



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 16 de octubre de 2024.

VISTOS: Informe Legal N° 209-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 16 de octubre de 2024 del Área de Asesoría Legal, Informe N° 642-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha 07 de octubre de 2024 de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 118-2024-DIRESA/HRM/05-JEQG-MC de fecha 02 de octubre de 2024 de la Médico Prestacional de la UGC, Informe N° 863-2024-DIRESA-HRM-03 de fecha 27 de septiembre de 2024 de la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 052-2024-DIRESA-HRM/AFP de fecha 26 de septiembre de 2024 de la Profesional de la Oficina de Planeamiento, Informe N° 1114-2024-DIRESA-HRM/04 de fecha 15 de julio de 2024 de la Jefatura de la Unidad Epidemiología y Salud Ambiental, Informe N° 442-2024-DIRESA-HRM/04-0/S.A de fecha 10 de julio de 2024 de la encargada del Área de Salud Ambiental, Informe N° 0378-2024-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 de fecha 04 de julio de 2024 de la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N° 008-2024/DIRESA-HRM/19.2-MZJS de fecha 02 de junio de 2024 de la representante del Comité de Manejo de Residuos Sólidos, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, asimismo, el artículo 105° de la referida Ley, establece que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivadas de elementos, factores y agentes ambientales;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1278, se aprueba a Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, que tiene como objeto establecer derechos, obligaciones, atribuciones y responsabilidades de la sociedad en su conjunto, con la finalidad de orientarse hacia la maximización constante de la eficiencia en el uso de los materiales y asegurar una gestión y manejo de los residuos sólidos económica, sanitaria y ambientalmente adecuada, con sujeción a las obligaciones, principios y lineamientos señalados en ella;

Que, a través de Decreto Supremo N° 001-2022-MINAM, se modifica el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, aprobado mediante Decreto Supremo N° 014-2017-MINAN, y el Reglamento de la Ley N° 29419, Ley que regula la actividad de los recicladores, aprobado mediante Decreto Supremo N° 005-2010-MINAM; la cual, define al Sistema de manejo de residuos sólidos, como el conjunto de operaciones y procesos para el manejo de los residuos a fin de asegurar su control y manejo ambientalmente adecuado;

Que, por otro lado, con Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación"; modificada por Resolución Ministerial N° 250-2022-MINSA; cuya finalidad es contribuir a brindar seguridad al personal paciente y visitantes de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo paciente y visitantes de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados y mixtos a nivel nacional, a fin de prevenir, controlar y minimizar los riesgos sanitarios y ocupacionales por la gestión y manejo adecuado de los residuos sólidos, así como disminuir el impacto negativo a la salud pública y al ambiente que estos producen;





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 16 de octubre de 2024.

Que, a través de Resolución Ejecutiva Directoral Nº 115-2021-GRSM-UEHRM/DE, se aprueba la Directiva Específica Nº 001-2021-HRM-OPE-AR denominada "Lineamientos para la elaboración, aprobación, modificación, difusión y archivo de instrumentos técnicos para la gestión hospitalarias, en el Hospital Regional de Moquegua"; mediante la cual se establece que el Protocolo es un documento que contiene las pautas y/o actividades a seguir o tener en cuenta a realizar ante una determinada tarea, incluyendo tanto actividades autónomas como delegadas, para un comportamiento y/o desempeño apropiado para cada situación y/o evento;

Que, mediante Informe Nº 008-2024/DIRESA-HRM/19.2-MZJS de fecha 02 de junio de 2024, la representante del Comité de Manejo de Gestión de Residuos Sólidos, remite al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el documento técnico "PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", para conocimiento y trámite correspondiente;

Que, el documento técnico "PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", tiene como finalidad, fortalecer el adecuado manejo de los residuos sólidos generados, a fin de minimizar y controlar los riesgos sanitarios y ocupacionales de la población hospitalaria, así como los impactos en la salud pública y el ambiente;

Que, con Informe Nº 0378-2024-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 de fecha 04 de julio de 2024, la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, remite ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, el documento técnico "PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", para trámite correspondiente;

Que, mediante Informe Nº 1114-2024-DIRESA-HRM/04 de fecha 15 de julio de 2024, la Jefatura de la Unidad Epidemiología y Salud Ambiental; indica que, el responsable del Área de Salud Ambiental, a través de Informe Nº 442-2024-DIRESA-HRM/04-0/S.A., ha comunicado que, el proyecto de protocolo cumple con todos los requisitos y estándares establecidos para el manejo de residuos sólidos y reciclaje, por lo que, otorga opinión favorable al documento en mención;

Que, con Informe Nº 863-2024-DIRESA-HRM-03 de fecha 27 de septiembre de 2024, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, hace suyo en todos los extremos el Informe Nº 052-2024-DIRESA-HRM/AFP del profesional del Área de Planeamiento; mediante el cual, indica que el documento técnico "PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", cumple con la estructura dispuesta por la directiva para elaboración de instrumentos técnicos para la gestión hospitalaria, por lo que, recomienda se proceda con su aprobación;

Que, a través de Informe Nº 642-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha 09 de octubre de 2024, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, otorga visto bueno al protocolo en mención, en concordancia al Informe Nº 118-2024-DIRESA-HRM/05-JEQG-MC del Médico Prestacional de la UGC, que otorgó opinión favorable; por lo que, recomienda se derive al Área Legal, para revisión y aprobación;

Que, mediante Informe Legal Nº 209-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 16 de octubre de 2024, el Área de Asesoría Legal, concluye que, el Protocolo cuenta con las opiniones técnicas favorables, asimismo cumple con lo establecido en la Directiva Específica Nº 001-2021-HRM-OPE-AR denominada "Lineamientos para la elaboración, aprobación, modificación, difusión y archivo de instrumentos técnicos para la gestión hospitalarias, en el Hospital Regional de Moquegua", aprobado con Resolución Ejecutiva Directoral Nº 115-2021-GRSM-UEHRM/DE; por lo que, determina que es necesario su aprobación;





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 16 de octubre de 2024.

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Departamento de Anatomía Clínica y Anatomía Patológica, y el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el documento técnico denominado “**PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA**”, del Hospital Regional de Moquegua, con Código de Documento: 001-2024-HRM-D.PCyAP, el cual consta de veinte (20) folios y forma parte integrante de la presente resolución.


Artículo 2°.- ENCARGAR al **Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica**, la difusión, monitoreo e implementación del Protocolo aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA


M.E. MIRIAM ELENA HUERTAS DE REYNOSO
C.M.P. 017360 RNE 008701
DIRECTORA EJECUTIVA

MEHR/DIRECCIÓN
JWTB/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U.EPI
(01) D. PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
(01) ESTADISTICA
(01) ARCHIVO

CÓDIGO DE PROTOCOLO <input type="text" value="001-2024-HRM-D.PCyAP"/>		DENOMINACIÓN PROTOCOLO PARA EL MANEJO Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
TIPO DE PROTOCOLO <input type="text" value="SANITARIO"/>		
FECHA <input type="text" value="02-06-2024"/>	FOLIOS <input type="text" value="VINTE 20"/>	
REEMPLAZA A: NINGUNO		ELABORADA POR: DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

I. INTRODUCCIÓN

El manejo de residuos sólidos, debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

El Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica como resultado de las diversas actividades desarrolladas durante los procedimientos de análisis, conllevan a la generación de residuos, en la mayoría de los casos peligrosos para la salud y el medio ambiente, cuyo inadecuado manejo de residuos puede tener serias consecuencias para el personal encargado del manejo y de la población en general.

En este sentido el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica con el presente protocolo define pautas claras y procedimientos específicos para el manejo integral de los residuos sólidos, basados en la Norma Técnica de Salud N° 144-MINSA/2018/DIGESA, que establece los lineamientos para la gestión integral de residuos sólidos en establecimientos de salud.

II. FINALIDAD

Fortalecer el adecuado manejo de los residuos sólidos generados, a fin de minimizar y controlar los riesgos sanitarios y ocupacionales de la población hospitalaria, así como los impactos en la salud pública y el ambiente.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Contar con un instrumento que contribuya a mejorar el manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el departamento de patología clínica y anatomía patológica, con la finalidad de reducir los riesgos e infecciones a la salud humana, contaminación al medio ambiente que estos producen al ser manipulados y tratados en forma inadecuada.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar las condiciones de seguridad del personal asistencial y de limpieza expuestos a los residuos sólidos en cada área del servicio de Patología Clínica.
- Lograr que cada área del Servicio de Anatomía Patológica realice un adecuado manejo de los residuos sólidos generados.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Protocolo es de aplicación del personal del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua y su conocimiento es de carácter obligatorio, tanto en la difusión como en la supervisión de todo el personal involucrado en las labores de este servicio.

V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
2. Decreto Supremo N° 001-2022-MINAM, Decreto Supremo que modifica el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
3. Reglamento de la Ley N° 29419, Ley que Regula la Actividad de los Recicladores, aprobada mediante decreto Supremo N° 005-2010-MINAM.
4. Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA – "Norma técnica de salud: Gestión integral y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación".
5. Decreto Supremo N° 006-2019-MINAM, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30884, Ley que regula el plástico de un solo uso y los recipientes o envases descartables.
6. Resolución Ejecutiva Directoral No 070-2024-DIRESA-HRM/DE. Aprueba "REGLAMENTO DEL COMITÉ DE GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL HRM-2024"
7. Resolución Ejecutiva Directoral No 123-2024-DIRESA-HRM/DE. Resuelve: Conformar el COMITÉ DE BIOSEGURIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA-2024.



VI. CONTENIDO

6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **PROTOCOLO**

Documento que contienen un conjunto de procedimientos específicos en forma ordenada establecidos para la realización de algunas actividades. (Fte. Inf. R. M. N° 1295-2018-MINSA).

- **ACONDICIONAMIENTO**

Consiste en preparar las áreas del Servicio de Banco de Sangre con los materiales e insumos adecuados; este acondicionamiento debe ir de acuerdo a la clasificación de los residuos.

- **ALMACENAMIENTO INICIAL O PRIMARIO**

Es el almacenamiento temporal de residuos sólidos realizado en forma inmediata en el ambiente de trabajo, para su posterior traslado al almacenamiento intermedio o central (Fte. Inf. D. S. N° 014-2027-MINAM).

- **ALMACENAMIENTO INTERMEDIO**

Es el almacenamiento temporal de los residuos sólidos provenientes del almacenamiento inicial, realizado en espacios distribuidos estratégicamente dentro de las unidades, áreas o servicios de las instalaciones del generador. Este almacenamiento es opcional y se realiza en función del volumen generado, frecuencia

de traslado de residuos y las áreas disponibles para su implementación. (Fte. Inf. D. S. N° 014-2027-MINAN.

- **MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS**

Toda actividad técnica operativa de residuos sólidos que involucre manipuleo, acondicionamiento, segregación, transporte, almacenamiento, transferencia, tratamiento, disposición final o cualquier otro procedimiento técnico operativo utilizado desde la generación hasta la disposición final de los mismos.

- **RESIDUOS PELIGROSOS**

Son aquellos residuos que por sus características o el manejo al que son o van a ser sometidos, representan un riesgo significativo para la salud o al ambiente. Se consideran a aquellos que tengan algunas de las características de patogenicidad, radioactividad, corrosividad, inflamabilidad, toxicidad y reactividad, así como los envases que los contengan, como los residuos sólidos biocontaminados y especiales.

- **RESIDUO BIOCONTAMINADO**

Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener altas concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos.

- **RESIDUOS ESPECIALES**

Son aquellos residuos peligrosos generados en los hospitales, con características físicas y químicas de potencial peligro por lo corrosivo, inflamable, tóxico, explosivo y reactivo para la persona expuesta.

- **RESIDUO COMÚN**

En esta categoría se incluyen, por ejemplo, los residuos generados en administración, aquellos provenientes de la limpieza de jardines, patios, áreas públicas, restos de la preparación de alimentos y en general todo material que no puede clasificar en las categorías A y B.

- **CONTENEDOR**

Caja o recipiente fijo o móvil en el que los residuos se depositan para su almacenamiento o transporte. Es de capacidad variable empleado para el almacenamiento de residuos sólidos.

6.2. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Los residuos sólidos generados en el del Hospital Regional de Moquegua se basan en su naturaleza y en sus riesgos asociados, clasificándose según la NTS N° 144-2018/MINSA/DIGESA en:

CLASE A: RESIDUOS BIOCONTAMINADOS

- **Tipo A.1:** Atención del paciente, instrumentos y materiales utilizados en la toma de muestra de sangre, tejidos y otros.
- **Tipo A.2:** Material Biológico.
- **Tipo A.3:** Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados.
- **Tipo A.4:** Residuos Quirúrgicos y Anatómopatológicos.
- **Tipo A.5:** Punzo cortantes.
- **Tipo A.6:** Animales contaminados.

CLASE B: RESIDUOS ESPECIALES:

- **Tipo B.1:** Residuos Químicos Peligrosos.
- **Tipo B.2:** Residuos Farmacéuticos.
- **Tipo B.3:** Residuos radioactivos.

CLASE C: RESIDUOS COMUNES.

Similares a los domésticos, incluye a los generados en administración como: Cartón, papel, material de oficina, basura orgánica, etc.

6.3. ETAPAS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

En el Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el manejo de residuos sólidos comenzará en cada área o ambiente de laboratorio, en el que se deberá disponer de un número suficiente de recipientes y bolsas para el acondicionamiento de los residuos según su clasificación.

6.3.1. Acondicionamiento

- Los residuos sólidos generados en los ambientes del departamento de patología clínica y anatomía patológica, deben disponerse en recipiente de material rígido con tapa y accionada con pedal según su clase (residuos especiales y biocontaminados) tapa vaivén para residuos comunes, que contengan bolsas plásticas de color según el tipo de residuos a segregar.
- Se deberá contar con recipientes rígidos para la segregación de residuos punzocortantes biocontaminados, estas deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad.
- El servicio de Anatomía Patológica contará con recipientes rígidos, impermeables y herméticos. La adquisición de estos recipientes se da con la aprobación de logística, que éstos son necesarios para el almacenamiento temporal de piezas anatómicas residuales (archivo húmedo). Los recipientes deberán ser lavables y desinfectables.
- Para los residuos sólidos especiales de vidrio no rotos como: frascos de viales, de reactivos, medios de cultivo, colorantes, entre otros, estos se acondicionarán en cajas de cartón grueso con su respectiva bolsa roja, teniendo en cuenta el límite de llenado 3/4 partes, el término del cual se cerrará y sellará colocándose en una bolsa amarilla debidamente rotulada con la frase "FRÁGIL: Residuo de vidrio".
- Los recipientes, deben ubicarse en zonas estratégicas de manera que no obstaculicen el paso de las personas.

6.3.2. Segregación

- Identificar y clasificar el residuo para disponerlo en el recipiente correspondiente.
- Desechar los residuos con un mínimo de manipulación, en el recipiente acondicionado con bolsa roja para residuos biocontaminados, bolsa amarilla para residuos especiales, bolsa negra para residuos comunes y recipiente rígido para residuos punzo cortantes.
- Al segregar los residuos cualquiera sea el tipo verificar que no exceda las tres cuartas partes de la capacidad del recipiente.
- Los punzocortantes deberán ser descartados en recipientes rígidos en el lugar de generación hasta completar 3/4 partes de su capacidad, el personal de salud

será quién asegure la caja para que el personal de limpieza la disponga al almacenamiento intermedio.

- En caso de rotura de un instrumento que contiene mercurio, o reactivos tóxicos y corrosivos se comunicará al personal de limpieza quienes realizarán la recolección de acuerdo a la norma de manejo de residuos empleando el kit de limpieza anti derrames.
- En caso de una inadecuada segregación de residuos sólidos en la caja de punzo cortantes, se cierra la caja y se abre nueva caja y una inadecuada segregación de residuos en las bolsas se procede a informar y plantear medidas correctivas.
- Para el manejo de los residuos de baciloscopias, todos los materiales potencialmente infecciosos deben ser preferentemente descontaminados dentro del servicio de laboratorio, ya que los mismos pueden ser peligrosos para aquellos que los transportan para su eliminación final. En base a estos principios, los procedimientos recomendados para la descontaminación y desecho de material son:
 - ✓ Desechar las muestras colocándolas en el recipiente de descarte dentro de una bolsa para residuos patológicos junto con los aplicadores y los papeles que eventualmente se hubieran utilizado en todas las etapas.
 - ✓ Descontaminar el material contenido en este recipiente mediante su autoclavado (a 121°C durante 1 hora). Luego eliminarlos con los desechos patógenos habituales del laboratorio para que sean tratados por el servicio de recolección y tratamiento de residuos que se encarga de esta tarea en el servicio.
 - ✓ Si el tratamiento anterior no fuera posible, agregar igual volumen de hipoclorito de sodio al 1% al remanente de las muestras no utilizado, dejar los envases tapados hasta el día siguiente, y eliminarlos luego con los desechos patógenos habituales del laboratorio para que sean tratados por el servicio de recolección de residuos que se encarga de esta tarea.
- La segregación de los residuos biocontaminados compuestos por piezas anatomopatológicas se deben recogerse en el sitio de generación y envasarse en recipientes rígidos, impermeables y herméticos.
- Estos residuos son almacenados de manera temporal (Archivo húmedo) en sala de macroscopía para poder eventualmente ser reestudiadas.
- Pasado los dos meses de emitido el informe se descartan las muestras.
- Se separa el formol en recipientes resistentes y con tapa hermética.
- Los materiales orgánicos se colocan de forma manual en bolsa plástica roja, el cual deberá estar debidamente rotulada como **"Residuos de Anatomía patológica"**.
- Los residuos líquidos o semilíquidos especiales (formol, alcohol, colorantes, sustituto de xilol, etc) verter en recipientes resistentes y con tapa hermética, previamente rotulados con el nombre del reactivo y acondicionarlas en bolsa amarilla debidamente rotulado como **"Residuos químicos"**.
- Se deberá comunicar con la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental para el retiro de las bolsas, previa entrega de Listado de muestras a eliminar.

6.3.3. Recolección

- Una vez que las bolsas se encuentren llenas las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad, éstas deberán ser retirados por el personal de limpieza.
- Luego de cada retiro de residuos el personal de limpieza debe colocar una bolsa nueva en el recipiente.



- El residuo recolectado, debe ser inmediatamente retirado del punto de generación y trasladado al almacenamiento intermedio de cada servicio.
- En ningún caso deben vaciarse los residuos recolectados a otra bolsa o recipiente. Así mismo el personal de limpieza no debe de arrastrar las bolsas, ni pegarlas a su cuerpo, ni cargarlas, ni presionarlas dentro del contenedor. La recolección de los residuos sólidos se realizará diariamente mínimo 3 veces al día o cuantas veces sea necesario.
- La recolección debe efectuarse en lo posible en horas de menor circulación de pacientes, personal de salud, o visitantes.
- En relación a los residuos punzo cortantes, el personal del servicio cambia los recipientes al cumplir el límite del llenado (3/4 partes), sellándolas y luego procede a informar al personal de limpieza para que efectúe el retiro de la caja punzocortante introduciéndola en una bolsa de color rojo.

6.4 CLASES Y TIPOS DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

6.4.1. SERVICIO DE LABORATORIO

6.4.1.1. AREA DE LABORATORIO CLINICO

A) Proceso/Procedimientos del área

El Servicio de Laboratorio Clínico, realiza diferentes procedimientos:

- ❖ **Fase pre -analítica:** en esta fase se realiza la obtención de muestras de sangre por venopunción o punción arterial, punción cutánea, recepción de muestras de líquidos biológicos como. (ascítico, amniótico, pleural, cefalorraquídeo, sinovial, peritoneal, seminal etc.) heces fecales, orina, esputo entre otros, para luego ser distribuidas a las áreas correspondientes.
- ❖ **Fase Analítica:** En esta fase se realizan: la calibración de equipos, procesamiento de las muestras de sangre venosa o arterial, muestras de líquidos biológicos como. (ascítico, amniótico, pleural, cefalorraquídeo, sinovial, peritoneal, seminal etc.) heces fecales, orina, esputo y cultivos microbiológicos.
- ❖ Validación de técnica de los exámenes realizados en las diferentes áreas como: hematología, uroanálisis, parasitología, bioquímica clínica, microbiología, inmunología.
- ❖ **Fase post analítica:**
 - Conservación de muestras.
 - Procedimientos de eliminación de residuos originados.
 - Limpieza y descontaminación del material reutilizable.
 - Interpretación y validación y emisión de los resultados

B) TIPOS DE RESIDUOS GENERADOS

- **En la fase-preanalítica** se generan fundamentalmente residuos punzocortantes y envases con muestras de fluidos o secreciones

corporales, agujas descartables torundas, tubos al vacío, lancetas, jeringas, laminas, esparadrapo, que provienen de la toma de muestra.

- **En la fase post analítica** se generan restos de muestras de heces, orinas y tubos con muestras de sangre, medios de cultivo inoculados, baciloscopias, restos de reactivos y colorantes, placas Petri, usados en los procedimientos de análisis en las distintas áreas del servicio de patología clínica.
- También se generan residuos comunes como: papel, cartón, frascos, baguetes, papel toalla bolsas, entre otros que no hayan estado en contacto con el paciente.

Residuos generados en área de baciloscopia:

- los materiales contaminados (envases de esputo, aplicadores, papeles del área de trabajo) se deben de recoger y colocar en la bolsa roja para material contaminado para su esterilización en autoclave (a 121° C durante una hora), luego eliminarlos con los desechos patógenos del laboratorio.
- Una vez escogidas las láminas para su control de calidad son descartadas en cajas de residuos punzocortantes en el mismo lugar de generación, estos recipientes tienen que ser resistentes a los cortes y perforaciones.



**TABLA 1: CLASES Y TIPOS DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS EN EL
SERVICIO DE LABORATORIO**

COLOR DE BOLSA	TIPO POR CLASE		LABORATORIO
BOLSA ROJA	CLASE A: Residuos Biocontaminados		
	Tipo A.1: De atención al paciente.	EPP (mandil, guantes, etc)	X
		Gasas, algodón, esparadrapo.	X
	Tipo A.2: Biológicos	Compuestos por cultivos inocuos, muestras biológicas.	X
		Productos biológicos vencidos, deteriorados o usados.	X
	Tipo A.3: Bolsas conteniendo sangre humana y hermoderivados	Muestras de sangre	X
		Suero, Plasma, Plaquetas.	X
		Materiales en contacto con sangre (papel, gasa, compresas, algodones)	X
	Tipo A.5: Punzocortantes: Que estuvieron en contacto o no con pacientes o conagentes infecciosos.	Agujas hipodérmicas con jeringas o sin ella	X
		Hojas de bisturí	X
		Lancetas	X
		Placas de cultivos rotas	X
Termómetros clínicos rotos.		X	
Entre otros objetos de vidros rotos.	X		
BOLSA AMARILLA	CLASE B: Residuos Especiales		
	Tipo B1: Residuos químicos peligrosos	Recipientes contaminados con productos químicos (hipoclorito de sodio)	X
		Productos químicos no utilizados	X
		Ácidos y bases fuertes.	X
		Tóner, pilas.	X
		Mercurio de termómetro.	X
BOLSA NEGRA	CLASE C: Residuos Comunes		
	Tipo C.1	Papel, cartón, cajas que no estuvo en contacto con el paciente.	X
		Envases con restos alimenticios del personal.	X
	Tipo C.2	Vidrio, plásticos	X
		Protectores de punzo cortantes	X
		Material de uso médico que nunca han sido utilizados y que se encuentre deteriorados o vencidos	X

6.4.1.2 AREA DE BANCO DE SANGRE

En el área de Banco de Sangre se realizan las siguientes funciones:

- Recepción de Donantes.
- Control de Triage.
- Tamizaje de Hb, Hto y Grupo Sanguíneo.
- Toma de muestras de pacientes de consultorio externo para pruebas serológicas.
- Entrevista a Donantes.
- Extracción de Sangre total de Donante.
- Fraccionamiento y Almacenado de Hemocomponentes.
- Eliminación de Bolsas de Hemocomponentes usados.
- Desinfección de ambientes.
- Uso de EPP.
- Lavado y desinfección de manos.
- Tamizaje HBsAg, VIH, CHAGAS, SIFILIS, HLT, HVC, HBcAb.
- Entrega de hemocomponentes solicitadas en piso.

a) Proceso/procedimientos de área

AREA	ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL AREA	PROCEDIMIENTOS DONDE SE GENERAN RESIDUOS SOLIDOS
Admisión/Recepción	Atención al donante, para la identificación, así como el tipo de la donación (REPOSICION, DEPOSITO, VOLUNTARIO), es necesaria para un buen control de donantes aptos, así como diferidos.	Impresión de formatos, recepción de cartas de compromiso, cardex de depósito, registro de pacientes que solicitan hemocomponentes.
Selección de donantes y toma de muestra	El área de selección de donantes y toma de muestra se brinda la atención de triaje al donante, así como procedimientos para dosaje de Hto, Hb y grupo sanguíneo de donante, y algunos pacientes de consultorio externo para pruebas inmunoserológicas.	Uso de EPP para los procedimientos, Formato de selección de donante y consentimiento informado. Eliminación de torundas de algodón en el momento de realizar la flebotomía. Uso de microhematocrito para determinación de Hto y Grupo Sanguíneo. Uso de jeringa, torundas y esparadrappo en toma de muestras de pacientes de consultorio externo e internamiento (inmunoserología). Uso de papel toalla Lavado de manos.

Extracción	En el área de extracción se brindan los procedimientos necesarios para una óptima donación sin repercusiones en el donante.	uso de EPP durante todo el procedimiento. Extracción sanguínea Eliminación de agujas. Eliminación de tubuladuras. Eliminación de torundas de algodón usadas para limpieza de zona de extracción.
Inmunohematología	En el área de inmunohematología se realizan las pruebas necesarias para una óptima transfusión sanguínea, así como otras para registrar grupos sanguíneos de donantes aptos, y pruebas necesarias para hospitalización y consultorio externo.	Uso de EPP durante todos los procedimientos. Compatibilidad Sanguínea. Grupo sanguíneo. Fenotipo de donantes. Rastreo de anticuerpos. Coombs directo e indirecto Confirmación de grupo sanguíneo Controles de calidad internos Centrifugado de tubos con EDTA Lavado de manos



b) Clases y tipos de residuos generados:

CLASES DE RESIDUOS	TIPO DE RESIDUOS	RESIDUOS BIOCONTAMINADOS (BOLSA ROJA)
CLASE A: Residuos Biocontaminados	Tipo A.1: De atención al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Tubos al vacío con sobrante de sangre. • Papel toalla con restos biológicos. • mascarilla, chaqueta, pantalón y mandil. • Torundas usadas. • Jeringas usadas para toma de muestra
	Tipo A 3: Bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados.	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras de sangre. • Suero, Plasma, Plaquetas con resultados reactivos o vencidos. • Materiales en contacto con sangre (papel, esparadrapos, algodones)
	Tipo A 5: Punzocortantes: Que estuvieron en contacto o no con pacientes o con agentes infecciosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Agujas hipodérmicas con jeringa o sin ella. • Lancetas. • Microhematocritos rotos. • Entre otros objetos de vidrio rotos

CLASE B: Residuos Especiales	Tipo B1: Residuos químicos peligrosos	<ul style="list-style-type: none"> • Recipientes contaminados con productos químicos: Isodine solución, isodine espuma, amonios: Biosafe-d, detergente multienzimático: Multizim, Hibiclen al 2%, 4%, de jabón líquido para limpieza de mano, envases de hipoclorito de sodio etc. • Productos químicos no utilizados. • Tóner, pilas.
	Tipo B2: Residuos Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Productos Farmacéuticos parcialmente usados: sobrantes, deteriorados o vencidos. (frascos de reactivos). • Residuos sólidos especiales de vidrio no rotos
CLASE C: Residuos Comunes	Tipo C.1	<ul style="list-style-type: none"> • Papel que no haya estado en contacto directo con el paciente y que no se encuentren contaminados, cartón, papel, etc. • Insumos y otros generados por mantenimiento que no cuenten con codificación patrimonial y son susceptibles de reciclaje.
	Tipo C.2	<ul style="list-style-type: none"> • Envases con restos alimenticios del personal • Botella y envases de plásticos, frascos vacíos de cloruro de sodio. • Protectores de punzo cortantes, tapas de frasco • Piezas metálicas. Llaves, candados, pernos, volandas, tuercas, bisagras etc. • Vidrio, madera plásticos. <p>Materiales de uso médico que nunca han sido utilizados y que se encuentre deteriorados o vencidos: Tubos al vacío. Jeringas.</p>



6.4.2. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

En el servicio de Anatomía Patológica se realiza las siguientes funciones:

Proceso/procedimiento

- Recepción de muestras.
- Procedimiento de exámenes Macroscópicos de biopsias y piezas quirúrgicas.
- Procedimiento de biopsias y piezas quirúrgicas: Elaboración de bloques de parafina y Coloración de láminas con Hematoxilina-Eosina, tinción (histoquímica).

- Procedimientos para Procesamiento de biopsia Transoperatoria-Corte por congelación.
- Procedimientos de Citología Cervical y tamizaje citológico.
- Procedimientos de Citología/Citopatología: Líquidos corporales.
- Procedimientos para Procesamiento de Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (B.A.A.F).
- Procedimientos para Archivo Húmedo, Custodia y Eliminación de Residuos anatomopatológicos.
- Procedimientos para Clasificar, Archivar, Custodiar y Eliminar Bloques de Parafina y Laminas.
- Diagnostico interpretación e informe de resultados.

TABLA 2: CLASES Y TIPOS DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS EN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

CLASES DE RESIDUOS	TIPO DE RESIDUOS	RESIDUOS BIOCONTAMINADOS (BOLSA ROJA)
CLASE A: Residuos Biocontaminados	Tipo A.1: De atención al paciente.	Residuos Sólidos Contaminados con secreciones, líquidos orgánicos: <ul style="list-style-type: none"> • Guantes de nitrilo • mascarillas • Papel toalla con restos biológicos. • Esparadrapos, algodones. • mascarilla, chaqueta, pantalón y mandil. • Torundas usadas.
	Tipo A 3: Material Biológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras biológicas para análisis citológico o histológico. (LCR, Líquido pleural, ascítico, peritoneal, aspirado bronquial, etc). • Residuos de parafina con restos de muestra.
	Tipo A 4: Residuos Quirúrgicos y Anatómicos Patológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Piezas anatómicas compuestas por tejidos, órganos o partes corporales (incluido los resultantes de trauma o mutilación, productos de la concepción (placenta), etc.
	Tipo A 5: Punzocortantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de bisturíes. • Cuchillas • Lancetas • Espátulas • Laminas portaobjetos y cubreobjetos. • Agujas hipodérmicas con jeringa o sin ella. • Tubos rotos. • Entre otros objetos de vidrio rotos



CLASE B: Residuos Especiales	Tipo B1: Residuos químicos peligrosos	<ul style="list-style-type: none"> • Formol al 10% • Sustituto de xilol • Colorantes • Sustancias descalcificantes • Alcoholes • Recipientes contaminados con productos químicos. • Tóner y pilas.
	Tipo B2: Residuos Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Residuos sólidos especiales de vidrio no rotos
CLASE C: Residuos Comunes	Tipo C.1	<ul style="list-style-type: none"> • Papel, cartón, papel toalla que no haya estado en contacto directo con el paciente y que no se encuentren contaminados. • Insumos administrativos no contaminados
	Tipo C.3	<ul style="list-style-type: none"> • Envases con restos alimenticios del personal • Frascos vacíos, plásticos diversos (botellas, empaques etc).



BOLSA VERDE	RECICLABLE PLÁSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Botellas de bebidas de agua, gaseosas, etc., del personal de salud no contaminados. • Botellas de alcohol, alcohol gel, hibiclen, jabón líquido, ayudin, envases de hipoclorito de sodio. • No insecticidas • No frascos de suero con sangre.
--------------------	----------------------------	--

VII. RESPONSABILIDADES

- Del Comité de Residuos Sólidos del Hospital Regional Moquegua, que es un órgano funcional de la institución que tiene la responsabilidad de velar por adecuada gestión y manejo de los residuos sólidos de acuerdo a la normatividad vigente.
- Del jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Regional Moquegua o quien haga sus veces.
- Del representante del del Área de Salud Ambiental y/o quien haga sus veces.
- De los miembros del Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos Del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica del Hospital, será responsable de velar por la distribución de los acondicionamientos primarios y la correcta segregación del personal de salud, así mismo participar obligatoriamente en el proceso de evaluación de acuerdo al cronograma y asistir a las reuniones del comité.
- Del personal de limpieza del Hospital, son los responsables operativos en cuanto a las actividades de acondicionamiento de bolsas de revestimiento, recolección, transporte y disposición al centro de acopio de los residuos sólidos.

VIII. ANEXOS

Anexo 01: Cronograma de Supervisión del departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Anexo 02: Formato de Supervisión de Residuos Sólidos

Anexo 03: Flujograma de manejo de residuos sólidos del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.

Anexo 04: Cantidad de tachos/contenedores de residuos sólidos en el Área de Laboratorio Clínico

Anexo 05: Cantidad de tachos/contenedores de residuos sólidos en área Banco de Sangre

Anexo 06: Cantidad de tachos/contenedores de residuos sólidos en el servicio de Anatomía

IX. BIBLIOGRAFÍA

- INS -2023 - Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias - "Manual de Procedimientos de la Baciloscopia para el Diagnostico Bacteriológico de la Tuberculosis" Lima- Perú.
- Resolución Ejecutiva Directoral N° 1311-2022-DIRESA-HRM/DE. Aprueba "Guía de manejo de residuos quirúrgicos y Anatómo Patológicos V.01 del HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA"



Anexo 01: CRONOGRAMA DE SUPERVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Presentación del protocolo de manejo de residuos sólidos al área de epidemiología y salud ambiental.	Comité de manejo de residuos sólidos del Departamento de Patología Clínica Y Anatomía Patológica.	Protocolo presentado.	1					X									
2	Implementación y sociabilización del protocolo de manejo de residuos sólidos.	Comité de manejo de residuos sólidos del Departamento de Patología Clínica Y Anatomía Patológica.	Protocolo implementado.	1					X									
3	Supervisión de manejo de residuos sólidos.	Comité de manejo de residuos sólidos del Área de Banco de Sangre.	Ficha aplicada.	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aplicación de medidas correctivas y mejora continua (de ser necesario)	Comité de manejo de residuos sólidos del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y la unidad de epidemiología y salud ambiental.	Curso de capacitación.	De acuerdo a necesidad														



Anexo 02: FORMATO DE SUPERVISIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

		SUPERVISIÓN POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE RRSS EN EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS A LAS UPSS Y OFICINAS ADMINISTRATIVAS			CODIGO	PMRS-F12
					VERSION	2
					PAGINA 1 DE 1	
UNIDAD/SERVICIO/AREA					FECHA	
					TURNO	
ITEM	ETAPA DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	CUMPLE			OBSERVACIÓN	
		SI	NO	N/A		
ACONDICIONAMIENTO						
1	Se cuenta con la cantidad de recipientes acorde a sus necesidades					
2	Los recipientes utilizados para residuos comunes, biocontaminados o especiales cuentan con tapa					
3	El recipiente para residuos punzocortante es rígido y cumple con las especificaciones técnicas de la norma					
4	Se cuenta con bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro; biocontaminados: rojo; especial: amarillo; reciclaje: verde) en cada recipiente.					
5	Las áreas administrativas o de uso exclusivo del personal, cuentan con recipientes y bolsas de color negro para el depósito de residuos comunes; verde para el depósito de residuos aprovechables.					
6	Los SSHH que son de uso compartido o exclusivo de pacientes cuentan con bolsas rojas					
ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN	
		SI	NO	N/A		
ALMACENAMIENTO PRIMARIO Y SEGREGACIÓN						
1	Se disponen los residuos en el recipiente correspondiente según clase					
2	Los residuos punzocortantes se segregan en los recipientes rígidos según lo establecido en la Norma Técnica					
3	Los residuos biocontaminados procedentes de análisis clínicos, hemoterapia, investigación, microbiología, son sometidos a tratamiento en la fuente generadora y llevada al almacenamiento central.					
4	Los residuos biocontaminados compuestos por piezas anatómicas patológicas, son acondicionados separadamente en bolsas de plástico color rojo					
5	Los residuos especiales o los procedentes de fuentes radiactivas son almacenados en sus contenedores de seguridad					
6	Las bolsas y recipientes rígidos se retiran una vez alcanzadas las 3/4 partes de su capacidad.					
7	Se limpia y desinfecta los recipientes de almacenamiento primario antes de colocar una nueva bolsa; (mín 01 vez al día); en áreas Covid cada cambio de bolsa.					
PUNTAJE PARCIAL						
PUNTAJE TOTAL						
MUY DEFICIENTE		DEFICIENTE		ACEPTABLE		
De 0 a 3		De 4 a 7		De 8 a 13		

*Para determinar el puntaje total debe de sumar el total de puntajes de calificación y puntos que no aplican

FIRMA Y SELLO
JEFE O RESPONSABLE
UNIDAD/SERVICIO/AREA

FIRMA Y SELLO
SUPERVISOR DEL MIEMBRO
DEL COMITÉ DE MANEJO DE RESIDUOS

ANEXO 03: FLUJOGRAMA DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.



**ANEXO 04: CANTIDAD DE TACHOS/CONTENEDORES DE RESIDUOS SÓLIDOS EN EL ÁREA
DE LABORATORIO CLÍNICO**

N°	Ambiente	Tacho mediano				Tacho grande				Tacho grande con ruedas		
		Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Punzo cortante	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Reciclaje	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común
1	TOMA DE MUESTRA (1,2,3,4,5)				5							
2	Área de proceso. (Hematología)	1	1	1	1	1						
3	Área de proceso (Uroanálisis)		1	1	1	1						
4	Área de proceso (Inmunología)	1	1	1	1	1						
5	Área de proceso (Bioquímica)	1	1	1	1	1						
6	Área de proceso (Microbiología)			1	1	1						
7	Área de proceso (Baciloscopía)			1	1	1	1					
8	Área de proceso (Esterilización)	1		1	1	1						
9	Área de proceso (Hormonas)	1	1	1								
10	Área administrativa (Admisión)	1		1					1			
11	Área administrativa (Jefatura)			3								
12	Pasadizo			1		3						
13	SS.HH. Damas			1		1						
14	SS.HH. Varones			1		1						



ANEXO 05: CANTIDAD DE TACHOS/CONTENEDORES DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ÁREA DE BANCO DE SANGRE

N°	AMBIENTE	Caja cartón		Tacho pequeño				Tacho mediano				Tacho grande			Tacho pequeño metálico con pedal		Tacho grande con ruedas		
		Residuos para frascos de	Caja Punzocortantes	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Reciclaje	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Reciclaje	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Residuo Biocontaminado	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	
1	Sala de espera								1										
2	Recepción								1						1				
3	Selección de donantes y toma de muestra	1	2						1						1				
4	Sala de extracción		1						1						1				
5	Área de inmunohematología		1						1						1				
6	Área Análisis de Muestra al Donante								1						1				
7	Área de Inmunoserología		1						1						1				
	servación de														1				
	Área Sangre																		
9	Área de Fraccionamiento		1						1						1				
10	Área de Lavado y Esterilización de materiales		1						1						1				
11	Área de Cuarentena																		
12	Pasadizo											1			1				
13	SS.HH. Damas								1						1				
14	SS.HH. Varones								1						1				
15	Área de Almacenamiento Intermedio															1	1	1	

Anexo 06: Cantidad de tachos/contenedores de residuos sólidos en el servicio de Anatomía Patológica.

N°	Ambiente	Tacho pequeño				Tacho mediano				Tacho grande			Tacho grande con ruedas		
		Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Reciclaje	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Reciclaje	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común	Residuo Biocontaminado	Residuo Especial	Residuo Común
	Sala de espera					1									
1	Secretaría							1							
2	Recepción							1							
3	Jefatura							1							
4	Sala de Microscopía					1	1	1							
5	Laboratorio de Patología Quirúrgica					1	1	1							
6	Laboratorio de Citopatología					1	1	1							
7	Sala de Microscopía							1							
8	Sala de Necropsias					1	1	1							
9	Archivo de Laminas y Bloques Parafinados.							1							
10	Pasillo					1			1						
11	Almacén							1							
12	Cuarto de Limpieza											1		1	
13	SSHH Jefatura							1							
14	SSHH Informática							1							
15	SSHH Pacientes					1									
16	SSHH Mujeres							2							
17	SSHH Varones							2							

