



via Aurora IP:

Tema 24 "Planificación sanitaria. Identificación de problemas, indicadores demográficos, socioeconómicos, del nivel de salud y medioambientales.

Elaboración de programas de salud y su evaluación. Guías de práctica clínica. Mapas de cuidados. Vías clínicas"

María J Pacheco

Matrona H Universitario San Cecilio Granada

Inicios

- Ya en 1969-1970 la OMS focalizó su interés sobre la planificación sanitaria y afirmaba que:

"tenía una importancia fundamental para la óptima utilización de los recursos destinados a mejorar la situación en salud de una población determinada y debe formar parte de la acción general en pro de desarrollo socioeconómico del país o región del que se trate".



Henry Fayol
Teoría
Administrativa

Planificación

Organización

Dirección

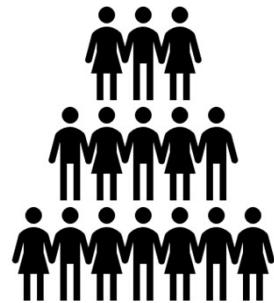
Control

1.-Planificación Sanitaria



"Se trata de **ANALIZAR** los problemas de salud de una población determinada y **FORMULAR** los servicios para dichos problemas en base a los **RECURSOS** que disponemos"

Tipos de Planificación



ÁMBITO

- ESTATAL.** Plan nacional de salud.
- AUTONÓMICO.** Plan regional de salud.
- LOCAL.** Ej Programa de atención al niño sano en el CS de la comunidad.



TIEMPO

- LARGO.** 5-10 años.
- MEDIO.** 2-5 años.
- CORTO.** 1-2 años.

Planificación según el nivel de organización

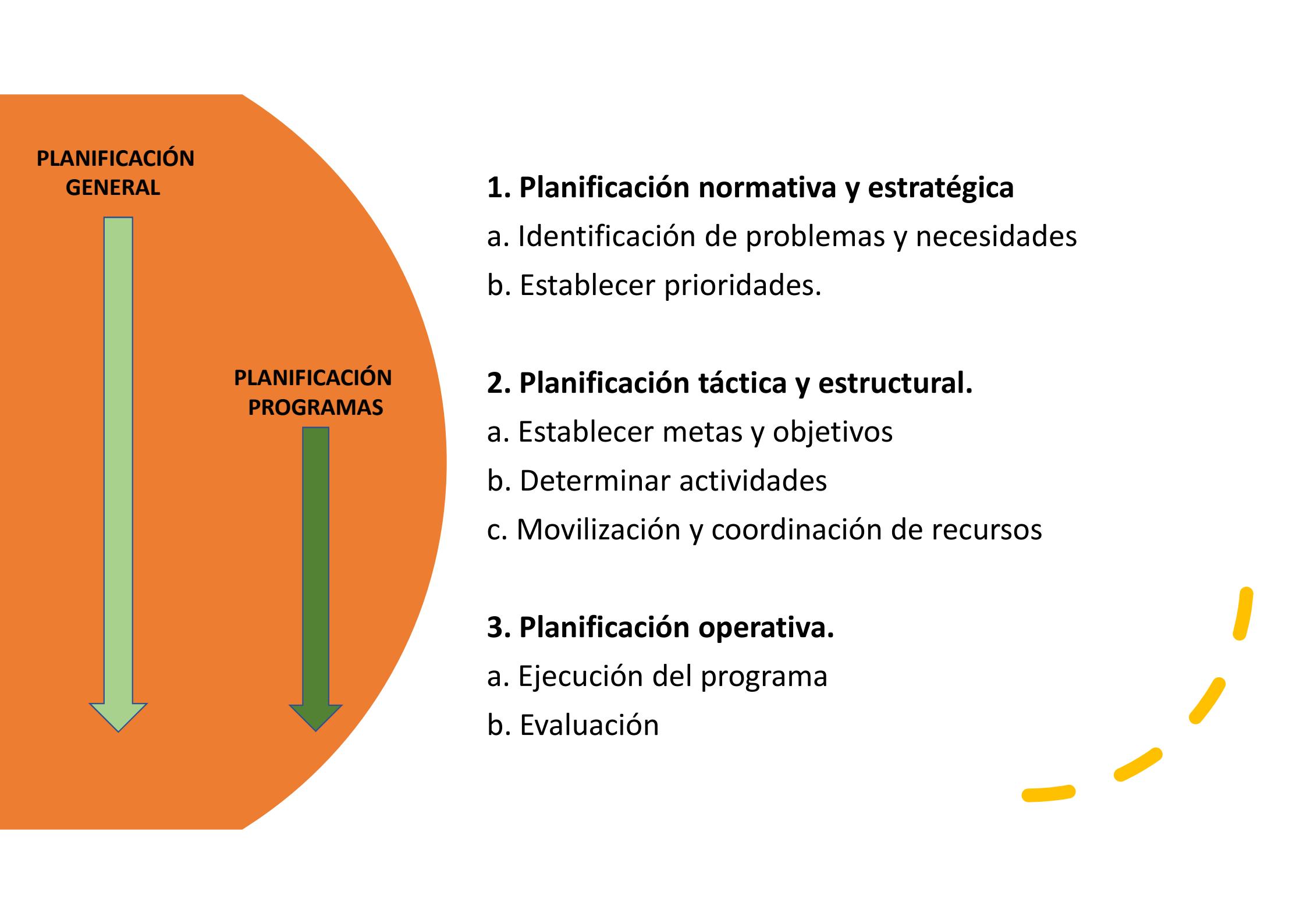
Normativa o política. Política de salud. Ámbito internacional o nacional. Largo plazo. Estratégica. Plan de salud. Nacional o regional (autonómico). Largo plazo

Táctica o estructural. Programa de salud. Regional/área de salud. Corto o medio plazo.

Operativa. Puesta en marcha del plan. Local. Corto plazo.

ETAPAS DE LA PLANIFICACIÓN

1. Diagnóstico o análisis de la situación.
2. Establecimiento de prioridades
3. Determinación de metas u objetivos.
4. Selección de actividades y determinación de recursos.
5. Ejecución del programa.
6. Evaluación.



PLANIFICACIÓN
GENERAL

PLANIFICACIÓN
PROGRAMAS

1. Planificación normativa y estratégica

- a. Identificación de problemas y necesidades
- b. Establecer prioridades.

2. Planificación táctica y estructural.

- a. Establecer metas y objetivos
- b. Determinar actividades
- c. Movilización y coordinación de recursos

3. Planificación operativa.

- a. Ejecución del programa
- b. Evaluación

**PLANIFICACIÓN
GENERAL**

**PLANIFICACIÓN
PROGRAMAS**

1. Planificación normativa y estratégica

- a. Identificación de problemas y necesidades
- b. Establecer prioridades.

2. Planificación táctica y estructural.

- a. Establecer metas y objetivos
- b. Determinar actividades
- c. Movilización y coordinación de recursos

3. Planificación operativa.

- a. Ejecución del programa
- b. Evaluación

Identificación de problemas y necesidades

Cualquier situación de salud considerada anómala.

Y esa anomalía se encuentra en relación con las necesidades que tiene una persona, grupo o comunidad. Pueden ser:

a. Normativa

b. Experimentada, percibida o sentida.

c. Expresada.

d. Comparativa o comparada.



Identificar las causas que los originan

- **Factores Causales o de riesgo.**- Inciden directamente
- **Factores Contribuyentes.**- secundarios y explican los factores de riesgo. Podemos usar el método **PRECEDE** y se clasifican en:
 - A. F. Predisponentes. Los determinantes, Ej conocimientos.
 - B. F. Facilitadores. Facilitan el factor de riesgo. Ej. un determinado comportamiento.
 - C. F. Reforzadores. Posteriores al comportamiento. Sirven de recompensa o de castigo.

Técnicas de recogida de la información

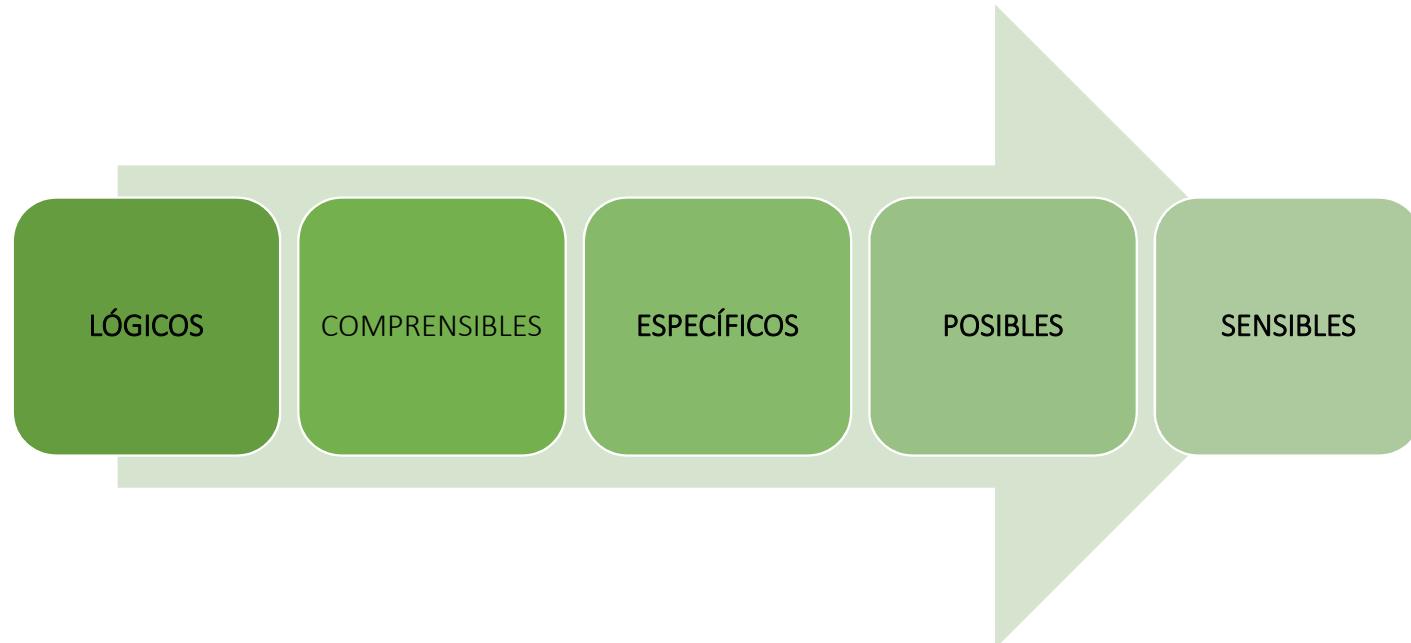
- 1. Observación.
- 2. Otros métodos:
 - A. **Método cuantitativos:** Indicadores (demográficos, sanitarios) y encuestas (registran la opinión de los usuarios)
 - B. **Método cualitativo:**
 - B.1 Grupo nominal.** Reflexión individual y posterior colectiva.
 - B.2 Grupo focal.** Con personas referentes de la comunidad. Identificación de problemas y priorización.
 - B.3 Brainstorming.**
 - B.4 Forum comunitario.** Grupo de personas que quieran participar.

Necesidades de la población



Indicadores

- Instrumentos que definen la situación de una comunidad.
- Permiten identificar y delimitar las necesidades de una comunidad.



TIPOS DE INDICADORES

- **A. Demográficos.** Describen los fenómenos que ocurren a las poblaciones humanas. Ej en España. INE. Pirámides de población, natalidad etc
- **B. Socio económicos.** Laborales, de instrucción y de ingresos.
- **C. Nivel de salud.** Fecundidad, mortalidad, morbilidad, discapacidad, calidad de vida, salud laborar y servicios socio sanitarios.
- **D. Medio ambientales.** Volumen y suministro de agua potable; volumen y reciclaje de aguas residuales; volumen de residuos; volumen de emisiones y de consumo energético.
- **E. Actividades y servicios de salud.**

PLANIFICACIÓN
GENERAL

PLANIFICACIÓN
PROGRAMAS



1. Planificación normativa y estratégica

- a. Identificación de problemas y necesidades
- b. Establecer prioridades.

2. Planificación táctica y estructural.

- a. Establecer metas y objetivos
- b. Determinar actividades
- c. Movilización y coordinación de recursos

3. Planificación operativa.

- a. Ejecución del programa
- b. Evaluación



- Una vez se han identificado los problemas de salud que pueden estar presentes en una comunidad.
- Debe llevarse a cabo por profesionales y líderes o representantes de la comunidad.
- Debe contar con un listado de necesidades y los criterios de priorización que se seguirán en el proceso.

Priorización de problemas de salud





Una imagen vale más que mil palabras

El Método Hanlon

♥ME GUSTA EL FUTBOL♥

$$P = (M + S) \times E \times F$$

M= Magnitud (frecuencia del problema)
S= Severidad (importancia del problema)
E= Eficacia (capacidad de solución)
F= Factibilidad (viabilidad- PEARL)



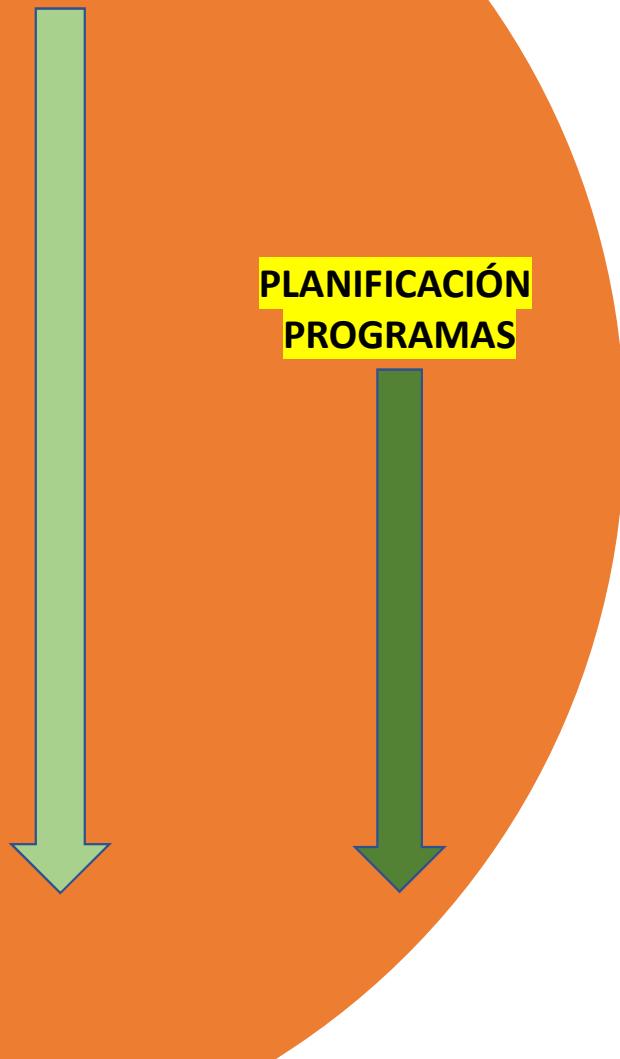
AMIR
enfermería

- Imagen extraida de: <https://www.facebook.com/AmirEnfermeria/photos/a.709274832490518/2622930607791588/>



- **MAGNITUD.** Número de afectados. Manejamos cifras del 1 al 10
- **SEVERIDAD.** Consecuencias del problema. Cada componente de 0 a 10. Total. 20
- **EFICACIA DE LA SOLUCIÓN.** Puntúa de 0 a 10
- **FACTIBILIDAD DE LA SOLUCIÓN.** Con el método **PEARL**.
 - Pertinencia
 - Economía
 - Aceptabilidad
 - Recursos
 - Legalidad

PLANIFICACIÓN GENERAL



1. Planificación normativa y estratégica

- a. Identificación de problemas y necesidades
- b. Establecer prioridades.

2. Planificación táctica y estructural.

- a. Establecer metas y objetivos
- b. Determinar actividades
- c. Movilización y coordinación de recursos

3. Planificación operativa.

- a. Ejecución del programa
- b. Evaluación

Elaboración de programas de salud y su evaluación

- 
- "*Serie ordenada, organizada y coherente en el tiempo, de actuaciones dirigidas para alcanzar unos objetivos concretos en una población concreta, utilizando unos recursos y con la intención de mejorar el estado de salud*". Pineault y Daveluy 1992



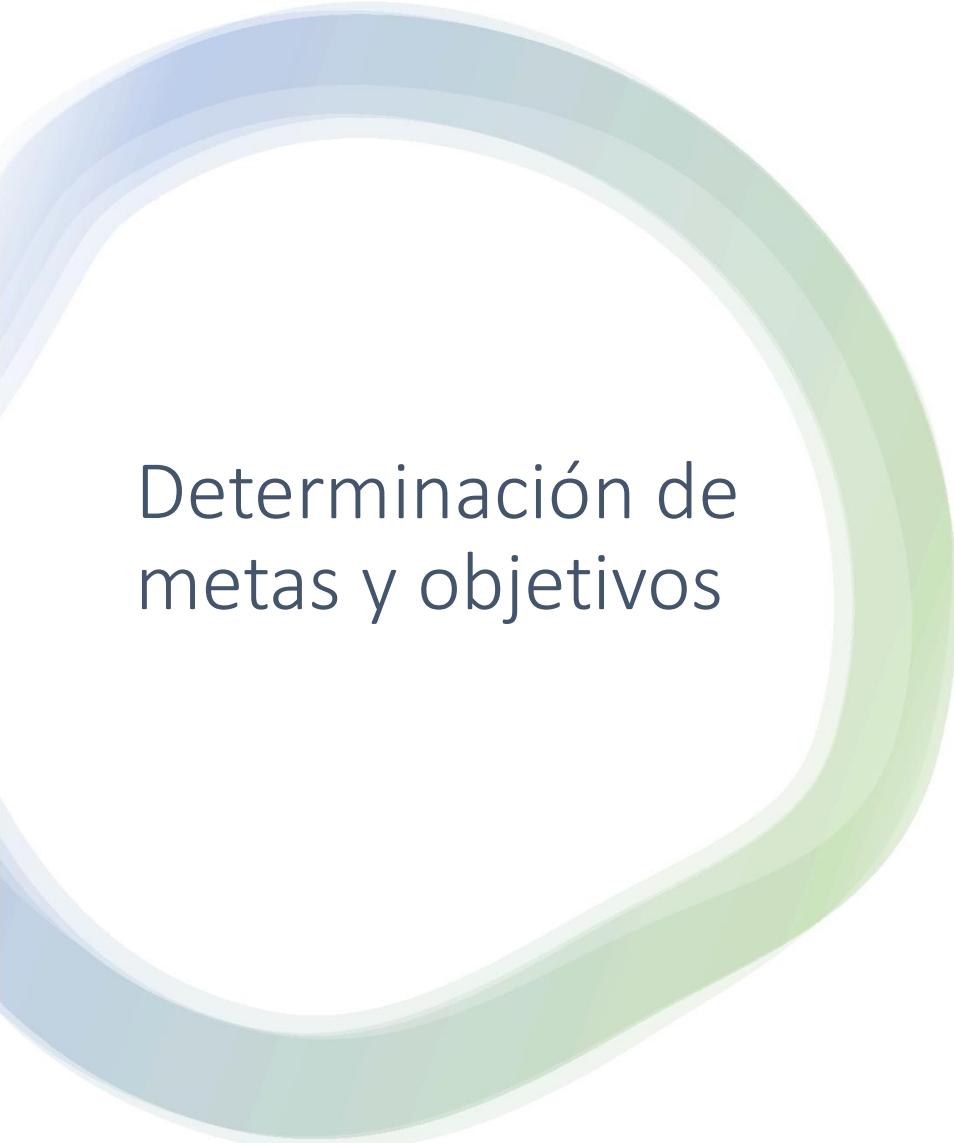
Etapas en la elaboración de un plan de salud

- 1. Determinación de metas y objetivos (una vez identificados y priorizados los problemas, deberemos elaborar los programas de salud).

Determinación de metas y objetivos

Planificación de actividades. En función de los objetivos y contexto

Evaluación.



Determinación de metas y objetivos

- La **META** es la definición del objetivo que queremos conseguir.
- De la **META** se derivan los objetivos del programa:
 1. Objetivos generales: definen el resultado global esperado. Van dirigidos a la modificación de factores de riesgo etc.
 2. Objetivos específicos: son más concretos. Relacionados con los factores contribuyentes. (Lógicos, pertinentes, concretos, observables, medibles y realizables).
 3. Objetivos operativos. Cercanos a la actuación. relacionados directamente con los recursos y organización.

What's your plan?





Planificación de actividades

- Previsión de recursos necesarios para llevar a cabo la planificación de actividades que consigan la consecución de los objetivos propuestos.

HUMANOS

MATERIALES

FINANCIEROS

EL PLAN INCLUIRÁ

(Schaefer, 1975)

-
1. Qué se va a hacer.

 2. Quién va a hacerlo. Se especificará el nivel de responsabilidad.

 3. Cuándo deben hacerlo. Ordenación cronológica, intervalos etc

 4. Dónde deben hacerlo

 5. A quién nos dirigimos en cada momento. Debemos informar a las personas implicadas.

 6. Cómo deben realizarse.



Evaluación

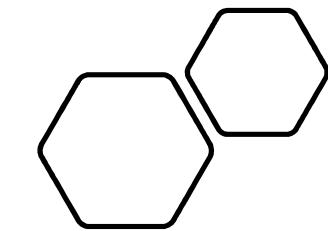
- Conjunto de actividades dirigidas a lograr un juicio objetivo sobre el programa basándose en unos estándares con el fin de monitorizar la eficacia del programa. REALIZAREMOS:
 1. Evaluación de estructura y proceso.
 2. Evaluación de impacto. *
 3. Evaluación de resultados.

*Evaluación de impacto y resultados

Debemos considerar:

- a. **EFICACIA**- Consecución de objetivos en condiciones ideales
 - b. **EFFECTIVIDAD**- Consecución de objetivos en condiciones reales
 - c. **EFICIENCIA**- Relación entre objetivos alcanzados y recursos consumidos.
-
- A. coste-beneficio. Términos monetarios
 - A. coste-efectividad. En términos de salud
 - A. coste-utilidad. Beneficios vividos por los usuarios.

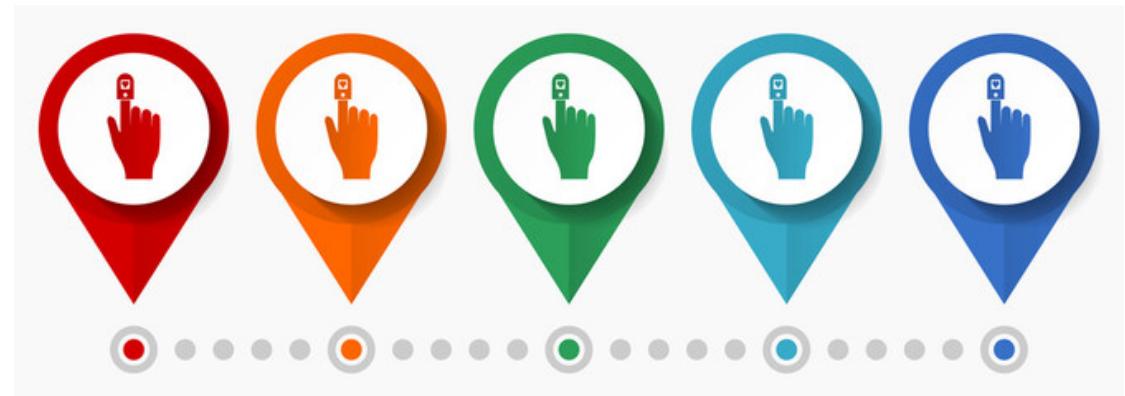
otra cosa
mariposa



Guía de Práctica Clínica

GPC

- "Conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con objeto de optimizar la atención sanitaria a los pacientes". Consiguen reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica".



ETAPAS DEL DESARROLLO DE UNA GPC-BE



Imagen extraída de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100013

Mapas de cuidados (= Mapas de cuidados estandarizados)

- Se aplican a pacientes con una determinada patología y un curso clínico predecible.
- Se plantean como una posible opción a la excesiva variabilidad existente en la práctica clínica.
- Persigue una optimización de recursos.
- Son Vías Clínicas limitados únicamente a los cuidados de enfermería.

Vías Clínicas

- Pretenden planificar y coordinar la secuencia de procedimientos de todo el personal del equipo.
- Pretende la estandarización de cuidados a pacientes con un proceso determinado y con una evolución predecible.
- Se presenta con un diagrama de Gantt en una matriz de tareas y tiempo.

	DÍA 0	DÍA 1 1º diálisis	DÍA 2 2º diálisis	DÍA 3 3º diálisis	DÍA 4 4º diálisis	DÍA 5 5º diálisis
CIRCUITO DE CONTACTO	El nefrólogo contacta con la unidad de agudos (Ext 099) para programación de paciente					
ACTUACIÓN MÉDICA	Confirmación de cita. Entrega de hoja de información al paciente	HC Exploración física Petición de pruebas Revisión del tratamiento	Se evaluará al paciente sólo si se producen incidencias	Se evaluará al paciente sólo si se producen incidencias	Se evaluará al paciente sólo si se producen incidencias	HC Exploración física Elaboración de informe de alta.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	El enfermero le entregará la hoja de información al paciente/familia	<p>Protocolo de acogida del paciente en HD:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Breve descripción de la diálisis 2. Se le mostrará la unidad 3. Conceptos básicos de FAV 4. Conceptos básicos sobre peso, dieta y restricción de líquidos <p>Se le facilitará una "Guía para pacientes con tratamiento de HD"</p> <p>Se le realizará valoración enfermera, escalas clínicas, se abrirá plan de cuidados e historia de diálisis. Biompedancia pre-post diálisis</p> <p>Duración de tratamiento (1ª sesión): 2 h de HD. Sin pérdidas. Perfusion continua de Mantitol 20%. Dializador de baja permeabilidad Heparina Clexane 40 (Al día siguiente de la 1ª Sesión)</p>	<p>Valoración del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Toma de constantes 2. Comprobación de la permeabilidad de la FAV 3. Preparación para el tratamiento <p>Seguimiento del Plan de cuidados. EPS (1ª sesión): dieta y hábitos saludables.</p> <p>Duración de tratamiento (2ª sesión): 2 h de HD. Sin pérdidas. Perfusion continua de Mantitol 20%. Dializador de baja permeabilidad Heparina Clexane 40 (Al día siguiente de la 1ª Sesión)</p>	<p>Valoración del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Toma de constantes 2. Comprobación de la permeabilidad de la FAV 3. Preparación para el tratamiento <p>Seguimiento del Plan de cuidados. EPS (3ª sesión): Tratamiento</p>	<p>Valoración del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Toma de constantes 2. Comprobación de la permeabilidad de la FAV 3. Preparación para el tratamiento <p>Seguimiento del Plan de cuidados. EPS (3ª sesión): Tratamiento</p>	<p>Valoración del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Toma de constantes 2. Comprobación de la permeabilidad de la FAV 3. Preparación para el tratamiento <p>Seguimiento del Plan de cuidados: repasso de información aportada</p> <p><u>Duración de tratamiento (5ª sesión):</u> 3 h de HD. Programar ultrafiltración según peso seco Dializador FDX 1,8 Heparina Clexane 40</p> <p><u>Duración de tratamiento (4ª sesión):</u> 3 h de HD Programar ultrafiltración según peso seco Dializador FDX 1,8 Heparina Clexane</p> <p>Elaboración de ICC Aportación al paciente/cuidador de encuesta de satisfacción</p>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Gestión de ambulancias					Gestión de traslados. Gestión de Alta y derivación a Centro periférico de diálisis o a la unidad de diálisis crónica
AUXILIAR DE ENFERMERIA	Tramitación y programación de inicio de paciente en diálisis	Entregará documento al paciente/familia donde se indique turno de diálisis			Contactará con centro periférico o unidad de crónicos el turno asignado al paciente	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS		Marcadores (VIH, HB y HC) ECG		Hemograma BQ post	BQ post diálisis	
MEDICACIÓN		Si hemoglobina por debajo de 7g/dl o sintomatología de anemia valorar transfusión EPO 3000 IV post diálisis Venofer 1 vial IV/ semanal	EPO 3000 IV post diálisis	EPO 3000 IV post diálisis	EPO 3000 IV post diálisis	EPO 3000 IV post diálisis
DIETA		No tomar nada durante la diálisis	No tomar nada durante la diálisis	No tomar nada durante la diálisis	No tomar nada durante la diálisis	No tomar nada durante la diálisis

Matriz de la vía clínica de inicio en hemodiálisis

Guía de Práctica clínica	Mapas de cuidados	Vías clínicas o Mapas de asistencia
<ul style="list-style-type: none"> -Basadas en la evidencia científica. -Pretenden GUIAR a profesionales y -pacientes para facilitar la toma de decisiones. -Permiten reducir la variabilidad . -Su validez es de 3-5 años -Se evalúan con la escala AGREE. -Dicha escala permite una evaluación por bloques para detectar elementos de mejora.* 	<ul style="list-style-type: none"> -Son vías clínicas limitadas a los cuidados de enfermería. -Plan de cuidados estandarizado para una patología predecible. 	<ul style="list-style-type: none"> -GPC+ Protocolos -Son planes asistenciales para pacientes con patología predecible y concreta. -Pretende reducir la variabilidad en la práctica clínica. -Pretenden optimizar recursos. -Únicamente tienen una aplicación local.

ESCALA AGREE

IMAGEN EXTRAÍDA DE: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Spanish.pdf

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN AGREE

INSTRUCCIONES DE USO

Por favor lea estas instrucciones detenidamente antes de usar el Instrumento AGREE.

1. Estructura y contenido del Instrumento AGREE

AGREE consiste en 23 ítems claves organizados en seis áreas. Cada área intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía.

Alcance y Objetivo (ítems 1-3) se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes.

Participación de los implicados (ítems 4-7) se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.

Rigor en la elaboración (ítems 8-14) hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.

Claridad y presentación (ítems 15-18) se ocupa del lenguaje y del formato de la guía

Aplicabilidad (ítems 19-21) hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes

Independencia editorial (ítems 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

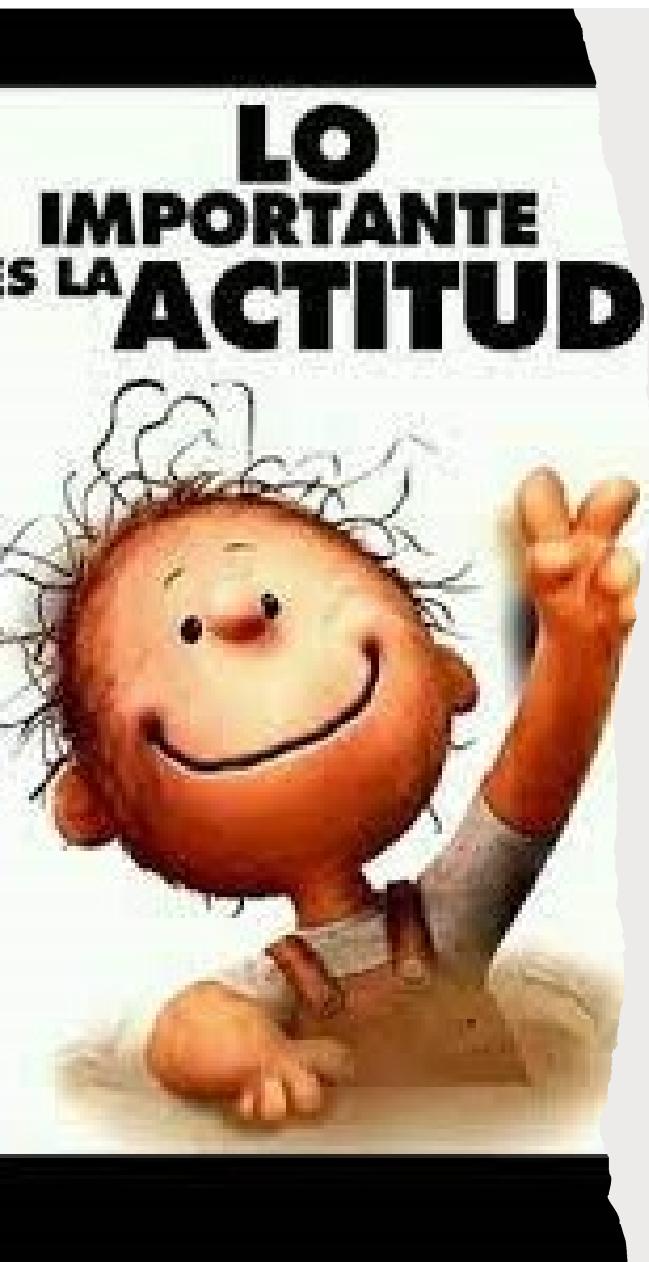


Imagen extraída de:
<https://www.pinterest.es/1965jackies/%C3%A1nimo-y-fuerza/Haga clic para agregar texto>



- **Tema 25.** Gestión por procesos asistenciales integrados (PAI). Mapas de procesos asistenciales. Procesos de soporte. Diseño y mejora: metodología, estructura y descripción del PAI.

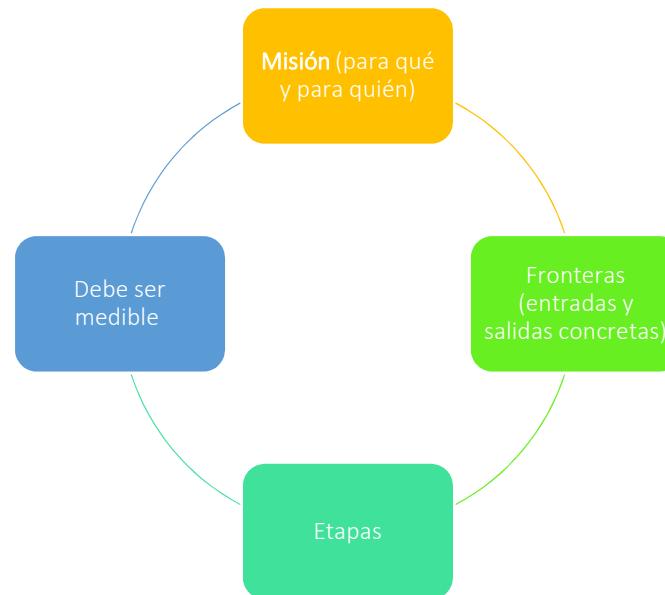
María J Pacheco

Matrona H Universitario San Cecilio Granada



Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.

- Un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios.
extraído de: http://www.ephpo.es/Procesos/GUIA_DISENO_MEJORA/2.pdf
- **Gestión por procesos asistenciales:** reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y facilitar el trabajo de los profesionales implicados.



Procesos estratégicos o de gestión	Procesos operativos o clave	Procesos de apoyo o soporte
Son necesarios para el mantenimiento y correcto funcionamiento de la organización:	Guardan relación directa con los clientes/pacientes y tienen impacto sobre su satisfacción:	Apoyan a los procesos operativos para que se cumplan:
Plan estratégico, de calidad , de investigación etc	Proceso clínico asistencial	Almacén, hostelería, farmacia etc

Tipos de procesos. Tomado de Javier Badía

Grupo técnico asesor (GTA)



- Encargados de la actualización de los PAI
- Equipo multidisciplinar

Se utiliza Metodología Cualitativa. Multi-método por consenso de expertos

Estructura del PAI (ampliados en el temario)

- Presentación
- Introducción
- Definición
- Expectativas y objetivos
- Descripción general
- Componentes; profesionales, actividades y características de calidad
- Descripción de competencias específicas
- Recursos y unidades de soporte específicas
- Representación gráfica del PAI
- Indicadores
- Anexos
- Glosario de términos
- Bibliografía

Tabla 1. Metodología de elaboración de los diferentes procesos asistenciales integrados

Definición global del proceso

Definición funcional del proceso

Límites del proceso: entrada, marginal y final

Responsable del proceso

Destinatarios y objetivos del proceso

Destinatario y expectativas del proceso

Objetivos y flujos de salida. Características de la calidad

Componentes del proceso

Elementos que intervienen y recursos del proceso

Actividades del proceso. Características de calidad

Representación gráfica del proceso

Diagrama de flujos del proceso

Indicadores

Estructura de indicadores del proceso

Tomada de la Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales, de la Consejería de Salud de Andalucía.

Límites del proceso

Entrada; Debemos definir las características que debe presentar el paciente.

Marginales; Aspectos, situaciones y actividades que forman parte del proceso pero que no se van a abordar.

Final; la situación de salida del PAI.

- La PERSONA como núcleo
- Es fundamental conocer las expectativas del paciente y su familia.
- Para ello el GTA debe conocer y manejar técnicas de investigación cualitativa que permitan extraer información completa del escenario concreto.
- Los objetivos deberán ser tangibles y medibles.

Objetivos

Descripción general del PAI. Hoja de RUTA

Representa:

los PROFESIONALES- las ACTIVIDADES

las CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Simboliza el recorrido de la persona/paciente a lo largo de todo el proceso y de sus diferentes fases. Se representa a través de diagramas de flujo.

- RECURSOS específicos necesarios. Evitando cosas básicas
- UNIDADES de SOPORTE que posibilitan la consecución de los objetivos del PAI

RECURSOS Y UNIDADES DE SOPORTE

- Es fundamental para su comprensión y análisis puesto que son altamente complejos y dependen de diferentes estructuras.

Representación Gráfica del PAI



Indicadores

- Que puedan realizar una evaluación continuada del proceso y permitan detectar fortalezas y debilidades. Son fundamentales en la correcta evaluación del PAI



Gracias



Tema 34; Gestión de residuos sanitarios: Plan de Gestión de Residuos del Servicio Andaluz de Salud.

María J Pacheco
Matrona. HUCSC Granada



Plan de gestión de residuos sanitarios 2006

- Se creó con objeto de abordar el tratamiento de los residuos sanitarios producto de la actividad sanitaria propiamente dicha.

. CLASIFICACIÓN

- A. Peligrosos
- B. No peligrosos

Residuos no peligrosos

- GRUPO I; GENERALES asimilables a urbanos

Ej. Cocina, derivados de administración, jardinería etc

- GRUPO II; SANITARIOS asimilables a urbanos

Ej. Jeringas, guantes, bolsas de orina vacías o empapadores, restos de curas y pequeñas actividades quirúrgicas, material procedente de hemodiálisis de pacientes no contaminados por VIH; VHB VHC y material descontaminado de origen infeccioso.

Residuos peligrosos

- ORIGEN SANITARIO
 - a. **Grupo III-a.** Peligrosos sanitarios- Ej:
 - origen infeccioso como el cólera o la rabia
 - restos de vacunas vivas o atenuadas
 - restos de sangre y hemoderivados por encima de 100 mls
 - objetos cortantes o punzantes previamente en su contenedor
 - restos anatómicos (no regulador por el reglamento específico de la policía sanitaria mortuoria)

Residuos peligrosos

- **ORIGEN SANITARIO**

- b. Grupo III-b.** Químicos y citostáticos

- Ej medicamentos, residuos químicos de laboratorio,

- c. Grupo IV.** Radioactivos

- Ej material usado en diagnóstico por imagen etc

Residuos peligrosos

- ORIGEN SANITARIO

D. Grupo IV. Residuos peligrosos de origen no sanitario

Ej. Baterías, filtros, pilas etc

RESIDUOS

GRUPO	RESIDUOS	Bolsa/Contenedor	
I	Residuos Generales Asimilables a Urbanos (RGAU): - Restos de alimentos. - Embalajes. - Madera. - Latas.	Bolsa Negra	
I	Residuos Generales Asimilables a Urbanos (RGAU): - Papel y Cartón.	Contenedor para reciclaje de Papel y Cartón	 
II	Residuos Sanitarios Asimilables a Urbanos (RSAU): - Restos de curas. - Bolsas de orina vacías. - Empapadores. - Pañales. - Yesos.	Bolsa Marrón	
III.a	- Residuos Sanitarios Infecciosos. - Cultivos y reservas de agentes infecciosos. - Sangre, hemoderivados u otros líquidos biológicos (>100 mL). - Restos anatómicos no identificables (no regulados por D. Policia Sanitaria Mortuaria). - Agujas y otro material cortante y/o punzante (en contenedor de punzantes amarillo y luego dentro del verde). - Vacunas vivas y atenuadas.	Contenedor VERDE (destruible) 60 l. o Contenedor VERDE (reutilizable) 60 l. + Bolsa roja	  
III.a	Residuos considerados Material Específico de Riesgo Sanitario (MER).	Contenedor AZUL (destruible) 60 l.	

Imagen extraída de; http://www.hinmaculada.sas.junta-andalucia.es/web/gambiental/material/planes_guias/Plan_Gestion_Residuos.pdf

III.b	Medicamentos desechados (excepto Citotóxicos y Cistostáticos).	Contenedor BLANCO (destruible) 60 l.	
III.b	Residuos Citotóxicos y Cistostáticos. (medicamentos y todo el material sanitario en contacto con ellos: viales, bolsas, mascarillas, guantes, batas, gasas, jeringas, agujas, etc.)	Contenedor ROJO (destruible) 60 l.	
III.b	<ul style="list-style-type: none"> - Residuos Químicos Sólidos (no citotóxicos). - Reactivos sólidos de Laboratorio. - *Restos anatómicos no identificables (no regulados por D. Policía Sanitaria Mortuaria) conservados en formol. - Recipientes y envases que hayan contenido residuos químicos peligrosos. 	Contenedor AMARILLO (destruible) 60 l. <small>*Con la leyenda "RESTOS ANÁTOMICOS CONSERVADOS EN FORMOL"</small>	
III.b	Residuos químicos peligrosos líquidos: Xilol, Formol, Líquidos del revelado de placas radiográficas, restos de desinfectantes, Líquidos de autoanalizadores, etc.	Garrafa BLANCA (destruible) 25 l.	
En caso de derrame de productos peligrosos: Avisar al Servicio de Limpieza			

Imagen extraída de: http://www.hinmaculada.sas.junta-andalucia.es/web/gambiental/material/planes_guias/Plan_Gestion_Residuos.pdf

Recogida y almacenamiento

- Se recomienda RECOGIDA diaria
- Zona de almacenamiento temporal. Correctamente señalizado, cercano al lugar de origen de los residuos y deben estar menos de 12 horas.
- Zona de almacenamiento final. No deberá ser superior a seis meses. En caso de residuos del grupo III-a se recogerán cada 48/72 horas.

En centros con producción menor de 100 kg al mes sin bloque

Quirúrgico no serán de aplicación de este plazo.

MUCHAS
GRACIAS
POR VUESTRA
ATENCIÓN!!

