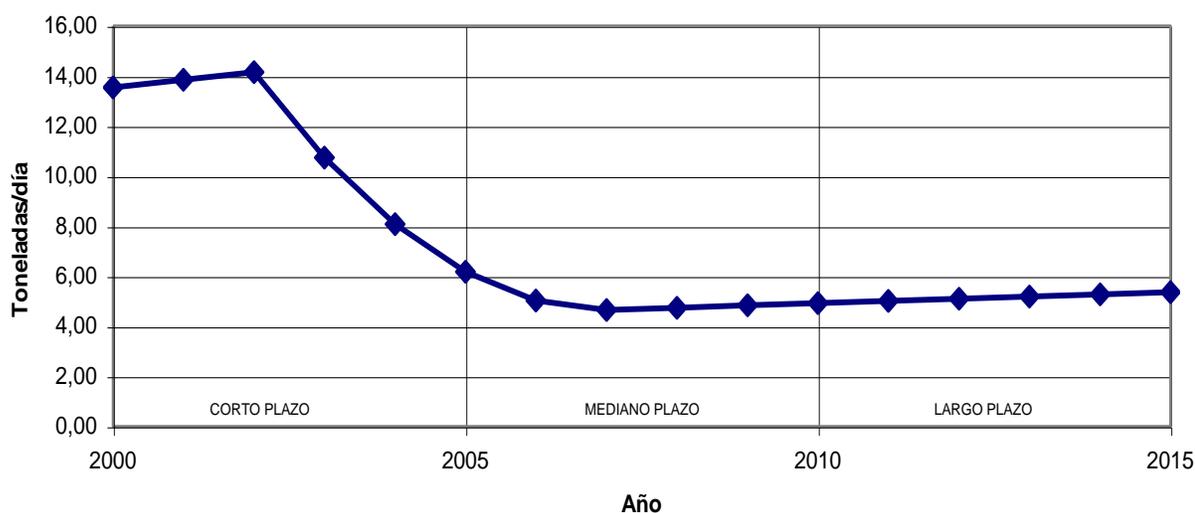
1.5. PLAN MAESTRO PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

El Plan Maestro para el Manejo Integral de los Residuos Sólidos en Bogotá se formuló con el objeto de dotar a la ciudad de una herramienta de planificación del sector a largo plazo, a través de la implementación de acciones inmediatas, a corto, mediano y largo plazo, de forma que se logre maestro un manejo integral y eficiente de los residuos sólidos en la ciudad.

Con respecto al manejo de residuos hospitalarios y similares el PMIRS establecía que en Bogotá, los residuos patógenos no son separados y se mezclan con los residuos ordinarios, prueba de ello es que para la época se producían en promedio 1,2 kg/cama/día de residuos patógenos, comparado con 0,2 a 0,3 kg/cama/día de residuos patógenos producidos por otras ciudades en el mundo.

En el mencionado estudio se proponía realizar una disminución significativa de los residuos patógenos, la reducción propuesta se observa en la siguiente figura. Y para ello se proponía capacitar intensivamente al personal en los hospitales, con el propósito de alcanzar un valor de 0,3 kg/cama/día en el mediano plazo.

Proyección de residuos patógenos



Para los residuos anatomopatológicos se contemplaba una producción de 0,03 kg/cama/día. Los residuos anatomopatológicos tienen un crecimiento lineal con la población de 280 kg/día en 2000 a 380 kg/día en 2015.

A partir de las anteriores consideraciones en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** siguiente se presenta las recomendaciones principales del PMIRS frente al manejo de los residuos hospitalarios.

Recomendaciones para residuos patógenos y anatomopatológicos

General

Acciones a corto plazo

- Definir adecuadamente residuos patógenos y anatomopatológicos, teniendo en cuenta los propósitos del Plan Maestro.
- Incluir en los pliegos de la licitación pública para la recolección de residuos ordinarios la obligación de los concesionarios seleccionados de conformar entre ellos la empresa de servicios públicos que se encargue de estas actividades, sin perjuicio de la libre competencia.

Reducción

Acciones a corto plazo

- Capacitar el personal de los hospitales y clínicas para una mejor separación de residuos patógenos.

Tratamiento y disposición final

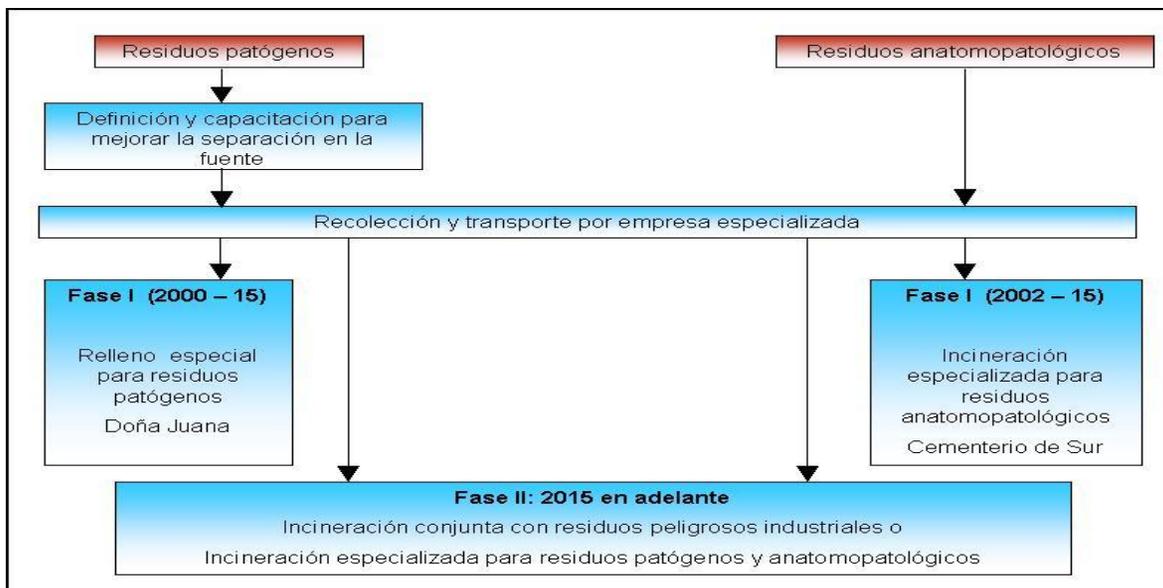
Acciones a corto plazo

- Disponer de la ruta sanitaria no solamente para residuos patógenos sino también para residuos anatomopatológicos.
- Construir una planta de incineración para los residuos anatomopatológicos en el cementerio sur.
- Continuar con la disposición de los residuos infecciosos en celdas especiales en el relleno sanitario Doña Juana.

Acciones a mediano y largo plazo

- Construir una planta de incineración central para los residuos patógenos y anatomopatológicos o incinerarlos en plantas de incineración junto con los residuos peligrosos.

Alternativa recomendada para residuos patógenos y anatomopatológicos



Es evidente que en Bogotá existen alternativas para el manejo integral de residuos hospitalarios y similares, como se evidencia en las recomendaciones propuestas por el PMIRS.

1.6. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES EN COLOMBIA- GIRH

La gestión integral de Residuos hospitalarios debe ser entendida como el manejo que implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con los residuos hospitalarios y similares, desde su generación hasta su disposición final. La gestión integral incluye los aspectos de generación, segregación,

movimiento interno, almacenamiento intermedio y/o central, desactivación, (gestión interna), recolección, transporte, tratamiento y/o disposición final (gestión externa).

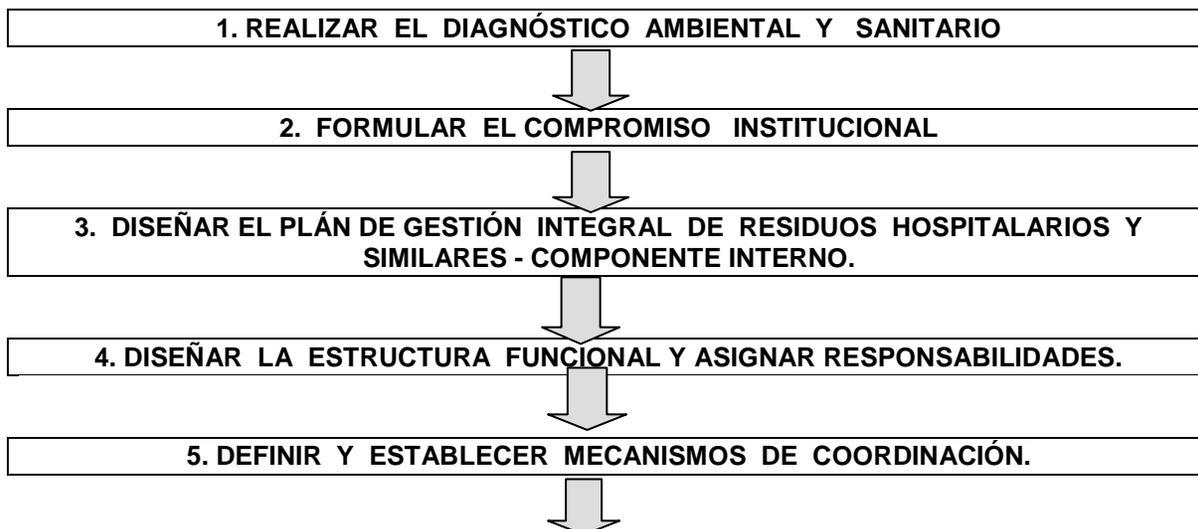
La gestión debe orientarse a minimizar la generación de residuos, mediante la utilización de insumos y procedimientos con menos aportes a la corriente de residuos y una adecuada segregación para minimizar la cantidad de residuos peligrosos. Adicional se realizará el aprovechamiento cuando sea técnica, ambiental y sanitariamente viable.

Este proceso debe ser responsabilidad de todas las personas naturales o jurídicas que en el desarrollo de sus actividades generen residuos hospitalarios y similares y a aquellas que realicen su manejo tratamiento y disposición final. Así mismo, la clasificación de estos desechos y la descripción detallada de los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de los planes de gestión interna y externa.

1.6.1. Componente de la gestión interna

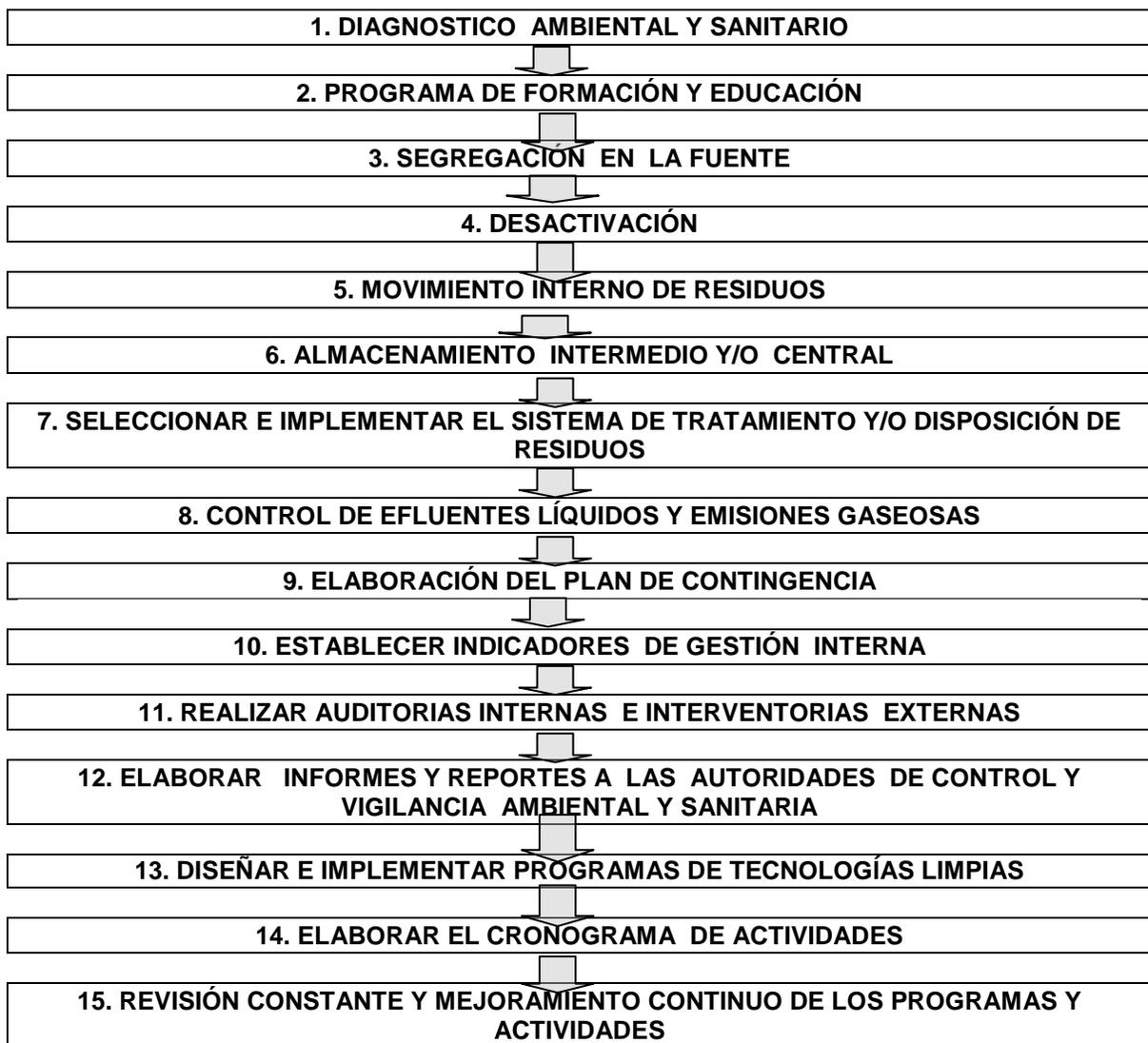
La gestión interna consiste en la planeación e implementación articulada de todas y cada una de las actividades realizadas en el interior de la entidad generadora de residuos hospitalarios y similares, entre las que se encuentran las de generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento y entrega de los residuos al prestador del servicio especial de aseo, sustentándose en criterios técnicos, económicos, sanitarios y ambientales; asignando recursos, responsabilidades y garantizando, mediante un programa de vigilancia y control el cumplimiento del Plan.

Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria cumplir las siguientes funciones:





El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios –componente interno-, debe contemplar además del compromiso institucional y la conformación del Grupo Administrativo, los siguientes programas y actividades:



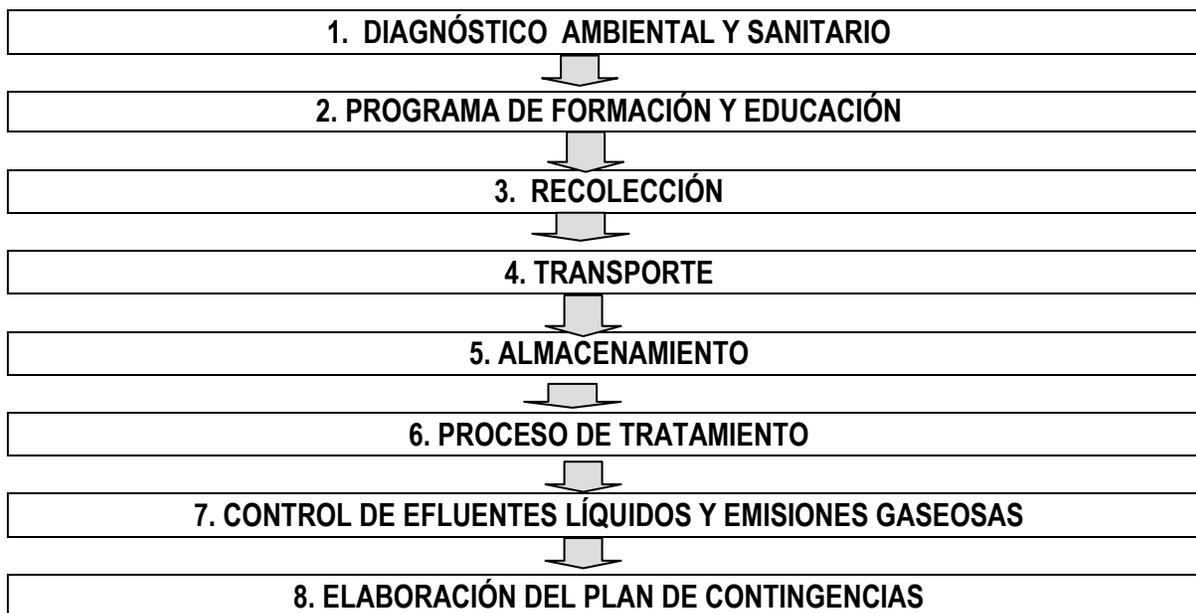
La presentación de informes a las autoridades ambientales y sanitarias, con sus correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con los contenidos de este documento, se debe hacer por parte de las IPS de tercer nivel cada seis meses, las IPS de segundo y primer nivel cada 12 meses, firmado por el representante legal, director o gerente. De igual forma los demás generadores de residuos hospitalarios y similares, presentarán su informe anualmente, ante las mismas autoridades. Los informes se constituyen en uno de los instrumentos para el control y vigilancia de la implementación del PGIRH.

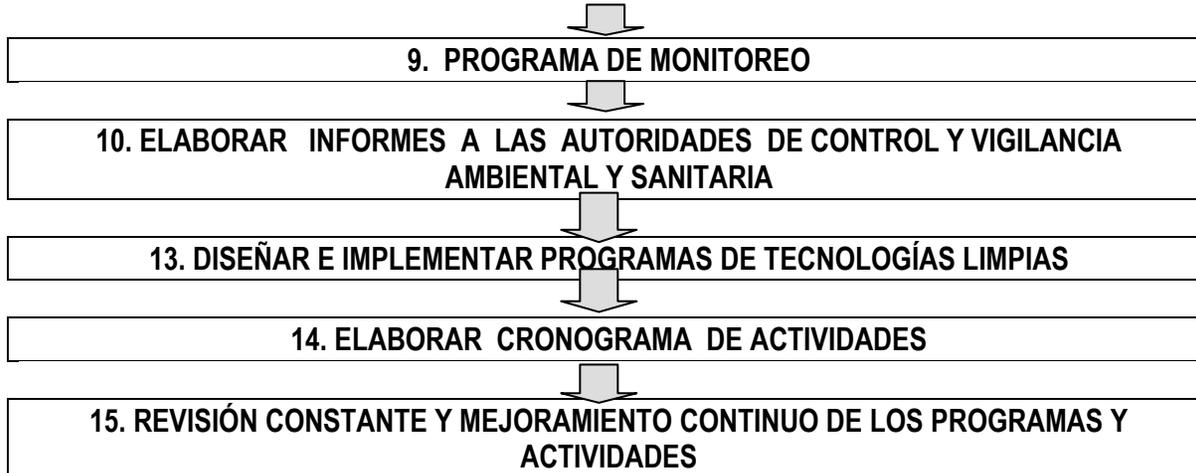
1.6.2. Componente de gestión externo

La gestión externa de residuos hospitalarios y similares es el conjunto de operaciones y actividades que se realizan por fuera del establecimiento del generador como la recolección, aprovechamiento, el tratamiento y/o la disposición final. No obstante lo anterior, el tratamiento será parte de la gestión interna cuando sea realizado en el establecimiento del generador.

Este proceso puede ser realizado por una empresa prestadora del servicio público especial y en cualquier caso, se deben cumplir las normas y procedimientos establecidos en la legislación ambiental y sanitaria vigente.

En relación con el Plan de Gestión Integral -componente externo-, debe contemplar además del compromiso institucional y la conformación del Grupo Administrativo, los siguientes programas y actividades:





La empresa prestadoras del servicio especial encargada de la gestión externa debe presentar informes cada seis meses ante las autoridades sanitaria y ambiental competentes, firmados por el representante legal, este informe debe incluir aspectos sanitarios y ambientales, con sus correspondientes indicadores; Estos informes se constituyen en uno de los instrumentos para el control y vigilancia de la implementación del PGIRH.

2. EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

2.1. Componente interno

La Contraloría de Bogotá, D.C. determino evaluar el grado de cumplimiento de las IPS privadas en la aplicabilidad del Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares Resolución 1164 de 2002. De las IPS inscritas en el sistema único de habilitación ante la Secretaria Distrital de Salud, se seleccionaron 6 (seis) entidades de acuerdo a los siguientes criterios:

- Nivel de Producción de Residuos, escogiendo aquellas que generen más de 25 kilogramos al día.
- Alto Nivel de Complejidad² de los servicios ofrecidos por las IPS seleccionadas.
- Capacidad instalada en camas y salas (quirófanos y partos).

Para efecto del estudio las IPS seleccionadas fueron:

² El nivel de complejidad esta asociado al tipo de servicio ofrecido y no a la institución como tal.

- Administradora Country S.A. -Clínica Country-
- Clínica Marly.
- Clínica Reina Sofía
- Hospital Universitario San Ignacio –H.U.S.I.-
- Fundación Abood Shaio
- Fundación Santa Fe de Bogotá -FSFB-

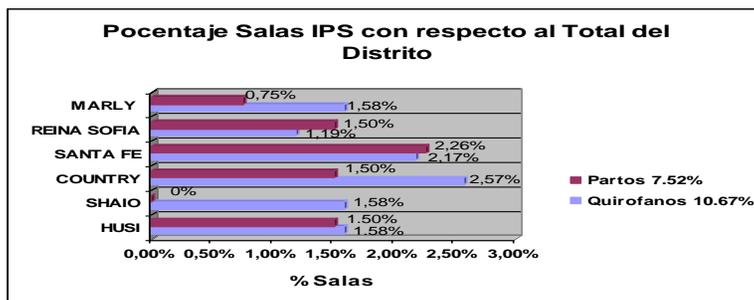
Nivel de Producción de Residuos: Con base en la información suministrada por Ecocapital, las IPS seleccionadas producen más del 20% de la producción total de los residuos Hospitalarios y similares. Como se evidencia en la siguiente tabla.

IPS	Residuos producidos Kgs/ Diciembre	Residuos producidos Kgs/ Noviembre	Residuos producidos Kgs/ Octubre	Residuos producidos Kgs/ Septiembre	Residuos producidos Kgs/ Agosto	Residuos producidos Kgs/ Julio
Clínica Country	7.168	6.587	6.686	6.815	6.656	6.938
Clínica Marly	4.261	3.751	3.738	3.651	3.312	3.558
Clínica Reina Sofía	6.197	6.976	7.656	7.157	7.473	7.751
Hospital Universitario San Ignacio	7.569	8.351	8.853	10.445	9.550	9.584
Fundación Abood Shaio	8.628	8.327	10.064	9.439	8.479	9.621
Fundación Santa Fe de Bogotá	11.222	12.929	12.803	12.881	13.067	10.863
Total Residuos Producidos	45.045	46.921	49.780	50.388	48.537	48.315
Porcentaje con relación A la producción total	(19,91%)	(20,46%)	(20,65%)	(21,55)	(20,38%)	(20,13%)

Alto Nivel de Complejidad: Las IPS seleccionadas fueron escogidas por el alto nivel de complejidad en cuanto a los servicios ofrecidos.

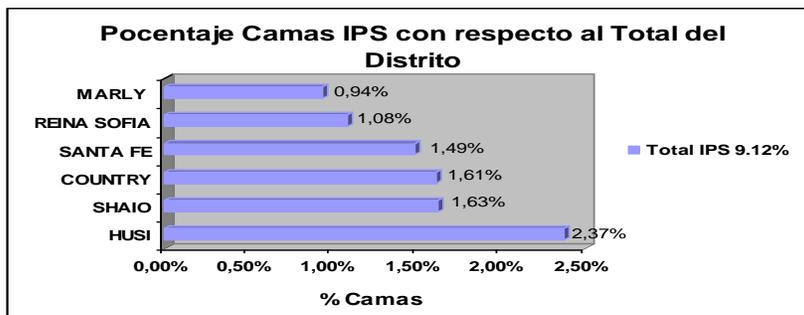
Capacidad instalada en camas y salas: Consultada la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud se encontró que las IPS seleccionadas aportan el (10.67%) de los quirófanos de la ciudad y el (7.51%) de las salas de partos.(grafica 1). En cuanto a la ocupación de camas estas instituciones proveen el (9.12%) del total de la oferta de la ciudad. Gráfica No. 2

Gráfica No. 1



Fuente: Base de datos SDS Marzo 2005.

Gráfica No. 2



Fuente: Base de datos SDS Marzo 2005.

Las Instituciones prestadoras del servicio de salud en desarrollo de las actividades producen residuos hospitalarios y similares, en virtud de lo anterior, estas IPS generan residuos peligrosos y no peligrosos según la complejidad de servicios prestados; por lo tanto, es obligación la elaborar su Plan de Gestión Integral de Residuos hospitalarios de acuerdo con los parámetros establecidos en el Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares, adoptado mediante Resolución 1164/02, con el objeto de estandarizar los procedimientos, procesos y actividades en el manejo de los residuos hospitalarios.

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

La Secretaria Distrital de Salud mediante la Circular No. 010 del 27 de junio 2003, solicito la presentación del PGIRH a todas las entidades generadoras de residuos hospitalarios, a marzo de 2005 de las 2544¹ IPS se habían radicado 817 PGIRH.

De acuerdo a las IPS privadas seleccionadas se evidenció lo siguiente son respecto a los PGIRH presentados ante la SDS:

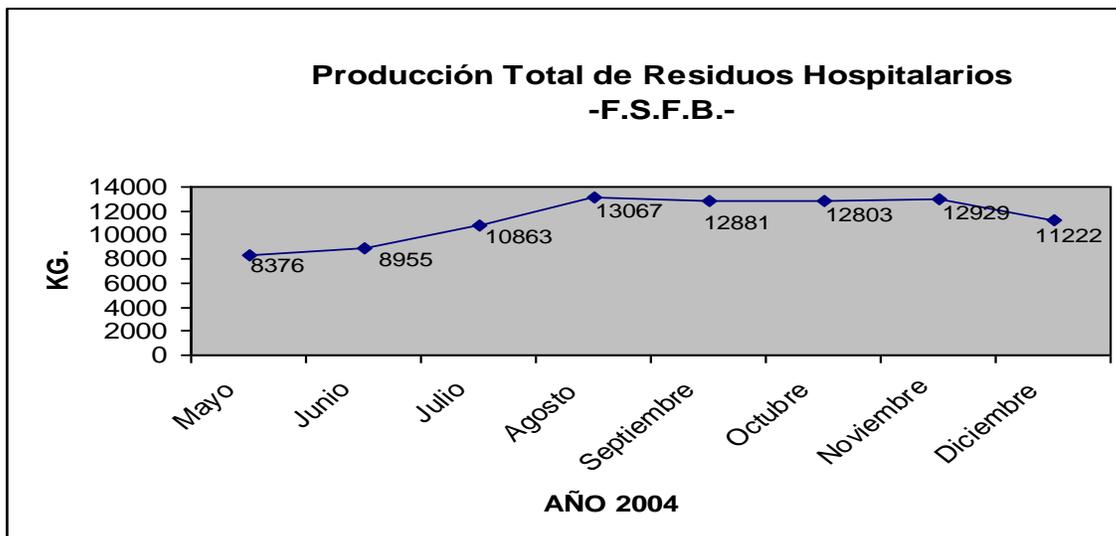
2.1.1. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Santa fe de Bogotá¹

Producción de Residuos

¹ Según información de la base de datos de la SDS a Marzo de 2005.

¹ Fuente: Carpeta Area de Vigilancia y Control de la Oferta- SDS

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Fundación Santa fe de Bogotá para el periodo de mayo a diciembre de 2004.



Fuente: ECOCAPITAL

En revisión realizada el día 8 de Marzo de 2005 por parte de la Contraloría de Bogotá al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Santa Fe de Bogotá y que se encuentra en la SDS se observó lo siguiente:

El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios no tiene Objetivos ni el alcance dentro de la organización, no presenta Diagnostico Ambiental y Sanitario por áreas y tipo de residuo y además carece de los siguientes componentes:

- Programa de limpieza y desinfección de recipientes, carros recolectores y depósito final.
- Programa de reciclaje.
- Actas de auditoria externa y aplicación de listas de chequeo de residuos hospitalarios.
- Protocolo de método y procedimiento para la inactivación de algunos residuos (Coágulos, Metales Pesados, Reactivos Químicos).
- El Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria propuesto no define sus integrantes.

En el siguiente tabla se resumen las observaciones encontradas al PGIRH de la fundación.

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
DIAGNOSTICO	No se realizó el diagnostico, no se conoce el estado real de la institución por tipo de residuo y área.
SEGREGACION EN LA FUENTE:	No se tiene claro las especificaciones de los recipientes reutilizables y las bolsas desechables.
DESACTIVACION	Se propone inactivar los residuos hospitalarios mediante el uso de germicidas. Pero no indica que tipo de residuos desactiva mediante este tipo de proceso.
MOVIMIENTO INTERNO	No referencia la frecuencia con que se realiza el

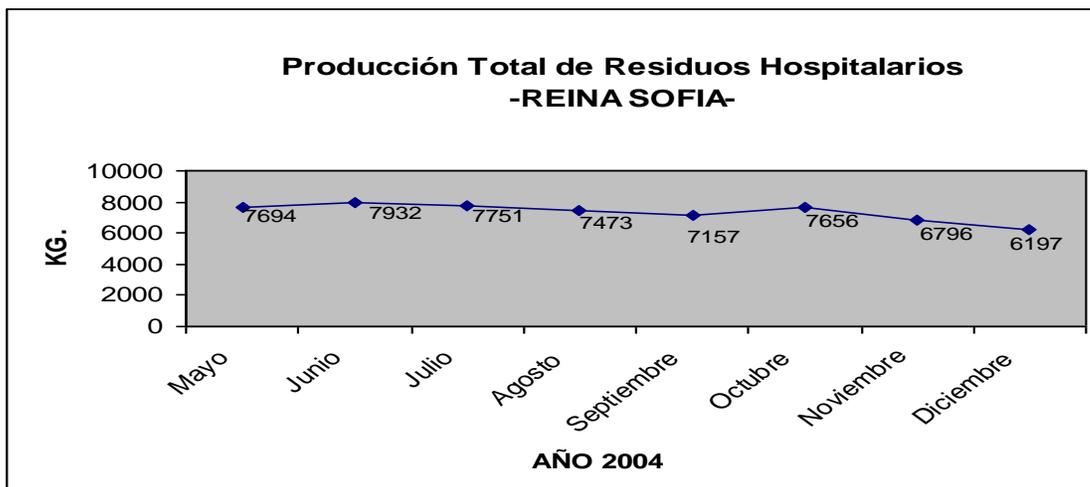
	recorrido, ni tampoco en que horarios se efectuara para cumplir con las especificaciones de la norma. No se establece los elementos necesarios para realizar el recorrido.
ALMACENAMIENTO	No determinan las áreas para almacenamiento temporal. No se hace claridad si el almacenamiento temporal es por piso o por área de servicio. Como tampoco se menciona si este almacenamiento será diferente del cuarto de aseo. No se referencia las especificaciones mínimas que deben tener el almacenamiento central y/o intermedio.
SELECCIONAR E IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE TRATAMIENTO Y/O DISPOSICION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	No se determina específicamente que tipo de tratamientos son utilizados en la institución para cada uno de los residuos que son generados en las diferentes áreas. No se presenta un listado de los residuos que genera la institución y la disposición final que se les da (Incineración, Celda de Seguridad Relleno Sanitario, Ordinarios Relleno Sanitario, Reciclaje).
MANEJO DE EFLUENTES LÍQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS	No especifica que tipo de efluentes líquidos y emisiones genera la institución por ende no estipula el manejo que se les va a dar.
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y PLAN DE CONTINGENCIA	No se propone el programa de Salud Ocupacional que permitirá proteger la salud del trabajador y prevenir riesgos que atenten contra su integridad. El plan de contingencia no tiene características específicas como las reservas que tiene para auto abastecerse en eventuales situaciones (agua, combustible, planta eléctrica, depósito para residuos hospitalarios).
MONITOREO AL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	Los indicadores que se proponen no son todos los que exige la norma. No se encontró ningún informe de indicadores que se haya remitido.
REALIZAR AUDITORÍAS E INTERVENTORÍAS AMBIENTALES Y SANITARIAS	No se proponen interventorias externas que permitan evaluar la correcta implementación de la GIRH.
PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS	Se proponen presentar cada 6 meses informes de seguimiento a la autoridad ambiental y sanitaria, pero esto no se cumple.
PRESUPUESTO	El Plan no incluye presupuesto.
CRONOGRAMA	En el Plan no incluye un cronograma de actividades.
GESTION EXTERNA	En el Plan no contempla la articulación y seguimiento de los RH generados con la Gestión Externa.

2.1.2. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Reina Sofia

Producción de Residuos

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Clínica Reina sofia para el periodo de mayo a diciembre de 2004.

En visita realizada por la Contraloría de Bogotá a la SDS el día 8 de Marzo de 2005 no se encuentro el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Reina sofia, lo que imposibilito realizar su evaluación.

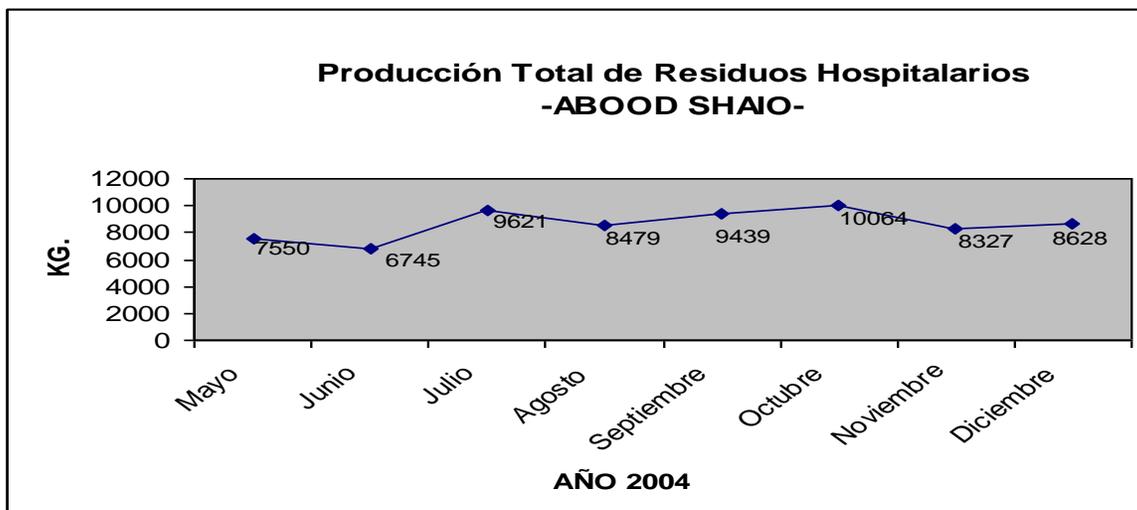


Fuente: ECOCAPITAL

2.1.3. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Abood Shaio

Producción de Residuos

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Fundación Abood Shaio para el periodo de mayo a diciembre de 2004.



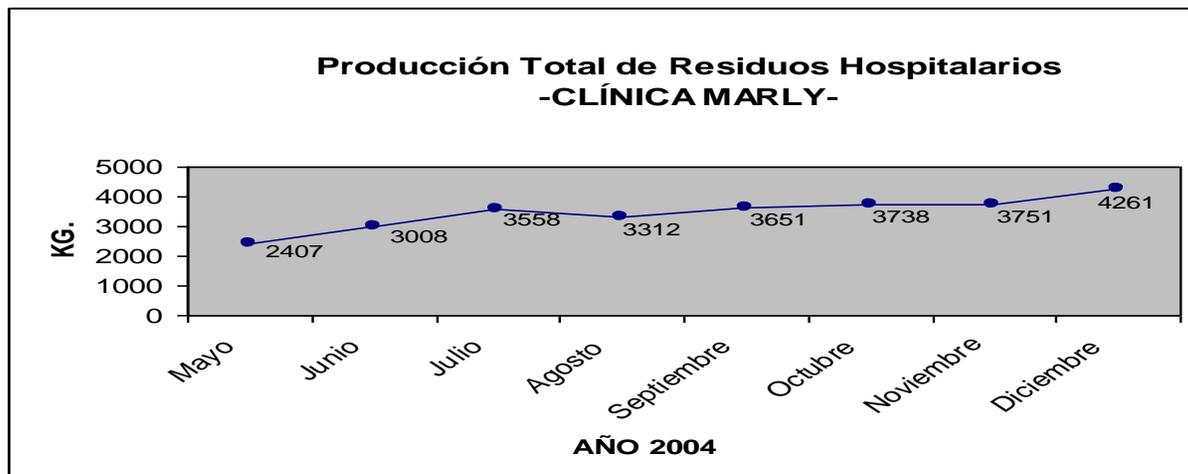
En visita realizada por la Contraloría de Bogotá el día 8 de Marzo de 2005 a la SDS, para revisar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Fundación Abood Shaio, en la siguiente tabla se resume las observaciones encontradas:

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
MANEJO DE EFLUENTES LÍQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS	No especifica que tipo de efluentes líquidos y emisiones genera la institución por ende no estipula el manejo que se les va a dar.
MONITOREO AL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	No especifica como se va a realizar el monitoreo, sólo toma este punto de la resolución 1164 y lo copia, sin embargo, adjunta el formato de diligenciamiento para el formulario RH1.
REALIZAR AUDITORÍAS E INTERVENTORÍAS AMBIENTALES Y SANITARIAS	No presenta propuesta de Auditoría o Interventoría externa que permita realizar una evaluación con el propósito de mejorar la GIRHS, tan solo se limitan a copiar lo que establece la resolución.
PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS	Se proponen presentar cada 6 meses informes de seguimiento a la autoridad ambiental y sanitaria, pero esto no se cumple.
PRESUPUESTO	El presupuesto que presenta el PGIRH es para el año 2003, no existe actualización.
CRONOGRAMA	El cronograma de actividades propuesto en el PGIRH es para el año 2003, no existe actualización.
GESTION EXTERNA	Realiza propuestas para la articulación y seguimiento de los RH generados con la Gestión Externa. Pero no tiene actualizado el plan para el actual operado –Ecocapital-.

2.1.4. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Marly

Producción de Residuos

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Clínica Marly para el periodo de mayo a diciembre de 2004.



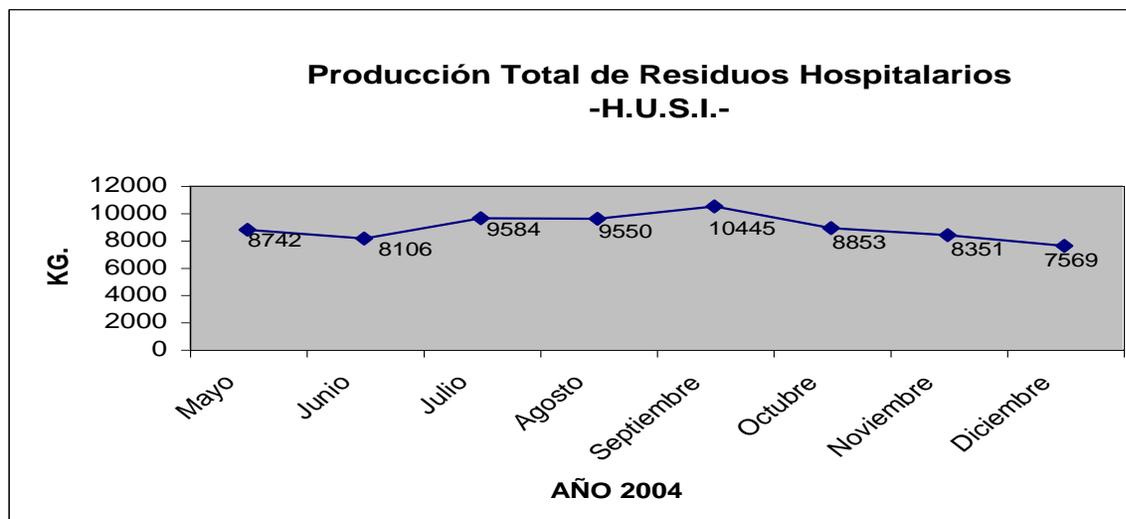
En visita realizada por la Contraloría de Bogotá el día 8 de Marzo de 2005 a la SDS, para revisar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Marly, este ente de control observó inconsistencias en la formulación las cuales se presentan en la siguiente:

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
ALMACENAMIENTO	No hay descripción de sitios de almacenamiento intermedio
MANEJO DE EFLUENTES LÍQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS	No especifica que tipo emisiones genera la institución por ende no estipula el manejo que se les va a dar.
PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS	Se proponen presentar cada 6 meses informes de seguimiento a la autoridad ambiental y sanitaria, pero esto no se cumple.
PRESUPUESTO	No presenta presupuesto para la implementación del PGIRH.
CRONOGRAMA	No presenta cronograma de las actividades propuesto en el PGIRH.
GESTION EXTERNA	Realiza propuestas para la articulación y seguimiento de los RH generados con la Gestión Externa. Pero no tiene actualizado el plan para el actual operado –Ecocapital-.

2.1.5. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios del Hospital Universitario San Ignacio

Producción de Residuos

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Hospital Universitario San Ignacio para el periodo de mayo a diciembre de 2004.



En visita realizada por la Contraloría de Bogotá el día 8 de Marzo de 2005 a la SDS, para revisar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Hospital Universitario San Ignacio, este ente de control observó que el H.U.S.I. ha sido la única IPS de las seleccionadas con política ambiental, lo que demuestra un compromiso de toda la organización. Igualmente establece como principios de su política ambiental (Compromiso Corporativo; Capacitación; Mejoramiento Continuo; Planificación Ambiental; Motivación; Integración; Monitoreo, Documentación y Comunicación.)

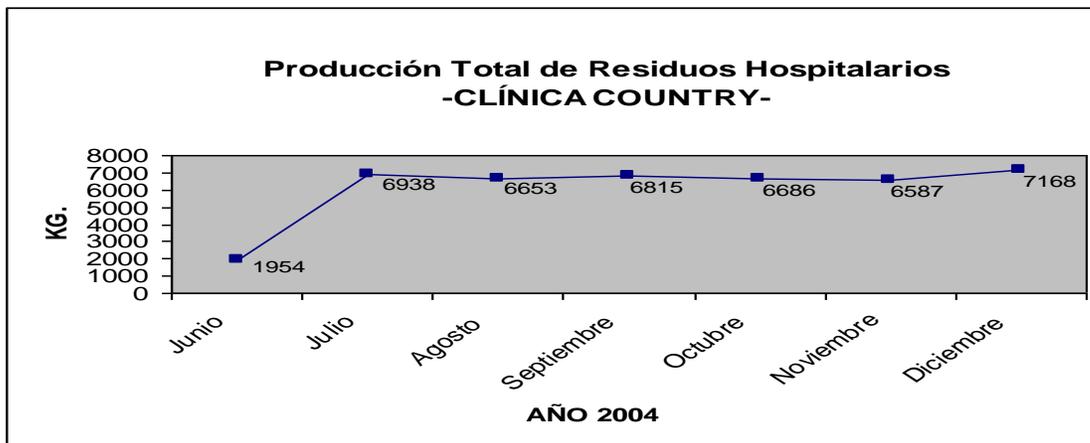
En la siguiente tabla se presenta las observaciones del PGIRH del HUSI.

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
PRESUPUESTO	No presenta presupuesto para la implementación del PGIRH.
CRONOGRAMA	No presenta cronograma de las actividades propuesto en el PGIRH.
GESTION EXTERNA	Realiza propuestas para la articulación y seguimiento de los RH generados con la Gestión Externa. Pero no tiene actualizado el plan para el actual operado –Eccapital-.

2.1.6. Evaluación del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica country

Producción de Residuos

En la siguiente gráfica se evidencia la producción de residuos hospitalarios de la Clínica country para el periodo de junio a diciembre de 2004.



En visita realizada por la Contraloría de Bogotá el día 8 de Marzo de 2005 a la SDS, para revisar el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Clínica Contry, este ente de control observó algunas falencias en el PGIRH los cuales se resumen en la siguiente tabla.

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL Y PLAN DE CONTINGENCIA	No se presenta un programa de salud ocupacional, simplemente menciona que las normas de protección de la salud pública y bioseguridad son de obligatorio cumplimiento y serán objeto de auditoria.
REALIZAR AUDITORÍAS E INTERVENTORÍAS AMBIENTALES Y SANITARIAS	No se presenta la forma como se va a realizar la auditoria o Interventoría, tan solo se presenta tal como esta en la resolución.
PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS	Se proponen presentar cada 6 meses informes de seguimiento a la autoridad ambiental y sanitaria, pero esto no se cumple.
PRESUPUESTO	No presenta presupuesto para la implementación del PGIRH.
CRONOGRAMA	No presenta cronograma de las actividades propuesto en

	el PGRH.
GESTION EXTERNA	Realiza propuestas para la articulación y seguimiento de los RH generados con la Gestión Externa. Pero no tiene actualizado el plan para el actual operado –Ecocapital-.

2.1.7. Evaluación de los indicadores diligenciados por las IPS

Se realizó una revisión a los indicadores presentados a la SDS por las IPS seleccionada, y se encontró lo siguiente:

1. Ninguna de las IPS privadas ha implementado en el tratamiento de residuos hospitalarios desactivación de alta eficiencia.
2. La información reportada es incompleta, en algunos casos se evidenció que no se está diligenciando todos los indicadores establecidos en la norma y que son de obligatorio cumplimiento.
3. Se evidenció que la información difiere de un periodo a otro.
4. En el reporte de indicadores de accidentalidad, no especifica la entidad cuantos casos de accidentes ocurrieron por manejo inadecuado de residuos hospitalarios durante el periodo evaluado. En algunas IPS se reporta todos los accidentes e incapacidades presentadas y que no tienen relación con el inadecuado manejo de residuos hospitalarios.
5. En cuanto a los indicadores de capacitación no especifica cuanto personal y cuantas capacitaciones se realizaron relacionadas con el manejo de residuos hospitalarios.
6. Se remiten otros indicadores en especial los nosocomiales.
7. Tan sólo el Hospital San Ignacio y la Clínica Reina Sofía reportan beneficios por concepto de ingresos de reciclaje.
8. Para la vigencia 2004 el Hospital San Ignacio según el indicador de destinación de reciclaje reportado (20.5%) es el que más clasifica residuos para reciclaje frente a las otras IPS privadas seleccionadas para el estudio.
9. De acuerdo a la información reportada a la SDS, la Clínica Country (22.51%) y la Clínica Marly (23.75%) son las que más incineran residuos hospitalarios.
10. La Clínica Country (60,72%) y la Clínica Reina Sofía (56,84%) son las que más destinan residuos ordinarios al Relleno Sanitario.
11. La Clínica Marly (47,99%) y la Fundación Santa Fe de Bogotá (37,55%) son las que más destinan residuos biosanitarios a la Celda especial para residuos patógenos en el Relleno Sanitario.

2.2. Componente externo

Según la Resolución 1164 de 2002 la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, incluye dos componentes. El Componente Interno, el cual está a cargo de los generadores y el Componente Externo el cual se encarga de las actividades

relacionadas con la recolección, transporte, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final de los residuos.

Para el caso de Bogotá, mediante la licitación realizada por el Distrito Capital por la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos -UESP- se firmó el contrato de concesión C-02 de 2004, con área de servicio exclusivo (ASE), con la empresa ECOCAPITAL INTERNACIONAL S.A. E.S.P., para la prestación de la Gestión Externa del servicio de recolección, tratamiento y transporte, hasta el sitio de disposición final, de los residuos hospitalarios y similares, infecciosos o de riesgo biológico.

Las actividades básicas² contenidas en el contrato son:

- Recolección de residuos infecciosos o de riesgo biológico y transporte hasta el sitio de tratamiento de los residuos generados por los diferentes tipos de usuarios.
- Tratamiento mediante sistema de desactivación de alta eficiencia para los residuos producidos por los grandes, medianos, pequeños productores, y microproductores, de residuos infecciosos o de riesgo biológico (residuos biosanitarios, cortopunzantes, de animales y líquidos previamente gelificados)
- Tratamiento mediante sistema de incineración de residuos anatomopatológicos.
- Cargue y transporte de los residuos desactivados hasta el sitio de disposición final.
- Cargue y transporte hasta la celda de seguridad de las cenizas generadas en el proceso de incineración de los residuos anatomopatológicos.

En revisión realizada el mes de Mayo de 2005 por parte de la Contraloría de Bogotá al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de Ecocapital que se encuentra en la UESP se observó lo siguiente:

El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios no presenta Objetivos ni el alcance dentro de la organización. En la siguiente tabla se resumen las observaciones encontradas por este ente de control al PGIRH propuesto por Ecocapital.

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES	OBSERVACION
FORMACION Y EDUCACION	No presenta un programa de educación y formación claro dirigido al personal involucrado en la gestión externa de residuos hospitalarios, se tiene claro las especificaciones de los recipientes reutilizables y las bolsas desechables.
TRANSPORTE	La señalización que lleva a los costados no corresponde a las características propuestas por la norma, se debe llevar una señal igual a la del logo de Ecocapital que hoy lleva los vehículos, pero con la señal de Bioinfecciosos y fluorescente. Incumple la altura desde el piso al punto de carga en el vehículo la cual debe ser inferior a 1.20 m. No presenta un sistema de refrigeración. No presenta la Baliza. Los vehículos no están dotados de canastillas retornables donde se depositan las bolsas con residuos,

² Tomadas del Contrato de Concesión No. C-02 de 2004 suscrito entre la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos -UESP- y el consorcio ECOCAPITAL INTERNACIONAL S.A. E.S.P.

	<p>evitando la compresión de los residuos al sobreponer bolsas.</p> <p>No se establece la forma de lavado y desinfección de los vehículos de recolección, ni el tipo de tratamiento de los vertimientos generados en esta actividad.</p> <p>Los vehículos no presentan los permisos requeridos de que trata la Resolución 2309 de 1986 y las normas vigentes para transporte de residuos peligrosos.</p>
ALMACENAMIENTO	No posee un lugar para el almacenamiento de residuos hospitalarios con las condiciones establecidas para el sistema centralizado de almacenamiento de los generadores.
CONTROL DE EFLUENTES LIQUIDOS Y EMISIONES ATMOSFÉRICAS	No presentan las autorizaciones, permisos o licencias ambientales a que haya lugar de conformidad con la normatividad ambiental vigente.
PLAN DE CONTINGENCIA	El plan de contingencia no tiene características específicas como las reservas que tiene para auto abastecerse en eventuales situaciones (agua, combustible, planta eléctrica, depósito para residuos hospitalarios).
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO	No se encontró ningún informe de indicadores que se haya remitido al DAMA. No se proponen interventorias externas que permitan evaluar la correcta implementación de la GIRH.
PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS	Se proponen presentar cada 6 meses informes de seguimiento a la autoridad ambiental y sanitaria, pero esto no se cumple.

Evaluación de los PGIRH

Con base en el análisis realizado a los PGIRH de las IPS y Ecocapital, la calificación obtenida es de **Insuficiente**, por que no ha existido una dedicada voluntad por parte de las entidades, con el objeto de garantizar una eficaz gestión integral de residuos hospitalarios en Bogotá. Las acciones desarrolladas han sido parciales, lo que evidencia la falta de compromiso institucional y el cumplimiento de la normatividad aplicable. Los resultados obtenidos son el reflejo de la baja prioridad para solucionar la problemática existente en el manejo de los residuos hospitalarios de la ciudad. Falta implementar mecanismos que garanticen mayor efectividad en los resultados del componente interno y externo, ya que no se evidencia ningún proceso de articulación entre las IPS y Ecocapital, por ende no existe una gestión integral en el manejo de residuos hospitalarios en Bogotá.

3. EVALUACIÓN DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES.

Las Entidades responsables de la Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares en el Distrito capital son la Secretaria Distrital de Salud, la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos y el Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente.

La SDS es la autoridad sanitaria y responsable de la gestión Interna, la UESP es la responsable de la gestión externa por ser el contratante del servicio especial y el DAMA es la autoridad ambiental en el área urbana.

3.1. Secretaria Distrital de Salud

La Secretaria Distrital de Salud mediante la Circular No. 010 del 27 de junio 2003, solicito la presentación del PGIRH a todas las entidades generadoras de residuos hospitalarios, a marzo de 2005 se habían radicado 817 PGIRH correspondientes a IPS privadas. A continuación se presenta el reporte de las actas de las comisiones técnicas de la SDS, que reposan en cada una de las carpetas consultadas por este ente de control.

INSTITUCION	FECHA DE VISITA
1. Fundación Santa Fe de Bogota, D.C.	Acta No. 05618-00 de fecha 16 de Noviembre de 2004
2. Clínica Colsanitas S.A.- Clínica Reina Sofia.	Acta No. 09186-07 de fecha 28 de abril de 2004
3. Hospital Fundación Abood Shaio	Visita de fecha 26 y 27 de noviembre de 2001
4. Clínica Marly	Acta No. 9361 de fecha 16,17y 19 de Abril de 2004
5. Hospital Universitario de San Ignacio.	Acta No. 9456 realiza el 8 de marzo de 2004.
6. Administradora Country S.A. –Clínica Country	No reposa acta de visita en la carpeta respectiva, indicando última fecha de visita a la institución.

3.1.1. Fundación Santa Fe de Bogota D.C.

La Secretaria Distrital de Salud ha realizado las siguientes observaciones a la Fundación, según reporte establecido en la Carpeta de Vigilancia y Control de la Oferta:

1. El almacenamiento central de residuos esta localizado al frente del parqueadero de Urgencias.
2. El depósito de residuos Biosanitarios no tiene las características apropiadas para limpieza y desinfección.
3. En las áreas de Hospitalización y Urgencias no existe depósito temporal de residuos hospitalarios y similares.
4. No todos los recipientes cumplen con el código de color.
5. En los cuartos limpios de Enfermería se evidencia el reciclaje de frascos de vidrio sin desactivación previa, además nos se destruyen las etiquetas.
6. En medicina nuclear no se utiliza la bolsa roja en vez de la de color púrpura semitransparente.

7. En el guardián de Consulta Externa se encontraron agujas reenfundadas, algodones y baja lenguas.
8. Los residuos anatomopatológicos no se están congelando.
9. La ruta de recolección interna se está haciendo en los carros de los traperos y son dejados en el cuarto de aseo para luego ser recogidos por el carro recolector.
10. En el área de ortopedia no existe depósito central y los residuos son llevados manualmente al depósito central.
11. El PGIRH no tiene Diagnostico Ambiental y Sanitario por áreas y tipo de residuo.
12. El PGIRH carece de los siguientes componentes:
 - Programa de limpieza y desinfección de recipientes, carros recolectores y depósito final.
 - Programa de reciclaje.
 - Actas de incineración.
 - Actas de auditoria externa y aplicación de listas de chequeo de residuos hospitalarios.
 - Protocolo de método y procedimiento para la in activación de algunos residuos (Coágulos, Metales Pesados, Reactivos Químicos).

Por lo anterior la SDS ha realizado los siguientes requerimientos:

1. Mejorar la segregación; no mezclar los residuos biosanitarios.
2. Corregir los códigos de colores en las áreas.
3. No descanecar las papeleras y realizar la ruta interna en el carro recolector.
4. Realizar el Diagnostico Ambiental y Sanitario de acuerdo a la situación real por área y tipo de residuo.
5. Mejorar las condiciones de limpieza y desinfección del depósito central de residuos hospitalarios.
6. Implementar depósitos intermedios en las áreas de servicio de Hospitalización y Urgencias.
7. Protocolizar la eliminación de frascos de vidrio desactivados.
8. Incluir los programas de limpieza y desinfección de recipientes, carros recolectores y depósito final.
9. Programa de reciclaje.
10. Aplicar listas de chequeo para el seguimiento al PGIRH.
11. Realizar la auditoria externa a la empresa encargada de la recolección y desactivación de residuos.

3.1.2. Clínica Reina Sofia

La Secretaria Distrital de Salud ha realizado las siguientes observaciones a la Clínica, según reporte establecido en la Carpeta de Vigilancia y Control de la Oferta:

1. En el área de banco de sangre la recolección es cada tres (3) días lo cual debe ser mejorado y en otras áreas se encontraron agujas utilizadas reenfundadas antes de ser desechadas.
2. Se cuenta con dos (2) almacenamientos intermedios localizados en los pisos 1 y 3 que son pequeños y no tienen separación física de acuerdo al tipo de residuo.
3. El servicio de desactivación, recolección, tratamiento y disposición final esta contratado con ECOCAPITAL.

Por lo anterior la SDS ha realizado los siguientes requerimientos:

1. Ubicar de acuerdo al servicio o procedimiento los recipientes apropiados (capacidad).
2. Capacitar al personal asistencial sobre el manejo de residuos cortopunzantes; por normas de Bioseguridad y por manejo de residuos.
3. Establecer ruta sanitaria interna en el área de banco de sangre, la cual debe ser una vez al día.
4. Adecuar los cuartos de almacenamiento intermedio (tamaño y separación física).

3.1.3. Fundación Abood Shaio

La Secretaria Distrital de Salud ha realizado las siguientes observaciones a la Fundación Abood Shaio, según reporte establecido en la Carpeta de Vigilancia y Control de la Oferta:

1. Realizar una actualización de los planos de la institución (arquitectónicos, hidráulicos, sanitarios, eléctricos, equipos e instalaciones, topográfico sistema de ventilación y calefacción).
2. Realizar mantenimiento general a las paredes de la clínica.
3. Adecuar áreas especiales para el almacenamiento de ropa sucia y limpia por piso.
4. Independizar las áreas de ropa con los depósitos de residuos.
5. Adecuar un área específica para el almacenamiento de los medicamentos en hospitalización y un área de almacenamiento de material estéril en la Unidad de Cuidados Intensivos.
6. Los ajustes propuestos son en materia de adecuación séptica en algunas áreas (insectología, preparación de pacientes para perfusión miocárdica y métodos no invasivos).

3.1.4. Clínica Marly

La Secretaria Distrital de Salud ha realizado las siguientes observaciones a la Clínica Marly, según reporte establecido en la Carpeta de Vigilancia y Control de la Oferta:

1. Manejo inadecuado de cortopunzantes (agujas reenfundadas).
2. Para el manejo de los residuos anatomopatológicos, la entidad no cuenta con congelador.
3. No se llena el formato RH1 y los correspondientes indicadores de gestión de los residuos.
4. Cuenta con permiso de emisiones atmosféricas del DAMA, pero no con el permiso de vertimientos.

Por lo anterior la SDS ha realizado los siguientes requerimientos a la Clínica Marly:

1. Adquirir congelador para residuos anatomopatológicos
2. Capacitar y realizar seguimiento al personal, sobre el manejo de residuos cortopunzantes.
3. Ajustar el PGIRH en el componente de movimiento interno y externo y monitorización, así como ajustar horarios de recolección interna.
4. Adecuación del sitio de almacenamiento central.
5. Mejorar los sitios de almacenamiento intermedio.
6. Implementar carro de transporte de residuos interno.
7. Revisar y evaluar la inactivación de residuos cortopunzantes.
8. Realizar reuniones periódicas del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.
9. Realizar y documentar el programa de limpieza y desinfección (recipientes reutilizables y sitio de almacenamiento central).
10. Implementar el diligenciamiento del formato RH1.
11. Implementar indicadores de gestión.
12. Ampliar la ruta de recolección externa a residuos de la cocina.
13. Ajustar los horarios de recolección interna.
14. Dotar consultorios de urgencias con canecas de tapa pedal para residuos peligrosos.

3.1.5. Hospital Universitario de San Ignacio

La Secretaria Distrital de Salud ha realizado las siguientes observaciones al Hospital Universitario de San Ignacio, según reporte establecido en la Carpeta de Vigilancia y Control de la Oferta:

1. El depósito de desechos ordinarios se realiza en un container que se encuentra a la intemperie.

2. El lugar de almacenamiento de residuos peligrosos no se encuentra separado físicamente.
3. No se ha implementado el código de colores en todos los recipientes.
4. En algunas áreas como urgencias y hospitalización de cirugía se esta clasificando de forma inadecuada residuos biosanitarios y ordinarios.
5. No se han desarrollado indicadores de gestión.

Por lo anterior la SDS ha realizado los siguientes requerimientos al Hospital Universitario de San Ignacio:

1. El almacenamiento central de residuos peligrosos debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 1164 de 2002 (separado físicamente por tipo de residuos).
2. Los residuos ordinarios deben ser almacenados en un lugar cubierto con paredes y pisos lavables, además de contar con sistema de drenaje (sifón).
3. Terminar adecuaciones de infraestructura en el depósito intermedio.
4. Mejorar clasificación y segregación de residuos según sus características en algunas áreas.
5. Todas las bolsas rojas deben estar marcadas con el lugar de procedencia.
6. Los residuos cortopunzantes, no deben exceder mas de $\frac{3}{4}$ partes de los recipientes de disposición; además de su adecuada segregación –No reenfundar agujas-
7. Fijar en un lugar visible la ficha de concentración del producto para la desinfección de las rutas de recolección de los desechos peligrosos y no peligrosos.
8. Pendiente envió a la SDS indicadores de gestión con su respectivo análisis.
9. Reposición de recipientes.
10. Actualizar permanentemente el PGIRH.
11. Replantear el manejo de anatomopatológicos (placentas)

Clínica Country

No se encontró la última acta de visita, por lo cual no presentan observaciones y requerimientos.

3.1.7. Calificación de la Secretaria Distrital de Salud

Con base en el seguimiento y control que viene realizando la SDS al componente interno implementado por las IPS privadas en cumplimiento del PGIRH, obtiene una calificación de **Aceptable**, por que a pesar de existir avances significativos en el seguimiento y control en la implementación del PGIRH, la labor desarrollada por la SDS no ha logrado consolidar esfuerzos en torno al proceso del mejoramiento en el manejo de residuos hospitalarios de algunas IPS privadas. Falta implementar mecanismos que garanticen mayor efectividad en los resultados del componente

interno, no obstante se reconoce el esfuerzo. No se evidencia ningún proceso de gestión institucional entre la SDS, UESP y el DAMA.

3.2. Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos

La UESP contrato con el consorcio ISP la interventoría para el seguimiento al contrato de concesión 02 de 2004, y en cumplimiento de sus funciones ha informado a la UESP las siguientes inconsistencias³ en las obligaciones del contrato de concesión por parte de Ecocapital:

- No se ha implementado el sistema de incineración de residuos anatomopatológicos propuesto por Ecocapital, se subcontrato la incineración con la empresa RECICLAJE EXCEDENTES E INCINERACIONES INDUSTRIALES REII S.A., ubicada en el municipio de Sibate.
- No se ha implementado la desactivación de alta eficiencia por autoclave, por tal motivo los residuos biosanitarios están siendo llevados al Relleno Sanitario de Doña Juana -RSDJ- sin ningún tipo de tratamiento.
- Ecocapital internacional s.a. e.s.p. no cuenta con los permisos ambientales requeridos para su operación, están en proceso de tramite.
- La operación para el lavado y desinfección de los equipos no cuenta con los requerimientos exigidos para tal fin.
- Existen diferencias entre la información de la UESP y el concesionario sobre los residuos transportados, para el mes de noviembre existía una diferencia porcentual del 13.109% a favor de Ecocapital.
- El concesionario inscribió en el municipio de Soacha los vehículos destinados para la recolección y transporte de los residuos. Razón por la cual Ecocapital efectuó los trámites pertinentes para la homologación de los vehículos en Bogotá D.C.
- Los vehículos presentaron las siguientes anomalías durante el año 2004:
 1. Mal funcionamiento de luz estroboscópica en vehículos operativos
 2. Mal funcionamiento de alarma en retroceso
 3. Mal funcionamiento de accesorios de prevención óptica
 4. Defectos en las señales luminosas en vehículos operativos
 5. Deficiente aseo y desinfección de los vehículos de recolección
 6. Cortinas de vinilo en mal estado
 7. Mal estado general de latonería
 8. Falta de elementos desinfectantes en vehículos, para la atención de derrames en la ruta.
- En la recolección y transporte, arrojaron de manera permanente las siguientes no conformidades:
 1. Incorrecta manipulación de canastillas y contenedores plásticos

³ Tomado del informe de INTERVENTORÍA DE LAS CONCESIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASEO, RECOLECCIÓN DE RESIDUOS ORDINARIOS Y HOSPITALARIOS Y CORTE DE CÉSPED EN ÁREAS PÚBLICAS EN BOGOTÁ D.C., Diciembre de 2004.

2. Incorrecto lavado y desinfección de las canastillas
 3. Contenedores en mal estado
 4. Cantidad insuficiente de canastillas y contenedores
- Para el periodo comprendido entre Mayo - Diciembre de 2004, se presentaron un total de 3184 peticiones, quejas y reclamos, de esta cifra el 87.63% corresponde a Peticiones (2790), el 7.76% a Quejas (247) y el 4.62% a Reclamos (147).
 - El 97% de las Quejas son por el incumplimiento en la frecuencia de recolección. Mensualmente son atendidas por Ecocapital un promedio de 30 Quejas, lo que significa que recibe una (1) por día.
 - El reclamo más frecuente es la información por facturación que abarca el 70%
 - Se cumplió parcialmente las actividades programadas de salud ocupacional y seguridad industrial, prueba de ello es que para los meses de Agosto, Septiembre y Octubre se cumplieron el 60, 66.7 y 70% respectivamente.

3.2.1. Calificación de la Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos

Con base en lo anterior la calificación para el cumplimiento de su función como contratante de la prestación del servicio de recolección, tratamiento y transporte de residuos hospitalarios y Similares, es **Deficiente**, por cuanto las acciones desarrolladas para verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el contratista han sido mínimas, evidencia de lo anterior, es que no se han tomado las acciones correctivas y preventivas a las deficiencias presentadas en el informe de interventoría a Diciembre de 2004; no existe ningún pronunciamiento por parte de la UESP a la no implementación de la desactivación de alta eficiencia por autoclave, por tal motivo los residuos biosanitarios están siendo llevados al Relleno Sanitario de Doña Juana -RSDJ- sin ningún tipo de tratamiento, aumentando la cantidad de residuos biosanitarios activos que se disponen en el relleno sanitario de Doña Juana, hoy son 14 toneladas diarias. No se evidencia compromiso de la UESP para solucionar la problemática existente a nivel del componente externo. No se evidencia ningún proceso de gestión institucional entre la SDS, UESP y el DAMA.

3.3. Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente

El DAMA como Autoridad Ambiental es responsable de realizar seguimiento y control a las emisiones, vertimientos y al manejo integral de residuos hospitalarios en el Distrito Capital, para evidenciar el cumplimiento de sus funciones se realizó una visita para revisar los expediente de las diferentes instituciones que hacen parte integral en la gestión de residuos hospitalarios; verificando la siguiente información:

1. Para las IPS seleccionadas

- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares
- Permisos de vertimientos y emisiones atmosféricas otorgados
- Informes Mensuales y/o consolidados de Gestión de Residuos Hospitalarios
- Seguimiento que se realiza al tratamiento de residuos químicos y radioactivos

2. Para Ecocapital S.A. E.S.P

- Estudio de Impacto Ambiental
- Plan de Manejo Ambiental
- Licencias Otorgadas
- Términos de referencia para permisos de transporte y disposición final de residuos hospitalarios y similares.

Del análisis de la información presentada por el DAMA se obtuvo lo siguiente:

Para las IPS se encontró en los expedientes la siguiente información:

Clínica Country	DM-06-1998-22 PMA DM-02-1995-235 Aire
Clínica Marly	DM-05-1998-84 Vertimientos
Reina Sofía	DM-06-1999-136 PMA DM-05-1999-131 Vertimientos DM-05-2000-05 Vertimientos
Hospital Universitario San Ignacio	DM-05-1998-313 Vertimientos
Fundación Abood Shaio	DM-05-1998-92A Vertimientos
Fundación Santa Fe de Bogotá	DM-06-1999-139 PMA DM-05-CAR-4081 Vertimientos DM-02-1995-212 Licencia

3.3.1. Clínica Reina Sofía

- **Plan de Manejo Ambiental**

El DAMA le solicitó la presentación del Plan de Manejo Ambiental (PMA), según términos de referencia enviados desde el día 17 de febrero de 1999, sin embargo en el expediente no se evidencia que se haya entregado el PMA.

- **Emisiones**

En el expediente no presenta los requerimientos de la Resolución DAMA No 1208/03.

- **Vertimientos**

No se tiene establecido en el expediente un seguimiento con respecto a los vertimientos, tan solo en el concepto 11046 de octubre 9 de 2000, se establece que la Clínica debe aclarar sobre las medidas implementadas para mejorarla

calidad de vertimientos. Adicionalmente la clínica debe tramitar el permiso de vertimientos diligenciando el formulario único y presentar un programa de ahorro y uso eficiente del agua de acuerdo con lo dispuesto en la ley 373 de 1997.

- **Residuos Hospitalarios**

La norma establece que las IPS de tercer nivel deben presentar informes de la gestión interna cada seis meses a las autoridades ambientales y sanitarias, con sus correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con los contenidos establecidos en el manual. En el DAMA no existen los informes de gestión interna que según lo estipulado en la Resolución 1164 de 2002, las IPS están obligadas a entregar cada seis meses, estos documentos son los instrumentos para el control y vigilancia de la implementación del PGIRH y además el informe le permite a la autoridad ambiental realizar las visitas de auditorias que están obligadas a hacer.

3.3.2. Clínica Marly

- **Emisiones**

La clínica no requiere permiso de emisiones pero debe cumplir con lo solicitado en el requerimiento SJ No. 22953 del 12 de agosto de 2003, el cual solicita actualizar la información de fuentes fijas de emisión y posterior a esta cada tres años.

- **Vertimientos**

No se tiene establecido en el expediente un seguimiento con respecto a los vertimientos, tan solo mediante oficio 2005EE11819 del 20 de mayo de 2005, se establece que la Clínica debe presente en dos meses la información actualizada en relación con el manejo realizado con los vertimientos.

La clínica debe tramitar el permiso de vertimientos diligenciando el formulario único y presentar un programa de ahorro y uso eficiente del agua de acuerdo con lo dispuesto en la ley 373 de 1997.

- **Residuos Hospitalarios**

La clínica Marly no ha presentado los informes de la gestión interna con los correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecidos en la Resolución 1164 de 2002. El DAMA no ha realizado el control y vigilancia para verificar la implementación del PGIRH.

El Dama mediante requerimiento solicitó a la institución presentar el PGIRH de acuerdo a lo establecido en la normatividad, al igual que las actas de entrega debidamente diligenciadas de todos los elementos entregados a Ecocapital E.S.P.

3.3.3. Fundación Clínica Abood Shaio

- **Emisiones**

La clínica no requiere permiso de emisiones por cuanto suspendió las actividades de incineración y desmontaje por completo el equipo destinado para tal fin, pero deberá en el mes de julio de 2008 presentar al DAMA actualización de la información de las fuentes fijas y la presentación de un estudio de emisiones atmosféricas de las calderas Marca TECRUUK y DISTAL.

- **Vertimientos**

No se evidencia en el expediente un seguimiento con respecto a los vertimientos, tan solo mediante Concepto Técnico SAS No 4301 del 3 de Junio de 2005, se establece que la Fundación clínica Abood Shaio da cumplimiento a lo establecido en materia de vertimientos según los análisis realizados por los funcionarios del DAMA.

- **Residuos Hospitalarios**

La Fundación clínica Abood Shaio no ha presentado los informes de la gestión interna con los correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecidos en la Resolución 1164 de 2002. El DAMA no ha realizado el control y vigilancia para verificar la implementación del PGIRH.

El DAMA mediante requerimiento solicitó a la institución presentar el PGIRH de acuerdo a lo establecido en la normatividad, al igual que las actas de entrega debidamente diligenciadas de todos los elementos entregados a Ecocapital E.S.P.

3.3.4. Fundación Santa Fe de Bogotá

- **Emisiones**

La Fundación Santa Fe de Bogotá cumple con la normatividad en cuanto a emisiones de material particulado y altura de chimeneas, para las dos calderas. Se requirió a la fundación para que presentara actualizado el reporte de las cargas contaminantes de las fuentes fijas de emisión en agosto de 2003 y a la fecha no se encontró reporte en el expediente

- **Vertimientos**

No se evidencia en el expediente de la Fundación un seguimiento al control de los vertimientos.

- **Residuos Hospitalarios**

La Fundación Santa Fe de Bogotá no ha presentado los informes de la gestión interna con los correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecidos en la Resolución 1164 de 2002. El DAMA no ha realizado el control y vigilancia para verificar la implementación del PGIRH.

El Dama mediante requerimiento solicitó a la institución presentar el PGIRH de acuerdo a lo establecido en la normatividad, al igual que las actas de entrega debidamente diligenciadas de todos los elementos entregados a Ecocapital E.S.P.

3.3.5. Clínica Country

- **Emisiones**

La Clínica Country le comunicó al DAMA el desmantelamiento del horno incinerador, a lo cual la Autoridad Ambiental solicitó que se debía informar la fecha y hora en la cual se desarrollaría esta actividad para que estuviera presente un funcionario. Se especifica que el desmantelamiento debe constar como mínimo del desmonte de la unidad básica y del incinerador pero adicionalmente se debe desmontar la chimenea, la puerta de cargue y cierre del horno, las partes eléctricas y de control. Elaborar registro fotográfico del desmantelamiento.

Remitir al DAMA toda la información levantada el día del desmantelamiento para que se emita concepto técnico sugiriendo el cese de todo requerimiento sobre el horno incinerador. Es importante anotar que en el expediente no se encontró ningún registro sobre el requerimiento anteriormente expuesto.

- **Vertimientos**

No se evidencia en el expediente de la Clínica Country un seguimiento al control de los vertimientos.

- **Residuos Hospitalarios**

La Clínica Country no ha presentado los informes de la gestión interna con los correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecidos en la Resolución 1164 de 2002. El DAMA no ha realizado el control y vigilancia para verificar la implementación del PGIRH.

El Dama mediante requerimiento solicitó a la institución presentar el PGIRH de acuerdo a lo establecido en la normatividad, al igual que las actas de entrega debidamente diligenciadas de todos los elementos entregados a Ecocapital E.S.P.

3.3.6. Hospital Universitario San Ignacio

Para evaluar al Hospital Universitario San Ignacio no se tuvo acceso al expediente.

Es importante establecer que con excepción de la Clínica Reina Sofia en ninguno expediente existe copia de Plan de Manejo Ambiental, el cual ha sido requerido por el DAMA para las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud.

3.3.7. Ecocapital E.S.P.

El DAMA abrió el Expediente DM07-05-154, por medio del cual se entregó términos de referencia para realizar el Estudio de Impacto Ambiental para obtener la Licencia Ambiental para la función y operación de Ecocapital E.S.P.

Es importante destacar que en el expediente no hay ningún pronunciamiento técnico debido a que los documentos presentados para la obtención de la Licencia Ambiental aun se encuentran en estudio para establecer la viabilidad de la actividad desarrollada por la empresa Ecocapital E.S.P, sin embargo también es importante establecer que este consorcio presta sus servicios desde mayo del 2004, ejerciendo su función desde hace mas de 16 meses sin tener permiso, aprobación o licenciamiento ambiental.

Mediante Auto No 3181 del 3 de noviembre de 2004 emitido por el DAMA se Iniciar el tramite administrativo ambiental para el otorgamiento de la Licencia Ambiental, para la construcción montaje, y operación de la planta de incineración y tratamiento de alta eficiencia de residuos.

Con oficio 8445 del 11 de mayo de 2005 se informa el resultado de la revisión técnica del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios componente externo presentado por Ecocapital S.A. E.S.P., destacándose los siguientes aspectos:

- El diagnostico ambiental y sanitario no fue confrontado con las normas ambientales y sanitarias, situación que no permite conocer el estado de la empresa.
- Los indicadores presentados no demuestran el comportamiento ni concluyen sobre algún aspecto de Ecocapital S.A. E.S.P.
- El informe se dedica a describir la situación actual de transporte y recolección de residuos pero no describe de una manera clara la cadena de manejo de Ecocapital como tal. Es decir se mencionan los diferentes actores que participan pero no se especifica que tipo de residuos manejan y que tratamientos se están realizando.

3.3.8. Calificación del Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente

Es evidente que la labor realizada por el DAMA como autoridad ambiental es deficiente por cuanto la mayoría de IPS no presentan Plan de Manejo Ambiental, el cual fue requerido por el DAMA para las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud. Pero igualmente no se evidencia seguimiento al control de los vertimientos y emisiones.

El seguimiento y control a los componentes interno y externo para evidenciar la implementación del PGIRH es deficiente por cuanto la mayoría de IPS no han presentado los informes de la gestión interna con los correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con lo establecidos en la Resolución 1164 de 2002. Esto hace que el DAMA no haya realizado el control y vigilancia para verificar la implementación del PGIRH, ya que la autoridad ambiental establecen que *“La gestión interna de residuos hospitalarios y similares es competencia directa de las autoridades sanitarias”*

Para el componente externo el DAMA no ha realizado un seguimiento y control, por cuanto establecen que para las tareas de incineración no necesitan permiso alguno ya que esta labor ha sido contratada con la empresa REII Ltda., la cual cuenta con Licencia Ambiental otorgada por la CAR mediante Resolución 1323 de noviembre 12 de 2003. Igualmente establece que la recolección y transporte no necesita ningún tipo de permiso ni control, sin embargo el numeral 7 del Decreto 673 de 1995 determina que es función del DAMA *“Ejercer el control de la emisión, descarga, vertimiento, manejo, transporte y disposición de elementos contaminantes.”*, por esta razón el Departamento debe llevar registro de control a las condiciones técnicas de los vehículos, para que pueda realizar recolección y transporte de residuos hospitalarios y similares, ya que estos deben tener unas especificaciones técnicas especiales según lo establecido en el manual adoptado mediante Resolución 1164 de 2002.

Por lo anteriormente expuesto y la falta de compromiso ambiental desconoce que Ecocapital S.A. E.S.P., no se ha implementado la desactivación de alta eficiencia por autoclave, por tal motivo los residuos biosanitarios están siendo llevados al Relleno Sanitario de Doña Juana -RSDJ- sin ningún tipo de tratamiento. La operación para el lavado y desinfección de los equipos no cuenta con los requerimientos exigidos ni los permisos requeridos. Los vehículos no se han homologación en Bogotá, por cuanto el concesionario inscribió en el municipio de Soacha los vehículos destinados para la recolección y transporte de los residuos.

Igualmente desconocen las anomalías presentadas en los vehículos durante el año 2004:

1. Mal funcionamiento de luz estroboscópica en vehículos operativos
2. Mal funcionamiento de alarma en retroceso
3. Mal funcionamiento de accesorios de prevención óptica
4. Defectos en las señales luminosas en vehículos operativos
5. Deficiente aseo y desinfección de los vehículos de recolección
6. Cortinas de vinilo en mal estado
7. Mal estado general de latonería
8. Falta de elementos desinfectantes en vehículos, para la atención de derrames en la ruta.

En la recolección y transporte, arrojaron de manera permanente las siguientes no conformidades:

1. Incorrecta manipulación de canastillas y contenedores plásticos
2. Incorrecto lavado y desinfección de las canastillas
3. Contenedores en mal estado
4. Cantidad insuficiente de canastillas y contenedores

Con base en lo anterior la calificación para el cumplimiento de su función establecidas como autoridad ambiental (Realizar el seguimiento y control a la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares) es **Deficiente**, por cuanto las acciones desarrolladas para verificar el cumplimiento de la norma han sido mínimas; no existe ningún compromiso, ni proceso que permita articular los componentes interno y externo de PGRH, pero igualmente no se ha avanzado en el cumplimiento de la política de residuos sólidos, por cuanto cada día se aumenta la cantidad de residuos biosanitarios que se disponen en el relleno sanitario de Doña Juana. No se evidencia compromiso institucional para solucionar la problemática ambiental generado por los residuos hospitalarios. No se evidencia ningún proceso de gestión institucional entre la SDS, UESP y el DAMA.

CONCLUSIONES

1. No ha existido una dedicada voluntad por parte de las IPS privadas y Ecocapital para garantizar una eficaz gestión integral de residuos hospitalarios en Bogotá.
2. Las acciones desarrolladas por las IPS y Ecocapital con base en los PGRH presentados han sido parciales, lo que evidencia la falta de compromiso institucional y por ende se esta incumplimiento la normatividad aplicable.
3. Los resultados obtenidos son el reflejo de la baja prioridad para solucionar la problemática existente en el manejo de los residuos hospitalarios de la ciudad, hoy se están depositando 14 toneladas de residuos biosanitarios sin desactivar en el relleno sanitario de Doña Juana.
4. Falta implementar mecanismos de seguimiento y control que garanticen mayor efectividad en los resultados de la gestión integral de residuos hospitalarios.
5. No se evidencia ningún proceso de articulación entre las IPS y Ecocapital por esta razón no existe una gestión integral en el manejo de residuos hospitalarios en Bogotá.
6. Si bien es cierto que la SDS presenta avances significativos en el seguimiento y control en la implementación del PGRH, la labor desarrollada no ha logrado consolidar esfuerzos en torno al proceso del mejoramiento en el manejo de residuos hospitalarios de algunas IPS privadas.
7. Falta implementar por parte de la SDS mecanismos que garanticen mayor efectividad en los resultados del componente interno.
8. La UESP no ha implementado mecanismos que permitan exigir el cumplimiento de los compromisos adquiridos por Ecocapital, por cuanto las acciones correctivas

y preventivas han sido mínimas, evidencia de ello es, el poco avance para corregir las deficiencias presentadas en el informe de interventoría a Diciembre de 2004.

9. No se encontró ningún pronunciamiento por parte de la UESP a la no implementación del proceso de desactivación de alta eficiencia por autoclave, por tal motivo los residuos biosanitarios están siendo llevados al Relleno Sanitario de Doña Juana -RSDJ- sin ningún tipo de tratamiento, aumentando la cantidad de residuos hospitalarios activos que se disponen finalmente.

10. No se evidencia compromiso de la UESP para solucionar la problemática generada por el manejo inadecuado de los residuos hospitalarios a nivel del componente externo.

11. Las acciones desarrolladas por parte del DAMA para verificar el cumplimiento de la norma aplicable para la gestión integral de residuos hospitalarios a IPS privadas y Ecocapital han sido mínimas.

12. No existe ningún compromiso por parte del DAMA ni como autoridad ambiental, ni mucho menos como entidad coordinadora de la gestión ambiental del Distrito Capital, para implementar algún proceso que permita articular los componentes interno y externo de PGIRH.

13. No existe voluntad política por parte del DAMA como entidad coordinadora de la gestión ambiental del Distrito Capital para avanzar en el cumplimiento de la Política de Residuos Sólidos expedida por el gobierno nacional, por cuanto cada día se aumenta la cantidad de residuos biosanitarios que se disponen en el relleno sanitario de Doña Juana.

14. No se evidencia compromiso institucional por parte del DAMA para buscar soluciones la problemática ambiental generado por el inadecuado manejo de residuos hospitalarios.

15. No se evidencia ningún proceso de gestión institucional entre la SDS, UESP y el DAMA, sin el cual, es imposible el logro un verdadero manejo integral de residuos hospitalarios y similares en Bogotá.

16. La SDS, UESP y el DAMA, no han entendido que son las entidades responsables de coordinar, orientar la GIRH con una visión holística y transversal, pero igualmente es importante que entiendan la función de vigilar, controlar y hacer el seguimiento permanente a la gestión integral de residuos hospitalarios en Bogotá.