

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

ELABORÓ:


L.E.O. Nancy Araceli Velez Cortez
Coordinadora Estatal
del Programa de RPBI y RP


REVISÓ:


Dr. Victor Manuel Perez Robles
Director de Atención Médica

Fecha: Agosto 2016

Fecha: Agosto 2016

AUTORIZÓ:


Dra. Giorgia Rubio Bravo,
Directora General de Servicios de Salud de
Morelos

APRUEBA: JUNTA DE GOBIERNO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO

SECRETARÍA TÉCNICA
COMITÉ ASISTENTE
ACORDADO 1028M
DE LA LISTA DE FORMAS
AMpliadas EN SESIÓN ORDINARIA

Hoja de Control de Emisión y Revisión

No. Rev.	Motivo del cambio	Naturaleza del cambio	Página (s) afectada (s)	Fecha de vigencia
0	Nuevo	---	---	Agosto 2016

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/020/16
SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/020/16
SECRETARIO TÉCNICO

Hoja de Control de Copias

Esta es una copia controlada del procedimiento (DOCUMENTO DE TRABAJO PARA LA COORDINACIÓN ESTATAL DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS).

El original de este documento queda bajo resguardo de la Dirección de Planeación y Evaluación.

La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla.

Área funcional	No. de copia controlada
Hospital General De Cuernavaca "Dr. José G. Parres"	01
Hospital General De Cuautla "Dr. Mauro Belaunzarán Tapia"	02
Hospital General De Jojutla "Dr. Ernesto Meana San Roman"	03
Hospital General De Axochiapan "Dr. Angel Ventura Neri"	04
Hospital General De Tetecala	05
Hospital Comunitario De Puente De Ixtla "Dr. Fernando R. Vizcarra"	06
Hospital General De Temixco "Enf. Maria De La Luz Delgado Morales"	07
Hospital Comunitario De Jonacatepec	08
Hospital Comunitario De Ocuilco	09
Hospital De La Mujer	10
Uneme Cirugía Ambulatoria Jojutla	11
Centro Estatal De Transfusión Sanguinea (Cets)	12
Unidad De Especialidades	13
Jurisdicción Sanitaria No. I Cuernavaca	14
Jurisdicción Sanitaria No. II Jojutla	15
Jurisdicción Sanitaria No. III Cuautla	16
Centro De Atención Para La Salud De La Mujer (Capasam)	17
Centro Regulador De Urgencias Médica (Crum)	18
Laboratorio Estatal De Salud Pública	19
Capasits Cuernavacavih/Sida	20

La revisión a este procedimiento se realizará anualmente durante la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

10015

1. Propósito:

El presente manual de procedimientos tiene como finalidad indicar al personal involucrado en el manejo de los residuos, cómo realizar la actividad que le corresponde de forma correcta, con el propósito de reducir o eliminar los riesgos asociados a su manejo, selección de métodos de gestión seguros, ecológicamente inocuos y proteger a las personas del peligro al recoger, manipular, almacenar, transportar, tratar o eliminar desechos.

2. Alcance:

Proporcionar a las unidades operativas de Servicios de Salud de Morelos, generadoras de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos, las políticas, operaciones, actividades, responsabilidades, formatos y documentación necesaria en el control, manejo y tratamiento de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos, a efecto de que desarrollen los procesos correspondientes conforme a la normatividad vigente en la materia.

3. Referencias:

- Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-infecciosos-Clasificación y Especificaciones de Manejo.
- Con base en el Acuerdo por el cual se reforma la Nomenclatura de las Normas Oficiales Mexicanas expedidas por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Así como la ratificación de las mismas previa a su revisión quinquenal, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de Abril de 2003.
- Guía para el manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en Unidades de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los Residuos Peligrosos.
- Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y su Reglamento (LGPGIR), Vigente

4. Responsabilidades

Del(a) Coordinador(a) Estatal del Programa de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos y Residuos Peligrosos dar seguimiento al cumplimiento de los procesos y normatividad.

De los Directores y Responsables de las Unidades Médicas Operativas y de toda área generadora de RPBI y RP, apearse a lo establecido en este documento de trabajo y vigilar su cumplimiento.

5. Desarrollo:

Se desarrolla el presente **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO – INFECCIOSOS (R. P. B. I.)** bajo ordenamientos federales.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/02D/16
SECRETARIO TÉCNICO

**SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN ESTATAL DE RPBI y RP**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS
BIOLÓGICO - INFECCIOSOS
(R. P. B. I.)**



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2014
SECRETARÍA TÉCNICA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA EL MANEJO DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS
(RPBI).**

ÍNDICE

	HOJA
	7
	<u>7</u>
I	<u>8</u>
II	<u>8</u>
III	<u>9</u>
	<u>9</u>
	<u>11</u>
IV	<u>21</u>
	<u>32</u>
	<u>39</u>
	<u>54</u>
	<u>61</u>
	<u>68</u>
	<u>76</u>
V	<u>76</u>
VI	<u>79</u>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO IGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

PRESENTACIÓN

Cuando se habla de RPBI, nos referimos a todo aquel residuo que contenga agentes biológico-infecciosos que puedan causar algún daño a la salud, por lo que se deben establecer los procedimientos adecuados de manejo y tratamiento con respecto a la normatividad vigente, que permitan frenar las tendencias del deterioro ecológico y preservar la salud de la población.

El presente manual de procedimientos tiene como finalidad indicar al personal involucrado en el manejo de los residuos, cómo realizar la actividad que le corresponde de forma correcta, con el propósito de reducir o eliminar los riesgos asociados a su manejo, selección de métodos de gestión seguros, ecológicamente inocuos y proteger a las personas del peligro al recoger, manipular, almacenar, transportar, tratar o eliminar desechos.

Para ello, el manual integra los procedimientos para el desarrollo de las diferentes actividades involucradas en las fases de manejo de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos, con base a las disposiciones contenidas en la norma NOM087-SEMARNAT-SSA1-2002. Estableciéndose las responsabilidades que debe asumir el personal que genera directamente estos residuos (el personal médico, paramédico, de enfermería, investigadores, químico, técnico y de servicios generales) y que son realizadas en las diferentes etapas de manejo interno: identificación, separación, envasado y almacenamiento; y para el manejo externo: la recolección, tratamiento y destino final.

Los residuos generados en hospitales que prestan servicios de atención a la salud pueden resultar peligrosos y presentar riesgos en su manejo, tal es el caso de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos. Estos son una consecuencia natural de las actividades que se desarrollan en beneficio de la población, pero el inadecuado manejo de los residuos es un serio problema para la salud misma y el ambiente, por ello es indispensable establecer una metodología que basada en los preceptos de la normatividad aplicable sea de fácil aplicación para el generador.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/025/16
SECRETARIO TÉCNICO

I. OBJETIVOS DEL MANUAL

1. Proporcionar a las unidades operativas de Servicios de Salud de Morelos, generadoras de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos, las políticas, operaciones, actividades, responsabilidades, formatos y documentación necesaria en el control, manejo y tratamiento de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos, a efecto de que desarrollen los procesos correspondientes conforme a la normatividad vigente en la materia.
2. Difundir entre los trabajadores de Servicios de Salud de Morelos, los procedimientos para el manejo interno de los Residuos Peligrosos que permita tener un óptimo uso de los recursos económicos.
3. Sensibilizar acerca de los riesgos ligados a los desechos de la atención sanitaria y proporcionar prácticas seguras y fiables a través de la implantación de un sistema integral, considerando la atribución de responsabilidades, asignación de recursos, manipulación y evacuación de los desechos.

II. MARCO JURÍDICO

- Ley General de Equilibrio Ecológico y de Protección al Ambiente. Ley General para la Prevención y Gestión Integral de Residuos. Ley Federal del Trabajo.
- Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente del Trabajo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993. Para disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Referente a "Protección ambiental-salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos -clasificación y especificaciones de manejo".
- Guía para el manejo de los residuos Peligrosos Biológico Infecciosos en Unidades de Salud.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
Dolores Jordán
SECRETARIO TÉCNICO

III POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1.- RESPONSABILIDADES

- 1.1.- El **titular de la unidad** es el responsable de instruir a todo el personal adscrito en la misma para la aplicación de este manual y de vigilar su cumplimiento.
- 1.2.- El **responsable técnico de los RPBI** será el encargado de coordinar los aspectos legales-administrativos y corroborar que la aplicación de los procedimientos se realicen de manera correcta, con base a la normatividad ambiental vigente.
- 1.3.- El **responsable del programa de residuos** tiene la obligación de coordinar, verificar y supervisar las siguientes actividades:
- 1.3.1.- Aspectos Operativos
- Supervisión del manejo en las áreas de generación.
 - Supervisión en el área de almacenamiento de los residuos.
 - Control en el inventario de insumos para el envasado de los residuos.
 - Vigilancia en las etapas de manejo.
 - Coordinación y supervisión de las empresas que otorgan servicio externo de recolección, transporte y tratamiento.
- 1.3.2.- Aspectos Administrativos
- Difusión de la información para el manejo de los residuos entre el personal de la Unidad, mediante sesiones de capacitación y material escrito.
 - Elaboración y diseño de material didáctico para difusión de información.
 - Seguimiento de documentos administrativos.
 - Preparación de boletines informativos sobre los avances y retrocesos del manejo de los residuos en los servicios.
 - Elaboración de programas de manejo de los residuos.
- 1.3.3 Aspectos Legales
- Organización y resguardo de los manifiestos de entrega, transporte y recepción de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
 - Elaboración y gestión de los reportes anuales de residuos peligrosos. Cédula de Operación Anual (COA).
 - Verificación del correcto llenado de la bitácora de entradas y salidas del almacén temporal y de la bitácora mensual de los residuos peligrosos.
 - Atención y seguimiento a las observaciones que la autoridad ambiental correspondiente realice.
- 1.4.- Las responsabilidades que el **personal generador** (médico, enfermeras, técnicos, químicos e investigadores) tienen en el programa de manejo de los residuos son la identificación, clasificación, separación y envasado de los residuos desde el momento de su generación, con base a la clasificación de la norma NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
- 1.5.- El **personal perteneciente al servicio de limpieza** participa dentro del programa de manejo de residuos, al ser los encargados de colocar los insumos, rotular bolsas, realizar la recolección y transporte interno de los residuos, la supervisión del servicio de la recolección externa de los residuos y vigilar el buen estado de los contenedores para el almacenamiento de residuos.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

SECRETARIO TÉCNICO

1.6.- De acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, deberán considerarse residuos peligrosos biológico-infecciosos los siguientes:

1) La sangre

a) La sangre y los componentes de ésta, sólo en forma líquida, así como los derivados no comerciales, incluyendo las células progenitoras, hematopoyéticas y las fracciones celulares o acelulares de la sangre resultante (hemoderivados).

2) Los cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos

a) Los cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico-infecciosos.
b) Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico-infecciosos.

3) Los patológicos

a) Los tejidos, órganos y partes que se extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica que no se encuentre en formol.
b) Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excremento.
c) Los cadáveres y partes de animales que fueron inoculados con agentes eteropatógenos en centros de investigación y bioferios.

4) Los residuos no anatómicos

a) Los recipientes desechables que contengan sangre líquida.
b) Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre (cualquier cantidad), o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido Céfaló-Raquideo o líquido peritoneal.
c) Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
d) Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre o secreciones de pacientes con sospecha o diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.

En referencia al oficio número PFP/VE09/DZMVM/252/2004 de fecha 14 de diciembre de 2004, girado por la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente al Coordinador de Administración y Finanzas del Instituto de Salud del Estado de México, que especifica que "LA SANGRE Y SUS COMPONENTES (en todas sus presentaciones) Y LOS RESIDUOS NO ANATOMICOS (empapados, saturados, impregnados); ES DECIR QUE CONTENGAN CUALQUIER CANTIDAD DE SANGRE, SON CONSIDERADOS COMO RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS Y COMO TALES DEBEN MANEJARSE.

5) Materiales absorbentes utilizados en las jaulas de animales que hayan sido expuestos a agentes eteropatógenos.

6) Los objetos punzocortantes

a) Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
03/04/2011
SECRETARIO TÉCNICO

2. FASES DE MANEJO DE RESIDUOS

Este manual se debe aplicar en las diferentes áreas generadoras de residuos peligrosos biológico infecciosos.

2.1 FASES DE MANEJO INTERNO

2.1.1 Identificación y Clasificación de los residuos generados

Con base a lo indicado en el precepto legal, la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, la clasificación de los residuos peligrosos biológico infecciosos deberá realizarse de la siguiente manera:



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM
08/09/2021/ke
SECRETARIO TÉCNICO

BOLSA NARANJA

- No peligrosos de Manejo Especial
- Ropa desechable (batas, gorros, cubrebocas, botas, uniformes).
- Jeringa sin aguja.
- Vendas, Guantes, Gasas, Torundas.
- Sondas.
- Líneas intravasculares.
- Abatelenguas.
- Bolsas recolectoras de orina.
- Empaques de material de curación.
- Frascos de solución parenteral de plástico y vidrio.
- Hisopos, sanitas.
- Contenedores de orina.
- Espejos vaginales.
- Ampolletas y frascos ampula
- Pañales.
- Frascos de solución parenteral vacíos de plástico o vidrio.
- Empaques de material de curación manchados.

BOTE GRIS

- Residuos Inorgánicos
- (Bolsa transparente)
- Envases de refresco, agua, yogurt.
- Vidrio
- Envolturas en general.
- Latas de aluminio.
- Platos y vasos desechables
- Papel.

**BOTE ROJO PARA VIDRIO
(Solo en laboratorios)**

- Vidrio
- Laminillas de muestras fijadas (no en fresco)
- Material roto de laboratorio, previo en caso de estar contaminados.
- Frascos rotos o enteros.

BOTE VERDE

- Residuos Orgánicos
- (Bolsa transparente)
- Restas de alimentos en general.
- Residuos de café.
- Flores secas.
- Hojas de tamal.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2014
SECRETARIO TÉCNICO

2.1.2. - Separación y envasado de los residuos generados

Se deberán separar y envasar los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos generados de acuerdo a sus características físicas y biológico infecciosas, en los insumos establecidos en el cuadro siguiente, de acuerdo a lo indicado por la normatividad aplicable, estableciendo bolsa roja o amarilla con logotipo de riesgo biológico infeccioso y contenedores herméticos para el envasado de residuos líquidos, así como contenedores rígidos para el envasado de los residuos punzocortantes, siendo descriptivo el cuadro que a continuación se presenta:

TIPO DE RESIDUOS	ESTADO FISICO	ENVASE Y CARACTERISTICAS DEL ENVASE
<p>→ SANGRE</p>  <p>→ CULTIVOS Y CEPAS</p>  <p>→ NO ANATOMICOS</p> 	<p>SOLIDO →</p> <p>LIQUIDO →</p>	 <p>Bolsa de plástico color rojo. Calibre mínimo 200</p>  <p>Recipiente rígido con tapa hermética</p>
<p>→ PATOLOGICOS</p> 	<p>SOLIDO →</p> <p>LIQUIDO →</p>	 <p>Bolsa de plástico color amarillo. Calibre mínimo 300.</p>  <p>Recipiente rígido con tapa hermética</p>
<p>→ PUNZOCORTANTES</p> 	<p>SOLIDO →</p>	 <p>Recipiente rígido. De Polipropileno resistente a fracturas con una resistencia mín. De penetración de 12.5 N</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARÍO TÉCNICO

La norma aplicable para el manejo de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, establece que los insumos empleados para su envasado deben cumplir con una serie de características que permita su identificación, envasado seguro y que al momento de su tratamiento por métodos físico-químico la generación de contaminantes sea lo más baja posible, puntos **6.2.1 inciso a), 6.2.2 y 6.2.3 de la NOM-087-SEMARNAT-SSA-2002**, los cuales indican lo siguiente: **6.2.2** Los recipientes de los residuos peligrosos punzocortantes deben ser rígidos, de polipropileno color rojo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libre de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas de contenido al caerse, destruibles por métodos físicos, tener separador de agujas y abertura para depósito, con tapa(s) de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO INFECCIOSOS" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico.

- a. La resistencia mínima de penetración para los recipientes tanto para punzocortantes como para líquidos, debe ser de 12.5 N (doce punto cinco newtons) en todas sus partes y será determinada por la medición de la fuerza requerida para penetrar los lados y la base con una aguja hipodérmica calibre 21 X 32 mm., mediante calibrador de fuerza o tensiómetro.
- b. Los recipientes para los residuos peligrosos punzocortantes y líquidos se llenarán hasta el 80% (ochenta por ciento) de su capacidad, asegurándose los dispositivos de cierre y no deberán ser abiertos o vaciados.
- c. Las unidades médicas que presten atención a poblaciones rurales, con menos de 2,500 habitantes y ubicadas en zonas geográficas de difícil acceso, podrán utilizar latas con tapa removible o botes de plástico con tapa de rosca, con capacidad mínima de uno hasta dos litros, que deberán marcarse previamente con la leyenda de "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO INFECCIOSOS".

6.2.3 Los recipientes de los residuos peligrosos líquidos deben ser rígidos, con tapa hermética de polipropileno color rojo o amarillo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, resistentes a fracturas y pérdidas de contenido al caerse, destruibles por métodos físicos, deberán contar con la leyenda que indique "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO INFECCIOSOS" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico.

Cuando los insumos (bolsas y contenedores) no sean suministrados por la empresa contratada para la recolección, transporte externo, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos, el Departamento de Adquisiciones de la unidad realizará la compra de los insumos mencionados en la norma anterior, tomando como base las características señaladas y los requerimientos de las unidades aplicativas.

El personal de las unidades generadoras de residuos peligrosos, encargado del manejo del material o residuos peligrosos, deberá recibir la capacitación necesaria, así como el equipo mínimo de protección para realizar sus actividades respectivas (uniforme completo, overol de una sola pieza, botas de hule, gorro, guantes de carmaza, cubre bocas o mascarilla industrial con filtro intercambiable y goggles). En el caso de existir evidencia o sospecha que alguno de los recipientes o bolsas estuviese roto o perforado se procederá a introducirlo a otro recipiente de las mismas características.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/09/14
SECRETARIO TÉCNICO

Tabla No. 1 Características de los envases para el envasado de los RPBI.

Tipo de Residuo	Estado Físico	Características de los envases
Sangre No anatómicos Cepas y cultivos	SÓLIDOS	Bolsas de polietileno color rojo translúcido, calibre mínimo 200, impermeables y con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro; además deberán estar marcadas con el símbolo de riesgo biológico y la leyenda de residuos peligrosos biológico infecciosos.
Patológicos		Bolsas de polietileno color amarillo translúcido, calibre mínimo 300, impermeable y con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro; además deberán estar marcadas con el símbolo de riesgo biológico y la leyenda de residuos peligrosos biológico infecciosos.
Punzocortantes		Contenedores rígidos de polipropileno de color rojo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas del contenido al caerse, destruible por métodos físicos, tener separador de agujas y abertura para depósito, con tapa de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "Residuos peligrosos biológico infecciosos" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM
08/04/02 D/16
SECRETARIO TÉCNICO

Tipo de Residuo	Estado Físico	Características de los envases
Sangre No anatómico	LIQUIDOS	Contenedores herméticos de polipropileno de color rojo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistente a fracturas y pérdidas del contenido al caerse, destruíble por métodos físicos, con tapa de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "Residuo Peligrosos biológico infecciosos" y marcados con el símbolo universal de riesgo biológico.
Patológicos		Contenedores herméticos de polipropileno de color amarillo, con un contenido de metales pesados de no más de una parte por millón y libres de cloro, que permitan verificar el volumen ocupado en el mismo, resistentes a fracturas y pérdidas del contenido al caerse, destruíble por métodos físicos, con tapa de ensamble seguro y cierre permanente, deberán contar con la leyenda que indique "Residuos peligrosos biológico infecciosos" y marcados con el símbolo universal de riesgo

Recolección Interna.

Al momento de realizar el envasado de los residuos se deberá vigilar que los insumos no se rebasen a más del 80% de su capacidad, que los envases no sean reutilizados ya que son desechables. No se deberá compactar los residuos durante la fase de envasado, cerrar las bolsas con un mecanismo de amarre seguro que evite que evite que los residuos salgan (nudo o cinta adhesiva), verificar que los contenedores estén bien cerrados y una vez llenos, no deben ser abiertos o vaciados, se abstendrá evitar mezclar diferentes clases de residuos en un solo envase y la basura común se colocara en botes o bolsas de plástico de cualquier color excepto roja o amarilla.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
AGUERDO JGSSM
[Firma]
SECRETARIO TÉCNICO

2.1.3.- Fase de recolección y transporte interno.

Esta fase consiste en retirar los residuos de las áreas de generación y concentrarlos en los cuartos sépticos para su posterior traslado al área de almacenamiento temporal.

La recolección interna se encuentra a cargo de personal capacitado y se debe realizar diariamente en un horario fijo, si es necesario se deberá llevar a cabo más de una vez al día según el volumen de producción de estos residuos.

El traslado de los residuos hacia el almacén temporal, deberá efectuarse siguiendo una ruta de recolección interna, en la cual debe evitarse el paso por áreas muy concurridas.

Para la recolección se utilizarán carritos de recolección rojos para el transporte interno de residuos peligrosos biológico infecciosos.

El personal que realiza la recolección interna de los residuos peligrosos biológico infecciosos, deberá contar con el equipo mínimo de protección, el cual consiste en:

- ☼ Uniforme completo (overol, gorra y botas industriales).
- ☼ Cubrebocas.
- ☼ Guantes de látex.
- ☼ Goggles (En caso de manejar residuos líquidos).
- ☼ Guantes de carmaza (sólo el personal encargado del traslado interno).

Las precauciones que el personal encargado de la recolección y traslado interno debe considerar son:

- ☼ No manipular el contenido de los envases.
- ☼ No abrir los recipientes rígidos herméticos y/o punzocortantes.
- ☼ No compactar los residuos.
- ☼ La forma de cargar las bolsas con residuos, debe ser tal que evite tener contacto directo con el cuerpo del personal que realiza la recolección.
- ☼ No desviarse de la ruta de recolección de residuos establecida.

Los periodos máximos de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos, estarán sujetos al tipo de establecimiento generador:

- a) Nivel I Hospitales con 1 a 5 camas: 30 días.
- b) Nivel II Hospitales con 6 a 60 camas: 15 días.
- c) Nivel III Hospitales con más de 60 camas: 7 días.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

3.1.4 Almacenamiento Temporal

Los residuos recolectados en el área de generación, son depositados en el almacén temporal de residuos peligrosos y el personal responsable de la recolección interna y traslado al área de almacenamiento temporal, los pesa y registra los datos correspondientes a esta actividad en la bitácora de entrada y salida de residuos peligrosos biológico infecciosos del almacén temporal.

Los residuos patológicos, humanos o de animales (que no estén en formol), deberán conservarse a una temperatura no mayor de 4°C, de conformidad con el punto 6.3.4 de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

El área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos deberá cubrir los requisitos establecidos en el punto 6.3.5 de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

A los establecimientos generadores incluidos en el nivel I, quedan exentos del cumplimiento del punto 6.3.5 y podrán ubicar los contenedores de almacenamiento temporales en el lugar más apropiado dentro de sus instalaciones, de manera tal que no obstruyan las vías de acceso.

Los residuos peligrosos biológico-infecciosos envasados serán almacenados en contenedores metálicos o de plástico con tapa y ser rotulados con el símbolo universal de riesgo biológico, con la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos".

Los residuos recibidos en esta área, serán almacenados temporalmente, hasta ser entregados a la empresa de recolección externa para su traslado a la planta de tratamiento.

2.2 MANEJO EXTERNO

2.2.1 Recolección y Transporte Externo

Los residuos serán entregados a una empresa de recolección y transporte externo, especializada y autorizada por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) y por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), para realizar estas actividades.

La entrega, se acompañará por el manifiesto de entrega, transporte y recepción de residuos peligrosos, mismo que será emitido por la empresa de recolección. Una vez que los residuos sean entregados a la planta de tratamiento, el original del manifiesto será regresado a Servicios de Salud de Morelos, con los datos y sello de la planta tratadora. Con dichos requisitos cumplidos se cuenta con el documento oficial que ampara el correcto manejo de los residuos.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2014
SECRETARIO TÉCNICO

2.2.2 Tratamiento

El tratamiento de residuos peligrosos biológico infecciosos es el procedimiento físico o químico al que se somete un residuo peligroso con el fin de eliminar las características infecciosas, el método de tratamiento debe garantizar la eliminación de microorganismos patógenos y hacer irreconocible a los residuos para su posterior disposición final de conformidad con el punto No. 6.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.

Los residuos deben ser tratados en una empresa especializada y con autorización vigente, por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), mediante la presentación de un protocolo de pruebas previamente determinado y aceptado.

El tipo de tratamiento para los residuos con características peligrosos biológico infecciosos de los grupos de cepas y cultivos, sangre, no anatómicos y punzocortantes puede ser físico o químico, sin embargo los residuos de tipo patológico deben ser eliminados exclusivamente por incineración o inhumación, a excepción de aquellos que estén destinados a fines terapéuticos o de investigación.

2.2.3 Disposición Final

La última fase del manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos es la etapa de disposición final, que se considera a la acción de depositar permanentemente los residuos en sitios y condiciones adecuadas para evitar daños al ambiente y a la salud. Por lo que los RPBI que hayan sido tratados podrán disponerse en los camiones recolectores de basura común, mientras que los RPBI sin tratamiento deberán enviarse a empresas recolectoras autorizadas.

TRANSPORTE EXTERNO Y DISPOSICIÓN FINAL

Los RPBI que hayan sido tratados dentro del hospital (procedimientos de desinfección) podrán disponerse en los camiones recolectores de basura común.



Mientras que los RPBI sin tratamiento deberán enviarse a empresas recolectoras autorizadas. Estos deberán ser tratados por métodos físicos o químicos, que garanticen la eliminación de microorganismos patógenos para su disposición final.



Los residuos patológicos deben ser incinerados o inhumados.



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO IGSSM 08/04/020/16 SECRETARIO TÉCNICO

IV.- PROCEDIMIENTOS

**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM A.I. 9/14
08/04/2014
SECRETARIO TÉCNICO**

1.- MANEJO DE RESIDUOS DE SANGRE

- A) Unidades de sangre y/o sus componentes.
- B) Sangre y/o sus componentes en tubo de muestra.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de residuos de sangre, desde la selección de los insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE QUERÉTARO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

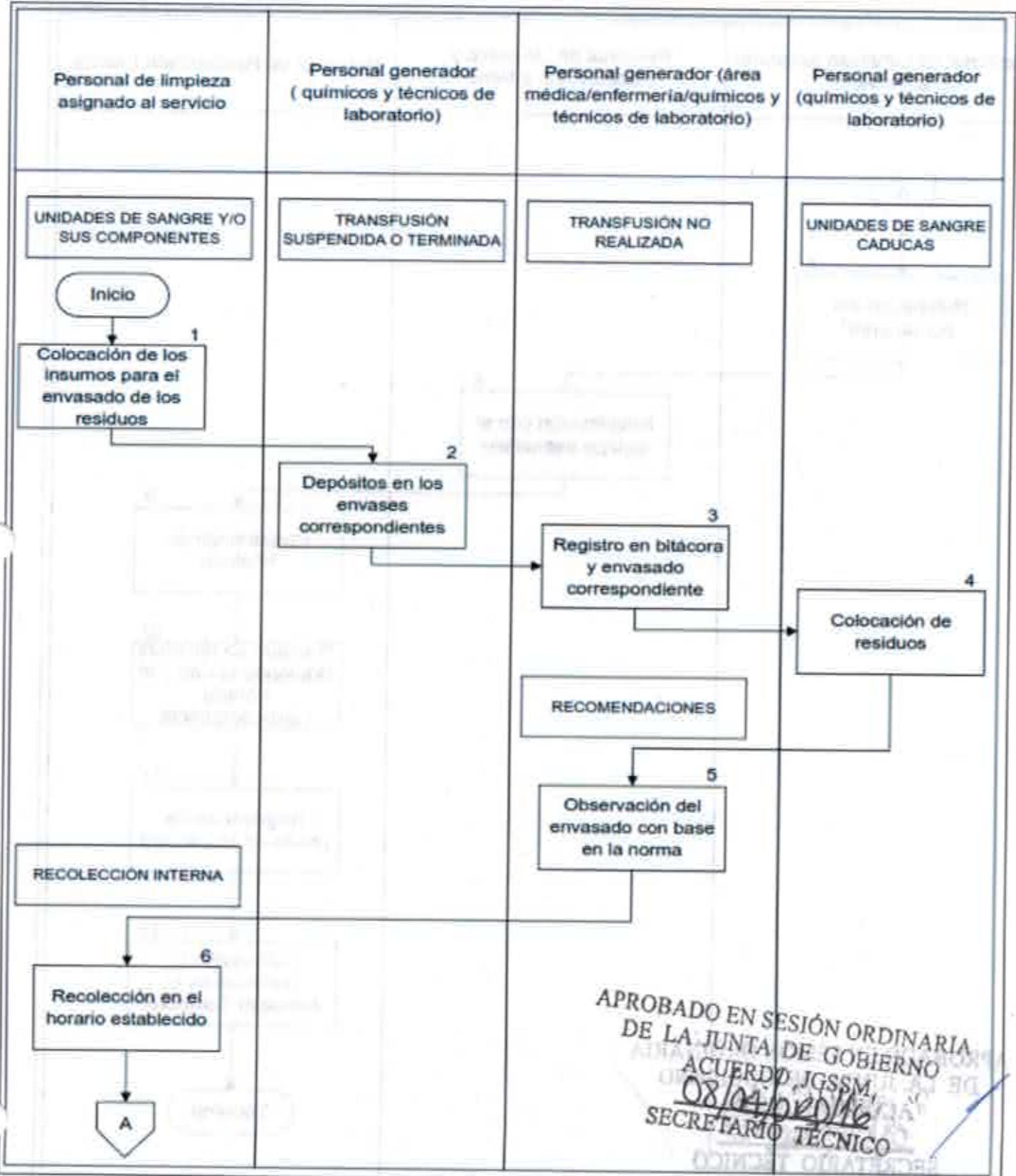
PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<p>A) UNIDADES DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES.</p> <p>Personal de limpieza asignado al servicio</p>	1	<p>UNIDADES DE SANGRE Y/O SUS COMPONENTES Coloca en los botes los insumos necesarios para el envasado de los residuos de unidades de sangre que se generen en el servicio, y de acuerdo a la clasificación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo indicado en el cuadro del punto 5.1 de este documento son bolsas rojas.</p>
<p>Personal generador (Área Médica / Enfermería)</p>	2	<p>TRANSFUSIÓN SUSPENDIDA O TERMINADA Concluye la transfusión, deposita la unidad completa con los remanentes de sangre, dentro de la bolsa roja ubicada en los botes del servicio generador. Retirando previamente el punzocat del equipo de transfusión y lo deposita en el contenedor rígido rojo para residuos punzocortantes.</p>
<p>Personal generador (Área Médica / Enfermería/ Químicos y Técnicos de laboratorio)</p>	3	<p>En caso de que las unidades de sangre y o sus componentes contengan aún remanentes con cantidades considerables o que la unidad presente fugas, deberán ser envasadas en una bolsa roja adicional, para evitar derrames durante la permanencia en el servicio y el traslado al área de almacenamiento temporal de RPBI.</p> <p>TRANSFUSIÓN NO REALIZADA Registra en la bitácora como producto dado de baja en el laboratorio y envasa en bolsa roja. En caso de que la unidad de sangre y/o sus componentes no se haya utilizado y sea necesario su disposición, este será como residuo peligroso biológico infeccioso en el área de banco de sangre donde deberá ser devuelta.</p>

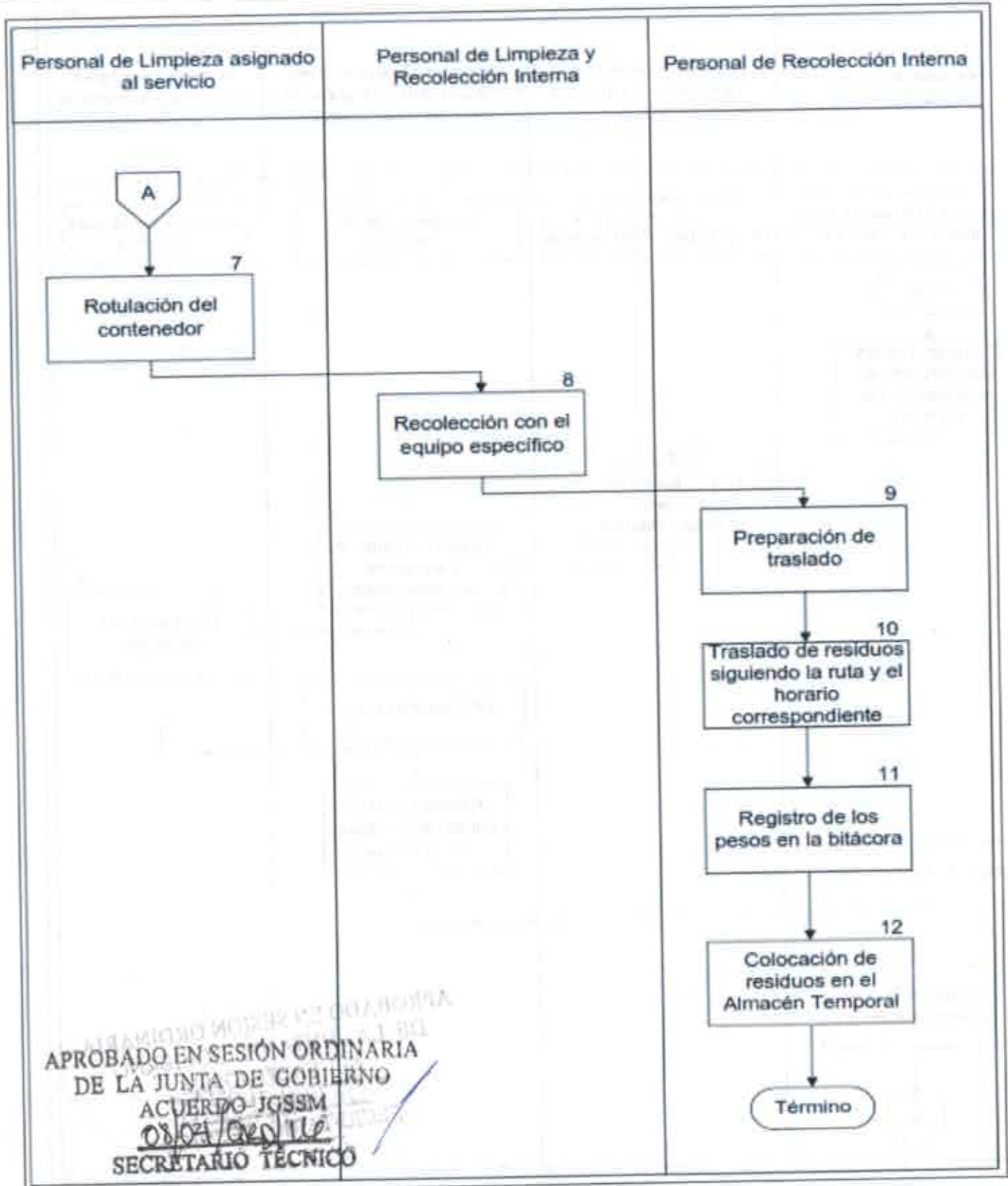
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal generador (Químicos y Técnicos de laboratorio)	4	<p align="center">UNIDADES DE SANGRE CADUCAS</p> <p>Dispone como residuos peligrosos biológico infecciosos en bolsa roja, sin necesidad de realizar algún tratamiento "in situ" previo a su envasado, para el caso de las unidades de sangre y/o sus componentes que hayan caducado.</p>
Personal generador	5	<p align="center">RECOMENDACIONES</p> <p>Dispone que las unidades de sangre y/o sus componentes, que se encuentren vacías, semi llenas, con fuga, caducas o contaminadas, la forma de disposición deberá ser como un residuo peligroso biológico infeccioso, por lo que su envasado tendrá que ser realizado en bolsas rojas, nunca en bolsa destinada para el envasado de los residuos no peligrosos, ya que de hacerlo se está violando el estatuto normativo que regula el manejo correcto de estos residuos.</p>
Personal de limpieza asignado al servicio	6	<p align="center">RECOLECCIÓN INTERNA</p> <p>Recolecta las bolsas rojas donde se encuentran envasados los residuos de este grupo de RPBI-no se debe realizar trasvasado de residuos, ni reutilizar las bolsas ya instaladas, las amarra y traslada al bote ubicado en el séptico o en el área de concentración temporal del servicio generador, donde se encuentra una bolsa de mayor capacidad que sirve para concentrar la totalidad de los residuos retirados del servicio generador.</p> <p>La recolección interna de los residuos debe ser realizada en los horarios establecidos o de acuerdo a las necesidades del servicio generador.</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
AGUERDO JGSSM
08/04/2014
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal de limpieza asignado al servicio	7	Rotula la bolsa roja con residuos indicando fecha, servicio generador y turno, la concentra en el cuarto séptico, para su traslado al almacén temporal.
Personal de limpieza y Recolección interna	8	Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo; guantes de látex y cubrebocas para el desarrollo de los trabajos de recolección de residuos peligrosos.
Personal de Recolección Interna	9	Sigue la ruta de recolección interna establecida; suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI".
	10	<p>Sigue la ruta de recolección interna señalada, dirigiéndose hacia el cuarto séptico y realiza el retiro de las bolsas rojas que se encuentran previamente rotuladas por el personal de limpieza del servicio generador, las traslada y deposita en el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida hacia el área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario de acuerdo al servicio generador, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p> <p style="text-align: right;"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/2016 SECRETARIO TÉCNICO </p>

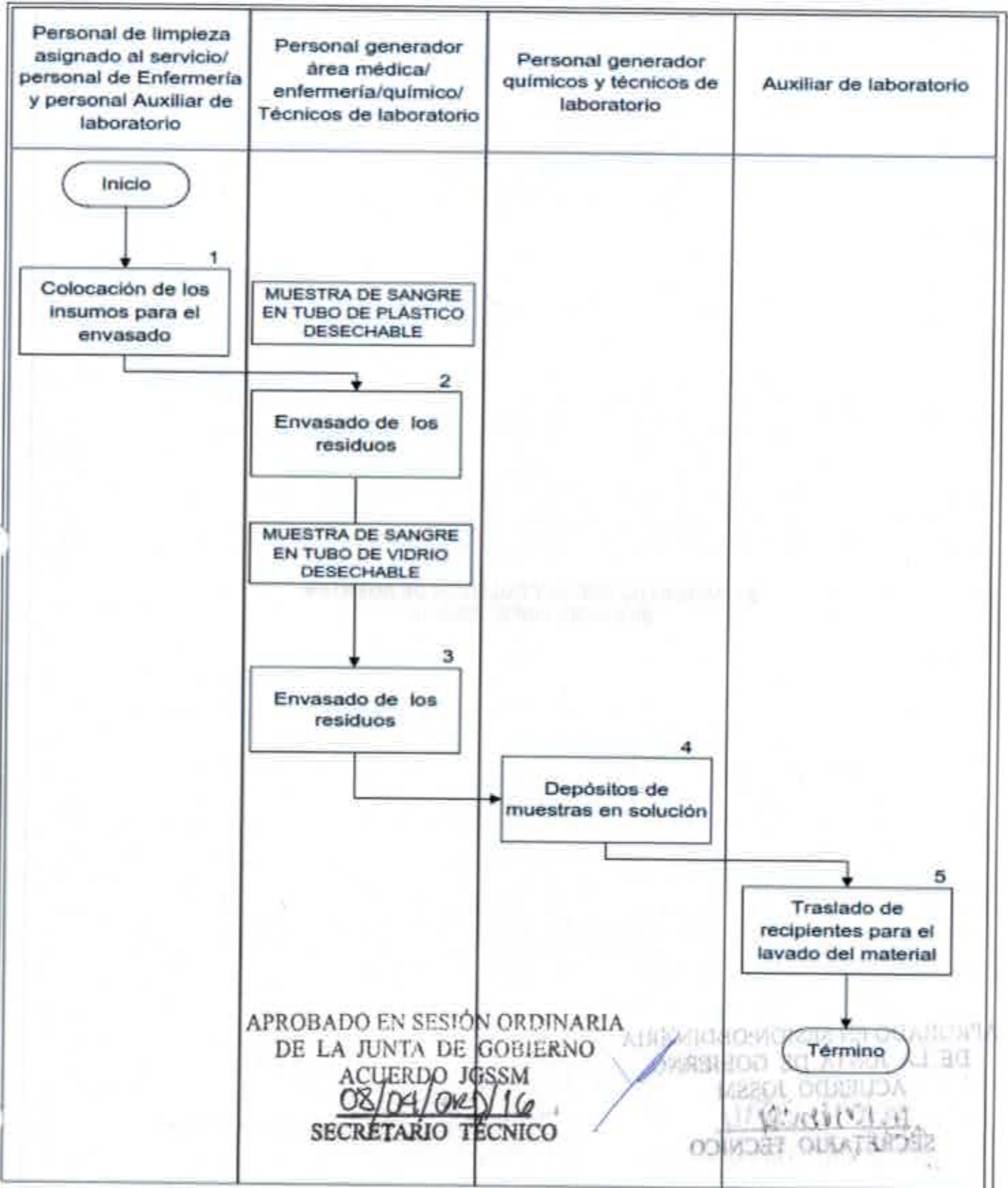




PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
B) SANGRE Y/O SUS COMPONENTES EN TUBO DEMUESTRA.		
Personal de limpieza asignado al servicio Personal de Enfermería y Personal auxiliar de laboratorio	1	Coloca en los botes de los insumos necesarios para el envasado de los residuos de unidades de sangre que se generen en el servicio, que de acuerdo a la clasificación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y al cuadro del punto 5.1, son bolsas rojas y contenedores de punzocortantes.
Personal generador: Área Médica Enfermería, Químico y Técnicos de laboratorio	2	<p align="center">MUESTRA DE SANGRE EN TUBO DE PLÁSTICO (DESECHABLE)</p> Envasa la muestra una vez concluidos los estudios, la sangre restante que contenga el tubo plástico desechable deberá ser envasado en la bolsa roja, de preferencia cerrada con el tapón que presentan, para evitar fugas del contenido. En caso de no ser posible su sellado, se utilizará doble bolsa para el envasado de los residuos.
	3	<p align="center">MUESTRA DE SANGRE EN TUBO DE VIDRIO DESECHABLE</p> Dispone de este residuo como peligroso biológico infeccioso y tendrá que ser envasado en contenedores rojos para residuos punzocortantes dadas sus características. No es necesario efectuar tratamiento "in situ" de inactivación de los residuos hemáticos restantes.
Personal generador: Químicos y Técnicos de laboratorio	4	Deposita las muestras en un recipiente con solución de hipoclorito de sodio en una concentración final de 0.5% de cloro libre. Los tubos con muestras de sangre deben permanecer en contacto con la solución, por un tiempo de 60 minutos como mínimo para hacer efectiva su inactivación.
		<p align="right"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO. ACUERDO JGSSM 08/04/2016 SECRETARIO TÉCNICO </p>

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<p>Auxiliar de laboratorio</p>	<p>5</p>	<p>Traslada los recipientes con los tubos con muestras al área de lavado de material, donde se deberá proceder a una segunda preparación de solución inactivadora para colocar los tubos por espacio de 30 minutos y proceder finalmente a su lavado. La mezcla resultante de la solución inactivante y sangre se dispondrá directamente a la tarja.</p> <p>Los restos sanguíneos (coágulos) que no se hayan disuelto en la solución inactivadora deberán ser dispuestos en la bolsa roja, tomando en cuenta las precauciones necesarias para evitar accidentes.</p> <p>Los tubos de vidrios que resulten rotos durante el procedimiento de lavado de material deberán ser envasados como residuos peligrosos biológicos infecciosos en los contenedores para punzocortantes, en caso de que aún no se encuentren previamente esterilizados.</p> <p>Termina Procedimiento.</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO IGSSM
08/04/08
SECRETARIO TÉCNICO



SABO

**2.- MANEJO DE CEPAS Y CULTIVOS DE AGENTES
BIOLÓGICO-INFECCIOSOS**

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

SECRETARIO TÉCNICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de residuos de cultivos y cepas de Agentes Biológico-Infecciosos, desde la selección de los insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/08/16
SECRETARIO TÉCNICO**

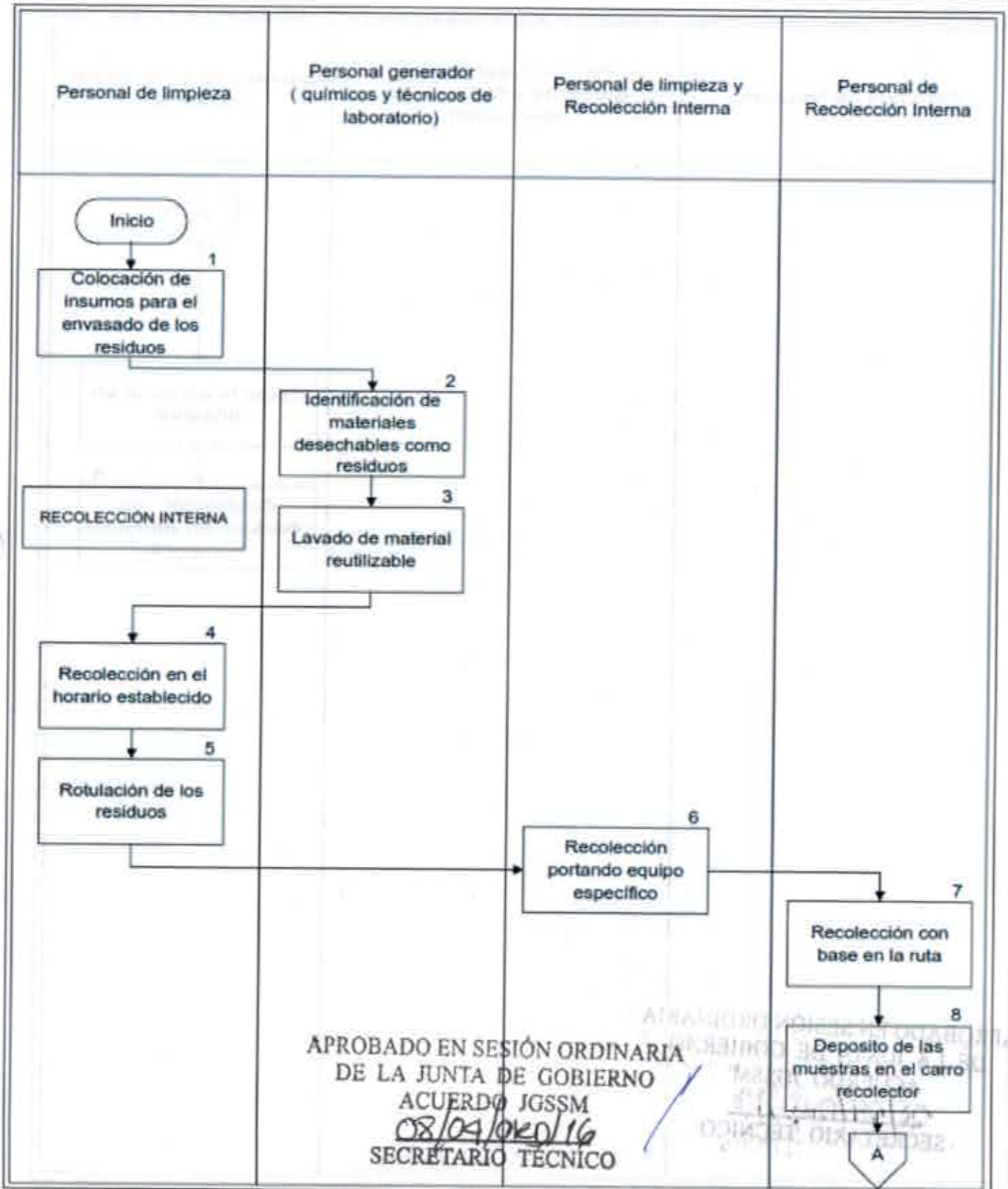
ALABADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/08/16
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal de limpieza	1	Coloca en los botes los insumos necesarios para el envasado de los residuos de cultivos y cepas de agentes biológico-infecciosos que se generen en el servicio, que de acuerdo a la clasificación de la NOM 087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo indicado en el cuadro del punto 5.1, son para los residuos sólidos bolsas rojas.
Personal generador: Químicos y Técnicos de laboratorio	2	Identifica los materiales desechables utilizados durante los trabajos, una vez realizados los procedimientos del procesamiento de las muestras con los cultivos y cepas de agentes biológicos infecciosos, los cuales deberán ser dispuestos como residuos peligrosos biológicos infecciosos desde el momento de su generación, dentro de las bolsas rojas ubicadas en el servicio.
	3	Efectúa el método de lavado de material de laboratorio, en caso de que el material utilizado en el desarrollo de los procedimientos sea reutilizable.
Personal de limpieza	4	<p style="text-align: center;">RECOLECCIÓN INTERNA</p> <p>Recolecta las bolsas rojas donde se encuentran envasado los residuos de este grupo de RPBI no se debe realizar trasvasado de residuos, ni reutilizar las bolsas ya instaladas, las amarra y traslada al bote ubicado en el séptico o en el área de concentración temporal del servicio generador, donde se encuentra una bolsa de mayor capacidad que sirve para concentrar la totalidad de los residuos retirados del servicio generador.</p> <p>La recolección interna de los residuos debe ser realizada en los horarios establecidos o de acuerdo a las necesidades de servicio generador.</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal de limpieza	5	Rotula la bolsa roja con residuos indicando fecha, servicio generador y turno, la concentra en el cuarto séptico, para su traslado al almacén temporal.
Personal de limpieza y recolección interna	6	Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex y cubrebocas, para el desarrollo de los trabajos de recolección de residuos peligrosos.
Personal de Recolección Interna	7	Sigue la ruta de recolección interna establecida, suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI".
	8	<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, se dirige hacia el lugar de concentración de residuos y realiza el retiro de las bolsas rojas que se encuentran previamente rotuladas por el personal de limpieza del servicio generador, las traslada y deposita en el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida hacia el área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos en el itinerario, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p> <p style="text-align: right;"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/2016 SECRETARIO TÉCNICO </p>



Personal de limpieza	Personal generador químicos y técnicos de laboratorio	Personal de Recolección Interna
		<pre>graph TD; A{{A}} --> B[9 Registro de peso en bitácora]; B --> C[8 Colocación de residuos en Almacén Temporal];</pre>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/020/16
SECRETARIO TÉCNICO

3.- MANEJO DE RESIDUOS PATOLÓGICOS

- A) Residuos Anatómicos Patológicos.
- B) Muestras Biológicas para Análisis.
- C) Cadáveres de Animales Inoculados.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARÍO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARÍO TÉCNICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de residuos patológicos, desde la selección de los insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

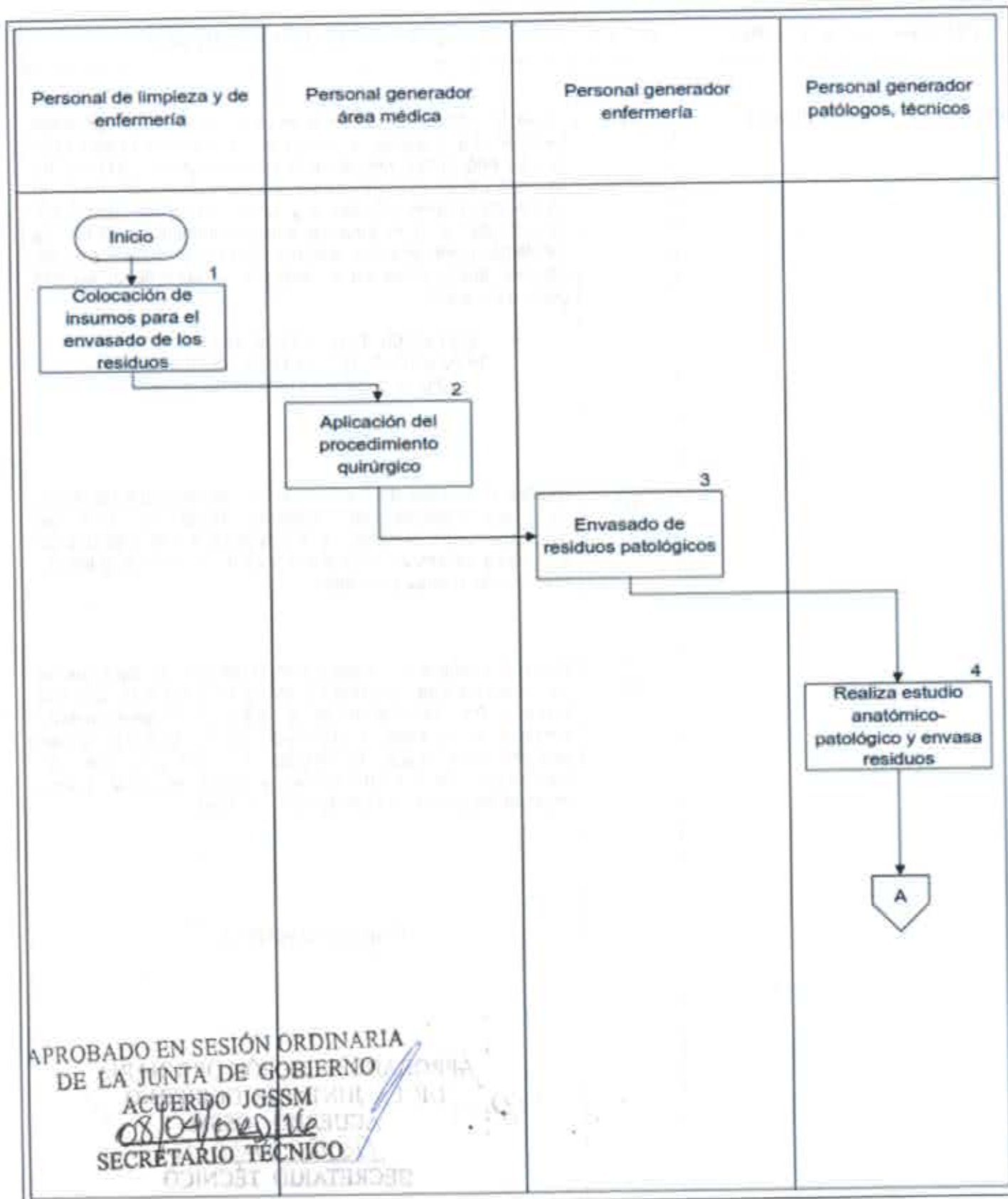
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/025/16
SECRETARIO TÉCNICO

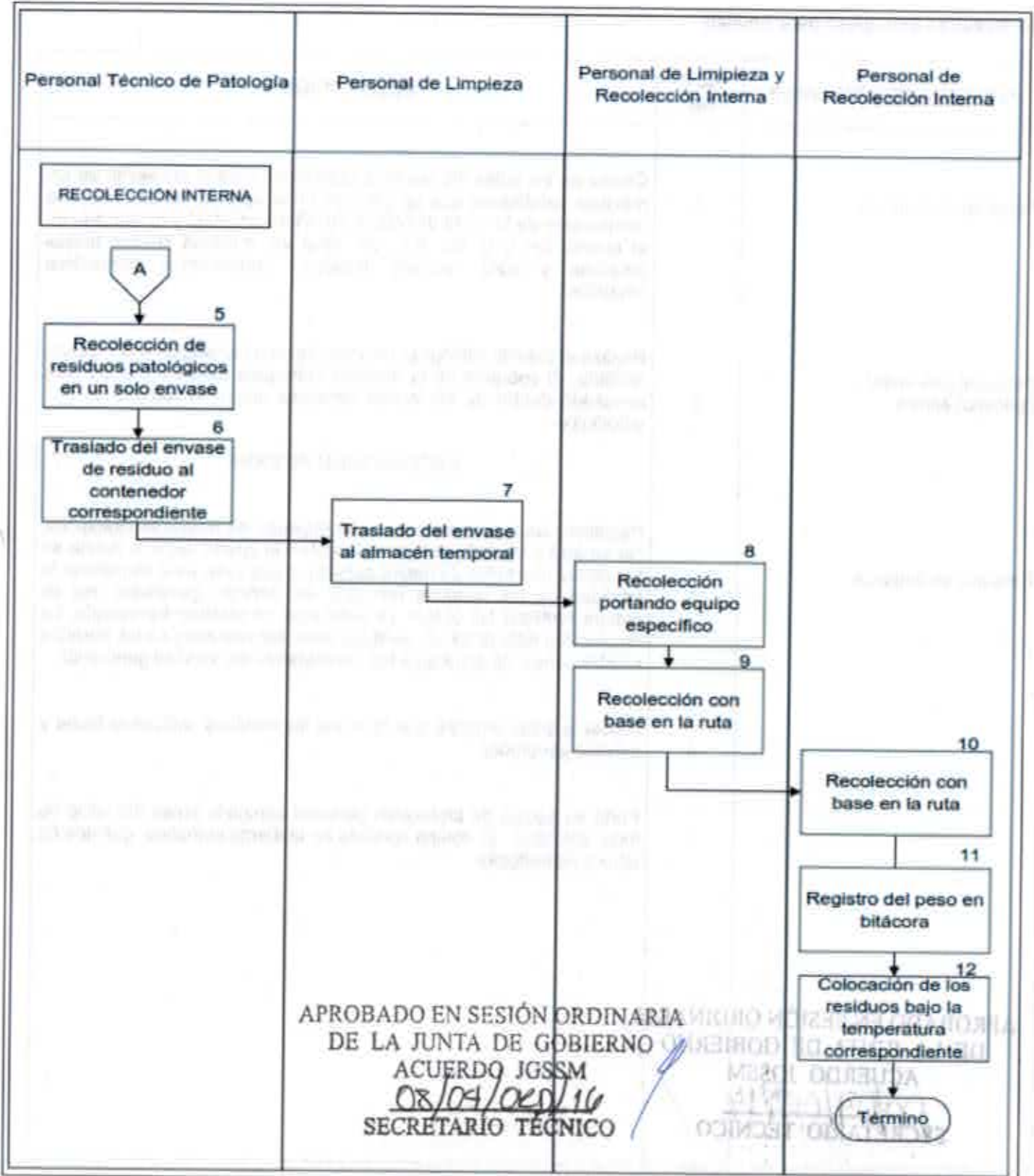
PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal de limpieza y de enfermería	1	Coloca en los botes los insumos necesarios para el envasado de los residuos patológicos que se generen en el servicio, de acuerdo a la clasificación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002.
Personal generador/Área Médica	2	<p>Aplica el procedimiento quirúrgico. Entrega la pieza, resto anatómico o placenta a la enfermera al término del acto quirúrgico. En caso de que el resto anatómico o placenta se tenga que enviar para su estudio patológico, se deposita dentro de la caja plástica y es resguardado para su posterior envío al Departamento de Patología.</p> <p>Si el resto anatómico o placenta retirado durante el procedimiento quirúrgico o alumbramiento, se destinará como residuo, entonces deberá ser envasado directamente a la bolsa amarilla al momento de su generación. No se deberán mezclar otro tipo de residuos, con los considerados del tipo patológico.</p>
Personal generador/Enfermería	3	Envasa dentro de una bolsa amarilla el residuo patológico o placenta que se haya retirado, en caso de no ser enviado a estudio al Área de Patología, y depositarlo en el bote ubicado dentro del cuarto séptico.
Personal generador/patólogos, Técnicos	4	Envasa en la bolsa amarilla ubicada en la sala de Patología el resto anatómico o placenta que fue colocada en la caja plástica y que se vaya a destinar como residuo, una vez realizado y concluido el estudio anatómico-patológico.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal Técnico de Patología	5	<p>RECOLECCIÓN INTERNA</p> <p>Amarra y retira la bolsa amarilla grande instalada en el bote ubicado dentro del cuarto séptico donde se han colocado las bolsas individuales con los residuos patológicos o placentas generadas en el turno del trabajo del servicio generador. No se deberá reutilizar las bolsas ya instaladas, ni efectuar trasvasado.</p>
Personal de limpieza	6	<p>Traslada la bolsa con los residuos patológicos y la concentra en el bote ubicado fuera de la sala de Patología.</p>
Personal de limpieza y Recolección Interna	7	<p>Retira la bolsa con residuos del bote ubicado fuera del área de Patología y lo traslada al área de almacenamiento temporal para ser pesada y registrada en la bitácora, siguiendo el desarrollo del punto No. 12 de este procedimiento.</p>
Personal de limpieza y Recolección Interna	8	<p>Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex y cubrebocas, para el desarrollo de los trabajos de recolección de residuos peligrosos.</p>
<p>APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/020/16 SECRETARIO TÉCNICO</p>	9	<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, si el retiro de los residuos patológicos es de otro servicio distinto al quirófano. Suspende el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI.</p>

PERSONAL RESPONSABLE	ACT NO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal de Recolección Interna	10	<p>Sigue la ruta de recolección interna señalada, dirigiéndose hacia el cuarto séptico y realiza el retiro de las bolsas rojas que se encuentran previamente rotuladas por el personal de limpieza del servicio generador, las traslada y deposita en el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida hacia el área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario de acuerdo al servicio generador, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p>
	11	<p>Realiza el pesado de las bolsas con los residuos retirados, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal, y los registra en la bitácora de entradas y salidas del almacén temporal, de acuerdo al tipo de residuo y el servicio generador.</p>
	12	<p>Coloca las bolsas con residuos en el refrigerador para que se mantengan a una temperatura no mayor a los 4°C, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal ya pesado y registrado en la bitácora; donde permanecerán hasta la llegada del vehículo que los transportará hacia su tratamiento y disposición final. Nunca deberán dejarse sin refrigeración o en el piso.</p> <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento.</p> <p style="text-align: center;"> <small>ALABANDRO MORENO VAZQUEZ</small> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM <u>08/04/2016</u> SECRETARIO TÉCNICO </p>

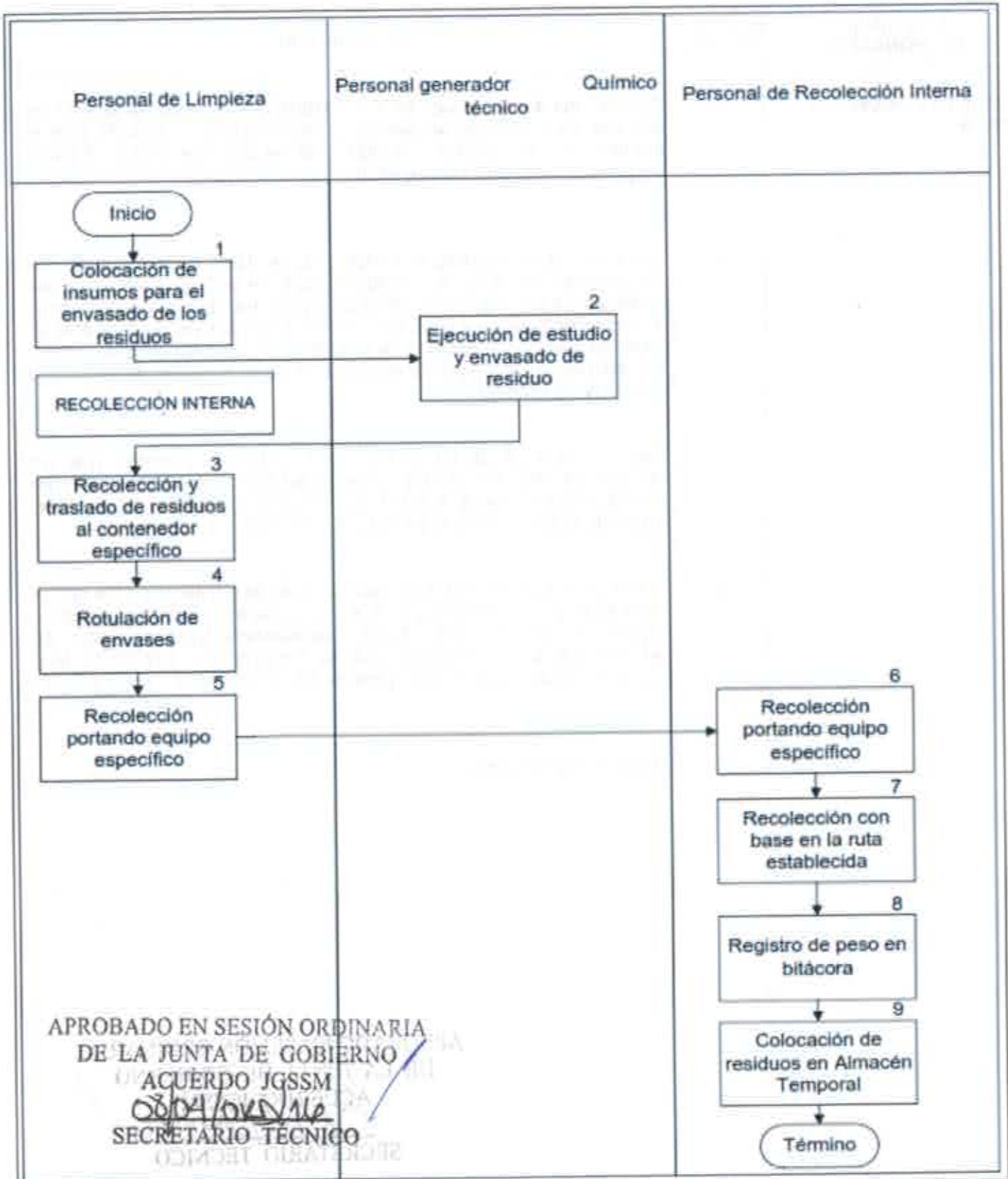




B) Muestras biológicas para Análisis

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de limpieza	1	Coloca en los botes los insumos necesarios para el envasado de los residuos patológicos que se generen en el servicio, de acuerdo a la clasificación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo indicado en el cuadro del unto No. 5.1, son para los residuos sólidos bolsas amarillas y para residuos líquidos, contenedores herméticos amarillos.
Personal generador / QuímicoTécnico	2	Realiza el estudio citológico, microbiológico o histológico a la muestra recibida. El sobrante de la muestra entregada para su análisis será envasado dentro de las bolsas amarillas como un residuo de tipo patológico.
		RECOLECCIÓN INTERNA
Personal de limpieza	3	Recolecta las bolsas amarillas con residuos de muestras biológicas, las amarra y traslada al bote ubicado en el cuarto séptico, donde se encuentra una bolsa de mayor capacidad que sirve para concentrar la totalidad de los residuos retirados del servicio generador. No se deberá reutilizar las bolsas ya instaladas, ni efectuar trasvasado. La recolección interna de los residuos debe ser realizada en los horarios establecidos o de acuerdo a las necesidades del servicio generador.
	4	Rotula la bolsa amarilla que contiene los residuos, indicando fecha y servicio generador.
	5	Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex y cubrebocas.
<p>APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/02/08 SECRETARIO TÉCNICO</p>		<p>SECRETARIO TÉCNICO</p>

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Recolección Interna	6	Sigue la ruta de recolección interna establecida, suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI".
	7	Sigue la ruta de recolección establecida, se dirige hacia el lugar de concentración de residuos y realiza el retiro de las bolsas amarillas que contienen los residuos de muestras biológicas, las traslada hacia el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida al área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario, de acuerdo a cada servicio generador.
	8	Realiza el pesado de las bolsas con los residuos retirados, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal y los deberá registrar en la bitácora de entradas y salidas del almacén, indicando el tipo de residuo y el servicio generador.
	9	Coloca las bolsas con residuos patológicos en el refrigerador para que se mantengan a una temperatura no mayor a los 4°C, una vez pesados y registrados en bitácora, donde permanecerá hasta la llegada del vehículo que los transportará hacia su tratamiento y disposición final. Nunca deberán dejarse los residuos sin refrigeración o en el piso.
		<p>Termina Procedimiento.</p> <p style="text-align: right;"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM <u>08/04/2016</u> SECRETARIO TÉCNICO </p>



C) Cadáveres de Animales Inoculados

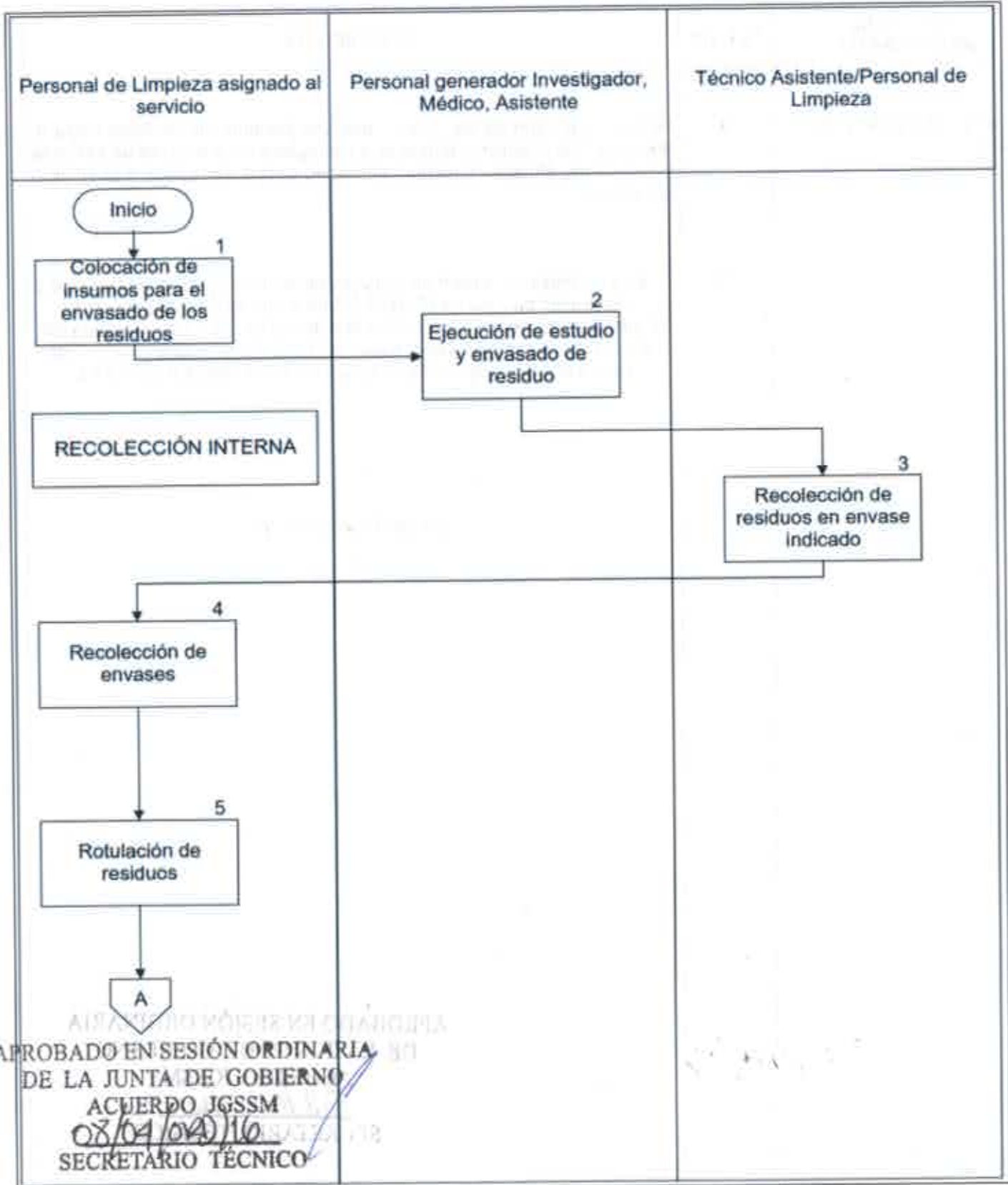
PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de limpieza asignado al servicio	1	Coloca en los botes los insumos necesarios para el envasado de los residuos patológicos que se generen en el servicio, que de acuerdo a la clasificación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 y lo indicado en el cuadro del punto 5.1, son bolsas amarillas para los residuos sólidos.
Personal generador: Investigador, Médico, Asistente	2	Realiza la inoculación con agente enteropatógeno a la especie animal elegida para el desarrollo del protocolo de investigación. Una vez concluido el estudio de investigación o en caso de ser necesario deshacerse del cadáver del animal inoculado, éste deberá ser efectuado en la bolsa amarilla. Este procedimiento se realizará sólo si el animal ha sido inoculado, en caso contrario, éste será envasado como residuos no peligroso en bolsa color naranja.
Técnico Asistente/Personal de limpieza	3	Envasa en bolsa roja los materiales absorbentes de las jaulas de los animales inoculados que se consideran como residuos no anatómicos. Para el caso de los animales no inoculados sus residuos deberán ser envasados como residuos no peligrosos.
RECOLECCIÓN INTERNA		
Personal de limpieza asignado al servicio	4	Recolecta las bolsas amarillas con residuos de cadáveres de animales inoculados, las amarra y traslada al área de concentración de residuos del servicio generador. No se deberá reutilizar las bolsas ya instaladas, ni efectuar trasvasados. La recolección interna de los residuos debe ser realizada en los horarios establecidos o de acuerdo a las necesidades del servicio generador.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 08/04/2016
 SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de limpieza asignado al servicio	5	Rotula la bolsa amarilla que contiene los residuos, indicando fecha y turno generador.
Personal de limpieza asignado al servicio y Recolección Interna	6	Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex, cubrebocas.
Personal de Recolección Interna	7	Sigue la ruta de recolección interna establecida, suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI".
		<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, se dirige hacia el lugar de concentración de residuos y realiza el retiro de las bolsas amarillas que contiene los residuos de muestras biológicas, las traslada hacia el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida al área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p>

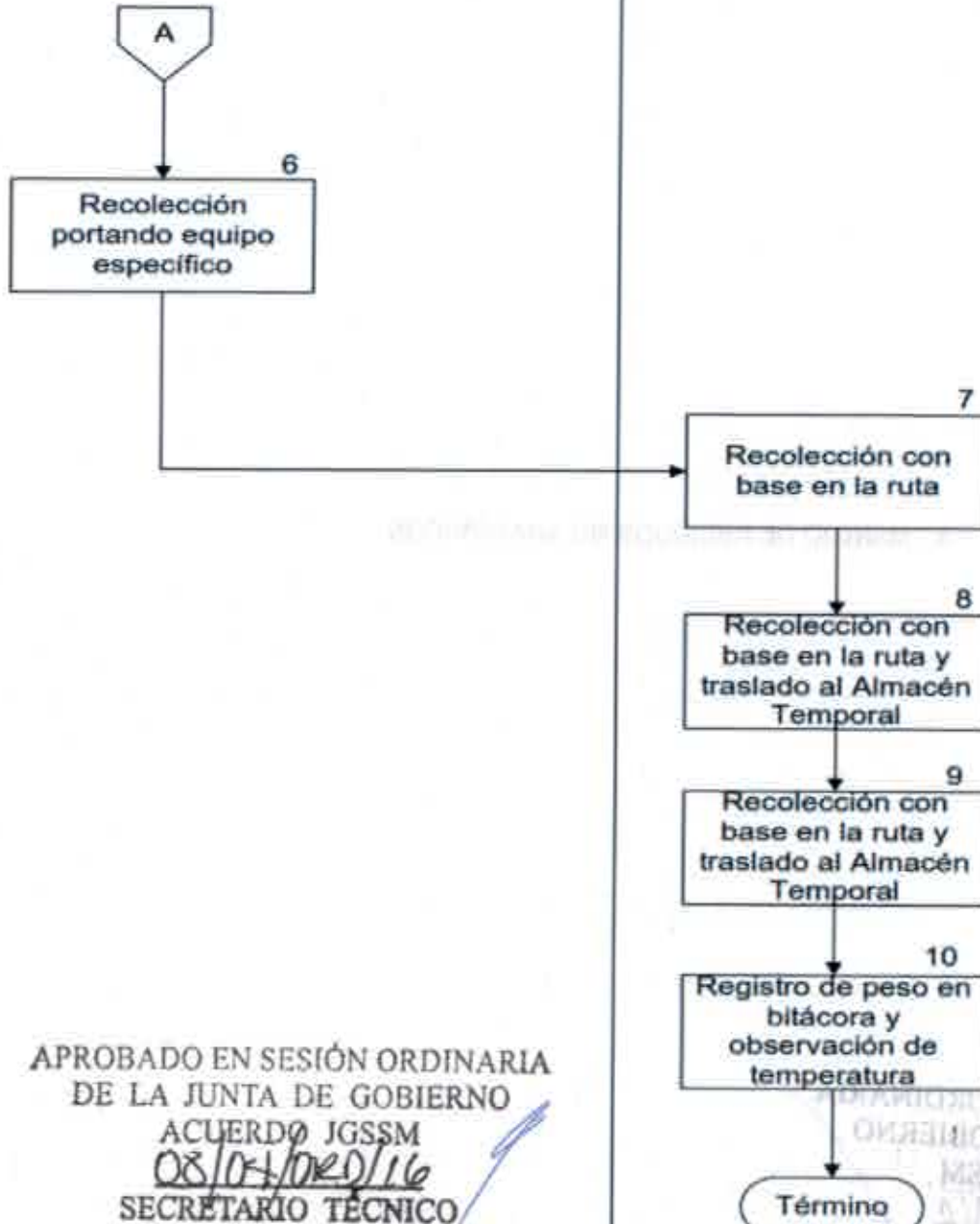
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Recolección Interna	9	Realiza el pesado de las bolsas, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal, y los registra en la bitácora de entradas y salidas del almacén temporal, indicando el tipo de residuo y el servicio generador.
	10	<p>Coloca las bolsas con residuos patológicos en el refrigerador ya pesados y registrados en bitácora (F-5320-28) para que se mantengan a una temperatura no mayor a los 4°C, donde permanecerá hasta la llegada del vehículo que los transportará hacia su tratamiento y disposición final. Nunca deberán dejarse los residuos sin refrigeración o en el piso.</p> <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento.</p> <p style="text-align: right;"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM <i>08/04/2016</i> SECRETARIO TÉCNICO </p>



Personal de Limpieza asignado al servicio y Recolección Interna

Personal de Recolección Interna



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/2016 SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/2016 SECRETARIO TÉCNICO

4.- MANEJO DE RESIDUOS NO ANATÓMICOS

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/020/16 SECRETARIO TÉCNICO

SECRETARIO TÉCNICO
ACUERDO JGSSM
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ORDINARIO ORDINARIA

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de Residuos No Anatómicos, desde la selección de los insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARÍO TÉCNICO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal generador	5	<p>Destina al envasado como un residuo no peligroso al momento de su generación; si una vez realizado y concluido el procedimiento quirúrgico los residuos de materiales de curación no presentan las características de saturación.</p> <p style="text-align: center;">RECOLECCIÓN INTERNA</p>
Personal de limpieza	6	<p>Recolecta las bolsas rojas donde se encuentran envasados los residuos de este grupo de RPBI, no se debe realizar trasvasado de residuos, ni reutilizar las bolsas ya instaladas, las amarra y traslada al bote ubicado en el séptico o en el área de concentración temporal del servicio generador, donde se encuentra una bolsa de mayor capacidad que sirve para concentrar la totalidad de los residuos retirados del servicio generador.</p>
Personal de limpieza y Recolección Interna	7	<p>Rotula la bolsa donde se concentraron las bolsas con la totalidad de los residuos, indicando fecha y servicio generador.</p>
	8	<p>Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex y cubrebocas.</p>
	9	<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, si el retiro de los residuos patológicos es de otro servicio distinto al quirófano. Suspende el servicio del elevador para el resto del público e indica que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de Residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

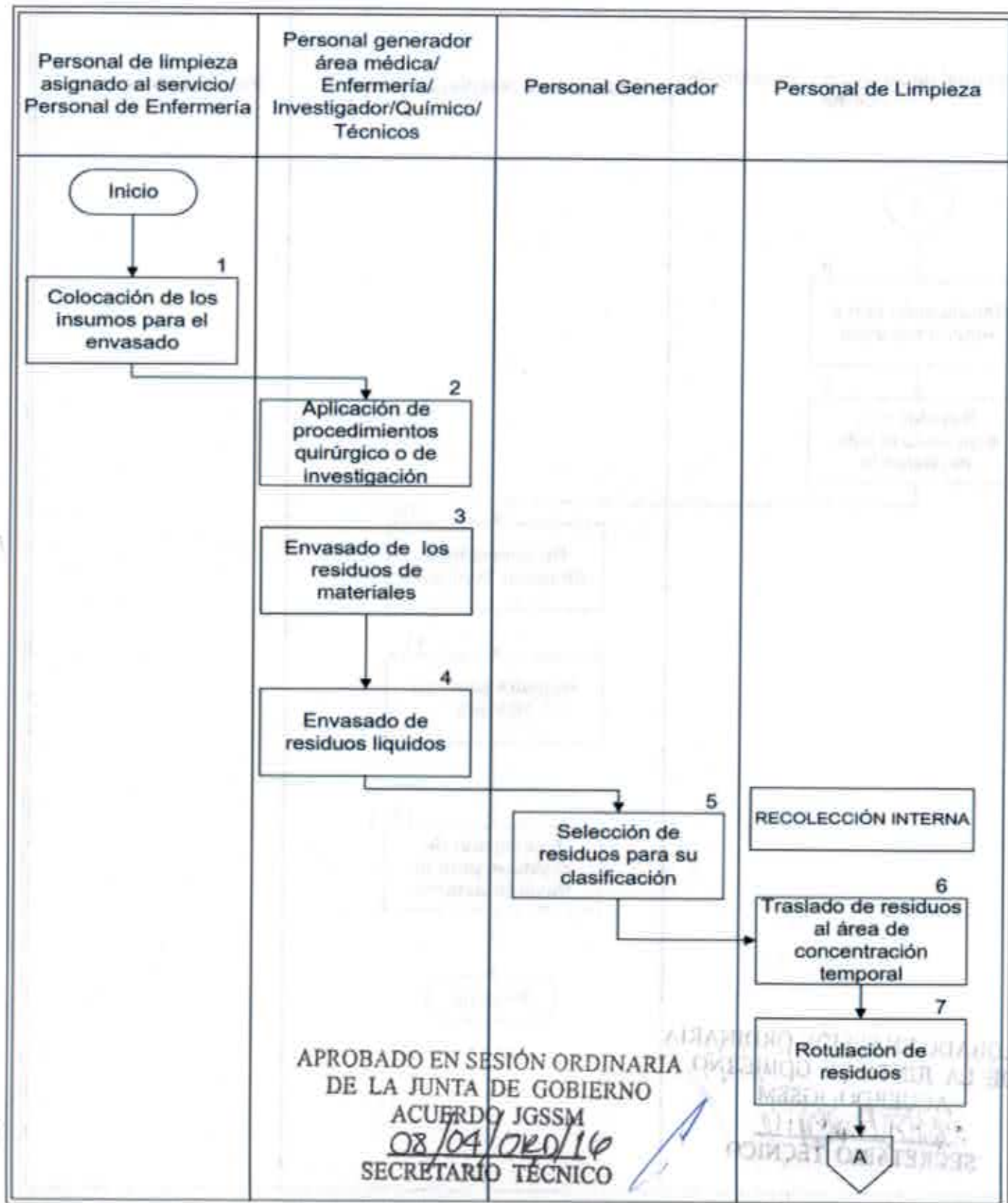
ACUERDO JGSSM

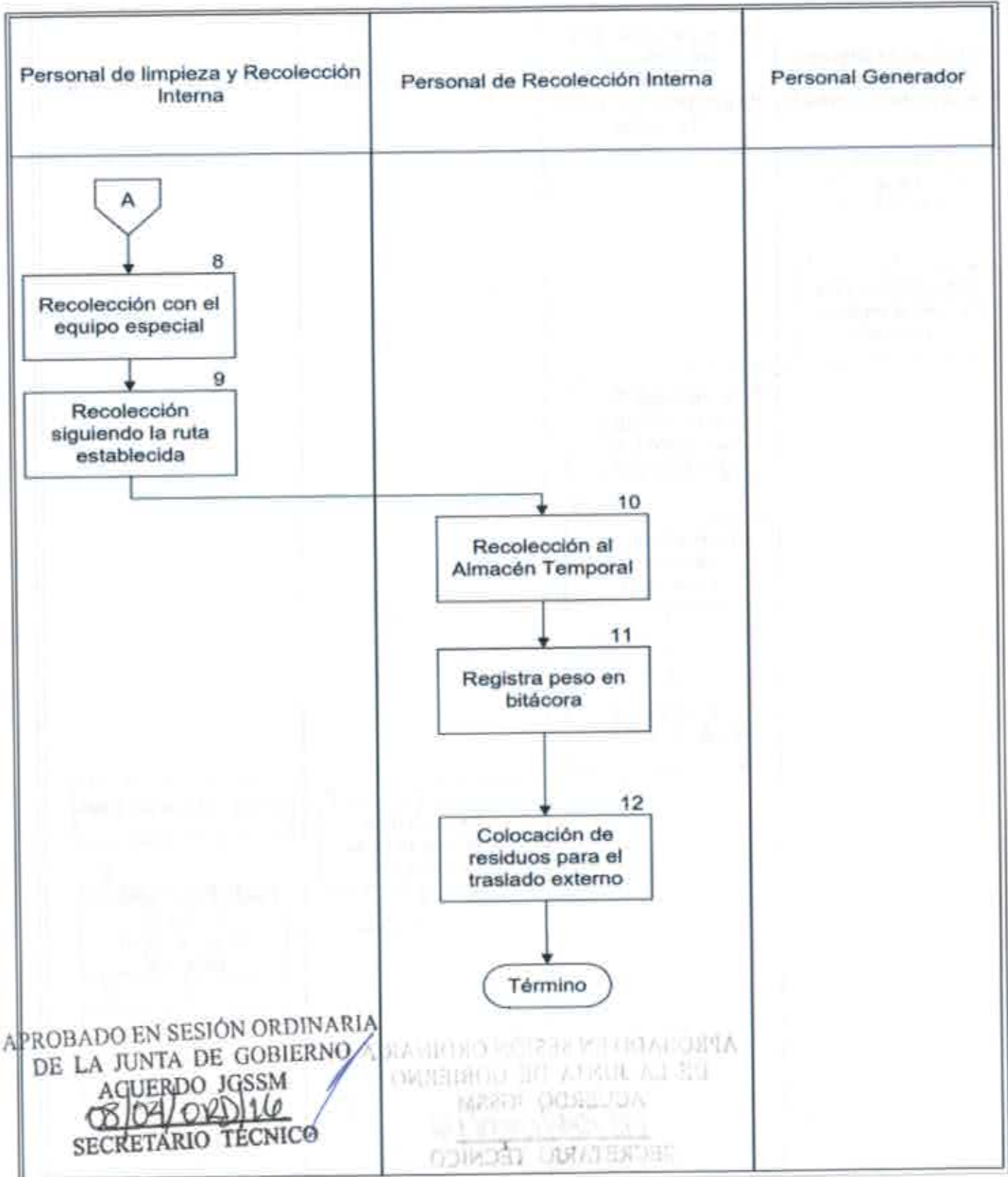
08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Recolección Interna	10	<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, se dirige hacia el lugar de concentración de residuos y realiza el retiro de las bolsas rojas que se encuentran previamente rotuladas por el personal de limpieza del servicio generador, las traslada y deposita en el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida hacia el área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario de acuerdo al servicio generador, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 15:30 a 18:30 19:00 a 20:00, 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p>
	11	<p>Realiza el pesado de las bolsas con los residuos retirados, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal, y los registra en la bitácora (F-5320-28) de entradas y salidas del almacén temporal, de acuerdo al tipo de residuo y al horario de recolección.</p>
	12	<p>Coloca las bolsas con residuos en los contenedores rojos una vez pesados y registrados en bitácora para resguardar los residuos temporalmente hasta la llegada del vehículo que los transportará hacia su tratamiento y disposición final. Nunca deberán ser colocadas bolsas con residuos fuera del contenedor o en el piso y los contenedores deberán permanecer cerrados.</p> <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento.</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO





5.- MANEJO DE RESIDUOS PUNZOCORTANTES

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de residuos punzocortantes, desde la selección de insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Enfermería/ de Investigación/ personal generador	1	Coloca los contenedores rígidos para los residuos punzocortantes en los lugares específicos, de acuerdo a la clasificación de la NOM-SEMARNAT- SSA1-2002 y lo indicado en el cuadro del punto 2.1, indicando fecha de inicio en el contenedor.
Personal generador/ Área médica/ Enfermería/ Investigadores/ Químicos/ Técnicos	2	<p>Aplica el procedimiento quirúrgico, de tratamiento o investigación, donde se haga necesario el uso de materiales punzocortantes desechables, una vez concluido se deberán disponer directamente en el envase destinado para ello. En caso de tratarse de jeringas, el residuo que será considerado únicamente con características punzocortantes es la "aguja" la cual debe envasarse en los contenedores de punzocortantes, efectuando previamente la separación de la aguja del cuerpo de la jeringa utilizando el dispositivo de separación presente en la tapa de los contenedores, nunca de forma manual, ni tampoco deberá ser tapada nuevamente la aguja una vez utilizada.</p> <p>3</p> <p>Dispone como residuos punzocortantes solamente los listados en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, que incluye las agujas, lancetas, navajas, estiletes de catéter, tubos capilares, rastrillos con navaja y pipetas de vidrio contaminadas. Frascos o material de vidrio roto no contaminado debe disponerse en bolsa naranja o en el bote verde para vidrio en los servicios que lo tengan.</p> <p>4</p> <p>Vigila que el contenedor de punzocortantes no rebase el 80% de su capacidad y que el tiempo de permanencia instalado en el servicio sea de 30 días máximo, independientemente de la capacidad a la que se encuentre.</p>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

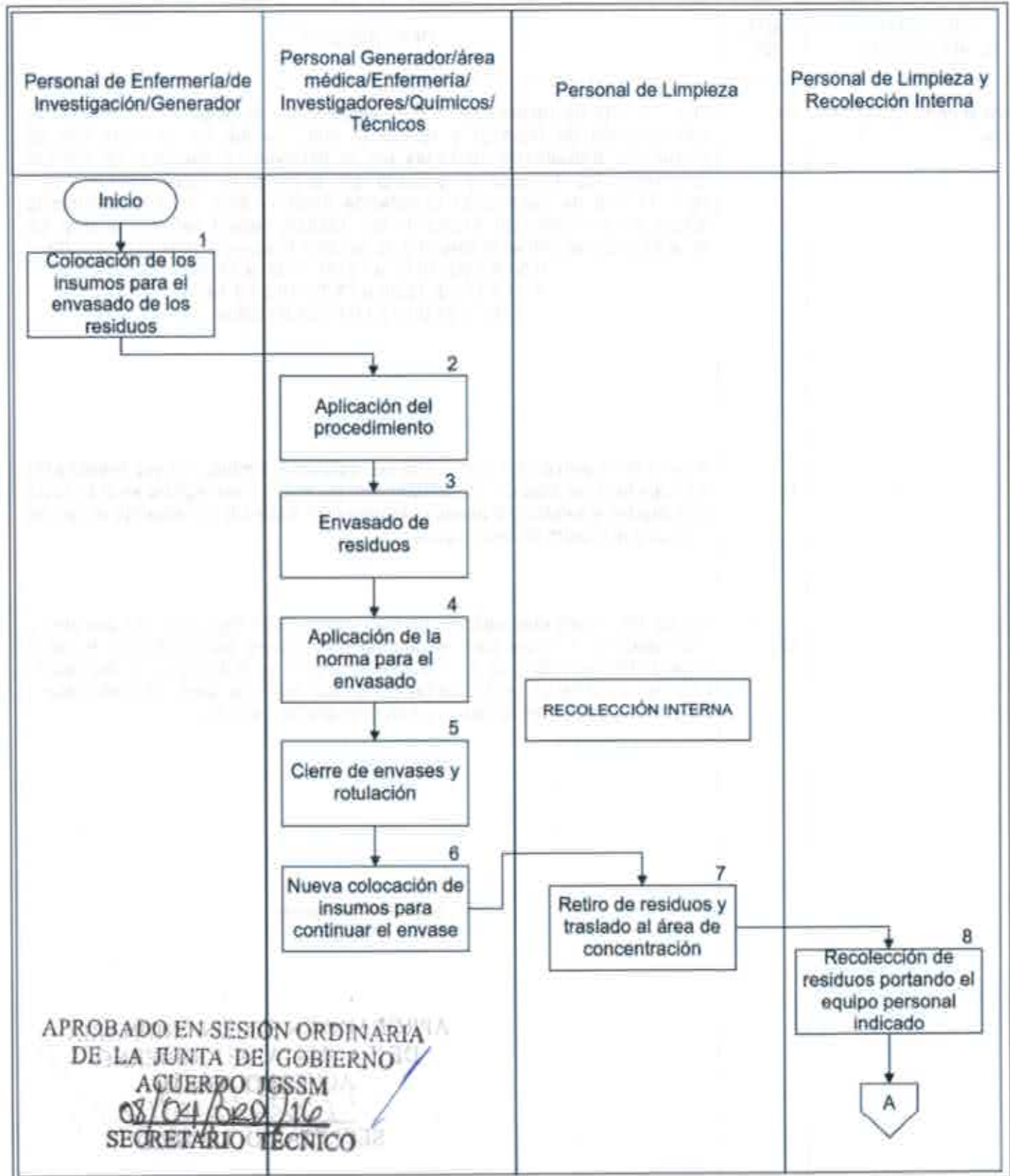
08/04/ORD/16

SECRETARIO TÉCNICO

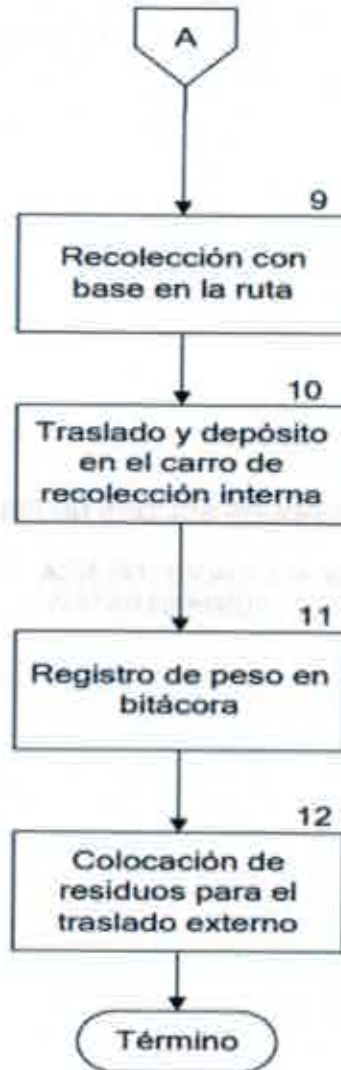
PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal generador/Enfermería/Investigadores/Químicos/Técnicos	5	Cierra el contenedor, marca fecha de término y servicio generador, al cumplirse cualquiera de los dos requisitos arriba indicados, lo retira de la base donde se encuentra montado, lo coloca en el piso y da indicaciones al personal de limpieza para su traslado al área del séptico.
	6	Instala un nuevo contenedor a fin de evitar que el servicio se quede sin el insumo necesario; una vez que haya realizado el retiro del contenedor de punzocortantes del servicio generador.
Personal de limpieza	7	<p style="text-align: center;">RECOLECCIÓN INTERNA</p> Retira los contenedores de residuos punzocortantes de cada servicio donde se encuentran envasados los residuos de este grupo de RPBI no se debe realizar trasvasado de residuos, ni reutilizar los contenedores se traslada al séptico o en el área de concentración temporal del servicio generador, dejándolos fuera de las bolsas rojas donde se concentran la totalidad de los residuos para efectuar posteriormente el pesaje y registro en bitácora de estos residuos. La recolección interna de los residuos debe ser realizada en los horarios establecidos o de acuerdo a las necesidades del servicio generador.
Personal de limpieza y Recolección Interna	8	Porta su equipo de protección personal completo antes del inicio de toda actividad. El equipo consiste en uniforme completo, guantes de látex, cubrebocas.
Personal de Recolección Interna	9	Sigue la ruta de recolección interna establecida, suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica Servicio suspendido por recolección de RPBI.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Recolección Interna	10	<p>Sigue la ruta de recolección interna establecida, se dirige hacia el lugar de concentración de residuos y realiza el retiro de las bolsas rojas que se encuentran previamente rotuladas por el personal de limpieza del servicio generador, las traslada y deposita en el carrito de recolección interna y sigue la ruta de recolección establecida hacia el área de almacenamiento temporal. La recolección interna de los residuos deberá ser realizada en los horarios establecidos en el itinerario de acuerdo al servicio generador, siendo:</p> <p style="text-align: center;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00 y 23:00 a 24:00 horas.</p>
	11	<p>Realiza el pesado de las bolsas con los residuos retirados, una vez llevados los residuos hacia el área de almacenamiento temporal, y los registra en la bitácora de entradas y salidas del almacén temporal (F-5320-28), de acuerdo al tipo de residuo y al horario de recolección.</p>
	12	<p>Coloca las bolsas con residuos en los contenedores rojos una vez pesados y registrados en bitácora para resguardar los residuos temporalmente hasta la llegada del vehículo que los transportará hacia su tratamiento y disposición final. Nunca deberán ser colocadas bolsas con residuos fuera del contenedor o en el piso y los contenedores deberán permanecer cerrados.</p> <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento.</p> <p style="text-align: right;"> APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM 08/04/2020 SECRETARIO TÉCNICO </p>



Personal de Recolección Interna



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA

DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO IGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

SECRETARIO TÉCNICO

6.- MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS NO PELIGROSOS

- A) EN ÁREA HOSPITALARIA
- B) ÁREA ADMINISTRATIVA

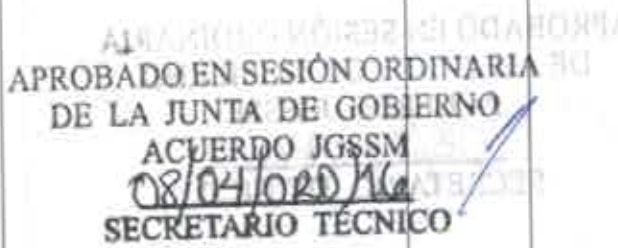
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/020/16
SECRETARIO TÉCNICO

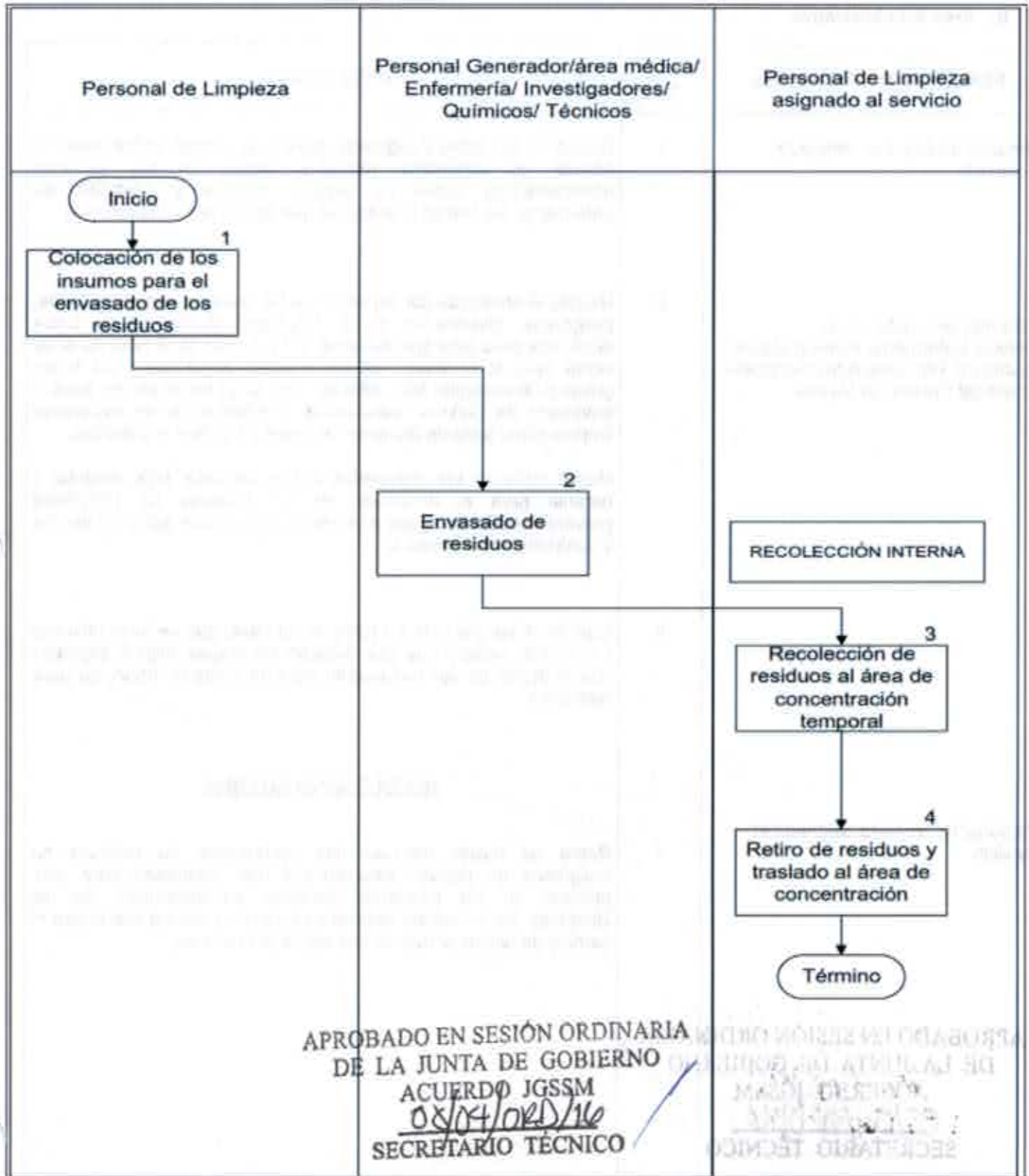
OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las actividades que se deben realizar para el manejo adecuado de residuos Sólidos No Peligrosos en Área Hospitalaria, Área Administrativa, y Municipales, desde la selección de insumos necesarios para el envasado de los residuos hasta la preparación para su disposición final.

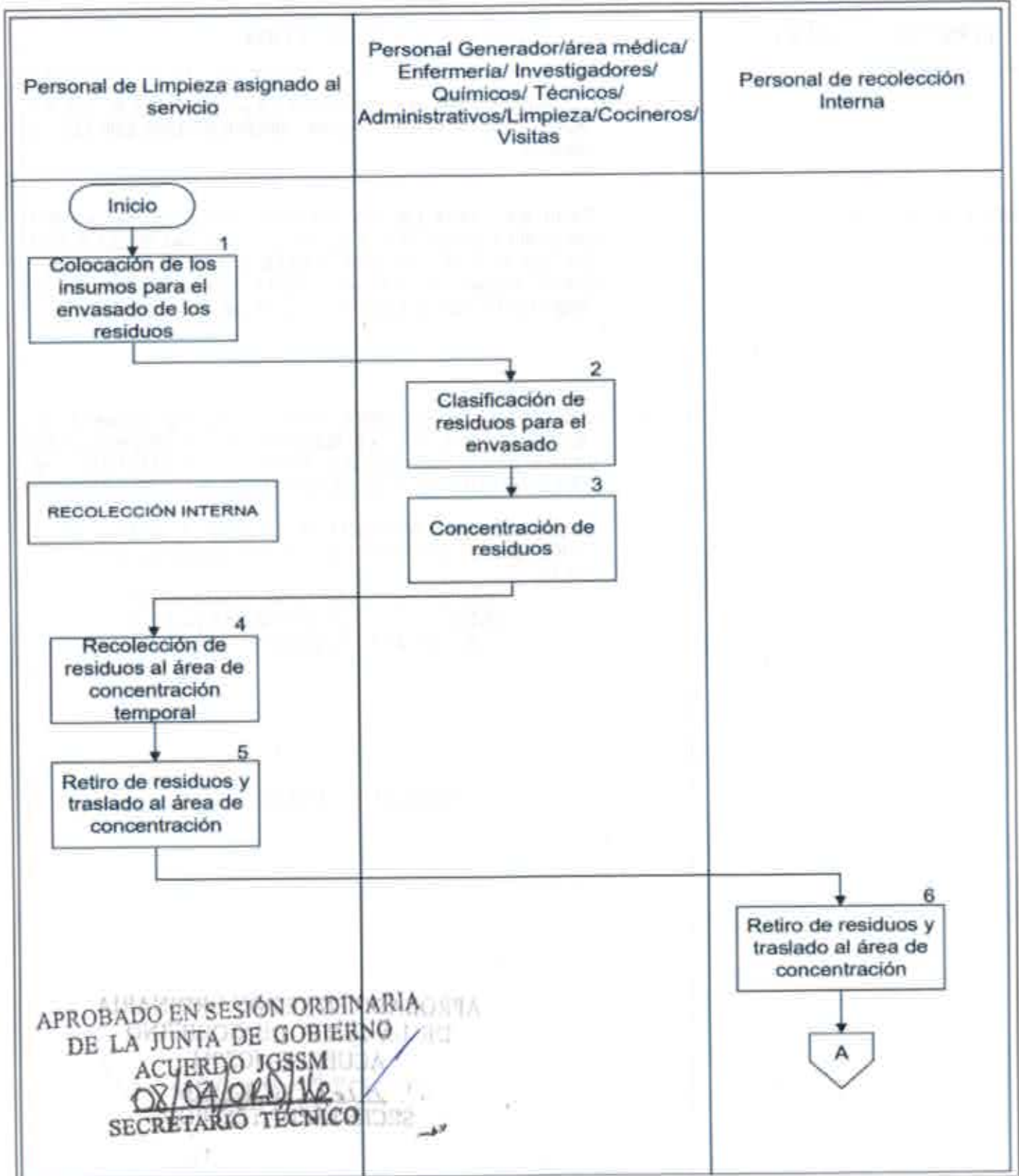
APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

A) En el área hospitalaria

PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de limpieza	1	Coloca en botes designados para el envasado de residuos sólidos no peligrosos ubicados dentro de los servicios hospitalarios y en sanitarios para personal, las bolsas respectivas, de acuerdo a la decisión interna por parte del Comité de Saneamiento Ambiental Hospitalario.
Personal generador: / Área médica/ Enfermería/ Investigadores/ Químicos/ Técnicos	2	Realiza el envasado de los residuos considerados no peligrosos dentro de la bolsa destinada para este tipo de residuo. Nunca deberán ser manejadas bolsas de color rojo, amarillo o transparente para el envasado de los residuos no peligrosos provenientes de las áreas hospitalarias y de Investigación y diagnóstico.
RECOLECCIÓN INTERNA.		
Personal de limpieza asignado al servicio	3	Retira las bolsas naranjas conteniendo los residuos no peligrosos de manejo especial del bote destinado para ello, ubicado en los diferentes servicios del hospital, laboratorios y clínicas. En las áreas hospitalarias deberá ser realizado el cambio cada vez que sea necesario.
	4	Concentra las bolsas con residuos no peligrosos en el área del séptico o en los botes y espacios destinados para estos residuos.
Termina Procedimiento.		
<p style="text-align: center;">  </p>		



PERSONAL RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
Personal de Recolección Interna	5	Concentra las bolsas con residuos no peligrosos en el área del séptico o en los botes y espacios destinados para este tipo de residuos.
	6	Retira las bolsas con los residuos desalojados del servicio generador y coloca dentro de los carros de recolección interna que son de color azul y los traslada al área de contenedores grises destinados para el resguardo de este tipo de residuos no peligrosos de manejo especial, de tipo orgánico e inorgánico.
	7	Sigue la ruta de recolección interna establecida, suspender el servicio del elevador para el resto del público e indicar que será utilizado para el traslado de los residuos, mediante el letrero que indica "Servicio suspendido por recolección de RPBI".
	8	<p>Realiza la recolección interna de los residuos en los horarios establecidos en el itinerario de acuerdo al servicio generador, siendo:</p> <p style="padding-left: 40px;">6:00 a 7:00, 10:00 a 11:00, 12:00 a 12:30 14:00 a 15:00, 15:00 a 15:30, 18:30 a 19:00 20:00 a 21:00, y 23:00 a 24:00 horas.</p> <p style="text-align: center;">Termina Procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM <i>08/04/020 hc</i> SECRETARIO TÉCNICO</p>



Personal de Recolección Interna



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

V. CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE PUNZOCORTANTES

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/08/16
SECRETARIO TÉCNICO

CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE PUNZOCORTANTES

Son residuos punzocortantes los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante en diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual se deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

- Se recomienda que los contenedores se coloquen aproximadamente a 1 metro o metro y medio de distancia de donde se esté llevando a cabo el procedimiento por el cual se generen los residuos.
- Para evitar piquetes accidentales las agujas se deben desechar sin capuchas. Si es necesario reencapuchar, se debe de hacer sobre una superficie sólida, evitando la técnica a dos manos.
- Durante las campañas de vacunación se deberá llevar siempre un contenedor rígido, debidamente identificado con la leyenda "Material Punzocortante RPBI"; o utilizar las cajas de cartón incineradoras de agujas.

UNIDADES DE SALUD RURALES DE DIFÍCIL ACCESO

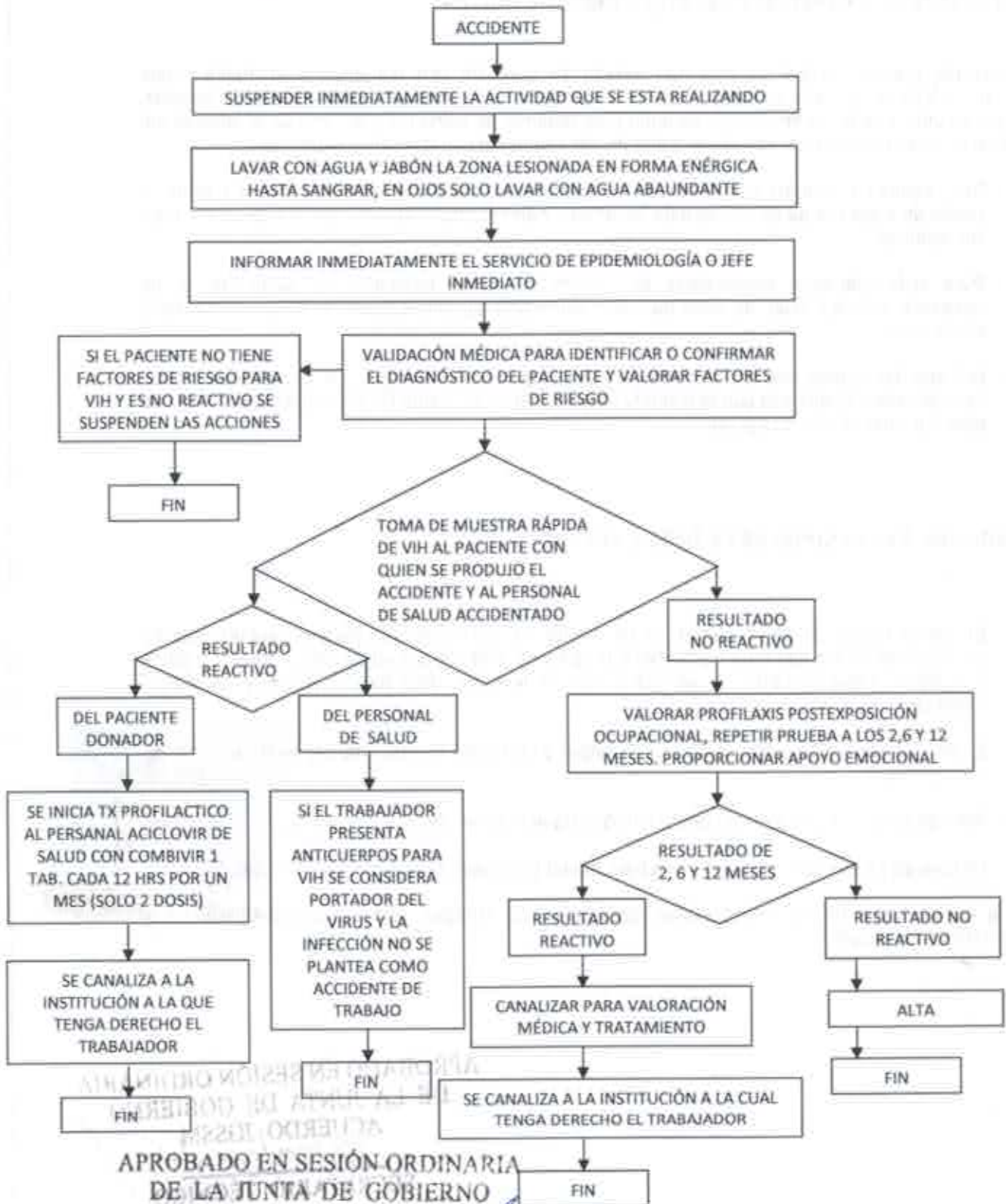
- En las unidades de salud donde no se cuente con contenedores para punzocortantes se puede utilizar latas con tapa removible o tapa-rosca, con capacidad de uno o dos kilogramos y deberán estar claramente marcados con la leyenda "Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos Punzocortantes".
- El bote se llenará sólo con agujas (sin jeringa) y con otros punzocortantes hasta un 80% de su capacidad.
- Para separar la aguja de la jeringa e introducirla al bote se utilizará una pinza.
- La tapa se sellará con cinta adhesiva para enviar posteriormente a disposición final.

Una opción para hacer irreconocibles las agujas de jeringas podrá hacerse utilizando el incinerador de agujas.



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/025/16
SECRETARÍA TÉCNICA

ACCIONES A REALIZAR EN CASO DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

090

VI BUENAS PRÁCTICAS

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO ACUERDO JGSSM
08/04/2016
SECRETARIO TÉCNICO

Descripción de actividades del ingreso de un óbito fetal o miembro corporal a la cámara mortuoria:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo
1	Se informa mediante un aviso por escrito al departamento de trabajo social sobre el óbito fetal o miembro corporal que se trasladará a la cámara mortuoria.	Personal de enfermería	Aviso escrito
2	Se solicita al camillero del área que traslade el óbito fetal o miembro corporal a la cámara mortuoria.	Personal de enfermería	-
3	Se solicita al personal de vigilancia que abra la cámara mortuoria para ingresar el óbito fetal o miembro corporal.	Personal de enfermería y/o Camillero	-
4	Se registra en el formato de ingresos y egresos de la cámara los datos que contienen los membretes de las piezas ingresadas.	Personal de vigilancia	Formato de ingresos y egresos
5	Se cierra con llave la cámara mortuoria.	Personal de vigilancia	-
	Fin del Procedimiento.		

Descripción de Actividades del egreso de un óbito fetal o miembro corporal de la cámara mortuoria:

No. Act.	Descripción	Responsable	Documento de Trabajo
1	Se solicita al personal de vigilancia que abra la puerta de la cámara mortuoria para poder realizar la depuración de la misma.	Responsable de RPBI y Personal de Trabajo Social	-
2	Se revisan los membretes de las piezas que se encuentran dentro de la cámara mortuoria.	Responsable de RPBI y Personal de Trabajo Social	-
3	Se registran en la bitácora de depuración de la cámara mortuoria las piezas que serán enviadas al almacén temporal de RPBI: <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente óbitos fetales, es decir, fetos con un peso menor a 500 gramos y periodo de gestación menor a 20 semanas. • Miembros corporales con un peso menor a 500 gramos. 	Responsable de RPBI	Bitácora de depuración de la cámara mortuoria
4	Se solicita al personal de limpieza que traslade los óbitos fetales y miembros corporales seleccionados al almacén temporal de RPBI.	Responsable de RPBI y Personal de Trabajo Social	-
5	Se cierra con llave la cámara mortuoria.	Personal de vigilancia	-
6	Se ingresan los óbitos fetales y los miembros corporales en el congelador de residuos patológicos que se encuentra en el almacén de RPBI.	Personal de limpieza	-
	Fin del Procedimiento.		

Servicios de Salud
de Morelos

MEMORÁNDUM INTERNO

Cuernavaca., Mor. a 29 de Agosto del 2014.

No. SG/RPBI/042/2014

PARA: L.T.S. LILIA ARELLANO GALINDO
JEFA DE TRABAJO SOCIAL

DE: L.A. JOSÉ ANTONIO BURGOS GONZÁLEZ
RESPONSABLE DE RPBI

Por este medio y en referencia a su oficio No. TS/115/2014 le informo que me comuniqué con la Lic. Nancy Vélez Cortez, responsable estatal del programa de RPBI/RP vía telefónica y me comentó que no existe inconveniente en realizar la disposición del miembro amputado como RPBI siempre y cuando se cuente con el consentimiento por escrito del paciente.

Debido a que en el documento TS/115/2014 que envió usted a su servidor cuenta con la carta responsiva en donde el paciente autoriza la disposición del miembro como RPBI, éste permanecerá en la cámara mortuoria hasta que se realice la limpieza de la cámara y se trasladen las piezas patológicas de desecho al almacén temporal de RPBI.

No omito mencionar que sólo en casos extraordinarios se pueden disponer de miembros amputados como RPBI.

A manera de sugerencia, pienso que en lo sucesivo se debería mencionar en la carta responsiva que el miembro amputado se dispondrá como desecho patológico, ya que los usuarios del hospital desconocen el significado de las iniciales "RPBI".

Sin otro particular, me despido enviándole un cordial saludo.

L.A. Burgos

Av. Domingo Díaz eq. Gómez Azcarote s/n Col Lomas de la Selva, C.P. 62000 Cuernavaca, Mor.
Tels. 311-22-10, 311-22-09, 101-34-00

<http://www.morelos.gob.mx>

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/08/16
SECRETARIO TÉCNICO

MORELOS Secretaría de Salud

Dependencia: Secretaría de Salud
Organismo: Servicios de Salud de Morelos
Dirección: Hospital General "Dr. José G. Parres"
Subdirección: Médica
Departamento de: Trabajo Social
Oficio num: TS/115/2014

Cuernavaca Mor. a 29 de Agosto de 2014.

LIC. JOSÉ ANTONIO BURGOS GONZALEZ

RESPONSABLE DE R.P.B.I.

P R E S E N T E

Por este conducto me permito solicitar su apoyo para la disposición del miembro brazo derecho del paciente **FELIPE HERNANDEZ DÍAZ**, con Dx. Diabetes Mellitus más herida, que se encuentra en el primer piso en la cama 120, no cuenta con familiares, ni con los recurso económicos para dar destino final al miembro, por ende solicito su apoyo par la disposición del miembro al área de R.P.B.I.

Sin más por el momento, quedo de usted.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM
OS/OP/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO

ATENTAMENTE

LIC. ULIA ARELLANO GALINDO

JEFA DEL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

c.c.p. Archivo.



ALVARO HERNANDEZ...

Servicios de Salud de Morelos, Domingo Díaz esp. Gómez Acosta s/n Cal Lomas de la Selva C.P. 62000 Cuernavaca, Mor
Tels. 311-22-10, 311-22-09, 101-34-00

NUOVA VISION

www.morelos.gob.mx

MORELOS Secretaría de Salud

Dependencia: Secretaría de Salud
Organismo: Servicios de Salud de Morelos
Dirección: Hospital General "Dr. José G. Parres"
Subdirección: Médica
Departamento de: Trabajo Social
Oficio núm: TS/115/2014

Cuernavaca, Mor. a 29 de Agosto de 2014.

CARTA-RESPONSIVA

Por este conducto, doy la autorización para que se realice la entrega del miembro brazo derecho al área de R.P.B.I.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO

AUTORIZO

C. FELIPE HERNANDEZ DÍAZ.


ENVASE	ENVASADO	CLASIFICACIÓN	ESTADO FÍSICO	RESIDUO Y TIPO DE ENVASE	TIPO DE ENVASE
Contenedor hermético color rojo	Recipiente hermético de polipropileno	Sangre	Líquido	Sangre en sus componentes solo en forma líquida	
Contenedor rígido color rojo	Recipiente rígido y hermético de polipropileno	Objetos punzo cortantes o de vidrio que hayan estado en contacto con humanos y animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento Jeringas con sangre y con aguja (Enaxaparina Solida) y Clavos Kirschner.	Sólido	Residuo Punzo cortante: Tubos capilares, agujas, de jeringas desechables, navajas, lancetas, agujas de sutura bisturí y estilete de catéter, lancetas toma de VIH, micro-cubeta, lanceta retráctil y laminillas con gota gruesa y mustrascitológicas	 
Contenedor rígido rojo de 1.5	Recipiente hermético de polipropileno de 3 lts		Sólido	Equipo de catéter venoso central largo(exclusivo aguja y guía, Aplicador de implante Sub dérmico	
Bolsa color roja	Bolsa de Polipropileno	Cultivos, sepas agentes infecciosos	Sólido	Residuo no anatómico material de curación empapados, goteando, con sangre y fluidos corporales, Dispositivos intrauterinos, Espejos Vaginales, desechables, espátulas de aire, prueba rápida de VIH y Citrobruce	

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO AGUERDO JGSSM

02/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

096

<p>Bolsa color amarillo</p>	<p>Bolsa de polipropileno y recipiente hermético color amarillo</p>	<p>Tejidos y órganos de necropsia y cirugía</p>	<p>Sólido</p>	<p>Residuos patológicos se consideran exclusivamente los residuos peligrosos biológicos infecciosos de origen orgánico.</p>	
<p>Caja vacía de cartón sin el símbolo universal (forrado)</p>	<p>Caja vacía de jeringas sin la leyenda de riesgo biológico infecciosos integrada con bolsa de polipropileno rotulada con Residuo de Manejo Especial</p>	<p>Frascos ampulla vacío de fáboterápico polivalente anti alacrán, ampolletas, y se colocará en el área física denominada Basura Solida Urbana</p>	<p>Sólido</p>	<p>Frascos ampulla vacío de ampullas frascos de diluyentes, frascos que contuvo biológico bacteriano, y vidrio roto</p>	<p>Residuo de Manejo Especial</p>

Buenas prácticas:

- ✓ Retirar la etiqueta: Identificación del paciente, de las bolsas vacías que contuvo solución, antes de ser depositadas a la basura municipal.
- ✓ Chinchas besuconas (Triatomas): Disposición a basura sólida urbana.
- ✓ Palillos de Madera: Que se utilizan en el procedimiento de tipo sanguíneo (dilución de antígeno), serán clasificados en basura municipal sólida urbana
- ✓ Equipos de venoclisis: Que no contengan sangre en su estado líquido, serán clasificados en basura sólida urbana.
- ✓ Alcohol mezclado: Utilizado para realizar el procedimiento para fijar muestras biológicas citológicas: frasco de plástico con tapa rosca se clasificara como RESIDUO PELIGRO. Se dará cabal cumplimiento al art. 56 de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (LGPGIR).
- ✓ Termómetros Rotos: Caja de cartón Rotulada Residuos de Manejo Especial (RME). Se dará cabal cumplimiento al art. 56 de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (LGPGIR).
- ✓ Piezas dentarias: Se entrega a los familiares de paciente.

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
 08/04/2016
 SECRETARÍO TÉCNICO

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO MORISTADO IGSSM 07/04/08 SECRETARÍO TÉCNICO	DOCUMENTO DE TRABAJO PARA LA COORDINACIÓN ESTATAL DE RESIDUOS PRELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS	Código: DT-DAM-RPByRP-01 Página 86 de 92
--	--	---

Manual de Procedimientos, Políticas y Lineamientos que se establecen para la destrucción, baja y destino final, material de curación, reactivos y sustancias químicas, biológicas (vacunas), material de dental que se encuentren caducados en los almacenes (nivel central, jurisdicciones, hospitales).

Con la finalidad de contar con elementos que justifiquen la baja de insumos médicos por caducidad y deslindar responsabilidades, la Dirección de Administración y Finanzas, emite criterios normativos que deberán aplicar los responsables del manejo y custodia de materiales existentes en las Unidades antes citadas; siendo estos de carácter obligatorio sin ser limitativos, ya que estos serán modificados conforme al comportamiento y problemática que exista en cada caso.

I. Acciones que deben realizarse antes de la caducidad (mínimo 6 meses de vigencia).

- a. Durante el periodo de vigencia de caducidad es importante que el responsable del almacén cuente con listados de existencias, con fecha de caducidad y cortes quincenales, identificando los de **lento y nulo movimiento**, los cuales deberán ser presentados al responsable del centro de trabajo (director del hospital, jefe de la jurisdicción, administradores jurisdiccionales y de hospitales) para que se pongan a disposición de los responsables de servicio médico y determinen cuales ya son de utilidad en su unidad de servicio.
- b. Una vez que se depuren las existencias de los insumos en comento, deberán ser difundidos y puestos a disposición y/o intercambios con los centros de trabajo, mismos que deberán dar respuesta de manera oficial (oficio con sus relación anexa) en la que se indique si son de uso.
- c. Estos oficios con relación anexa serán los soportes para la efectucción de su registro.
- d. Los insumos que no fueron aprovechados o intercambiados, serán dados a conocer al jefe del Almacén General para que este a su vez consolide la información y la presente en tiempo y forma a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales, para que se sometan ante la Dirección General de Servicios de Salud, para su autorización de que sean intercambiados y/o donados a otras dependencias (Hospital del Niño Morelense, ISSSTE o IMSS) a través de la Dirección de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud.
- e. Es importante reiterar que los responsables deben procurar llevar una rotada dotación de sus existencias con el propósito de aminorar el número de artículos de lento y nulo movimiento que conllevan a una inadecuada planeación de necesidades que lesionan el presupuesto de la entidad por el no uso de estos que caducan en nuestros almacenes y así evitar ser requeridos por una autoridad para finamiento de responsabilidades.

II. Acciones que deberán realizarse después de su caducidad.

- a. El responsable del almacén deberá identificar y contar con relaciones de los insumos médicos caducados, clasificándolos por separado de lento o nulo movimiento o por exceso, así como el medicamento controlado indicando la clave, lote, descripción, fecha de caducidad, presentación, cantidad, costo unitario e importe total firmando al alcance por el responsable del almacén que elaboró, Vo. Bo. del Administrador y del Director o del Jefe Jurisdiccional que autorizó.
- b. El responsable del centro de trabajo solicitará mediante oficio la intervención de representantes de la Comisión para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COPRISEM), por la Dirección de Atención Médica y por la Comisaría Pública en los Servicios de Salud de Morelos, Subdirección de Asuntos Jurídicos; a efecto de levantar un acta administrativa que avale la existencia de los insumos médicos caducos. (Ver formato anexo).
- c. En caso de existir medicamento controlado caducado, este se relacionará como se indica en el inciso (a) y

levantará acta el verificador Sanitario dependiente de la COPRISEM, dejando copia de esta y el oficio de orden de verificación.

- d. El responsable del almacén del centro de trabajo deberá requisitar debidamente avaladas, costeadas y foliadas las solicitudes de abastecimiento para efectuar los registros en Kardex.
- e. Una vez efectuado lo antes expuesto el responsable del centro de trabajo a través del administrador se coordinará con el Jefe del Almacén General remitiéndole mediante el oficio lo siguiente:
1. Copias de oficios en los que se informan a los responsables de los otros centros de trabajo para el aprovechamiento de los insumos de su caducidad.
 2. Copias de oficios de solicitud de intervención de la Dirección de COPRISEM (Refiere a lo establecido en el Artículo 40 del Reglamento de Insumos para la Salud: La destrucción de insumos que sean o contengan estupefacientes psicotrópicos), deberá notificar su intervención, Dirección de Atención Médica, Comisaría Pública de Servicios de Salud de Morelos y de la Subdirección de Asuntos Jurídicos.
 3. Acta levantada por los verificadores sanitarios (En caso de existir medicamentos controlados, asegurado y vacuna con accidente de red de frío).
 4. Orden de oficio de verificación de la Comisión para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COPRISEM).
 5. Copia del acta administrativa en la que se soporta la existencia de insumos médicos caducos para su baja recolección, transporte, tratamiento y disposición final.
 6. Relaciones de todos los bienes de consumo de o movimiento de baja.
 7. Copia de las solicitudes de abastecimiento debidamente avaladas y costeadas como soporte de los valores que indican en el acta administrativa levantada.

Una vez realizado lo antes expuesto, se Coordinarán con el Jefe del Almacén General y con la Coordinación Estatal de RPBI y RP, para la recepción de baja y destino final de los insumos caducos.

Procedimiento que establece la NOM-052-SEMARNAT-2005 para determinar si un residuo es peligroso, cumplimientos que deben observarse en el manejo de Residuos Peligrosos no se deberán mezclar los RP con otro tipo de residuos sólidos urbanos o residuos de manejo especial.

- ✓ Se deberán envasar embalajes o contenedores que eviten su derrame, y puedan ser transportados de manera segura.
- ✓ Identificar los residuos peligrosos.
- ✓ Almacenar los residuos peligrosos en condiciones de seguridad.
- ✓ El personal que realizará el manejo y la recolección deberá contar con equipo de seguridad.
- ✓ Llevar una bitácora de generación, entrada y salidas de residuos del almacenamiento temporal.
- ✓ Dar disposición final adecuada a sus residuos peligrosos.

La Ley General para la prevención y Gestión Integral de los Residuos y su Reglamento (LGPGIR); establece que las Unidades Operativas que generen o manejen residuos y que requieran determinar si éstos son peligrosos, deberán remitirse a lo que establezcan las normas oficiales mexicanas que los clasifiquen como tales; en ese sentido, corresponde a los particulares determinar su peligrosidad con base en lo que señalado en tales ordenamientos.

Cabe mencionar que el periodo máximo de almacenamiento es de 6 meses, al respecto a fin de evitar acumulación y posible contaminación del sitio de los Residuos Peligrosos y dando cumplimiento al artículo 56 de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos y su Reglamento.

PROBADO LICENCIADO
DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/2016

SECRETARIO TÉCNICO

ACTA ADMINISTRATIVA PARA HACER CONSTAR EL PESAJE Y RETIRO POR PARTE DE LA EMPRESA DYCASA, S.A. DE CV, PARA QUE ESTA REALICE EL DESTINO FINAL DE LOS INSUMOS CADUCADOS Y RESIDUOS PELIGROSOS, CUYA BAJA SE LLEVO A CABO EL DIA VEINTISIETE DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE, EN LAS INSTALACIONES QUE OCUPA LA JURISDICCION SANITARIA III, DE SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS.

LUGAR Y FECHA:

EN LA CIUDAD DE CUAUTLA, MORELOS SIENDO LAS ONCE HORAS DEL DIA VEINTISIETE DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE, SE REUNEN EN LAS INSTALACIONES QUE OCUPA LA JURISDICCION SANITARIA III, LAS PERSONAS QUE A CONTINUACION SE MENCIONAN.

PARTICIPANTES:

LOS C.C. C.P. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ PARRA, COMISARIO PÚBLICO EN EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, L.C. DAVID ARCOS TOLEDO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA, C.P. BLANCA ANGÉLICA MEJÍA VÁZQUEZ, C.P. LILIA MILLÁN ÁVILES, AUDITORES ADSCRITOS A LA COMISARIA PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, L.E. O. NANCY ARACELI VELEZ CORTÉS, COORDINADORA ESTATAL DEL PROGRAMA DE R.P.B.I. Y R.P. DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, LIC. RAFAEL REYES MERCADO, SOPORTE ADMINISTRATIVO EN REPRESENTACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN JURÍDICA DE SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, C. ALMA ROSA SANDOVAL SUÁREZ, VERIFICADOR SANITARIO DE LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE MORELOS, L.E. ALMA TAPIA SEGURA, RESP. DE RESIDUOS PELIGROSOS Y RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS DE LA JURISDICCION SANITARIA No. III, Y C. OSCAR VIDAL SANCHEZ CRUZ, CHOFER DE LA EMPRESA DESARROLLO Y CALIDAD AMBIENTAL, S.A. DE C.V. DYCASA.

FUNDAMENTO LEGAL:

EN CUMPLIMIENTO A LAS POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS QUE SE ESTABLECEN DE LAS DISPOSICIONES LEGALES, REGLAMENTARIAS Y NORMATIVAS, ESTABLECIDAS EN LA LEY GENERAL PARA LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS (LGPGRIP), EN EL ARTÍCULO 35 II a SE ENCUENTRA DADO DE ALTA Y CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD SANITARIA VIGENTE PARA LA DESTRUCCIÓN, BAJA Y DESTINO FINAL DE MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACIÓN, REACTIVOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS BIOLÓGICAS (VACUNAS), MATERIAL DENTAL QUE SE ENCUENTREN CADUCADOS EN LOS ALMACENES GENERALES.

MOTIVO DEL ACTA:

DEJAR CONSTANCIA DEL PESAJE Y RETIRO POR PARTE DE LA EMPRESA DYCASA, S.A. DE C.V. PARA QUE ESTA REALICE EL DESTINO FINAL DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS QUE SE DIERON DE BAJA EN LAS FECHAS SEÑALADAS AL INICIO DEL ACTA EN LAS INSTALACIONES QUE OCUPA LA JURISDICCION SANITARIA III DE SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS, CONSISTENTE EN 100 CARTUCHOS DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO EN MUESTRAS DE SANGRE TOTAL SUERO O PLASMA MARCA ACCUTRACK, 4 CAJAS CON 25 CARTUCHOS CADA UNA.

HECHOS:

L. SIENDO LAS ONCE HORAS DEL DIA VEINTISIETE DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CATORCE, SE LLEVO A CABO EL PROCEDIMIENTO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA DILIGENCIA EN COMENTO, ENCONTRÁNDOSE PRESENTES EL C. OSCAR VIDAL SANCHEZ, REPRESENTANTE DE LA EMPRESA DYCASA, S.A. DE C.V. QUIEN CONDUCE CAMIÓN MARCA IBIZU DE 3.5 TONELADAS CON UNA VIGENCIA INDEFINIDA DE EXPEDICIÓN DE PERMISO (SE ANEXAN COPIAS SIMPLES DE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE) Y QUIEN CONJUNTAMENTE CON EL PERSONAL ADSCRITO A LA JURISDICCION III REALIZARON EL PESAJE DE LOS RESIDUOS CADUCOS CONTENIDOS EN CUARENTA Y TRES CAJAS, CON UN PESO APROXIMADO DE 237.71 KG/CO EN UNA BÁSCULA PROPIEDAD DE LA CITADA EMPRESA, EN PRESENCIA DE LOS REPRESENTANTES DE LAS INSTANCIAS PARTICIPANTES.

II.- SE PROCEDIÓ A REALIZAR EL ACTA ADMINISTRATIVA LA CUAL CONTIENE LOS SIGUIENTES ANEXOS:

ANEXO I.- OFICIO No. 55MHGTMTT02302014

ANEXO II.- COPIA DEL MANIFIESTO DE ENTREGA, TRANSPORTE Y RECEPCIÓN DE INSUMOS PELIGROSOS No.-1115. EL CUAL CONTIENE EL PESO TOTAL DE LOS INSUMOS CADUCOS QUE LE FUERON ENTREGADOS.

ANEXO III.- COPIA DE LA ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN No. 170420140174MTS POR PARTE DE LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE MORELOS, LLEVÁNDOSE A CABO EN LA DIRECCIÓN DE TERCERA DE MONGOY No. 211 COLONIA CENTRO, CP. 52740, CUAUTLA, MORELOS, JURISDICCION SANITARIA No. III.

CIERRE DEL ACTA:

NO HABIENDO MAS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA, SIENDO LAS CATORCE TREINTA HORAS DEL DIA DE SU INICIO, PROCEDIENDO A FIRMARLA AL MARGEN Y AL CALCE QUIENES INTERVINIERON EN SU ELABORACIÓN, RATIFICANDO LOS DECLARANTES LO MANIFESTADO Y ASENTADO EN EL CUERPO DE ESTE DOCUMENTO

FIRMAS DE LOS QUE INTERVIENEN EN LA PRESENTE ACTA.

POR LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS
SANITARIOS

C. ALMA ROSA SANDOVAL SUAREZ

POR LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

L.E.O NANCY ARACELI VELEZ CORTÉS

POR LA JURISDICCION SANITARIA No. III

L.E. ALMA TAPIA SEGURA

AUDITORA ADSCRITA A LA COMISARIA PÚBLICA EN SERVICIOS
DE SALUD DE MORELOS

C.P. BLANCA ANGÉLICA MEJÍA VÁZQUEZ

POR LA EMPRESA DYCASA

C.OSCAR VIDAL SANCHEZ CRUZ

POR LA COMISARIA PÚBLICA EN SERVICIOS DE SALUD DE
MORELOS

C.P. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ PARRA.

POR LA SUBDIRECCIÓN JURÍDICA

LIC. RAFAEL REYES MERCADO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA ADSCRITA A LA
COMISARIA PÚBLICA EN SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS:

L.C. DAVID ARCOS TOLEDO

AUDITORA ADSCRITA A LA COMISARIA PÚBLICA EN
SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS

**APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/ORD/16
SECRETARIO TÉCNICO**

MARCO JURIDICO



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

08/04/ORD/16

SECRETARIO TÉCNICO

DE LA JUNTA DE GOBIERNO

ACUERDO JGSSM

SECRETARIO TÉCNICO

¿Qué consecuencias ocasiona un manejo inadecuado de los Residuos Peligrosos?

- Desde el punto de vista ambiental, un mal manejo de residuos tendría como consecuencias, el riesgo de contaminar el agua, aire, suelo y subsuelo, dañar el equilibrio ecológico y provocar reacciones negativas en la salud de la población.
- Desde el punto de vista administrativo, un manejo inadecuado de residuos peligrosos, traería como consecuencia que la autoridad ambiental imponga sanciones administrativas a los responsables, tales como clausura temporal o definitiva, etc.

¿De qué depende que un residuo peligroso se constituya en un riesgo?

El que un residuo sea peligroso, no significa necesariamente que provoque daños al ambiente, a los ecosistemas y/o a la salud.

Para que un residuo se constituya un riesgo dependerá de:

- La forma de manejo
- La cantidad
- La persistencia y virulencia
- La duración e intensidad de exposición

FASES DE MANEJO

OPERATIVA

- ✓ Reducción en la fuente
- ✓ Separación
- ✓ Identificación y envasado
- ✓ Almacenamiento temporal
- ✓ Recolección y transporte externo
- ✓ Tratamiento
- ✓ Disposición Final



APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
DE LA JUNTA DE GOBIERNO
ACUERDO JGSSM
08/04/02/16
SECRETARIO TÉCNICO

FASES DE MANEJO

ADMINISTRATIVA

- Registro como generador
- Número de Registro Ambiental
- Bitácoras
- Cédula de operación
- Programa de contingencias
- Manifiesto de Entrega



IDENTIFICACIÓN Y ENVASADO

Finalidades de las etiquetas

- a) Reconocer por su aspecto general de color, forma y símbolo, los envases y embalajes que contiene Residuos Peligrosos.
- b) Identificar la naturaleza del riesgo potencial del material o residuos peligrosos mediante símbolos.
- c) Prevenir situaciones de peligro en el manejo.

RESIDUOS PELIGROSOS

DEPARTAMENTO GENERADOR _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ C.P. _____ TELÉFONO _____

NOMBRE DEL RESIDUO

FECHA DE SU ENVÍO AL ALMACÉN TEMPORAL _____

DESTINATARIO

DURANTE SU MANEJO O ENVASADO, USE EL SIGUIENTE EQUIPO DE SEGURIDAD		INFORMACIÓN DEL RESIDUO	
<input type="checkbox"/> GAFETAS	<input type="checkbox"/> GUANTES DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> C CORROSIVO	<input type="checkbox"/> HIRIENTE
<input type="checkbox"/> CASCO	<input type="checkbox"/> BOTAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> E EACTIVO	<input type="checkbox"/> ESCOCORPUNABLE
<input type="checkbox"/> GAFAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> GUANTES DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> F AFLAMABLE	<input type="checkbox"/> INFLAMABLE
<input type="checkbox"/> GAFAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> GUANTES DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> I INFLAMABLE	<input type="checkbox"/> CORROSIVO
<input type="checkbox"/> GAFAS DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> GUANTES DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/> O OXIDANTE	<input type="checkbox"/> ESPECÍFICO

INFORMACIÓN PARA EL TRANSPORTE: Marque al recibo que corresponde al tipo de residuo peligroso.

 CORROSIVO	 COMBUSTIBLE y inflamable LÍQUIDO	 EXPLOSIVO	
 TÓXICO	 MUY INFLAMABLE	 SÓLIDO INFLAMABLE	 VARIOS

APROBADO EN SESIÓN ORDINARIA
 DE LA JUNTA DE GOBIERNO
 ACUERDO JGSSM
08/04/2016
 SECRETARIO TÉCNICO

