

Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
“Ezequiel Zamora”



La Universidad que Siembra



Vicerrectorado de Infraestructura
y Procesos Industriales
Programa de Estudios Avanzados
Maestría en Salud Mención Salud
Pública

Jefatura de Estudios Avanzados

**MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL
“DR. EGOR NUCETE”: UNA APROXIMACIÓN
FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

Jean Carlos Colmenarez Torrealba
C.I N° V-18.872.723

TUTOR (A):

Dra. Emilia Lugo Tovar
C.I Nro. V-7.006.117

San Carlos, Junio del 2024

**Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
“Ezequiel Zamora”**



La Universidad que siembra



**Vicerrectorado de Infraestructura
y Procesos Industriales
Programa de Estudios Avanzados
Maestría en Salud Mención Salud
Pública**

Jefatura de Estudios Avanzados

**MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. EGOR
NUCETE”: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD
PÚBLICA**

Requisito parcial para optar al grado de
Magister en Salud Mención Salud Pública

AUTOR:

Jean C. Colmenarez Torrealba
C. I. Nro.V-18.872.723

TUTOR:

Dra. Emilia Lugo Tovar
C.I Nro. V-7.006.117

San Carlos, Junio de 2024

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **EMILIA SOLEDAD LUGO TOVAR**, venezolano, mayor de edad, titular de la cédula de identidad **Nro. V- 7.006.117** civilmente hábil, Doctora en Educación, personal académico adscrito al Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (UNELLEZ), por medio de la presente declaro que: Se evidencia en la Resolución CAPRESAV N°2023/0417 Acta Nro. 072 ORDINARIA, de fecha 26-05-2023 Punto Nro 11 emanada de la Comisión Asesora del Programa de Estudios Avanzados de la UNELLEZ-VIPI, mi carácter de **TUTORA** del Trabajo de Grado titulado: « **MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. EGOR NUCETE”**: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA», presentado por el ciudadano: **JEAN CARLOS COLMENAREZ TORREALBA**, portador de la cédula de identidad **Nro. V-18.872.723** civilmente hábil, Licenciado en Inspección en Salud Pública, aspirante al grado académico de Magister en Salud, mención Salud Pública y en virtud de tal carácter certifico que he leído éste informe final, por lo cual considero que reúne todas las condiciones para ser defendido y evaluado por el jurado examinador que tenga a bien designar la autoridad académica competente.

En la ciudad de San Carlos, capital del estado Cojedes, Venezuela, a los veinte días del mes de junio de dos mil veinticuatro (20/06/2024).



DRA. EMILIA S. LUGO TOVAR

C.I.: Nro. V-7.006.117

TUTORA

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Quien suscribe, **JEAN CARLOS COLMENAREZ TORREALBA**, venezolano, mayor de edad, titular de la cédula de identidad **Nro. V- 18.872.723** , civilmente hábil, de profesión Licenciado en Inspección en Salud Pública, aspirante al grado académico de Magister en Salud, mención Salud Pública, por medio de la presente declaro que: Soy autor del Trabajo de Grado titulado: « **MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. EGOR NUCETE”**: UNA **APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA**», el cual constituye una elaboración personal realizado únicamente bajo la dirección y tutela de la Doctora **EMILIA SOLEDAD LUGO TOVAR**, venezolana, mayor de edad, titular de la cédula de identidad **Nro. V- 7.006.117**, en este sentido manifiesto la originalidad de cada uno de los capítulos presentados en este informe final, dejando establecido que aquellos aportes intelectuales de otros autores, han sido debidamente referenciados en el *corpus* del mismo.

En la ciudad de San Carlos, capital del estado Cojedes, Venezuela, a los veinte días del mes de junio de dos mil veinticuatro (20/06/2024).



Jean Carlos Colmenarez Torrealba
C.I. Nro. V-18.872.723
Jctorrealba.jc@gmail.com

ACTA DE ADMISIÓN TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado(a):

MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL "DR. EGOR NUCETE": UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA

Elaborado por el (la) participante:

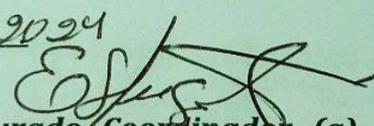
Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

JEAN CARLOS COLMENAREZ TORREALBA, C.I. V-18.872.723

Como requisito parcial para optar al grado académico de: Magister Scientiarum, el cual es ofrecido en el programa de: Maestría en Salud, mención Salud Pública, del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ - San Carlos, hacemos constar que hoy: jueves 04 de julio de 2024, a las: 10:00 am. se realizó la admisión del mismo, acordando que:

- EL TRABAJO / TESIS SE ACEPTA PARA LA PRESENTACIÓN / DEFENSA ORAL.
- EL TRABAJO / TESIS SE ACEPTA PARA LA PRESENTACIÓN / DEFENSA ORAL, UNA VEZ QUESE ADOPTEN LAS MODIFICACIONES SUGERIDAS.
- EL TRABAJO / TESIS NO SE ACEPTA PARA LA DEFENSA ORAL.

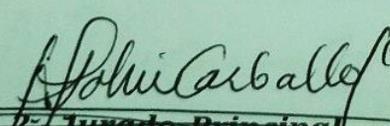
Se estableció como fecha de presentación / defensa, el día: viernes, **lunes 15 de julio de 2024 a las 11:30 a.m.** Dando fe de ello levantamos la presente acta en San Carlos, Jueves 04-07-2024


1.- ~~Jurado~~ **Coordinador** (a)

Dra. Emilia Soledad Lugo Tovar

C.I. V-7.006.117

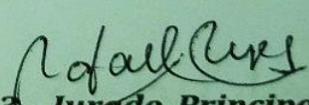
(TUTOR-UNELLEZ);


2.- ~~Jurado~~ **Principal**

Dra. Nahir
Carballo

C.I. V-11.961.711

(UNELLEZ);


3.- ~~Jurado~~ **Principal**

Dr. Rafael Reyes

C.I. V- 6.898.573

(EXTERNO- UNESR);

4.- **Jurado Suplente**

MSc. Aracely Jaspe

C.I. V-18.503.375 (UNELLEZ);

5.- **Jurado Suplente**

Dra. Dulce María Pérez

C.I. V-9.119.027 (EXTERNO-UNESR)

Nota: Esta acta es válida con tres (03) firmas y un sello



**ACTA DE PRESENTACIÓN / DEFENSA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO,
TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL**

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado(a):

**MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL "DR. EGOR NUCETE": UNA
APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA.**

Elaborado por el (la) participante:

Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

JEAN CARLOS COLMENAREZ TORREALBA. C. I. Nro. V-18.872.723

Como requisito parcial para optar al grado académico de: Magister en Salud Mención Salud Pública el cual es ofrecido en el programa de: Estudios de Maestría en Salud del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ – San Carlos, hacemos constar que hoy, lunes 15 de julio de 2024, a las: 11:30 a.m. se realizó la presentación / defensa del mismo, acordando:

- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN HONORÍFICA.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN Y HONORÍFICA.

Dando fe de ello levantamos la presente acta, la cual finalizó a las 12:30 pm

1.- Jurado Coordinador (a)

Dra. Emilia Lugo Tovar

C.I: V- 7.006.117 (Tutor-UNELLEZ)

2.- Jurado Principal

Dra. Nahir Carballo

C.I: V- 11.961.711 (UNELLEZ)

4.- Jurado Suplente

MSC. ARACELY JASPE,

C.I. V-18.503.375 (UNELLEZ)

3.- Jurado Principal

Dr. Rafael Reyes,

C.I. V- 6.898.573 (UNESR).

5.- Jurado Suplente

Dra. Dulce María Pérez

C.I. V-9.119.027 (UNESR)



Nota: Esta acta es válida con tres (03) firmas y un sello.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitivamente a Dios todo poderoso, por permitir llegar tan lejos en mi vida y en mi profesionalización, a mi madre querida que siempre me ha apoyado en todos los proyectos de vida y académicos que me he propuesto.

Quiero expresar un especial agradecimiento a la institución académica que me ofreció la oportunidad de realizar esta maestría, como lo es la Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Occidentales "Ezequiel Zamora" conocimientos en esta etapa de mi formación académica. Que sirvió para ampliar mis conocimientos en materia de salud pública.

Al Dr. Miguel Ángel Martino por su compromiso y dedicación como coordinador de esta Maestría, apoyándonos siempre.

Al Dr. Reinaldo Mujica por impartir sus conocimientos y experiencias académicas en cuanto a la elaboración de proyectos y trabajo de grado, emitiendo consejos factibles y gran utilidad para nuestro crecimiento profesional y pedagógico.

A mi Tutora, la Dra. Emilia Lugo Tovar, por su paciencia y constancia en cuanto al apoyo brindado para la realización de este trabajo.

Al Dr. José Pérez Veloz, por su asesoramiento y por asumir el rol de revisor, nadie más hubiese manifestado el cuidado sintáctico para realizar dicha función.

A todos los profesores que me han brindado este recorrido de saberes, siendo vitales en la enseñanza, así como las formas rigurosas y explícitas de impartir sus conocimientos, el cual han sido muy satisfactorios.

Jean Carlos Colmenarez Torrealba

DEDICATORIA

Quiero dedicar el logro de esta etapa a mi padre quien no se encuentra en este mundo terrenal, al igual que mi abuela, quienes desde donde estén sé que me han cuidado y apoyado.

A mi querida madre por siempre ofrecerme su apoyo en toda decisión importante que he tomado en mi vida.

A mi esposa por brindarme su comprensión y tolerancia en las distintas fases de la vida, siendo un pilar fundamental a mi lado.

A mis hijos Sergio y Sofía, quienes han sido el motor de impulso en no declinar sobre las metas propuestas, por quienes sigo luchando día tras día, deseándoles la Bendición de Dios Todo Poderoso.

Finalmente a todas esas personas que me han apoyado de alguna manera en el inicio y proceso de esta etapa de crecimiento profesional.

Gracias a todos por ser parte de este logro tan importante.

Jean Carlos Colmenarez Torrealba

INDICE GENERAL

	pp.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iv
ACTA DE ADMISION Y ACTA DE VEREDICTO.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
LISTA DE CUADROS.....	ix
LISTA DE IMÁGENES.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
PRÓLOGO.....	1
MOMENTO I: APROXIMACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	5
1.1 Contextualización del objeto de estudio.....	6
1.2 Contextualización epistemológica y bioética de la investigación.....	10
1.3 Intencionalidades de la Investigación.....	12
1.4 Justificación I Línea de Investigación.....	13
MOMENTO II: RECORRIDO TEÓRICO.....	14
2.1 Antecedentes Históricos.....	17
Investigaciones Previas.....	18
A nivel internacional.....	19
A nivel nacional.....	21
2.2 Bases Legales: Marco Legal Aplicable.....	24
2.3 Estado de la Cuestión o Estado del Arte.....	29
2.4 Bases teóricas referenciales.....	33
2.5 Matriz de categorías previas.....	38
MOMENTO III: RECORRIDO METODOLÓGICO.....	41
3.1 Contextualización del Paradigma.....	41
3.2 Método.....	42
3.3 Sujetos o Informantes Claves.....	42
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	46
3.5 Técnicas de Análisis de Datos.....	49
Categorización, estructuración, contrastación.....	49
Validez y Confiabilidad.....	54
MOMENTO IV: COMPRENSIÓN E INTERPRETACIÓN.....	57
4.1 Estructuración de los Datos.....	57
Triangulación de las Categorías Emergentes.....	74
MOMENTO V: REFLEXIONES NO CONCLUYENTES.....	121
Referencias Consultadas.....	124
Anexos.....	129

LISTA DE CUADROS

pp.

1. Cuadro empleado para procesar la codificación abierta de la narratividad de los Informantes Claves.....	47
2. Cuadro empleado para procesar el sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato de los IC.....	48
3. Cuadro empleado para procesar el sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos de los informantes claves.....	48
4. Cuadro empleado para la representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los. informantes claves.....	49
5. Cuadro empleado para la confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes en los relatos de los Informantes Claves.....	49
6. Cuadro empleado para la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría de análisis, código y color.....	50
7. Cuadro empleado para realizar la comprensión e interpretación de los significados que emergieron de la Información develada por los IC	50
8. Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Preliminar Uno	57
9. Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Preliminar Uno.....	62
10. Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del ICP1	63
11. Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Preliminar Dos.....	64
12. Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Claver Preliminar Dos.....	67
13. Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Claver Preliminar Dos.....	67
14. Representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los Informantes Claves Preliminares.....	68
15. Confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes en los relatos de los Informantes Claves Preliminares	68
16. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”.....	71

17. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Información sobre Riesgo Biológico”.....	72
18. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia”	73
19. Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Uno	75
20. Sistemas de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Uno.....	79
21. Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos del IC1.....	80
22. Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Dos.....	83
23. Sistemas de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Dos	88
24. Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Dos	89
25. Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Tres.....	91
26. Sistemas de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Tres.....	96
27. Sistemas de codificación de Categorías y Subcategorías Emergidas de los relatos del Informante Clave Tres	97
28. Representación del Resultado Integrado de las Categorías y Subcategorías que emergieron de los Relatos de los Informantes Claves	99
29. Confrontación Axial de las Categorías y Subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves	100
30. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Población en Riesgo”.....	103
31. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”.....	104
32. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia”	105
33. Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la categoría Población de Riesgo	106
34. Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la categoría Medios de Disposición”.....	109
35. Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la categoría Gerencia.....	113

LISTA DE IMÁGENES

	pp.
1. Confrontación Axial de las Categorías y subcategorías emergentes de los relatos de los ICP	69
2. Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del informante clave Uno.....	81
3. Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del informante clave Dos.....	88
4. Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del informante clave Tres.....	97
5. Confrontación Axial de las Categorías y Subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves	100
6. Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes de los informantes claves	105
7. Desechos hospitalarios en bolsas comunes sin identificación adecuada.....	130
8. Recipiente colapsado de desechos y no acorde a la normativa.....	130
9. Desechos en recipiente sin tapa y no acorde a la normativa	131
10. Desechos en recipiente sin tapa y no acorde a la normativa.....	131
11. Desechos en recipiente sin tapa y no acorde a la normativa.....	132
12. Desechos en recipiente sin tapa y no acorde a la normativa.....	132

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS
OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS
INDUSTRIALES
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRIA EN SALUD MENCION SALUD PÚBLICA**

**MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL “DR. EGOR
NUCETE”: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD
PÚBLICA**

AUTOR: Jean C. Colmenarez Torrealba

TUTOR: Dra. Emilia Lugo Tovar

AÑO: 2024

RESUMEN

La intencionalidad principal de este trabajo fue interpretar fenomenológicamente y hermenéuticamente las dimensiones emergidas en el manejo de desechos biológicos en el Hospital General “Dr. Egor Nucete” del municipio Ezequiel Zamora del Estado Cojedes. Metodológicamente se desarrolló una investigación cualitativa, que se apoyó en el paradigma interpretativo, mediante la aplicación del método Fenomenológico Hermenéutico y la Teoría Fundamentada. Para efectos de esta investigación, se tomó en consideración como sujetos de estudio a tres (3) personas, trabajadores de la salud del área de mantenimiento que se encargan del manejo de los desechos hospitalarios en dicho nosocomio, que cumplieron la función de informantes claves, a su vez, se escogió a dos (2) de los profesionales de la salud, que participaron en esta investigación como informantes claves preliminares. La técnica e instrumentos de recolección de información fue una entrevista en profundidad, estructurada, previo consentimiento informado. Los datos se obtuvieron a través de las grabaciones de audio. Para el análisis de la información se procedió a la transcripción computarizada de todos los contenidos recabados mediante estas grabaciones, que luego se pasó a realizar la categorización, subcategorización, codificación y triangulación de toda esa información. De igual manera se describió, analizó, interpretó y se emitió recomendaciones al respecto, para que sean tomadas en cuenta para corregir las fallas que puedan existir en el ámbito del manejo de desechos biológicos y así fortalecer las políticas en pro de la salud de los trabajadores, usuarios y público en general.

Palabras clave: Manejo, Desechos Biológicos, Salud Pública, Hospital.

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS
OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS
INDUSTRIALES
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRIA EN SALUD MENCION SALUD PÚBLICA**

**MANAGEMENT OF BIOLOGICAL WASTE AT THE HOSPITAL “DR.
EGOR NUCETE”: A PHENOMENOLOGICAL APPROACH IN PUBLIC
HEALTH**

AUTHOR: Jean C. Colmenarez Torrealba

TUTOR: Dra. Emilia Lugo Tovar

YEAR: 2024

ABSTRACT

The main intention of this work was to interpret phenomenologically and hermeneutically the dimensions that emerged in the management of biological waste at the General Hospital “Dr. Egor Nucete” from the Ezequiel Zamora municipality of the Cojedes State. Methodologically, a qualitative research was developed, which was based on the interpretive paradigm, through the application of the Hermeneutic Phenomenological method and Grounded Theory. For the purposes of this research, three (3) people were taken into consideration as study subjects, health workers from the maintenance area who are in charge of managing hospital waste in said hospital, who fulfilled the role of key informants, in turn, two (2) of the health professionals who participated in this research were chosen as preliminary key informants. The technique and instruments for collecting information were an in-depth, structured interview, with prior informed consent. The data was obtained through audio recordings. To analyze the information, a computerized transcription of all the contents collected through these recordings was carried out, which then went on to carry out the categorization, subcategorization, coding and triangulation of all that information. In the same way, recommendations were described, analyzed, interpreted and issued in this regard, so that they can be taken into account to correct any failures that may exist in the field of biological waste management and thus strengthen policies in favor of the health of workers, users and the general public.

Keywords: Management, Biological Waste, Public Health, Hospital.

PRÓLOGO

En los centros de salud, se producen diferentes afecciones originadas por las prácticas que se realizan en ese entorno, como resultado del mal manejo de los desechos hospitalarios, especialmente de los materiales biológicos, generados en esos nosocomios. La manipulación de los desechos hospitalarios ha ido tomando importancia e interés en los últimos años, ya que se ha considerado una herramienta de gestión que garantiza una seguridad sanitaria y ambiental, el cual se inicia desde la fuente de generación, hasta que llegue a su destino final, para su tratamiento o disposición adecuada.

Estos residuos o desechos hospitalarios pueden representar un riesgo para la salud del personal médico, de los pacientes, del personal de recolección de la basura o de los residuos y de los visitantes, además, de producir enfermedades y contaminación ambiental, si no se manejan de forma adecuada pueden presentar un problema de salud pública. Desde los años sesenta, el manejo de estos materiales eran dispuestos en fosas, siendo estos enterrados o eliminados de manera incorrecta en vertederos comunes, obviamente esto acarrea problemas a nivel ambiental como la contaminación de pozos de agua adyacentes a estos vertederos.

Actualmente estos desechos, son catalogados como basura, que en muchos hospitales, se mezclan (sin tomar en cuenta el tipo de residuo) y se queman en incineradores de baja tecnología y alto grado de contaminación, o bien, a cielo abierto sin ningún tipo de control, lo cual ocasiona graves repercusiones que contribuyen a la contaminación atmosférica, ya que esta incineración genera grandes cantidades de dioxinas, mercurio y otras sustancias contaminantes.

En los hospitales, los residuos se clasifican en sólidos peligrosos y sólidos no peligrosos, teniendo en cuenta que la disposición final y almacenamiento de los residuos sólidos peligrosos y no peligrosos no es igual, dado que se entiende como residuo sólido no peligroso al cartón, papel, o residuo que puede ser reciclado y por ende reutilizado. En cambio los desechos peligrosos son aquellos residuos o materiales, que se clasifican en infecciosos, biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes, químico y radioactivo, que son factores de riesgos, que pueden causar

daños o efectos no deseados, directos o indirectos, a la salud humana y al ambiente. Así mismo, se considera desechos peligrosos a los empaques, envases y embalajes que estuvieron en contacto con ellos.

Estos residuos peligrosos exponen a los trabajadores sanitarios, a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general, directa e indirectamente a infecciones prevenibles. La carencia de conocimientos y el manejo inadecuado de los residuos por parte del personal de salud incluyendo a los estudiantes, puede conllevar a desencadenar enfermedades infectocontagiosas como el virus de las Hepatitis B y C, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y bacterias potencialmente patógenas, además de accidentes o enfermedades laborales.

El manejo inadecuado de los residuos hospitalarios es un aspecto modificable hacia la protección de la salud y del medio ambiente. Es de resaltar el papel importante que tiene el personal sanitario en estas actividades, donde tiene que haber una cultura de prevención, cuidado y seguridad al momento de manipular estos desechos, para evitar los posibles contagios que pudieran producirse, así como reducir a un nivel mínimo el riesgo de infección de cualquier enfermedad a causa de estos desechos.

Frente a este contexto surgió en mí como inspector de Salud Pública e investigador social, la inquietud de investigar el manejo de desechos biológicos en el Hospital General “Dr. Egor Nucete” del municipio Ezequiel Zamora del Estado Cojedes, desde una aproximación fenomenológica en la salud pública. Por ende, se abordó las experiencias vividas del personal que labora en esta institución acerca de lo que se refiere al manejo, movilización y disposición final de los desechos biológicos generados en este centro hospitalario.

Este Trabajo de Investigación se estructuró en cinco (5) momentos: MOMENTO I: Aproximación al fenómeno de estudio (Contextualización del fenómeno de estudio, Contextualización epistemológica y bioética de la investigación, Intencionalidades de la investigación, Justificación y línea de investigación). MOMENTO II: Recorrido Teórico (Antecedentes históricos y/o investigaciones previas, Bases legales, Estado de la cuestión o estado del Arte, Bases teóricas referenciales, Matriz de categorías previas).

MOMENTO III: Recorrido metodológico: Contextualización del paradigma, Método, Sujetos o informantes claves o actores sociales, Técnicas e instrumentos de recolección de la información, Técnicas de análisis de la información). MOMENTO IV: Comprensión e Interpretación (Estructuración, contrastación, categorización, triangulación, interpretación). Finalmente se presentó el MOMENTO V: Reflexiones no conclusivas, así como las referencias bibliográficas consultadas, y los anexos.

La finalidad o intención final de esta investigación enmarcada en la línea de investigación “Salud Pública”, del Programa de estudios avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”; se fundamentó en el paradigma interpretativo, bajo el método fenomenológico hermenéutico y la teoría fundamentada, el cual fue comprender la conducta de los sujetos en estudio, que se centrará en la descripción y comprensión de lo individual, lo único, lo particular, lo singular de los fenómenos. Todo esto se logró cuando se interpretó los significados que estas personas le dieron a su experiencia laboral y a la de los demás, como también a los objetos que se encontraron en sus ámbitos de convivencia laboral.

Las enfermedades no nos llegan de la nada. Se desarrollan a partir de pequeños pecados diarios contra la Naturaleza. Cuando se hayan acumulado suficientes pecados, las enfermedades aparecerán de repente.

Hipócrates

MOMENTO I

APROXIMACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El autor de este Trabajo de Grado es Licenciado en Inspección en Salud Pública egresado de la Universidad Central de Venezuela y se ha desempeñado en el ámbito laboral realizando inspecciones basadas en el riesgo, higiene y seguridad industrial I y II. Realizó un Diplomado en Intervenciones en Inspección de Salud Pública. Desde hace 11 Años se desempeñó como Inspector de Salud Pública en la División de Inocuidad e Inspección Alimentos y Bebidas del Servicio y actualmente funge como Coordinador Estatal de la División de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesionales de Salud del Autónomo de Contraloría Sanitaria, Estado Cojedes, Venezuela.

Además, ha realizado intervenciones comunitarias en salud y abordajes en materia de prevención de las diferentes enfermedades transmisibles y tropicales. Ha impartido conversatorios educativos y talleres en materia sanitaria, especialmente sobre salud ocupacional en la protección del trabajador desde el ámbito de la seguridad. He realizado visitas e inspecciones a diferentes centros de salud especialmente a los centros hospitalarios, siendo estos, en donde logré apreciar el manejo inadecuado de los diferentes materiales o desechos, en especial los desechos biológicos, que ponen en riesgo la salud del trabajador sanitario, los usuarios y a la población general del Estado Cojedes. Actualmente es estudiante de la Maestría en Salud, mención Salud Pública de la Universidad Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ), en San Carlos Estado Cojedes.

Por todo lo anteriormente expuesto, surgió en mí, como investigador social las siguientes interrogantes:

¿Cómo se realiza el manejo y disposición final de los desechos biológicos en este centro hospitalario?

¿Qué nivel de conocimiento tienen las personas encargadas de manipular y realizar la disposición final de estos desechos?

¿Cómo diagnosticar e interpretar las dimensiones que abarcan las diferentes modalidades del manejo de los desechos biológicos?

1.1 -Contextualización del Objeto de estudio

La salud es uno de los derechos más importantes que puede tener un ser humano, así ha sido certificado en múltiples documentos y tratados internacionales. Por tal razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), señaló que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). La cita anterior deriva del Preludio de la Constitución de la OMS, amparada por la Conferencia Sanitaria Internacional, efectuada en la ciudad de Nueva York (EUA), entre los meses de junio y julio del año 1946, y firmada por los representantes de sesenta y un Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948 y desde ese momento esta definición no ha sido modificada.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS. 2018), existen factores que pueden poner en riesgo la salud, por lo que ésta, como derecho universal irrenunciable de todas las personas sin discriminación alguna, se basa en las mejoras continuas de todos los sistemas sanitarios a nivel global para reducir estos factores de riesgos que pueden alterar la salud de los individuos, aplicando métodos y técnicas de control, erradicación y prevención de las diferentes enfermedades existentes y por aparecer (p.1). Entre estos factores de riesgo, se incluyen los problemas que existen en cuanto al mal manejo y disposición final de los distintos materiales biológicos, llámese orgánicos e inorgánicos que se generan en los centros asistenciales u hospitalarios en todos los países del mundo (*Ibidem*).

En el desarrollo de esta idea, se describieron algunos aspectos importantes sobre el manejo de los desechos biológicos que pueden influir en la salud de las personas que laboran en un centro hospitalario e inclusive pacientes y demás usuarios que visitan a diario el establecimiento asistencial, siendo afectados por las diferentes formas en la que se manipulan estos desechos y la responsabilidad que esto conlleva en las autoridades del nosocomio. A nivel mundial, poco se habla de estos problemas sanitarios, debido a que esto genera un gasto mayor para el Estado, ya que se requiere de la implementación de un sistema adecuado de recolección, transporte y disposición final de estos desechos, donde se necesita la colocación e instalación de equipos para

desinfectar y esterilizar algunos de estos residuos para luego ser enviados a la disposición final (p.2.).

Así mismo, Koning, H, Cantanhede, A., y Benavides, L. (1994), nos refieren en su trabajo sobre Los desechos peligrosos y salud en América Latina y el Caribe que:

La alarma mundial sobre los desechos como uno de los principales problemas ambientales y sociales, surgió durante los años 70 como resultado de una mayor toma de conciencia con respecto al daño que estos desechos tienen sobre el ser humano y su persistencia en el ambiente (p. 3).

De esta misma manera para Mata, Reyes y Mijares (2004):

Los desechos hospitalarios son las distintas variedades de desechos generados en los establecimientos de salud y dado su potencial patogénico y la ineficiencia en su manejo, incluida la generación, manipulación inadecuada, segregación y la carencia de tecnologías para su tratamiento y disposición final, hacen que estos desechos constituyan un riesgo para la salud (p.62).

Asimismo Kopitynski (1997), citado por Mata, Reyes y Mijares (2004), menciona que el inapropiado manejo de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, a los pacientes y a la comunidad en general. Además, puede facilitar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias y causar un aumento en el número de días de hospitalización, en los costos de tratamiento y en la mortalidad intrahospitalaria (*Íbidem*).

En otro orden de ideas la OPS (2020), menciona que la afectación de la salud puede llegar a formar parte de un problema de salud pública, por lo que ésta sería un pilar fundamental en la prevención y control de las diferentes enfermedades, así como la aplicación de medidas sanitarias que ayuden al fortalecimiento del sistema sanitario en los distintos países, donde existen diferentes profesionales dedicados a suministrar todo tipo de conocimientos e investigaciones para apoyar a estos sistemas de salud (p.14). Por otra parte Wislow, (1920), describe que:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la

maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (p.2)

Existen varios tipos de desechos hospitalarios como lo son los desechos infecciosos (biológicos, punzo-cortantes, anatómicos) y los no infecciosos por lo que debemos diferenciarlos y conocer el manejo adecuado de estos, con la finalidad de reducir todo impacto negativo que generaría una manipulación inadecuado de estos materiales y de esta manera eliminar el riesgo de accidentes ocupacionales en el personal de salud encargados de manipularlos, como por ejemplo los trabajadores de los laboratorios clínicos y el personal de mantenimiento de los servicios generales que se encargan de manipular estos residuos hasta la disposición final (p.2).

En Venezuela, la salud ha sido siempre un tema de gran envergadura para los gobiernos pasados y actuales, donde el sistema sanitario siempre ha sido el menos favorecido en la adjudicación de proyectos de grandes mejoras, que perduren en el tiempo, así como la desprotección del personal de salud que labora en los distintos hospitales, es un sistema complejo que no ha podido unificarse con el pasar del tiempo, y en la actualidad tampoco se está cerca de esa meta.

El Estado, sigue tropezando con la misma pared de problemas por no iniciar una investigación profunda de las distintas situaciones que aquejan a todo el sistema de salud, además de no tomar en cuenta el crecimiento poblacional, donde cada cierto periodo se deben realizar mejoras en los diferentes sectores de la sociedad, sobre todo el sector sanitario, donde uno de los factores que pueden estar afectando a la salud de las personas podría ser la forma en la que ejecuta la recolección, transporte y disposición final de los desechos biológicos, donde pocas veces se puede observar algunas empresas dedicadas a esta tarea tan delicada, para que estos materiales no sean causantes de enfermedades (s/p).

Existen instrucciones precisas en normas como el Decreto Presidencial N° 2.218 de 1992, donde se establece los tipos, formas y materiales de los recipientes usados para la recolección de los desechos biológicos derivados de actividades hospitalarias, como lo son para los desechos tipo B, C y D, que estos deben ser reutilizables con tapa accionada a pedal, dentro de los cuales se colocarán bolsas de polietileno, cuyo

borde se pliegue hacia el exterior. Donde se indica que el volumen de la bolsa deberá estar acorde con el volumen del recipiente usado, por lo que según las siguientes características descritas serán de la manera siguiente:

Bolsas plásticas de polietileno de baja densidad, de color blanco opaco, impermeables, soldadas térmicamente en el fondo, a fin de garantizar resistencia a las presiones o impactos que pueden ocurrir bajo condiciones normales de manejo. Espesor mínimo por cara o película, de 0,10 mm. Amarres que aseguren el cierre hermético de las bolsas. Las bolsas y recipientes rígidos, deben estar claramente identificados con el término “Desechos Peligrosos”, con letras visibles y legibles de color rojo, no menor de cinco (5) cm de altura, incluyendo el logotipo universal para desechos médicos en un tamaño entre 20 y 50 cm de altura, según el tamaño de la bolsa o recipiente. Las bolsas usadas, en el interior de los recipientes, no serán de identificación obligatoria.

Cabe resaltar que los desechos peligrosos derivados de estas actividades (tipo B y C) son aquellos materiales que pueden estar en contacto con alguna parte del cuerpo humano y/o fluidos corporales, ejemplo gasas, algodones, jeringas, bisturí, compresas, macrogoteros, batas desechables, guantes, entre otros. Los desechos Tipo D (orgánicos como tejidos y fluido), deberán colocarse en recipientes tipo balde, desechables, de polietileno de alta densidad, con tapa de cierre hermético y con asa para su fácil manipulación, o en bolsas plásticas con las características descritas para los desechos Tipos B y C, las cuales se colocarán en cajas de cartón corrugado, cerradas herméticamente y llevadas al área de transferencia correspondiente (p. 2-3). Contextualizando, en San Carlos Capital del Estado Cojedes, uno de las 23 entidades federales de la República Bolivariana de Venezuela, se encuentra el Hospital General “Dr. Egor Nucete”, principal nosocomio de este Estado, ubicado en la avenida Circunvalación con carretera vía Bocatoma, sector redoma del Hospital. En este sentido, se reitera, que el presente estudio se realizó en dicho centro de salud, el cual al ser visitado se ha identificado numerosos casos de manipulación inadecuada de los desechos biológicos, evidenciando la poca formación del personal encargado del manejo y disposición final, así como de los usuarios inconscientes que arrojan al piso

y a los alrededores cualquier material biológico, sin tomar en cuenta que estos pueden afectar o contagiar a cualquier otra persona.

Por otra parte se puede identificar lo referente a condiciones y actos inseguros relacionado a la manipulación de estos desechos, donde las condiciones precarias están dadas por el ambiente donde se encuentra el personal que labora en ese centro asistencial, el cual muchas veces no reúne los requisitos mínimos, por ejemplo un área de laboratorio donde no se cuente con recipientes señalados para la disposición de estos desechos, que exista falta de aseo y desinfección frecuente, que no tenga agua constante, que no tenga una temperatura ambiental adecuada, son parte de condiciones inseguras a la hora de manipular estos materiales.

Por otra parte, el riesgo está latente cuando el personal manipulador de estos desechos realiza la actividad del manejo y disposición final sin los respectivos implementos de seguridad, como guantes (látex, de cuero), lentes protectores, tapabocas, traje impermeable desechable. Es por ello, que el autor de este estudio, centró sus inquietudes en realizar esta investigación en un centro de salud asistencial como lo es el hospital mencionado, en donde se producen estos desechos biológicos, así como los métodos que se utilizan para la neutralización de estos agentes de infecciones, al igual que los procedimientos aplicados en la recolección, movilización y disposición final de estos residuos.

1.2- Contextualización Epistemológica y Bioética de la Investigación

La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades a través de actividades relacionadas con la salud de una población, saneamiento ambiental y el fomento de la educación sanitaria. Estas medidas permiten disminuir factores de riesgo, controlar e incluso erradicar enfermedades que pueden afectar a una población, a través del diagnóstico y evaluación de los distintos grupos sociales, además de la articulación efectiva del estado, por consiguiente brindar a la sociedad condiciones y estilos de vida saludables.

Para hablar de Contextualización Epistemológica debemos mencionar a Briones (1996), quien en su estudio “Epistemología de las Ciencias Sociales”, nos define la

epistemología como “análisis del conocimiento científico”, por tanto: analiza los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en la explicación o interpretación de sus resultados y la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías. (p. 13).

Este mismo autor (ob. cit.), nos refiere la epistemología como estudio del conocimiento científico, lo cual comprende el análisis de sus conceptos más importantes como la validez, objetividad, verdad, fiabilidad, método, teoría, hipótesis, evidencia, ley. Para comprender además en que consiste el conocimiento científico, la epistemología debe analizar el conocimiento no científico, como el saber popular, la idiosincrasia, la anti-ciencia (*Ibidem*).

Desde un enfoque epistemológico se puede apuntar que la salud pública como talante de la prevención de enfermedades conlleva hacia la interpretación de los diferentes conocimientos científicos y que cada vez se van actualizando, ya que la ciencia de la salud tiene que ir modernizándose cada vez más. Por ende se debe identificar los diferentes problemas sanitarios que afectan a nuestras poblaciones, con el fin de crear políticas que ayuden a mejorar las condiciones de atención en salud, ya que de lo contrario podría generar la aparición y/o propagación de enfermedades (p.14.).

El presente estudio de investigación tiene concordancia con la Bioética, debido a que todo lo que tiene que ver con salud va enfocado con la ética, los valores, principios morales del personal que atiende a usuarios que asisten a un centro hospitalario por cualquier alteración de su salud. En esta se basan algunos principios como lo son el principio de la beneficencia, principio de no maleficiencia, principio de autonomía, principio de justicia y de solidaridad. Por ende es de resaltar el concepto de Bioética, que para Potter (1971), lo define como “El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y la atención en salud, siempre que este estudio se realice a la luz de valores y principios éticos” (p.1).

Por lo tanto La Bioética, es una ciencia conductual porque estudia la conducta humana, no analiza los fenómenos naturales, ni los que hacen los seres vivos no conscientes (p. 1-2). Su área no se limita a la actividad en los campos de la

investigación biomédica y la atención en salud, si no que se extiende a toda la actividad humana que se dirija la vida (*Ibidem*). Es fundamental examinar las implicaciones que tienen la ética, la bioética y los valores morales con las formas en que se manejan los desechos biológicos en los centros de salud y su repercusión en la vida de los trabajadores y usuarios de los mismos.

La modernización del mundo está abriendo paso a nuevas tecnologías en el ámbito de formas de movilización, tratamiento y disposición final de los desechos generados en los centros hospitalarios, donde los mismos son muchas veces tratados de una forma que no produzca más riesgos a la salud y al ambiente, como los llamados “bioamigables con el ambiente”, los cuales reducen el impacto de contaminación. Pero aunque se implementen nuevos y modernos sistemas, si la conducta ética y moral de las personas que crean las políticas públicas, las que se encargan de manipular y movilizar estos materiales no se ajustan a esos principios Bioéticos, no tendrá los resultados deseados para que estos desechos tengan una disposición final adecuada (p.4).

1.3-Intencionalidades de la investigación

A partir de las interrogantes expuestas anteriormente surgieron las siguientes intencionalidades:

Indagar sobre el manejo de desechos biológicos en el hospital “Dr. Egor Nucete”.

Develar el significado que los Informantes Claves le atribuyen al manejo de desechos biológicos en el Hospital “Dr. Egor Nucete”.

Comprender el contexto de seguridad socio-jurídica de los Informantes Claves sobre el manejo de los desechos biológicos en el Hospital “Dr. Egor Nucete”.

Interpretar fenomenológicamente y hermenéuticamente las dimensiones emergidas en el manejo de desechos biológicos en el Hospital “Dr. Egor Nucete”.

1.4 -Justificación y línea de investigación

Justificación

Esta investigación fundamentó su justificación en la identificación de los diferentes problemas que existen en el Hospital General “Dr. Egor Nucete”, en cuanto al manejo y disposición final de los desechos biológicos generados en este centro de salud, además del conocimiento que puedan tener las personas involucradas en esta área, así como la interpretación de esas experiencias y/o deficiencias existentes en este Hospital en estudio, para poder realizar de manera adecuada la manipulación y disposición final de todos estos residuos.

Se elaboraron recomendaciones que pueden ayudar a mejorar estas actividades, con el fin de reducir o evitar los contagios de enfermedades, a través, de estas prácticas inapropiadas de manipulación de estos desechos, especialmente los que pueden ser un riesgo biológico que al final repercutirá en la salud de todas aquellas personas que se encargan de manipular dichos materiales y la de sus familiares, así como, la de crear conciencia hacia los usuarios que visitan este centro de salud.

Las razones por las cuales se puede justificar el presente estudio, están acordes a los siguientes aspectos: Por un lado, el hecho de dar a conocer la identificación de las diferentes necesidades y complicaciones, que existen en el Hospital General “Dr. Egor Nucete”, en cuanto al manejo y disposición final de los desechos biológicos generados en el mismo, por otro lado, el grado de conocimiento que puedan tener el personal que labora manipulando dichos residuos, así como la interpretación de esas experiencias y/o deficiencias existentes en este centro de salud hospitalario, para poder realizar de manera adecuada y con ética, la manipulación y disposición final de los desechos, especialmente los biológicos.

No se podrá dejar de justificar lo que representaría lograr la integración con la comunidad laboral de este centro de salud, con sus gerentes y todo el personal que labora en este Hospital, mediante el logro de sistematizar conocimientos y aprendizajes a través de prácticas educativas, estrechamente ligada al fenómeno fenomenológico y por extensión a las instituciones públicas nacionales, en una perspectiva de cambio laboral.

Por último, vale la pena dejar sentado, la importancia de dar a conocer la relevancia que tendrá esta investigación, e indagar y dar a conocer, el proceso de la disposición de desechos biológicos, propios, utilizados por los participantes del sector seleccionado para el presente estudio y como les ha permitido subsistir hasta la actualidad, con los avatares de la cotidianidad en enfrentamiento frontal con el desarrollo ético, social y cultural actuante, así como enfrentar sus estrategias de educación al personal sanitario.

Línea de investigación.

Este estudio estuvo enmarcado en la línea de investigación “Salud Pública”, del Programa de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”; pues esto constituye un aspecto fundamental para la buena práctica del personal de salud. Esta línea de investigación, busca reducir las diferentes formas de infección y aparición de enfermedades, a través de políticas sanitarias de control y prevención, asimismo se centra en el estudio y análisis de los elementos e instrumentos usados para describir y comprender como funciona la calidad de los sistemas de salud pública, en concreto se justifica por la importancia que revisten los factores que brindan información relativa a los aspectos de la salud de la población, con los cuales, se busca medir u objetivar en forma cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas de las organizaciones locales, regionales, nacional e internacional.

En este sentido, se generó un aporte, con sus resultados, pues la investigación ayuda a mejorar el estudio, además permitió establecer contacto con la realidad a fin de conocerla mejor y con ella obtener un estímulo para la actividad intelectual y creadora, además, ayuda a establecer mecanismos de solución de problemas enfatizando el análisis, la comprensión e interpretación de diversos fenómenos acontecidos en la realidad, se pudo contribuir directamente con la prosperidad del conocimiento individual y colectivo.

Desde el punto de vista epistémico este trabajo de investigación constituyó una guía con significativos aportes teóricos y científicos, sentando las bases para una

educación que considere la producción de conocimientos tanto inter como transdisciplinaria de alto nivel, orientada a la construcción de saberes mediante el diálogo, y a medida que se desarrolló el trabajo se dió respuestas a las necesidades del entorno, sobre todo del tema investigado, preponderante en los seres humanos beneficiando la calidad de vida del personal de salud, especialmente aquellos que se encargan de manipular los desechos hospitalarios.

La intención final de las investigaciones fundadas en el paradigma interpretativo consiste en comprender la conducta de las personas estudiadas, el cual se logró cuando se interpretaron los significados que ellas le dan a su propia vida y a la de los demás, como también a los sujetos que se encuentran en sus ámbitos de convivencia. Se centró en la descripción y comprensión de lo individual, lo único, lo particular, lo singular de los fenómenos. Beneficiaria directa de este aporte es la universidad, pues se espera que la academia pueda reflexionar sobre su propia praxis funcional; el personal de salud que labora en el hospital en estudio e indirectamente se favoreció a la sociedad y la colectividad general. Finalmente, este estudio constituyó un antecedente para futuras investigaciones en el ámbito educativo y de salud.

“Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida”.

Marco Aurelio

MOMENTO II

RECORRIDO TEÓRICO

2.1 Antecedentes históricos:

Los desechos hospitalarios han sido parte de un tema de discusión a nivel mundial, especialmente cuando se toma en cuenta la contaminación ambiental y los problemas que esto genera a nivel de la salud, es así que, Abarca y Rivera, P. (2016), citados por Carranzas (2019), nos dicen que desde la década de los 50 se inicia una serie de actividades con el fin de establecer mecanismos que conlleven a procesos eficientes, que permitan la gestión de los desechos que se generan en los hospitales, ya que estos eran ubicados junto con los demás desechos comunes que se recogían en las ciudades, en los vertederos comunes, generando contaminación al ambiente, a los acuíferos, al aire, al suelo, y sobre todo siendo un verdadero foco de transmisión de enfermedades infectocontagiosas (p.3)

Estos mismos autores (*ob.cit*), nos refieren que, para el año 1983 la Organización Mundial de la Salud (OMS), realiza las recomendaciones para que los desechos hospitalarios sean considerados como desechos especiales debido a la peligrosidad que representan para la salud humana de quienes los manipulan, puesto que estos son considerados peligrosos, pudiendo generar el riesgo de transmisión de enfermedades (*Ibídem*). En Paraguay desde el 2011, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se diseñó las políticas públicas dentro de un manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en los establecimientos de salud y afines, en donde se establece que el 15% de los desechos totales son de tipo bioinfecciosos, ocasionando un problema de salud pública al existir el riesgo de contagio para el personal que manipula dichos residuos (p.7).

Este manual implementado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, nos reporta que mientras menos riesgos sanitarios existan mayor es el beneficio para la población y el personal de salud, por lo cual establece tres etapas, la primera es la implementación de la normativa, la segunda es la capacitación permanente al personal de salud, y el tercero es la difusión del manual de procedimientos para la gestión integral de residuos generados en los establecimientos de salud y afines (p.9).

La implementación de estas políticas permitirá disminuir los riesgos de contagio de Hepatitis B o C, y de VIH, evitando gastos en tratamientos para las personas que se hayan contagiado (*Ibíd.*).

Ahora bien, en Venezuela, por mucho tiempo se le había restado importancia a los problemas ambientales, por lo que el cumplimiento de las normas establecidas para el manejo y disposición de los desechos hospitalarios, era limitado, poniendo en riesgo la salud del personal que manipulaba dichos residuos. Los centros de salud no tenían un manual de bioseguridad para su manejo, por lo que para 1992, se determinó el Decreto Presidencial 2.218, el cual salió en la Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinario del 27 de abril de ese año , en donde se establecen las Normas Técnicas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud, implementándose las condiciones del manejo de los desechos en estos establecimientos, con la finalidad de prevenir la contaminación e infección microbiana en usuarios, trabajadores y público en general.

Investigaciones Previas

Todo trabajo de investigación debe estar antecedido por soportes teóricos o experiencias investigativas previas, en efecto, el conocimiento científico es de carácter acumulativo, en donde el autor de este trabajo se apoyó en los hallazgos de otros investigadores que le han antecedido, conteniendo estos, el diagnóstico de la originalidad del tema, sirviendo así para conocer qué tanto se ha investigado, se ha encontrado y dejado de investigar sobre el estudio en cuestión. De esta manera, se puede nombrar a Vara (2010), quien en su estudio titulado: “Desde la idea inicial hasta la sustentación: siete pasos para una tesis exitosa”, nos indicó que la fundamentación teórica tiene muchas funciones en la investigación, pero la principal es sustentarla bibliográficamente (p.93).

En efecto, iniciar la recolección de datos sin haber revisado previamente la bibliografía y sin construir una fundamentación teórica de los enfoques y hallazgos existentes, relacionado a tu problema de investigación, puede llevar a diseñar una estrategia de investigación y construir instrumentos de recolección de datos con serias

deficiencias (*Ibíd.*). Posteriormente se nombra a Artigas y Robles (2010), quienes citan a Bavaresco (2001), en su investigación titulada: “Metodología de la investigación: Una discusión necesaria en Universidades Zulianas”, Este autor, dijo que los antecedentes de la investigación hacen referencia al conocimiento previamente elaborado de la variable o el sector donde se desarrolla la investigación, que pueda proporcionar algún soporte a ese estudio (p.8).

Este mismo autor dice, que es importante al presentar los antecedentes del trabajo describir los elementos más significativos de la tesis o trabajo de grado consultado, preferiblemente del mismo nivel de estudios o superior, sin dejar de lado que estos elementos deben ser uniformes, es decir, deben traerse a colación elementos que puedan ser particulares a todas las investigaciones consultadas y que ayuden a ubicar al lector en el tema/contexto estudiado (*Ibíd.*).

De la misma manera, Martínez (2006), en su trabajo titulado “La investigación cualitativa (síntesis conceptual)” señaló que el marco teórico-referencial no debe enmarcar la búsqueda del investigador, pues sólo es "referencial", es decir, sólo tiene por finalidad exponer lo que se ha hecho hasta el momento para esclarecer el fenómeno objeto de la investigación (p.129). Por todo lo dicho anteriormente, se mencionó en este trabajo los hallazgos encontrados en los diferentes estudios que se presentan a continuación, en donde se hace referencia de experiencias previas sobre manejo de desechos biológicos en el área hospitalaria. En este punto se nombró estudios tanto internacionales, como nacionales.

A nivel internacional:

Comencé por nombrar a Carbonel (2021), quien llevó a cabo una investigación titulada “Nivel de conocimientos y prácticas del manejo de residuos sólidos en el contexto del Covid-19 en el personal del Centro de Salud Bellavista Perú Corea, Callao 2021”. Este trabajo es un requisito parcial para obtener el grado académico de Magister en Salud Pública por la Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud. Unidad de Posgrado. Este estudio tuvo como objetivo “Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas del manejo de

residuos sólidos en el contexto del COVID - 19 en el personal del Centro de Salud Bellavista Perú Corea 2021 (p.20).

Este estudio de grado se fundamenta en la investigación de tipo cuantitativo, correlacional y prospectivo, y diseño no experimental, de corte transversal, el método de la investigación fue descriptivo, hipotético-deductivo. La población estuvo constituida por 116 Trabajadores del Centro de salud Bellavista Perú Corea, y la muestra fue hallada a través del muestreo probabilístico de tipo proporcional, obteniendo 89 trabajadores. Como técnicas e instrumentos para recolección de datos se emplearon las variables: Conocimientos, (para la cual se empleó una encuesta y el cuestionario de conocimientos en gestión y manejo de residuos sólidos, y la variable prácticas en donde aplicaron la observación y una adaptación de la ficha de verificación de cumplimiento de los aspectos de manejo de residuos sólidos (p.40).

La conclusión a la que llegó la investigadora de este trabajo, es que no se encontró relación entre el nivel de conocimiento en la dimensión de almacenamiento primario y las prácticas del manejo de residuos sólidos en el contexto del COVID – 19, en el personal del Centro de Salud Bellavista Perú Corea 2021 (p.79). Esta investigación servirá como soporte epistémico en mi estudio ya que nos reporta que el personal de salud, deben tener un pleno conocimiento acerca de correcto manejo de los desechos hospitalarios, para así poder prevenir contaminación en el personal de salud y evitar la exposición al riesgo por una mala segregación de residuos biocontaminados.

De igual manera se menciona a Ortega, (2020), quien llevó a cabo una investigación titulada “Riesgos laborales en el manejo de los desechos hospitalarios en el centro de salud tipo C Las Palmas”, la cual fue presentada ante la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas, para optar al grado académico de Magister en Gestión de Riesgos, Mención Prevención de Riesgos Laborales. El objetivo general de esta investigación fue: “Diagnosticar el tipo de riesgos laborales a los que se encuentran expuestos los trabajadores del Centro de Salud Tipo C Las Palmas, durante la manipulación de desechos hospitalarios” (p.4). Esta investigación está realizada bajo un estudio descriptivo y explicativo, no experimental transeccional (p.20).

La población de estudio está conformada por 41 trabajadores de las 7 áreas del Centro de Salud que manipulan desechos hospitalarios (p.23). Para el desarrollo de la investigación se trabajó con una técnica de encuesta, dirigida a todos los trabajadores que laboran en las diferentes áreas, para conocer los accidentes que han sufrido los trabajadores durante la manipulación de los desechos hospitalarios (*Ibídem*). Se concluyó que los riesgos identificados como importantes son: contaminantes biológicos, exposición a químicos, alta responsabilidad en todas las áreas, pese a que los trabajadores conocen la clasificación de los residuos y están capacitados en bioseguridad, manejo de residuos y desinfección, se tienen accidentes, debido al exceso de confianza, cantidad de pacientes y la carencia de equipos de protección personal (p.40).

El tratado en referencia constituyó un aporte característico para el desarrollo de mi estudio ya que coincidimos en que todas las actividades realizadas en los centros de salud producen desechos que se clasifican por su potencial peligrosidad, de acuerdo a sus componente en corrosivo, reactivo, explosivo, toxico, inflamable o biológico, y además que la inapropiada gestión de los desechos hospitalarios puede afectar a los trabajadores que los manipulan y al medio ambiente, por estar en directa relación, convirtiéndose en un problema de Salud Pública.

A nivel nacional:

López (2022), realizó una investigación titulada “Aproximación teórica para la gestión ambiental de los desechos hospitalarios desde una visión social”, como requisito para optar al título académico de Doctor en Ambiente y Desarrollo por la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ), San Carlos Estado Cojedes. Venezuela. El propósito de este trabajo fue estudiar los valores ambientales relacionados con la aproximación teórica para la gestión ambiental de los desechos hospitalarios desde una visión social. (p.6). La postura paradigmática que se asumió en esta investigación fue la interpretativa con un enfoque cualitativo que tuvo su sustento en el método fenomenológico-hermenéutico (p.2).

La muestra para la investigación fue pequeña, selectiva e intencionada y se encuentra compuesta por versionantes claves. La técnica para la recolección de información fue a través de la entrevista semi estructurada, El investigador concluyó que el principal factor para la manipulación de los desechos hospitalarios, es la falta de conocimientos por parte del personal médico, asistencial y gerencial, lo que aumenta la proliferación de residuos que está afectando directamente el medio ambiente (p.3). El aporte generado de esta investigación para mi trabajo de grado, es una investigación cualitativa, fenomenológica-hermenéutica en donde se trabajó con versionantes claves, que me sirvieron de guía para mi investigación.

Además, esta investigación trata sobre el manejo de los residuos hospitalarios que se presenta en la actualidad como uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad debido a las consecuencias sociales derivadas del mismo. Además se coincide en que, en algunos casos los trabajadores de la salud no cumplen con la selección adecuada de los residuos según su tipo, por no disponer de otro tipo de contenedores, aumentando de esta manera la productividad y el impacto ambiental negativo, por el cual todo esto se mencionó también en esta investigación.

De la misma manera se menciona a Batista (2018), quien presentó un trabajo de grado que tituló: “Plan de manejo de desechos sólidos hospitalarios para la reducción de la contaminación ambiental en el área de observación de adultos del hospital “Dr. Luis Razetti” Barinas estado Barinas, el cual fue presentado como requisito parcial para optar al grado de Magíster Scientiarum en Educación Ambiental, ante la Coordinación de Área de Postgrado del Vicerrectorado de Planificación y Desarrollo Social, Barinas, estado Barinas. El objetivo de este estudio fue diseñar un plan de manejo de los desechos sólidos para la reducción de la contaminación ambiental en el área de observación de adultos del hospital “Dr. Luis Razetti” Barinas (p.17).

En ese trabajo se abordó el método cualitativo, sustentado en una investigación de campo, de corte transversal, bajo la modalidad de proyecto factible (p.61). La población estuvo conformada por todas las áreas del hospital y un indeterminado número de elementos considerados desechos sólidos que poseen características en común en todo el Hospital (*Ibidem*). Para recolectar la información se utilizó la observación científica y se aplicó una encuesta estructurada para recabar información

sobre el manejo de los desechos sólidos y hospitalarios la cual fue respondida por el personal que labora en tareas de recolección, tratamiento y disposición de esos desechos sólidos y hospitalarios, así como también directivos y supervisores de dicho Hospital (p.62).

Los autores concluyeron, que el personal de mantenimiento y limpieza, realizan extracciones y almacenamiento de los desechos en acopios temporales, varias veces al día. Las unidades destinadas para el acopio dentro de cada servicio o unidad generadora, presentan limitaciones de espacio y deficiencias de higiene, evidenciándose que si existe contaminación en el área de observación de adultos, ocasionada por el mal manejo de los residuos sólidos y hospitalarios y condiciones de extrema contaminación (p.85).

Este trabajo, significó un aporte representativo para el desarrollo de mi investigación, ya que se coincide en que en los hospitales se encuentran los contenedores de recolección y almacenamiento de volumen insuficiente y generalmente se ven rebasados y las bolsas se encuentran fuera de los mismos o acumuladas unas sobre otras, incluso en muchas ocasiones estos recipientes carecen de condiciones adecuadas para el uso en estos desechos, lo que provoca problemas de higiene y riesgos para la salud.

Asimismo, se nombra a Mujica y Peña (2018), quienes realizaron una investigación que titularon: “Manejo de desechos biológicos realizado por el profesional de enfermería que labora en el área quirúrgica de la clínica Rescarven ubicada en la urbanización Santa Cecilia de Caracas”, la cual fue presentada ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. El objetivo general de esta investigación fue “determinar el manejo de los desechos biológicos que realiza el personal profesional de enfermería que labora en la Clínica Rescarven ubicada en la urbanización Santa Cecilia de Caracas” (p.8).

La investigación fue de tipo descriptiva, transversal, univariable y contemporánea, y el diseño metodológico fue de campo. El evento de estudio se operacionalizó en dos dimensiones tratamiento de los desechos y medidas preventivas. (p.47), la población

objeto de la investigación, estuvo conformada por veinticuatro (24) profesionales de enfermería que laboran en el área Quirúrgica de la Clínica Rescarven ubicada en la Urbanización Santa Cecilia de Caracas (p.49) Para recolectar la información se utilizó una guía de observación con veinticinco (25) ítems de escala dicotómica (SI – NO) (p.39).

Los resultados obtenidos en este estudio fue que los profesionales de enfermería en el tratamiento de desechos denotan problemas para refundar las agujas, que la disposición de los desechos sólidos (especialmente los biológicos), no se efectúa conforme a las normas establecidas, evidenciándose la existencia de inobservancia en cuanto al uso de los mismos. p.51). El aporte de esta investigación para mi trabajo de grado, es que también trabajé con el manejo de los desechos biológicos y además evidencié la inobservancia de medidas básicas al manipular desechos sólidos generados en áreas quirúrgicas que se consideran por el área de proveniencia como infectados, ya que esta situación expone a riesgo al personal que manipula estos desechos, en general, pues, al mezclar los desechos infecciosos con el resto de los desechos obliga a tratarlos con los mismos procedimientos y precauciones, encareciendo y dificultando la operación del sistema de manejo de desechos.

2.2-Bases Legales

Marco legal aplicable

El marco legal aplicable, es aquel soporte jurídico, o conjunto de documentos de naturaleza normativa, que sirven de testimonio referencial, dando apoyo legal a la investigación realizada. Este marco suele presentarse siguiendo el orden piramidal propuesto por Hans Kelsen en su obra Teoría Pura del Derecho (1934). Osteicoechea (2023), señala que: “La pirámide de Kelsen es un sistema jurídico graficado en forma de pirámide, el cual es usado para representar la jerarquía de las leyes, unas sobre otras” (p.1). Está dividida en tres niveles: el nivel fundamental (La Constitución), el legal (leyes orgánicas y especiales, leyes ordinarias y decretos de ley) y el nivel base (reglamentos, ordenanzas y sentencias). A medida que se acerca a la base de la

pirámide, se va haciendo más ancha, lo que quiere decir que hay un mayor número de normas jurídicas (p.2).

A continuación, se presentan las bases legales que respaldaron este estudio, iniciando con la norma suprema que encabeza y determina todo el ordenamiento jurídico venezolano, es decir, La *Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela* (CNRBV), ley de leyes, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.860 del 30 de diciembre de 1999, que en el Artículo 83 establece:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (p.29)

En este artículo se concibe el derecho a la vida como un derecho fundamental de los seres humano y una obligación para el Estado, de ahí que desde el sector salud debe haber una adecuada promoción de la salud y la prevención de enfermedades para una mejor calidad de vida. Así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa. Ahora bien, en el artículo 84 se describe que:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad (p.29).

El espíritu de este artículo se refiere a la garantía del derecho a la salud y los principios que lo rigen así como la prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Así mismo, la *Ley Orgánica de Salud (LOS)*, un instrumento normativo anterior a la CNRBV, promulgada por el extinto Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998, en cuyo artículo 1º, consagra que ésta “Regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral,

determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud” (p.23).

En su artículo 2° precisa que “Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”, siendo un concepto totalmente desfasado conforme a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el artículo 3 señala que “los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país” y funcionarán de conformidad con los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad (p.3)

De esta misma manera, la nueva LOS, publicada en Gaceta Oficial Nro. 36.627, de fecha 02 de marzo de 2011, Título III: Capítulo II Artículo 27 numeral 2 establece lo siguiente:

...El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud a los fines de garantizar el manejo de desechos y residuos sólidos y líquidos, desechos orgánicos de los hospitales y clínicas, rellenos sanitarios, materiales radiactivos y cementerios (Pp.12-13).

Como se puede observar, este artículo guarda estrecha relación con el presente estudio ya que esta Ley regula todo lo relacionado con el manejo de desechos y residuos sólidos y líquidos, desechos orgánicos, biológicos de los hospitales y clínicas, evitando así que el personal que manipula estos desechos se exponga a riesgos de contaminarse y sufrir de una enfermedad ocupacional.

Por otro lado, tenemos *la Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos*. Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinaria de fecha 13 de noviembre de 2.001. Título I. Disposiciones Generales. Artículo 1: La presente Ley tiene por objeto “regular la generación, uso, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de las sustancias, materiales y desechos peligrosos, así como cualquier otra operación que los involucre con el fin de proteger la salud y el ambiente (p.1).

De igual manera el Artículo 9 establece: “A los efectos de esta Ley, se entiende por: *Desecho patológico*: desecho biológico o derivado biológico que posea la potencialidad de causar enfermedades en todo ser vivo” (p.2). *Desecho peligroso*: material simple o compuesto, en estado sólido, líquido o gaseoso que presenta

propiedades peligrosas o que está constituido por sustancias peligrosas, que conserva o no sus propiedades físicas, químicas o biológicas y para el cual no se encuentra ningún uso, por lo que debe implementarse un método de disposición final. El término incluye los recipientes que los contienen o los hubieren contenido (p.3).

Manejo: conjunto de operaciones dirigidas a darle a las sustancias, materiales y desechos peligrosos el destino más adecuado, de acuerdo con sus características, con la finalidad de prevenir daños a la salud y al ambiente. Comprende la generación, minimización, identificación, caracterización, segregación, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, disposición final o cualquier otro uso que los involucre (p.3).

Material peligroso: sustancia o mezcla de sustancias que por sus características físicas, químicas o biológicas es capaz de producir daños a la salud, a la propiedad o al ambiente. Incluye los materiales peligrosos recuperables. Para fines de la presente Ley, los materiales peligrosos estarán clasificados de acuerdo con lo especificado en la reglamentación técnica vigente y en los Convenios o Tratados Internacionales ratificados válidamente por la República (p.3).

Así mismo el Artículo 47 *ejusdem* indica:

Los desechos provenientes de establecimientos relacionados con el sector salud, así como de aquellos que posean iguales características o funciones a los indicados en la reglamentación técnica deben ser manejados de manera que se prevengan y controlen sus potenciales impactos negativos sobre la salud y el ambiente. (p.13)

De igual manera el Artículo 48, nos dice que:

Los desechos peligrosos constituidos por restos humanos, desechos infecciosos, patológicos, orgánicos, biológicos, químicos, radiactivos, restos de animales y cualquier otra materia putrescible, procedentes de los establecimientos a los que se refiere el Artículo 47 de esta Ley deben ser manejados de conformidad con lo establecido en la reglamentación técnica que rige la materia (p.4).

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) (2005). En esta Ley, el Artículo 1° establece:

Las instituciones, normas y lineamientos de las políticas, y los órganos y entes que permitan garantizar a los trabajadores y trabajadoras, condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de sus facultades físicas y mentales,

mediante la promoción del trabajo seguro y saludable, la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales (p.1).

El artículo citado se relaciona con el presente estudio, ya que como se ha observado, el personal que labora en los centros hospitalarios, especialmente con el hospital en estudio, están expuestos a contraer cualquier tipo de enfermedad producto de la contaminación constante que en ese centro de salud se presenta debido al mal manejo y disposición de los desechos hospitalarios.

Finalmente, el *Decreto Presidencial 2218: Normas Técnicas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud* Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinario del 27 de abril de 1992: En su Capítulo II Artículo 5, nos describe que “Los desechos generados en establecimientos de salud, a los efectos del presente decreto, se clasifican en: Desechos Comunes (Tipo “A”), Desechos Potencialmente Peligrosos (Tipo “B”), Desechos Infecciosos (Tipo “C”), Desechos Orgánicos o Biológicos (Tipo “D”) y Desechos Especiales (Tipo “E”)”. Por su parte el artículo 6° *ejusdem* establece que: “Cada área de generación de desechos en los establecimientos de salud, deberá contar con la cantidad necesaria de recipientes para recolectar y almacenar los desechos producidos” (p.2).

De la misma manera el Artículo 34 *ejusdem*, precisa que:

La capacitación y el entrenamiento del personal pero no existe una aplicación efectiva de la normativa, por lo que desconocen los riesgos relacionados con el manejo inadecuado de los desechos clasificados como peligrosos y especiales. De aquí deriva la importancia de caracterizar la situación del centro de salud, en relación al manejo de los desechos generados, como etapa previa a la generación de un plan de gestión de desechos (p.4).

Este Decreto establece las condiciones bajo las cuales se debe realizar el manejo de los desechos en establecimientos relacionados con el sector salud, humana o animal, con la finalidad de prevenir la contaminación e infección microbiana en usuarios, trabajadores y público, así como su diseminación ambiental, evitando de esta manera que toda esta contaminación se convierta en un problema en la Salud Pública.

2.3-Estado de la cuestión o Estado del Arte

Según Gómez (2015), el estado del arte es una metodología de investigación cualitativa documental de carácter crítico-interpretativa que revisa los estados producidos por las personas en su representación bibliográfica (p.423). Tiene como objetivo recuperar y trascender el conocimiento acumulado sobre un objeto de estudio específico que posibilita la comprensión crítica sobre el conocimiento de un fenómeno con el fin de generar nuevos conocimientos y comprensiones. Permite adoptar o desarrollar una perspectiva teórica a partir de la revisión, análisis crítico e interpretación de documentos existentes (*Ibidem*). La construcción del estado del arte durante la elaboración escrita de un trabajo de investigación, es un proceso discursivo que posee implicaciones de carácter epistemológico y metodológico (p.424).

Ahora bien, Galeano y Jaramillo (2015), plantean que el estado del arte es una investigación documental sobre la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio. Además, lo consideran como una investigación con desarrollo propio, cuyo fin es develar la interpretación de los autores sobre el fenómeno y hacer explícita la postura teórica y metodológica de los diferentes estudios (p.9).

Desde el punto de vista epistémico este trabajo de investigación constituye una guía con significativos aportes teóricos y científicos y se hizo bajo la aplicación del método fenomenológico, que según Creswell (2003), nos refiere que la fenomenología, como postura filosófica fue planteada por Edmund Husserl, y como método de investigación se utiliza en las ciencias sociales y recientemente en el área de la salud, para estudiar algún fenómeno específico considerando el punto de vista de los participantes. (p.15). Aquí el investigador identifica la esencia de las experiencias humanas en torno a un fenómeno de acuerdo a como lo describen los participantes del estudio (*Ibidem*).

Ahora bien, a continuación se presenta un resumen de trabajos de investigación cuyos contenidos han brindado aspectos interesantes que se consideraran en este estudio. En estas investigaciones se observan cómo afecta el mal manejo de los desechos hospitalarios sobre la salud de los trabajadores especialmente aquellos que se

encargan de su manipulación, del medio ambiente y el gran impacto que esto genera en la Salud Pública. Para comenzar se menciona a Pionce y Mielles (2023) y su investigación titulada “Impacto ambiental de los desechos hospitalarios del cantón Jipijapa”. El uso inadecuado de los desechos hospitalarios pone en riesgo la salud humana y el medioambiente. En función a lo planteado, el objetivo de esa investigación fue analizar el impacto ambiental de los desechos hospitalarios en el cantón Jipijapa.

La metodología se orientó bajo el enfoque mixto, diseño descriptivo, de tipo bibliográfico y de campo, cuya área de estudio fue el Hospital Básico, se empleó el método empírico, observación directa, se utilizaron la encuesta y la entrevista como técnicas de recolección de la información. Entre los principales hallazgos, se encontró que se cumplen con debilidades los procedimientos para la eliminación de desechos, existiendo deficiencia en el manejo, utilizando recipientes inadecuado y un transporte interno incorrecto por la gran cantidad de residuos médicos que se generan al día existiendo impacto ambiental que afecta al medio físico inerte, los tres componentes ambientales que son: aire, tierra y agua, y en el medio sociocultural, en el aspecto humano, salud y seguridad ocupacional.

Se concluye en este estudio, que hay fallas en la gestión de los residuos por lo que se recomienda la creación de un equipo multidisciplinario para inspeccionar y controlar los procedimientos del manejo de los desechos hospitalarios (p.3). Se puede decir, que la eliminación inadecuada de desechos hospitalarios genera riesgos a la salud, tales como la transmisión de microorganismos por la liberación al medio, originada en los centros hospitalarios, también pueden ocasionar heridas por objeto cortopunzantes, efectos dañinos por elementos tóxicos, entre otros, como fue planteado en mi trabajo de grado.

De manera similar, Dávila, Agüero, Zapana y Palomino (2022), realizaron un estudio sobre el “Impacto en la Salud Pública por el manejo inadecuado de los desechos peligrosos”. Este estudio se realizó para evaluar las prácticas de gestión de residuos sanitarios y los factores asociados en tres hospitales de Perú (p.63). Es un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal basado en tres establecimientos de

salud (p.64), Los datos se recopilaron mediante cuestionarios y listas de verificación de observación. Estos autores concluyeron que la gestión de los desechos biológicos era importante y el 94,74% de los participantes estuvo de acuerdo en que era necesaria una implementación estricta para la gestión adecuada de los mismos en el establecimiento de salud (*Ibidem*).

Este trabajo sirvió de apoyo a mi investigación ya que se habla de los residuos hospitalarios, que pueden ser parte de los factores de riesgos laborales que afectan la salud y la contaminación del ambiente, si no se manipulan adecuadamente, dando lugar a infecciones hospitalarias o enfermedades ocupacionales. Los trabajadores de la salud, los pacientes, los visitantes de los centros de salud, los manipuladores de desechos, los fetos en el útero, los trabajadores de los servicios de apoyo, y el público en general son susceptibles a todas estas infecciones.

De modo semejante, Zumba (2021), realizó una investigación denominada “Manejo de desechos sanitarios peligrosos en el área hospitalaria: Revisión sistemática” La principal problemática de esta investigación está relacionada con el incorrecto manejo de los desechos sanitarios, los cuales constituyen un gran reservorio de microorganismos que causan riesgos de salud pública dentro y fuera de las instituciones hospitalarias (p.1). La finalidad de esta investigación fue concientizar al personal de salud en las diferentes directrices de manejo de desechos sanitarios, a través de los protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria, mismo que sirven para la prevención de accidentes laborales tanto como para el personal de salud y los trabajadores que realizan la limpieza hospitalaria (p.3).

Aquí, en esta investigación, se implementó una revisión sistemática de la literatura, en el cual se ejecutó un proceso que fue guiado por recomendaciones del método PRISMA. En el análisis de los 13 artículos seleccionados se desarrolló una revisión sistemática sobre el manejo de desechos sanitarios peligrosos en el área hospitalaria, en donde se identificó como factor clave la falta de conocimiento y el incorrecto manejo de desechos sólidos sanitarios, predisponiendo a los riesgos laborales y ambientales. El incorrecto manejo de estos residuos y heridas por cortopunzantes

pueden ocasionar la transmisión de enfermedades como hepatitis B y C, y el VIH/SIDA, siendo estas las infecciones más comunes en el área de la salud (p.17).

Esta investigación permite enfatizar que la falta de conocimiento y el incorrecto manejo de desechos sólidos sanitarios, predisponen a riesgos laborales y ambientales, de tal manera que las heridas ocasionadas por objetos cortopunzantes podrían llevar a la transmisión de enfermedades irreversibles como hepatitis B y C inclusive el VIH/SIDA, los cuales representan un problema de salud pública a nivel mundial. La importancia de esta investigación es motivar a seguir las normativas y protocolos al personal de salud y la población en general, la misma que no debemos pasar por alto, y recordar siempre las medidas de prevención a tomar, en cuanto al manejo y clasificación de desechos biopeligrosos hospitalarios (p.12).

De la misma manera mencioné a López (2019), quien elaboró un trabajo titulado “Evaluación de conocimientos y prácticas del personal de salud sobre el manejo de desechos sólidos hospitalarios en el hospital Luis Felipe Moncada San Carlos Río San Juan, octubre – noviembre 2018”, Esta investigación se basó en un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo general fue evaluar el conocimiento y prácticas al personal de salud sobre el manejo de desechos sólidos del hospital en estudio. Tomó como universo a todos los trabajadores del Hospital, obteniendo una muestra de 115 casos. Este estudio se enfocó a encontrar las debilidades y fortalezas que tienen los trabajadores en esta unidad de salud en cuanto a conocimientos y prácticas del manejo de los desechos sólidos hospitalarios (p.12).

La Fuentes de recolección de la Información fue a través de una encuesta con preguntas cerradas dirigidas a cada participante y en la observación directa en el manejo de los desechos sólidos generado durante las prácticas en las diferentes áreas (p.37). Se obtuvo como resultados que el 84% del personal tiene conocimientos del manejo de los residuos y el 70% sobre la generación, el 36% sabe lo que son los residuos comunes, el 44% conoce de residuos peligrosos, el 68% conoce sobre segregación y el 51% conoce sobre almacenamiento inicial. El 89% desechan de forma adecuada los residuos comunes y especiales, pero no los infecciosos, así

concluye que el personal de salud no tiene un alto grado de conocimientos sobre el manejo y la clasificación de los residuos sólidos hospitalarios (p.56).

Posteriormente se nombró a Mendoza (2018), quien efectuó una investigación titulada: “Manejo de desechos biológicos hospitalarios en un hospital nivel III (Hospital de la mujer Alfredo G. Paulson).” respaldada por la Universidad de Guayaquil. El objetivo general de dicha investigación fue: Evaluar el manejo de residuos biológicos hospitalarios, en un hospital nivel Hospital de la mujer “Alfredo G. Paulson” (p.4). Se realizó un estudio in situ a través del método analítico y comparativo. Se consideró como variable dependiente el manejo de residuos hospitalarios peligrosos, no peligrosos y como independiente (recolección, transporte interno, almacenamiento, tratamiento, disposición final y recurso humano comprometido en el manejo de desechos biológicos) (p.18).

Los instrumentos de investigación utilizados en este estudio fue la encuesta dirigida al personal del hospital de la mujer y a las instituciones que les dan disposición final a los residuos, además la identificación de las conformidades basados en las normativas nacionales para los desechos hospitalarios para ello se utilizó una matriz de no conformidades (p.18). Se concluyó que el personal encargado de la manipulación de los desechos biológicos está altamente capacitado para darle un buen manejo a los equipos y materiales a utilizar en la manipulación de estos desechos. Se recomienda implementar una propuesta de optimización para la disminución de los desechos hospitalarios realizando una mejora en el manual de residuos biológicos.

2.4-Bases Teóricas Referenciales

Por consiguiente, se desarrolló las bases teóricas de la investigación, las cuales, tienen que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias.

Para Vara (2010), (*ob.cit*), las bases teóricas son el análisis sistemático y sintético de las principales teorías que explican el tema que estás investigando. Una teoría es una explicación sistemática de por qué ocurren ciertos fenómenos. Las teorías nos sirven para entender la realidad, para explicarla. Es sistemática porque todas sus partes se integran sin contradicción alguna (p. 104). Según Bavaresco (2001), citada por Artigas y Robles (2010) (*ob.cit*), dice que son las teorías que le brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento. Salvo que las investigaciones sean puras o experimentales, siempre debe existir un referente teórico (p.8).

En los centros hospitalarios, el personal de salud, los pacientes y demás personas que se hallan en la institución, se exponen a diversos riesgos durante la manipulación y el transporte de residuos bioinfecciosos, a pesar de que existen normas de bioseguridad establecidas por entes nacionales e internacionales, en el área laboral siguen existiendo riesgos que pueden afectar la salud de estas personas; esto depende de diversos factores, como la falta de capacitación sobre el tema, la escasa supervisión y la falta de insumos.

Para hablar de las bases teóricas que apoyaron esta investigación titulada manejo de desechos biológicos en el hospital Dr. Egor Nucete: Una aproximación fenomenológica en la Salud pública, comenzamos mencionando que la *Contaminación*: (Palabra que proviene del latín *contaminare* = manchar), es un cambio perjudicial en las características químicas, físicas y biológicas de un ambiente o entorno que puede afectar la vida de los organismos y en especial la humana (*s.p*).

Contaminación Hospitalaria: Según la OMS (2010), el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar (p.1).

Para Sandoval (2014), la contaminación hospitalaria es compleja en función de la diversidad de actividades, el tamaño de su comunidad, la pluralidad de personal involucrado, la infinidad de materiales que maneja (p.2). Además, se suma la condición multifactorial que permite que la contaminación represente un riesgo para la condición de la salud humana intrahospitalaria (*Ibídem*).

Al hablar de la contaminación hospitalaria se debe pensar que uno de los factores más importante para que el hospital sea un ambiente de riesgo para nuestra salud es la manipulación inadecuada de los desechos hospitalarios, especialmente los desechos biológicos ya que presentan un riesgo para quienes puedan entrar en contacto con ellos siendo este punto el tema principal de esta investigación.

Desechos hospitalarios

Según el decreto 2218 (1992), en su artículo 2, define: desecho en los establecimientos de salud a “todo material o sustancia generada o producida en los establecimientos relacionados con el sector salud, humana o animal, cualquiera sea su naturaleza u origen, destinado al desuso o al abandono” (p.1). La OMS, define desechos hospitalarios como «todas las formas de desechos generados por las instalaciones de atención médica» (s/p).

Cualquier objeto (por ejemplo, vendas, jeringas, sábanas, etc.) que haya entrado en contacto con cualquier forma de fluido corporal se considera potencialmente infeccioso y peligroso. Eso hace que hasta el 20% de los desechos médicos que se generan diariamente sean peligrosos(s/p). Igualmente López (2022) nos refiere que los desechos hospitalarios presentan riesgos y dificultades en su manejo, debido fundamentalmente al carácter infeccioso y a la heterogeneidad de su composición, ya que pueden contener objetos punzocortantes o sustancias tóxicas, inflamables o radioactivas (p.3).

Clasificación de desechos hospitalarios

Batista (2018), dice que la primera gran clasificación es entre desechos no peligrosos y desechos peligrosos, que los desechos no peligrosos son todos los residuos sólidos hospitalarios comunes, todos aquellos cuyas características sean similares a las de los recursos domésticos, por ejemplo los residuos reciclables y los residuos biodegradables (p.42). También nos refiere que los desechos peligrosos, son todos los residuos sólidos hospitalarios contaminados, aquellos que ocasionan o pueden ocasionarle un daño a medio ambiente, y que se presentan de muchas maneras diferentes (*Ibidem*), estos son:

(a) *Desechos infecciosos*: son aquellos sobre los cuales se sospecha que contienen patógenos en suficiente cantidad o concentración para causar enfermedad en huéspedes susceptibles (en general, tejidos o materiales contaminados con sangre o fluidos biológicos de pacientes infectados) (p.42).

(b) *Desechos anatomopatológicos*: tejidos, órganos, partes del cuerpo, fetos, sangre y fluidos corporales, cadáveres animales, en resumen organismos o parte de organismos que se encuentran sin vida. (p.42).

(c) *Desechos corto-punzantes*: elementos que pueden causar cortes o pinchazos.

(d) *Desechos farmacéuticos*: productos farmacéuticos, drogas, vacunas y sueros expirados, sin uso, derramados o contaminados que novan a ser utilizados, así como los materiales descartables utilizados para su manipulación y envasado (guantes, envases con residuos, etc.)(p.42).

(e) *Desechos químicos*: pueden ser sólidos, líquidos o gaseosos. Se consideran peligrosos si poseen alguna de las siguientes propiedades: tóxicos, corrosivos, inflamables, reactivos (ej. explosivos) o citotóxicos (p.43).

(f) *Desechos citotóxicos*: desechos con propiedades mutagénicas, teratogénicas o carcinogénicas. Su principal exponente son las drogas cito tóxicas antineoplásicas (materiales contaminados con ellas, residuos en envases, secreciones y heces de pacientes tratados, etc.) (p.43).

(g) *Desechos radiactivos*: incluye todos los materiales sólidos, líquidos y gaseosos contaminados con radionúclidos de fuentes abiertas (las fuentes selladas nunca se eliminan al medio externo directamente) (*Ibidem*).

De acuerdo con la temática de esta investigación se escogió los desechos biológicos (Infecciosos). *Desechos Biológicos*: Para Guido. A. (1997), son todos aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos, y que puedan causar efectos nocivos a la salud y al ambiente. Estos residuos pueden ser las gasas, objetos punzocortante, materiales que se usaron en cirugía, agujas, hojas de bisturí contaminados, puntas de equipos de venoclisis, catéteres con aguja de sutura, pipetas y otros objetos de vidrio y corto punzantes desechados, que han estado en contacto con agentes infecciosos o

que se han roto y por lo tanto, son peligrosos para la salud humana (p.43). Por seguridad, cualquier objeto punzocortante debería ser calificado como infeccioso aunque no exista la certeza del contacto con componentes biológicos. Constituye el 1% de todos los desechos (*Ibidem*).

Igualmente, Álvarez. A, (2015), describe que los desechos anatomopatológicos, son órganos, tejidos, partes corporales que han sido extraídas mediante cirugía, autopsia u otro procedimiento médico, desechos de sangre, sangre de pacientes, suero, plasma u otros componentes; insumos usados para administrar sangre, para tomar muestras de laboratorio y paquetes de sangre que no han sido utilizados (p.44). Para Sagastume y Altamirano (2014), los *Manejos de los desechos Hospitalarios*: son un aspecto que forma parte de la gestión hospitalaria, cuya finalidad es preservar la bioseguridad de los empleados y pacientes en las diferentes áreas, así como la protección del medio ambiente (p.9).

Además refieren que todo centro de atención en salud es generador de desechos que conforman materiales peligrosos y no peligrosos, productos de la actividad diaria, los cuales presentan riesgo para la salud pública y el medio ambiente al interior y exterior de la institución (p.10). El hecho de no contar con un adecuado manejo de los desechos, conlleva a la proliferación de enfermedades y vectores así como promueve la alteración y deterioro de los recursos naturales (*Ibidem*). Aun cuando existen medidas de bioseguridad establecidas por organismos nacionales e internacionales, en la práctica laboral se siguen presentando riesgos; esto obedece a diversos factores, entre ellos, la falta de capacitación sobre el tema, escasa supervisión y carencia de insumos (*Ibidem*).

Efectos de la contaminación sobre la salud humana: Batista (*ob.cit*), nos dice que más allá de todas las medidas de seguridad los empleados que trabajan en la recolección de residuos, terminan sufriendo efectos negativos sobre la salud al pasar los años. Los agentes típicos que afectan la salud de los trabajadores y población expuesta son: el olor que puede causar malestar, cefaleas y náuseas, el ruido que puede provocar la pérdida parcial o permanente de la audición, cefalea, tensión nerviosa, estrés e hipertensión arterial, el polvo que es responsable de molestias y

pérdida momentánea de la visión, problemas respiratorios y pulmonares, la estética ya que la visión desagradable de los residuos puede causar molestias y náuseas, la vibración que puede provocar lumbalgia, dolores en el cuerpo y estrés, y los objetos cortantes y punzantes que pueden provocar heridas y cortes. (p.37).

Este mismo autor, nos reporta que en efecto, el inapropiado manejo de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, a los pacientes y a la comunidad en general Además, puede facilitar la transmisión de enfermedades y causar un aumento en el número de días de hospitalización en los costos de tratamiento y en la mortalidad intrahospitalaria (*Ibídem*).

2.5 Matriz de Categorías Previas

Para Giesecke, M. (2020):

La matriz de consistencia cualitativa, es un instrumento metodológico que posibilita sistematizar, analizar y comprender los procedimientos y avances de una investigación que implica fenómenos, hechos, situaciones y sujetos que difieren en su naturaleza y estructura con los objetos y tópicos trabajados por el enfoque cuantitativo; a diferencia del diseño, estructuración y operativización de variables para validar la pertinencia y viabilidad del proyecto de investigación, que se resume en la verificación y el desarrollo de la matriz de consistencia cuantitativa (MCC) o matriz lógica deductiva (p.397).

Asimismo, Gomes (2003), refiere que:

La palabra categoría, se refiere en general a un concepto que abarca elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí. Esa palabra está relacionada a la idea de clase o serie. Las categorías son empleadas para establecer clasificaciones. En este sentido trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo (p.1).

Según Strauss y Corbin, (2002), Se podría decir que es una forma de clasificación de la que deriva otras unidades más pequeñas llamadas subcategorías:

La categorización consiste en la asignación de conceptos a un nivel más abstracto... las categorías tienen un poder conceptual puesto que tienen la capacidad de reunir grupos de conceptos o subcategorías. En el momento en el que el investigador empieza a agrupar los conceptos, también inicia el proceso de establecer posibles relaciones entre conceptos sobre el mismo fenómeno (p.124).

A continuación, se puede observar el ejemplo de la matriz de categorías previas que se utilizó en esta investigación y que se describe como “Codificación abierta para procesar la narratividad de los Informantes Claves (IC)”. Aquí se plasmó la argumentación tal como lo relatan los IC., con sus respectivas categorías, subcategorías y códigos

Matriz:

Codificación abierta para procesar la narratividad de los Informantes Claves (IC).

Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías	Código
1	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
2	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
3	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

Fuente: Adaptación Strauss y Corbin. (2012)

“La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que es cada vez más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”.

Aldous Huxley

MOMENTO III

RECORRIDO METODOLÓGICO

3.1 Contextualización del Paradigma

En este segmento se presentó la postura del investigador en relación al paradigma, diseño, tipo y los instrumentos, que utilizó en la presente investigación. Se establecieron las técnicas y los procedimientos para procesar y sistematizar la información. La dimensión ontológica del presente estudio estuvo enmarcada desde lo cualitativo, por lo que Martínez (2015), escribió:

La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone de ninguna forma a lo cuantitativo (que es solamente un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante (p. 66).

Ahora bien, según Strauss y Corbin (2002), un paradigma es un esquema organizativo, es decir, que en realidad no es más que una perspectiva que se adopta sobre los datos, o sea, otra posición analítica que ayuda a recolectarlos y ordenarlos de manera sistemática, de tal modo que la estructura y el proceso se integran” (p.140). También, Escudero y Cortez (2018), nos refieren que “un paradigma es el conjunto de experimentos modélicos capaces de ser copiados o reproducidos; siendo la base para crear un consenso científico que permite crear soluciones universales” (p.34).

Los estudios que orientarán esta investigación, se apoyaron en el paradigma interpretativo, mediante la aplicación del método Fenomenológico Hermenéutico (FH), que para Creswell, (2003) en su trabajo titulado: “Investigación cualitativa y diseño de investigación: entre cinco enfoques” (p.15). Estos autores nos comentan que la fenomenología como postura filosófica fue planteada por Edmund Husserl, y como método de investigación se utiliza en las ciencias sociales y recientemente en el área de la salud, para estudiar algún fenómeno específico, considerando el punto de vista de los participantes (p.15). Aquí “el investigador identifica la esencia de las experiencias humanas en torno a un fenómeno de acuerdo a como lo describen los participantes del estudio”, (*Ibidem*).

3.2 Método

Husserl (1949), citado por Soto y Vargas (2017). En su libro “*La Fenomenología de Husserl y Heidegger*” nos dicen que el valor fundamental de la investigación FH, radica en su capacidad de acceder a la comprensión profunda de la experiencia humana investigada desde diversos ámbitos disciplinares, cuyo fundamento epistemológico, es la fenomenología, con el fin de comprender e interpretar, aplicando la epojé, es decir: *Ir a las cosas mismas* (p. 46). Esto implica desconectarse de todas las concepciones filosóficas, teológicas, científicas axiológicas que se tienen del mundo natural y que impiden describir los fenómenos tal como se manifiestan. La fenomenología por su naturaleza se enfoca en las vivencias y destaca el sentido que envuelve lo cotidiano, el significado del ser humano, lo sensible a la problemática desatada. (*Ibidem*).

Según Ulin, Robinson y Tolley, (2006), en su estudio denominado “Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos”, nos refieren que los métodos cualitativos de investigación son un instrumento formidable a disposición de la salud pública para estudiar e intervenir sobre tales factores determinantes. Ellos nos permiten abordar las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad, y conocer los comportamientos, creencias, actitudes y adecuada y completa (p.11).

Estos autores (ob.cit.) mencionan a Rossman y Rallis, (1998), en donde indican que

Los investigadores cualitativos buscan respuestas a sus preguntas en el mundo real. Recogen lo que ven, oyen y leen de personas y lugares y de acontecimientos y actividades... Su propósito es informarse acerca de algún aspecto del mundo social y generar nuevos conocimientos que puedan ser usados por ese mundo social (p.22).

Además, Ulin (et al), también citan a Rubin y Tolley, los cuales dicen que: Los investigadores cualitativos han tomado con seriedad esta responsabilidad y ahora disponemos de poderosas técnicas para “oír los datos”, escuchar lo que dicen las personas acerca de sus vidas en sus propias palabras (p.23). Los investigadores deben crear una asociación en la investigación cualitativa que exige un alto grado de habilidad y también entraña profundas obligaciones éticas, ya que la relación se basa en la confianza y la mutua comprensión de una meta común (p.23).

Los investigadores cualitativos valoran los entornos cotidianos donde el investigador puede comprender mejor las experiencias de las personas. El contexto cotidiano de la vida de las personas es un elemento crítico del diseño cualitativo porque influye en las perspectivas, las experiencias y las acciones de los participantes en el estudio. Es la trama interpersonal y sociocultural que configura los significados y las acciones (p.40).

Taylor, Bogdan, (2002) en su estudio denominado “Inducción a los métodos cualitativos de investigación”, refieren que la investigación cualitativa, se ubica en el entorno de los propios sujetos, quienes son los informantes claves de la investigación, en donde se tiene como interés central el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social, a fin de comprender la realidad desde los significados de las personas implicadas a través de estudiar sus creencias, intenciones y motivaciones (p.7). Aunque los investigadores cualitativos no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian, intentan controlarlos o reducirlos aun mínimo, o por lo menos entenderlos cuando interpretan sus datos (p.8).

Soto y Vargas (*ob.cit*), de la misma manera, nos citan a Martin Heidegger, discípulo de Husserl, y quien se basa en la fenomenología, Como eje central de su filosofía existencial, Heidegger se pregunta por el ser: ¿cuál es el sentido del ser?, ¿qué significa el ser?, y su método para descubrirlo es a través de la fenomenología hermenéutica del ser o Dasein (p.47), es decir, este ser que se dona, no sólo es apariencia, sino que tiene múltiples constituciones, ya que está en el mundo “familiarizado con lo significativo que lo contiene y que lo atrapa” (p.48). Es el ser que logra abrirse al mundo en su contexto temporal “un yo histórico que vive aquí y ahora en el mundo de sus preocupaciones” el cual es posible comprender a través de la interpretación de sus manifestaciones, las que se deben describir, tal y como se presentan (*Ibíd*).

Este estudio, igualmente se apoyó en la teoría fundamentada (TF), que según Strauss y Corbin (*ob. cit.*), facilitan el abordaje de cualquier exploración que esté relacionada con los comportamientos, emociones y sentimientos, las experiencias vividas, así como al funcionamiento organizacional y los movimientos sociales (p.14). En este

método existe una estrecha relación entre la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surge de los mismos. Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción (*Ibidem*).

Para estos autores Strauss y Corbin (*ob. cit.*), esta teoría utiliza el método comparativo constante: el cual consiste en codificar y analizar datos en forma simultánea para desarrollar conceptos. Realizando una comparación continua de incidente con incidente, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y logra integrarlo en una teoría que guarda una lógica razonable. Y el muestreo teórico: donde se seleccionan nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados (p.15).

A su vez Giraldo (2011), dice que la teoría fundamentada propone construir teorías partiendo directamente de las observaciones realizadas por el investigador. (p, 79). El objetivo de la teoría fundamentada es descubrir una teoría que logre explicar a partir de la inducción, un suceso a partir de incidentes derivados del campo de estudio (p.81). Este mismo autor (*ob.cit*), menciona a Glaser (2000), el cual nos dice que: “la utilización de la teoría fundamentada es apta específicamente para fenómenos relacionados con la conducta humana dentro de un determinado campo de estudio”.

La teoría fundamentada, propone construir teorías partiendo directamente de las observaciones realizadas por el investigador, fundadas en los datos o información dada, en este estudio se ejecutó por los sujetos o informantes claves, es un método inductivo que va de lo particular a lo general. La intención final de estas investigaciones fundadas en el paradigma interpretativo fue comprender la conducta de las personas en estudio, lo cual se logra cuando se interpretan los significados que ellas le dan a su propia conducta.

La investigación de la que se ocupa este trabajo abordó el tema del Manejo de Desechos Biológicos en el Hospital Dr. Egor Nucete: una aproximación fenomenológica en la salud pública, o sea, se fomentó en el área de la salud, en este sentido, contribuyó al desarrollo del conocimiento médico y de las personas especialistas en salud pública y de otras áreas de la salud, permitiendo comprender e

interpretar la realidad, los significados, las percepciones, experiencias y preocupaciones de las personas ante una situación determinada.

Se puede decir, que en los últimos años se ha constatado un aumento de la investigación cualitativa en el área de la salud, permitiendo comprender el mundo de la experiencia subjetiva desde el punto de vista de las personas que la viven. Tanto, la fenomenología, como la teoría fundamentada tienen en común el estudio de la experiencia humana y su interés por comprenderla desde la perspectiva de los participantes y así ayudar a entender mejor las experiencias subjetivas de las personas ante una situación de salud, enfermedad o el proceso de muerte, en este caso por el mal manejo de los residuos biológicos hospitalarios.

3.3 Sujetos o Informantes Claves

Selección de Sujetos, protagonistas o Informantes claves:

Para Martínez (2006), en la investigación cualitativa, la muestra a estudiar nos ofrece la información necesaria para realizar el estudio. Pero, en general, la opción ontológica asumida exige una muestra que no podrá estar constituida por elementos aleatorios descontextualizados, sino por "un todo" sistémico con vida propia, como es una persona, una institución, una etnia o grupo social, etc. (p.136). Por ello, se impone la profundidad sobre la extensión y la muestra se reduce en su amplitud numérica, y se explicitan los criterios conceptuales para su escogencia, según su relevancia para los objetivos de la investigación (*Ibidem*).

Para este mismo autor, la elección de la muestra es de primera importancia, no por lo que representa en sí, sino por la filosofía de la ciencia y los supuestos que implica. De su correcta comprensión depende el significado de toda la investigación. La elección de la muestra dependerá de lo que pensamos hacer con ella y de lo que creemos que se puede hacer con ella (p.137). Asimismo refiere que diferentes personas en diversas posiciones varían la misma información, es decir, que la misma información puede cambiar continuamente cuando se cambia de grupo informante, y varios documentos sobre el mismo tópico pueden llegar a ser contradictorios (*Ibidem*).

Para Balcázar, González, Gurrola y Moysén, (2013), una vez seleccionado el contexto de estudio, todos pudieran ser informantes, pero aquellos más respetados, conocedores del tema a profundidad, dispuestos y quienes han fomentado mejores lazos y relaciones personales con el investigador, se convertirán en informantes claves, llamados también actores sociales o participantes (p. 41). Alejo, B., Osorio, B. (2019), cita a Taylor y Bogdan (1986), los cuales dicen que, dependiendo de la posición epistemológica y teórica del investigador, se habla de informante clave, que es una persona capaz de aportar información sobre el elemento de estudio (p.75). Eso no significa que los sujetos o informantes se seleccionen al azar, o que se escoja al primero que encontremos.

Para el desarrollo de esta investigación y el análisis cualitativo de los datos que se recogieron, se tomó como población a todo el personal del Hospital General “Dr. Egor Nucete” del municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes. En lo que respecta a la muestra, se tomó una muestra intencional, conformada por tres (03) personas, trabajadores de la salud del área de mantenimiento que se encargan del manejo de los desechos hospitalarios quienes fueron notificados sobre los propósitos y alcance del estudio previa firma de un consentimiento informado y desde ese momento se les llamó Informantes Claves (IC), a su vez se escogieron a dos (02) de los profesionales, un Bionalista y un TSU en Recursos Humanos (Jefe de Mantenimiento), que participaron en esta investigación como informantes claves preliminares (ICP).

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Efectuar una investigación además de requerirse de un apropiado tema de estudio, así como de un planteamiento del problema a estudiar, también se requiere de técnicas, instrumentos y herramientas que ayuden al investigador a dar respuestas a sus objetivos planteados. De esta manera, Martínez (2015), precisa que “los instrumentos, al igual que los procedimientos y estrategias que se van a utilizar, los dicta el método escogido, aunque, básicamente, se centran alrededor de la entrevista semiestructurada y la observación directa o participativa” (p. 87). Este mismo autor, especifica que, la metodología cualitativa, “entiende el método y todo el arsenal de medios

instrumentales como algo flexible, que se utiliza mientras resulta efectivo, pero que se cambia de acuerdo con el dictamen, imprevisto, de la marcha de la investigación y de las circunstancias” (p. 88).

Así mismo, para Rodríguez (2008), las técnicas son los medios empleados, recursos o procedimientos de los que se vale el investigador para recolectar información, acercarse a los hechos y acceder a su conocimiento, entre ellas tenemos, la observación, (uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación), las entrevistas, el análisis documental, entre otros (p.10). Además, se apoyan en instrumentos para guardar dicha información, tales como: el cuaderno de notas para el registro de observación y hechos, la cámara fotográfica, la grabadora, el software de apoyo; elementos indispensables para registrar lo observado durante el estudio (*Ibídem*).

Existe otra técnica de investigación cualitativa basada en la teoría fundamentada, la cuál sería la entrevista, que para Martínez (*ob. cit.*), “es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica” (p. 93). El mencionado autor precisa que “esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada, complementada, posiblemente, con algunas otras técnicas escogidas entre las señaladas y de acuerdo con la naturaleza específica y peculiar de la investigación que se va a realizar” (*Ibídem*).

Para Sabino (1992), las técnicas de recolección de información están referidas a la manera cómo se obtuvieron los datos y los instrumentos son los medios materiales, a través de los cuales se hizo la obtención y archivo de la información requerida para la investigación. Además, este autor comenta, que la entrevista desde el punto de vista del método, es una forma específica de interacción social, que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. (p. 116). El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones (*Ibídem*).

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos informantes claves, quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde fuera, ellos, hablan acerca de todo aquello que piensan y sienten, de lo que han experimentado o proyectan hacer (*Ibíd.*). Las preguntas realizadas en la técnica de la entrevista pueden ser estructuradas o semiestructuradas. La entrevista estructurada se basa en una serie de preguntas preestablecidas e invariables que están plasmadas en un cuestionario guía. Para Hernández, Fernández, y Baptista, (2010), “el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta; el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden”. (p. 403).

La entrevista semiestructurada o en profundidad, es una técnica de indagación de corte personal, directa. Balcázar, González, Gurrola, y Moysén, (*ob.cit.*), nos señala que “Cabe subrayar que las entrevistas a profundidad permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quieren decir, y crear una atmósfera en la cual se exprese libremente”, (p. 60). Esta técnica, se desarrolla en una situación abierta, en donde el entrevistado expresa libre y detalladamente sus creencias y sentimientos, permitiendo descubrir las razones fundamentales de sus actitudes y comportamientos (*Ibíd.*).

Desde esta perspectiva, este tipo de entrevista la concibo como una interacción social entre personas, gracias a ella, se genera una comunicación de significados: Una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación. La técnica de recolección de información en este estudio fue la entrevista en profundidad. Se inició con un contacto verbal de invitación a participar en el estudio dirigido. Una vez que aceptaron la invitación, el sujeto se contactó con el investigador. Se les explicó a los entrevistados la dinámica a seguir, la finalidad de la entrevista, es decir, ¿Por qué se está haciendo?

También les expliqué la confidencialidad y el anonimato en el uso de la información recabada. Esta entrevista en profundidad se realizó cara a cara y en forma individual,

en un ambiente amigable acorde a lo planificado, se creó una atmósfera en la cual ellos se expresaron libremente. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados y se desarrollaron en un único encuentro con cada entrevistado, de una duración aproximada de una hora y media.

Las preguntas realizadas al trabajador fueron:

¿Cómo se realiza el manejo y la disposición final de esos desechos biológicos en ese centro hospitalario? De esta pregunta y a medida que se iba desarrollando el diálogo, se iba desarrollando otras preguntas como:

¿Qué conocimiento tiene sobre el manejo responsable de los desechos biológicos?

¿Sabías que existe una coloración para cada recipiente donde se colocan los desechos biológicos?

¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos?

¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores?

¿Qué tipo de inquietudes o experiencias puede mencionar respecto al manejo de estos materiales?

Con respecto a los instrumentos de la entrevista, en este estudio se utilizó el teléfono celular como grabadora de audio, que permitió escuchar y analizar los hechos repetidas veces. Para el análisis de los datos cualitativos se procedió a la transcripción computarizada de todos los contenidos recabados mediante las grabaciones.

3.5 Técnicas de Análisis de Datos: Categorización, Estructuración, Contrastación y Teorización

Para el análisis o interpretación de los datos cualitativos Aguilar (*ob. cit.*), refiere que un componente clave de este método se encuentra en la constante “análisis-comparación”. Éste indica que “el procedimiento puede ser llevado a cabo de diversas maneras, pero la idea general es que el texto se rompa o se fragmente en unidades de análisis” (p.211). Como por ejemplo, una línea de texto o un párrafo, para luego interpretar los significados y significantes entre esas unidades, las cuales vendrían a ser representadas como categorías y subcategorías. Esas categorías son las unidades que se organizan o se reagrupan y dan forma a la teoría.

Para el análisis de los datos cualitativos de esta investigación, se procedió a la transcripción computarizada de todos los contenidos recabados mediante las grabaciones, para luego reorganizar esta información en categorías, subcategorías y codificación, de cada una de ellas, para posteriormente, realizar la triangulación de los datos y así relacionar los conceptos emergentes sobre la realidad del fenómeno de estudio con las teorías que conforman el estado del arte, y la valoración del autor. Finalmente, se realizó el proceso de interpretación que hizo posible una aproximación teórica.

Para llevar a cabo este proceso de análisis, se utilizaron unos cuadros adaptados de las tablas o matrices propuestas por Strauss y Corbin (*ob.cit.*), en los cuales se vaciaron las transcripciones íntegras de los *verbatimums* ofrecidos por cada uno de los informantes claves (IC) protagonistas de este estudio. Al margen izquierdo se enumeraron las líneas mediante números arábigos continuos y al lado derecho de esta se situó el discurso como tal.

En las columnas siguientes, se colocaron las subcategorías y las categorías resultadas, mientras que al lado derecho se mostró el código asignado a cada una de ellas, el cual se estableció con las letras iniciales de cada palabra que conformaron la categoría, a continuación de las letras iniciales de las subcategorías, separadas por un signo (/) y la indicación del IC a quien se le atribuyó lo expuesto, aparte de ello se le fijó un color particular con la finalidad de destacar las líneas en que se develaron las subcategorías. A continuación, se puede observar varios de los ejemplos de los cuadros que se utilizó en esta investigación, comenzando con el cuadro o matriz (nombrado en el momento II como Matriz de Categorías Previas) y en donde se plasmó la argumentación tal como lo relatarán los IC.

Cuadro Nro. 1: *Codificación abierta para procesar la narratividad de los Informantes Claves (IC).*

Línea	Verbatim del Informante Clave	Subcategorías	Categorías	Código
1	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

Fuente: Adaptación Strauss y Corbin. (2012)

En este cuadro Nro. 1, llamado: “Codificación abierta para procesar la narratividad de los Informantes Claves (IC)”, se realizó como su nombre lo dice, la codificación abierta, que para Strauss y Corbin (*ob.cit.*), “es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p.110). En esta codificación abierta se conceptualizó, determinando una categoría y subcategorías a un conjunto de datos unido por ser similares, y es llamada abierta, ya que permitió la libre expresión de los informantes claves sobre sus pensamientos, ideas y significados en relación a las interrogantes en estudio.

Del mismo modo se manejó otro modelo de cuadro, donde se plasmó la información registrada en el cuadro anterior, de donde se extrajo las categorías y subcategorías, emergidas del *verbatim* de cada uno de los Informantes Caves (IC). Este cuadro fue diseñado por Lugo T. (2021) y fue llamado Cuadro número dos (Cuadro Nro. 2): “Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato de los IC”.

Cuadro Nro. 2: *Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato de los IC.*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
XXXXXXX	1.- xxxxxxxx 2.-xxxxxxx 3.- xxxxxxxx
XXXXXXX	1.- xxxxxxxx 2.- xxxxxxxx 3.- xxxxxxxx 4.- xxxxxxxx

Fuente: Lugo T. (2021)

Posteriormente se procedió a realizar la codificación de todas estas categorías y subcategorías surgidas y se vació en un cuadro número tres (Cuadro Nro. 3), también diseñado por Lugo T (2021), que se llamó: “Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos de los Informantes Claves (Informantes Claves Preliminares o Informantes Claves). Aquí después de plasmar todas las categorías con sus subcategorías se colocaron en la columna siguiente todos los códigos con sus respectiva cromatización.

Cuadro Nro. 3: *Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos del ICx.*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGO: Cat/SubCat
XXXXXXXX	1.- xxxxxxxx 2.-xxxxxxx	XX/Xx/Xxx/Xx
XXXXXXXX	1.- xxxxxxxx 2.- xxxxxxxx	XX/Xx/Xxx/Xx/

Fuente: Lugo T. (2021)

Del mismo modo usó otro modelo de cuadro, para realizar la codificación axial, que para estos mismos autores Strauss y Corbin (*ob.cit*), “es el proceso de relacionar las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones” (p.134). Este modelo de cuadro se llamó cuadro número cuatro (Cuadro Nro. 4) o “Representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los IC” en el cual, se planteó la información extraída de cada uno de ellos, o sea, las categorías y subcategorías que emergieron y coincidieron, en el *verbatim* de cada uno de los IC.

Cuadro Nro. 4: *Representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los IC.*

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
	IC	IC	IC

Fuente: Lugo T. (2021)

Posteriormente se realizó la confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes en los relatos de los IC. Esta se realizó luego de haber hecho la depuración de toda la información y se plasmó en un cuadro, similar del ejemplo anterior. A este cuadro se le llamó cuadro número cinco (Cuadro Nro.5). Ulterior a esto, se procedió a realizar la triangulación de estas subcategorías, las cuales se vaciaron en el cuadro número seis (Cuadro Nro. 6), que se designó: “Triangulación de

las subcategorías emergidas dentro la categoría “X” Categorías de Análisis y Código: XXXXXXXXXXXX (XXXX) Color: XXXX

Cuadro Nro. 5: *Confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes en los relatos de los Informantes Claves*

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
	IC	IC	IC

Fuente: Lugo T. (2021)

Cuadro Nro. 6: *Triangulación de las subcategorías emergidas dentro de la categoría “XXXXXXXXXX”. Categorías de Análisis y Código: XXXXXXXXXXXX (XXXX) Color: XXXXXX*

SUBCATEGORÍAS Y CÓDIGOS	SUBCATEGORÍAS		
	ICP1	ICP2	ICP3
TRIANGULACIÓN			

Fuente: Lugo T. (2021)

Para la comprensión e interpretación de los datos que resultaron de la descodificación de cada categoría y subcategorías emergida de la información suministrada por cada uno de los Informantes claves en estudio. Se procedió a utilizar un cuadro que fue una adaptación de la matriz diseñada por Lugo (2018). Como se puede ver en el Cuadro Nro. 7 que se nombró: “Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la relación entre el investigador y el IC sobre la información develada por los informantes claves. Aquí, en este tipo de investigación se parte de la propia información, de los informantes con las teorías sustantivas planteadas en el momento II o sea, recorrido teórico, para hacer emerger una interpretación resignificada del fenómeno en estudio. Este cuadro está representado de la siguiente forma.

Cuadro Nro. 7: *Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la relación entre el investigador y el IC sobre Información Develada por los Informantes Claves.*

Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
Interpretación	

Fuente: Adaptación de Lugo, M. (2018)

Validez y Confiabilidad:

A criterio de Martínez (2015) “una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, mide o aprecia esa realidad y no otra” (p. 254), por lo que, “la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada” (*Ibidem*). En las investigaciones cualitativas, la validez viene dada por “el modo de recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla, inmersos en su propia dinámica” (p. 255), lo cual a juicio del autor citado “ayuda a superar la subjetividad y da a estas investigaciones un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer” (*Ibidem*).

De igual manera, para Plaza, Uriguen y Holger (2017) “La validez y confiabilidad en una investigación cualitativa tiene como objetivo la descripción e interpretación de las distintas técnicas etnográficas utilizadas en el proceso de desarrollo de la investigación” (p.344). Igualmente, Cortez (1999), señala que en los trabajos cualitativos se presentan diversas formas para asegurar la validez y la confiabilidad de los hallazgos; algunas de ellas se relacionan con el investigador, otras con la recolección de los datos y otras más con el análisis de la información (p.77). En esta investigación se logró básicamente, mediante la presencia crítica del investigador en

el contexto de ocurrencia del fenómeno en estudio, así como a través de la triangulación de las fuentes de información.

Con respecto a la Confiabilidad, Martínez (*ob. cit.*) señala que “el concepto tradicional de confiabilidad implica que un estudio se puede repetir con el mismo método sin alterar los resultados, es decir, es una medida de la replicabilidad de los resultados de la investigación” (p.255), pero esto en las ciencias humanas es prácticamente imposible. Por esta razón, “la confiabilidad no está dentro del círculo de intereses inmediatos de la fenomenología”, puesto que “su fin es interpretar la situación particular” (*Ibidem*).

La ciencia es el padre del conocimiento, pero las opiniones son las que engendran la ignorancia.

Hipócrates

MOMENTO IV

COMPRENSIÓN E INTERPRETACIÓN

4.1 Estructuración de datos (Matrices de datos)

Desarrollé una investigación cualitativa, que se apoyó en el paradigma interpretativo, mediante la aplicación del método Fenomenológico Hermenéutico y la Teoría Fundamentada. Para Chamarz (2007), el resultado de la Teoría Fundamentada, es una interpretación analítica del mundo de los participantes y de los procesos para construir esos mundos (s/p). En este estudio, se relata la actitud del investigador, con la intención de revelar el manejo de los desechos biológicos en el Hospital “Dr. Egor Nucete”, desde una Aproximación Fenomenológica en la Salud Pública, permitiendo comprender e interpretar la realidad, los significados, las percepciones, experiencias y preocupaciones de los actores involucrados.

Así mismo, utilicé la técnica de la entrevista a profundidad, con las siguientes preguntas ¿Cómo se realiza el manejo y la disposición final de esos desechos biológicos en ese centro hospitalario? ¿Qué conocimiento tiene sobre el manejo responsable de los desechos biológicos? ¿Sabías que existe una coloración para cada recipiente donde se colocan los desechos biológicos? ¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos? ¿Qué opina de la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores? ¿Qué tipo de inquietudes o experiencias puede mencionar respecto al manejo de estos materiales? Todas estas preguntas encaminaron el desarrollo de la entrevista para su respectiva comprensión e interpretación y análisis de los discursos de los informantes claves de esta investigación.

Con respecto a los instrumentos de la entrevista se utilizó el teléfono celular como grabadora de audio y para el análisis de los datos cualitativos se procedió a la transcripción computarizada de todos los contenidos recabados mediante esas grabaciones, luego se pasó a realizar la categorización, subcategorización, codificación y triangulación de toda esa información. Según Mayz, C. (2009), la categoría, es “un constructo mental abstracto traducido en una idea clara y precisa de

lo que se quiere designar, interpretar, significar o describir.” Pueden ser genéricas o específicas. Sin embargo, en cualquiera de las formas como se presente, el principio fundamental que la define, radica en que el sentido de los datos la genera, pero al mismo tiempo, ella contiene el sentido de los datos (p.3).

Para Martínez, M. (2006), Categorizar es “clasificar, conceptualizar o codificar mediante un término o expresión breve que sean claros e inequívocos el contenido o idea central, es decir, una unidad temática” (Pág.141). En la categorización se revisarán los relatos escritos y se oirán las grabaciones de los protocolos repetidamente, con la finalidad de revivir la realidad en su situación concreta y después, para reflexionar acerca de la situación vivida y así comprender por lo que pasan estas personas. Cada nueva revisión del material escrito, nos permitirá captar aspectos o realidades nuevas, detalles, no vistos con anterioridad y que, quizá con otro enfoque o contexto, son determinantes y parecen cambiar o enriquecer el significado de la información (*Ibidem*).

La Contrastación para Martínez (ob. cit.), es “relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial”, con el objetivo de “ver cómo aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa” (*Ibidem*). Debido a esto, habrá que tener muy presente que el proceso de categorización, análisis e interpretación, deberá estar guiado fundamentalmente por conceptos e hipótesis que provengan o emerjan de la información recabada y de su contexto propio, que muy bien pudieran ser únicos, y no de teorías exógenas, las cuales sólo se utilizarán para comparar y contrastar los resultados propios (p.142).

De igual manera, Rodríguez C., Pozo, T., Gutiérrez, J. (2006), nos mencionan que partiendo de las aportaciones de Denzin (1989), se puede afirmar que la triangulación en el campo de la educación consiste en una estrategia de investigación mediante la cual un mismo objeto de estudio pedagógico es abordado desde diferentes perspectivas de contraste o momentos temporales donde la triangulación se pone en juego al comparar datos; contraponer las perspectivas de diferentes investigadores; o

comparar teorías, contextos, instrumentos, agentes o métodos de forma diacrónica o sincrónica en el tiempo (p.1).

A partir del texto de las entrevistas desgrabadas, procedí a la codificación con el objetivo de acceder al universo de significados de los entrevistados o informantes claves. Se trabajó con un manual de códigos con el que se codificaron las entrevistas, identificando categorías y subcategorías a partir de los incidentes particulares. Este manual de códigos se realizó a partir de los ejes de la guía de entrevista y posteriormente, de las dimensiones que fueron apareciendo en el proceso de lectura de cada una de ellas. El hecho de codificar datos cualitativos permite reconocer y recontextualizar esta información, permitiendo una lectura reorganizada sobre ellos. Los pasos del método de comparación constante involucran lectura y relectura de datos y selecciones, e implica interpretar el conjunto de estos. Para cada una de las categorías, iba escribiendo las reflexiones e inquietudes que me surgían a partir de la lectura de las mismas. Las entrevistas fueron trabajadas, en primer lugar, analizándolas individualmente, reconstruyendo los casos y utilizando toda la información sobre ellas (la recolección de datos se hizo rigurosamente analizando las entrevistas líneas por línea) y, en segundo lugar, analizando las diferentes categorías en comparación entre el total de entrevistas (análisis cualitativo o comparación entre los casos).

Heidegger, citado por Martínez (ob.cit.), sostiene que "ser humano es ser interpretativo"; es decir, que la interpretación, más que un "instrumento" para adquirir conocimientos, es el modo natural de ser de los seres humanos, y todos los intentos cognoscitivos para desarrollar conocimientos no son sino expresiones de la interpretación sucesiva del mundo (p.12).

A continuación, pasé a realizar la transcripción de la información y luego la categorización abierta de los argumentos recabados mediante la técnica de la entrevista de cada uno de mis informantes claves (IC), comenzando con mis IC. Preliminares y continuando con los otros tres (03) IC. Mi primer informante clave preliminar (ICP1), es de sexo masculino, de profesión Bionalista, con 27 años de experiencia, en las áreas de rutina, emergencia, bacteriología, en el Hospital General

“Dr. Egor Nucete” y en instituciones privadas del sector salud, en el estado Cojedes. Esta entrevista se realizó el día martes quince (15) de agosto del año dos mil veintitrés (2023), en un sitio ameno diferente al lugar de trabajo de este prestigioso bionalista. Aquí, se le solicitó al Lcdo., que hablara sobre su visión de la realidad que se está viviendo con respecto a la manipulación de los desechos biológicos y se procedió a realizar las diferentes preguntas que enmarcaron esta entrevista. Después de realizar la transcripción de la información se puede observar en el cuadro Nro. 1 la categorización abierta de la entrevista realizada a nuestro ICP1.

Luego procedí a la categorización abierta de la entrevista realizada a mi informante clave preliminar dos (ICP2), al que, de igual forma, se le solicitó la misma información que al ICP1 con respecto a la manipulación de los desechos biológicos en el nosocomio en estudio, desde su punto de vista. En este caso mi entrevistado también es de sexo masculino de 46 años de edad y 7 años laborando en el Hospital General “Dr. Egor Nucete” de la Ciudad de San Carlos, como Jefe del Departamento de Mantenimiento, tiene a su cargo a un grupo de trabajadores encargados de recolectar los desechos tanto comunes como peligrosos (biológicos). Esta entrevista se realizó el día miércoles dieciséis (16) de agosto del año dos mil veintitrés (2023) en un lugar también diferente al de su área laboral.

Ulteriormente proseguí a realizar la categorización abierta del resto de mis informantes claves, con la respuesta a la pregunta realizada en la entrevista, que como dijimos anteriormente fue una entrevista abierta (a profundidad), Ahora bien, se puede observar a continuación en el cuadro N° 8, la categorización abierta de la entrevista realizada a mi Informante Clave Preliminar Uno (ICP1). Después de haber hecho la codificación abierta para procesar la narratividad de este ICP, (codificación de categorías y subcategorías emergidas de este relato), pasé a realizar el sistema de categorías y subcategorías emergidas de esa información, como se puede ver en el cuadro Nro. 9.

Cuadro Nro. 8:

Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Preliminar Uno (ICP1)

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
1	Comienza el entrevistado diciendo: Soy <u>Bionalista</u>	Profesional de la Salud	Población en Riesgo	PeR/PdIS
2	con 27 años de experiencia, en las áreas de rutina,			
3	bacteriología, además trabajo en instituciones			
4	<u>privadas del sector salud.</u> En cuanto a la pregunta			
5	<i>¿Cómo se realiza el manejo y disposición final de</i>	Deficiencia del Servicio de agua	Servicios Públicos	SP/DSa
6	<i>los desechos biológicos en este centro hospitalario?</i>			
7	Te puedo decir que en el centro hospitalario donde	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
8	cumplo funciones, allí se trabaja sólo con rutina, no			
9	se realizan exámenes de emergencia, ya que pasan			
10	muchas cosas por ejemplo que <u>a veces no hay agua,</u>			
11	<u>donde se trabaja con muestras biológicas de orina,</u>			
12	<u>heces, sangre;</u> en cuanto a la disposición final, esto			
13	se lleva de manera muy artesanal, porque allí no hay			
14	ningún dispositivo, donde se pueda usar para			
15	desechar estos materiales biológicos, ni siquiera para			
16	inactivarlos, porque básicamente deberíamos tener			
17	por lo menos cloro, pero la realidad es que no se			
18	tiene ni siquiera ese tipo de desinfectante, lo que			
19	hacemos en el caso de la orina la descartamos por el			
20	fregadero que eso va hacia las aguas servidas			
21	(cuando hay agua), sino lo que se tenga de alguna			
22	sustancia líquida para drenar esa orina por el			
23	fregadero. En el caso de las heces se descartan			
24	directamente en las papeleras, donde tratamos de			
25	colocar todas las muestras en una bolsa cerrada y			

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
26	ponerle tirro o cinta plástica,estos desechos van a la	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
27	basura común, donde muchas veces hemos			
28	encontrado en los alrededores de donde se coloca la			
29	basura partes de estas muestras regados por todas			
30	partes. Con respecto a la sangre tenemos dos cosas:	Irresponsabilidad Laboral	Concientización	C/II
31	una, la que se utiliza para hematología que lleva			
32	anticoagulante y dos la que utiliza para química y			
33	serología que no lleva anticoagulante. La sangre de			
34	hematología como esta liquida se descarta por el	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
35	fregadero sin inactivarla, pero le digo <u>a la persona</u>			
36	<u>que lava los materiales que se coloque doble guantes</u>			
37	<u>para protegerse, por otra parte el tapaboca no le</u>			
38	<u>gusta usarlo, le digo que lo use por el tema de la</u>	Desinfección Inadecuada	Limpieza y Desinfección	LyD/Di
39	<u>salpicadura.</u> En cuanto a la sangre de química y			
40	serología que no tiene anticoagulante lo que			
41	hacemos es colocar eso en envases de refresco o			
42	recolectores de orina, se tapa y se coloca en una	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
43	bolsa, pero igual todo eso va a la basura común que			
44	se saca en la tarde, sin inactivar, sin otra manera de			
45	procesarlo. <u>De igual manera quiero resaltar que a</u>			
46	<u>veces nos dan un agua con olor porque está bastante</u>	Desinfección Inadecuada	Limpieza y Desinfección	LyD/Di
47	<u>alejado de ser un desinfectante, eso es lo que usamos</u>			
48	<u>muchas veces para sanear.</u> Por otro, las agujas se			
49	resguardan también de manera artesanal, en unos			
50	envases de refrescos, de agua destilada, de cloro de,	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
51	desinfectante, se tapa y se lleva a la basura			
52	común. Los algodones y las gasas que usan con los			

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
53	<u>pacientes también va a la basura común.</u> Alguna	Falta de Equipos	Sistema de Reducción de Riesgo	SdRdR/FdE
54	punta que usamos con el paciente también va a la			
55	basura común, es decir <u>aquí no hay un sistema para</u>			
56	<u>inactivar ninguno de los materiales que ya he</u>	Aseo Urbano Deficiente	Servicios Públicos	SP/AUrD
57	<u>mencionado, ni químico, físico, mecánico, de ningún</u>			
58	<u>tipo. Aquí deberíamos tener un autoclave para</u>			
59	<u>inactivar todos esos materiales. El otro problema que</u>	Poca Información	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/Pi
60	<u>existe es que esa basura común donde además están</u>			
61	<u>todos estos desechos biológicos no las retiran del</u>			
62	<u>recinto todos los días, a veces tarda una semana o</u>	Información Adecuada	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/IAd
63	<u>más en pasar el servicio de aseo urbano.</u>			
64	<u>Anteriormente nos daban bolsas rojas y cuando esas</u>			
65	<u>bolsas las iban a recoger los trabajadores del aseo</u>			
66	<u>urbano sentían que había algo allí como una pierna,</u>			
67	<u>brazo y no les gustaba tocarlas.</u> Con respecto a la			
68	pregunta: <i>¿Qué conocimiento maneja en cuanto lo</i>			
69	<i>que es la recolección y disposición final de estos</i>			
70	<i>desechos? Te comento que en mi caso que es la</i>			
71	<u>bacteriología manejo toda la información,</u> pero así			
72	como se de toda esa información no podemos parar			
73	el servicio por razones como por ejemplo que no hay			
74	guantes, no hay tapabocas, como nos ha pasado que			
75	trabajamos con un solo guante en una mano y trato			
76	de no tocar nada con la otra mano, como también ha			
77	sucedido que se me ha partido algún tubo de ensayo			
78	en la centrifuga y sale sangre por todos lados, y pues			
79	una manera de inactivar eso es el cloro pero ni eso a			

3/5

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
80	veces tenemos. Tratamos en lo posible que los			
81	usuarios coloquen sus muestras de heces y orina en			
82	recolectores adecuados, porque a veces vienen que			
83	abren y eso lo que genera es derrame y			
84	contaminación. Pues un sistema como tal de manejo			
85	y disposición final de estos desechos no existe en			
86	este momento. Los tubos de ensayo la mayoría de las			
87	veces se tiene que reutilizar, se lavan con agua y			
88	lavaplatos líquido, porque no hay dotación de tubos			
89	nuevos, pero esa sangre que tienen esos tubos se			
90	descartan por el fregadero o en los envases de orina			
91	que ya mencione anteriormente. Lo que representa			
92	un foco de contaminación y no podemos tenerlo			
93	mucho tiempo en el laboratorio porque se			
94	descompone y emite olores putrefactos que eso sería			
95	generar otro problema para el laboratorio y para el			
96	personal que allí laboramos. De igual manera quiero			
97	apuntar que las laminillas usadas para el microscopio			
98	también se reutilizan, se lavan, debido a que no nos			
99	dotan de estos insumos con frecuencia. Si nos			
100	ponemos a descartar todo eso no podemos realizar			
101	las actividades y a su vez les negamos el servicio a			
102	las personas que necesitan de este. En relación a la			
103	pregunta: <i>¿Qué tipo de inquietudes o experiencias</i>			
104	<i>puede mencionar respecto al manejo de los</i>			
105	<i>desechos biológicos en este centro de salud?</i>			
106	<u>lamentablemente ha pasado que una asistente de</u>	Enfermedad	Riesgo	RL/EAd

4/5

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
107	este laboratorio contrajo una Hepatitis B, al principio	Adquirida	Laboral	RL/EAd
108	no sabíamos la causa, lo que si es que realizaba la			
109	limpieza de los materiales, lo que nos indujo a			
110	definir que fue esa la causa probable donde pudo	Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/DPG
111	haber contraído esta infección, a parte que tenía una			
112	patología de base, era diabética. De igual manera			
113	hemos intentado conversar con los directivos sobre			
114	lo que está pasando y el cuento siempre es el mismo,			
115	que no hay presupuesto, que vamos a intentar			
116	hacerlo, pero al final nunca se hacía nada al			
117	respecto. Al principio nosotros recolectábamos			
118	dinero para comprar cloro, desinfectantes, jabón			
119	líquido, toallin, pero luego se vio un gasto más que			
120	no se debía costear por nosotros y ya luego nadie			
121	más aportó para seguir comprando estos insumos.			
122	Va llegar el momento que las laminillas y tubos de	Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/DPG
123	ensayos no se puedan reutilizar más y pues este			
124	servicio no podrá prestar sus servicios si no se tomar			
125	las medidas pertinentes. Aquí existen un monton de			
126	normas pero la realidad es que los directivos lo leen,			
127	saben de la problemática, pero no se cumple. Ellos			
128	saben que está pasando en las distintas áreas pero no			
129	sabemos si es que cuidan cargos el cual no se			
130	atreven a exigir o denunciar, pero es critica la			
131	situación que se presenta, prácticamente trabajamos			
132	con las uñas, por así decirlo coloquialmente.			

Fuente: Elaboración propia (2024)

5/5

Cuadro Nro. 9:

*Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante
Clave Preliminar 1 (ICP1).*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Población en Riesgo	Profesional de la Salud
Servicios Públicos	Deficiencia del Servicio de Agua Aseo Urbano Deficiente
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición
Concientización	Irresponsabilidad Laboral
Limpieza y Desinfección	Desinfección Inadecuada
Sistema de Reducción de Riesgo	Falta de Equipos
Información sobre Riesgo Biológico	Poca Información Información Adecuada
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida
Gerencia	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

Como se observa en el cuadro N° 9, emergieron del *Verbatim* de mi ICP1, nueve (9) categorías de las cuales la primera (1) fue: Población en Riesgo con una (1) Sub categorías que mencionamos a continuación: Profesional de la Salud. La segunda (2) categoría emergida fue: Servicios Públicos, en donde se obtuvieron dos (2) subcategorías como lo fueron: 1.- Deficiencia del Servicio de Agua y 2.- Aseo Urbano Deficiente. La tercera (3) categoría la nombramos como Medios de Disposición también con una (1) subcategorías señalada como Inadecuada Disposición. La cuarta (4) categoría que se obtuvo fue: Concientización con una (1) subcategoría, la cual fue Irresponsabilidad Laboral.

La quinta (5) categoría Limpieza y Desinfección, en este caso se obtuvo una (1) subcategoría que fue: Desinfección Inadecuada. La sexta (6) categoría Sistema de Reducción de Riesgo en donde se obtuvo la subcategoría Falta de Equipos. La séptima (7) categoría Información sobre Riesgo Biológico y se obtuvieron dos subcategoría: 1.- Poca Información 2.- Información Adecuada. Ahora bien, la octava (8) categoría fue Riesgo Laboral con una sola sub- categoría: Enfermedad

Adquirida y como última o novena (9) categoría: Gerencia con una única subcategoría: Deficiente Política Gerencial. A continuación, se realizó la codificación de estas categorías y subcategorías emergidas de los relatos de este ICP1, como se puede observar en el cuadro N° 10.

Cuadro Nro. 10:

Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Preliminar 1 (ICP1).

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGO Cat/SubCat
Población en Riesgo	Profesional de la Salud	PeR/PdIS
Servicios Públicos	Deficiencia del Servicio de Agua Aseo Urbano Deficiente	SP/DSa/AUrD
Medios de Disposición	Inadecuada disposición	MdD/Id
Concientización	Irresponsabilidad laboral	C/II
Limpieza y Desinfección	Desinfección inadecuada	LyD/Di
Sistema de Reducción de Riesgo	Falta de Equipos	SdRdR/FdE
Información sobre Riesgo Biológico	Poca Información Información Adecuada	IsRB/Pi/IAd
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida	RL/EAd
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	G/DPG

Fuente: Elaboración propia (2024)

Posteriormente plasmé en el cuadro N°. 11, la categorización del *Verbatim* del ICP2 con sus respectivas subcategorías, luego se pasó a realizar el sistema de codificación de estas categorías y subcategorías como podemos observar en el cuadro Nro.12. A continuación el cuadro Nro. 11 con la categorización abierta de la ICP2 y luego el cuadro Nro.12 con el sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante Clave Preliminar 2 (ICP2).

Cuadro Nro. 11:

Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Preliminar 2 (ICP2)

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 1	Subcategorías	Categorías	Código
133	Bueno, esteeee, tengo 46 años de edad, soy Jefe del	Personal de Mantenimiento	Población en Riesgo	PR/PM
134	departamento de mantenimiento del Hospital			
135	General Dr. Egor Nucete, desde el 2016, o sea,			
136	desde hace 7 años. Tengo a mi cargo un grupo de			
137	trabajadores encargados de recolectar los desechos o			
138	basura de todos los servicios que funcionan en el			
139	hospital. Usted me pregunta <i>¿Cómo realizan el</i>			
140	<i>manejo y la disposición final de los desechos</i>			
141	<i>biológicos en ese centro hospitalario?</i> Bueno,			
142	pues, realmente eso se encarga mis trabajadores, a			
143	quienes les doy instrucciones que deben realizar la			
144	recolección de toda la basura de todos los servicios,			
145	pero en el caso de quirófanos, neonatos, laboratorio,			
146	traumashock, son las enfermeras, los médicos y			
147	bionalistas <u>que ponen sus desechos en bolsas y en</u>			
148	<u>envases de plástico sobre todo las inyectadoras para</u>			
149	<u>evitar que cualquier trabajador pueda pincharse,</u>			
150	<u>luego que ese personal hace eso, envió a alguno de</u>			
151	<u>mis trabajadores a retirar esos desechos para luego</u>			
152	<u>llevarlos a la parte de atrás del hospital para que el</u>			
153	<u>camión del aseo se los lleve, aunque a veces en la</u>			
154	<u>semana no pasa el camión del aseo y pues eso se</u>			
155	<u>pone con mucho mal olor y moscas allí en esa parte.</u>			
156	Muchas veces tratamos de quemar algunas cosas en			
157	el incinerador, pero allí no se puede meter cualquier			

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 2	Subcategorías	Categorías	Código
158	material porque se daña el equipo, por eso dejamos	Inadecuada disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
159	que la mayoría de la basura que se recoge se la lleve			
160	el camión del aseo. En relación a <i>¿Qué</i>			
161	<i>conocimientos tiene respecto a las formas de</i>	Información Adecuada	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/IAd
162	<i>manipulación de los desechos biológicos? Bueno,</i>			
163	<i>en realidad sé que eso afecta a la salud si no se</i>			
164	<i>manipulan de forma adecuada, pueden llegar al agua</i>			
165	<i>de los ríos sino son incinerados o desechados</i>			
166	<i>correctamente, además que cualquier trabajador</i>			
167	<i>nuestro se puede lesionar con algún objeto de esos, o</i>	Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/DPG
168	<i>contagiarse de alguna enfermedad por no usar</i>			
169	<i>guantes, aquí uno les resuelve esas cosas pero</i>			
170	<i>muchas veces se escapa de las manos de nosotros los</i>			
171	<i>jefes porque a veces pedimos insumos y lo q nos</i>			
172	<i>dicen es que no han llegado, o que no hay recursos y</i>			
173	<i>pues toca improvisar para cumplir con las labores de</i>			
174	<i>recolección de la basura y de esos desechos</i>			
175	<i>peligrosos. De igual manera se hace la petición al</i>			
176	<i>director del hospital y ya queda en ellos que</i>			
177	<i>resuelvan eso con nuestros trabajadores. Ahora con</i>	Desinformación	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/Des
178	<i>respecto a la pregunta <i>¿Ha existido algún accidente</i></i>			
179	<i>por causa de los desechos biológicos en ese</i>			
180	<i>hospital? que yo sepa no ha sucedido ningún</i>			
181	<i>accidente causado por la movilización de esos</i>			
182	<i>desechos, siempre los trabajadores están atentos y</i>			
183	<i>viendo que eso es peligroso y tienen sus respectivos</i>			
184	<i>cuidados así que no creo que haya pasado no durante</i>			

Línea	Verbatim del Informante Clave Preliminar 2	Subcategorías	Categorías	Código
185	mi responsabilidad. Aquí <u>hay una oficina de</u>	Desinformación	Información sobre	IsRB/Des
186	<u>declaración de accidentes laborales y la verdad que</u>		Riesgo Biológico	
187	<u>haya pasado por los desechos peligrosos no me he</u>			
188	<u>enterado. ¿Cómo ha actuado la gerencia en el</u>			
189	<u>ámbito de recolección, movilización y disposición</u>			
190	<u>final de esos desechos en el hospital? Los directores</u>	Deficiente Política	Gerencia	G/DPG
191	<u>que han pasado nunca se han preocupado a fondo por</u>	Gerencial		
192	<u>el tema de la basura tanto la común como la</u>			
193	<u>peligrosa, creen que los trabajadores son de hierro,</u>			
194	<u>que no se pueden enfermar o lastimar haciendo esas</u>			
195	<u>labores, ya que ninguno aportó soluciones concretas</u>	Deficiente Política		
196	<u>en el tema de la dotación de equipos de protección</u>	Gerencial	Gerencia	G/DPG
197	<u>para los trabajadores de mantenimiento que son los</u>			
198	<u>más riesgosos a padecer de cualquier infección o</u>			
199	<u>enfermedad en las labores que realizan sobre todo en</u>			
200	<u>el caso de esos desechos peligrosos. Además el</u>			
201	<u>actual director ni se preocupa por dotar guantes a los</u>	Deficiente Política		
202	<u>trabajadores de mantenimiento cosa que es necesaria,</u>	Gerencial		
203	<u>pero que se puede hacer, uno hace las diligencias</u>		Gerencia	G/DPG
204	<u>para conseguir esos insumos pero ya escapa de mis</u>			
205	<u>manos lograr conseguir eso para que se puedan</u>			
206	<u>medio proteger mis trabajadores.</u>			

Fuente: Elaboración propia (2024)

3/3

Cuadro Nro. 12:

*Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del Informante
Clave Preliminar 2 (ICP2)*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento
Medios de Disposición	Inadecuada disposición
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada Desinformación
Gerencia	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

En el cuadro N°12, aprecio cuatro (4) categorías. La primera (1) categoría es Personal en Riesgo con una (1) subcategoría: Personal de Mantenimiento. Como segunda (2) categoría tenemos Medios de Disposición con una subcategoría que fue: Inadecuada disposición. Luego tenemos como tercera (3) categoría Información sobre Riesgo Biológico con dos (2) subcategorías, que fueron: 1.- Información Adecuada y Desinformación. Como categoría cuarta (4) mencioné la Gerencia con una sola subcategoría que es deficiente política gerencial. A continuación, se puede observar en el cuadro N°13, el sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del ICP2.

Cuadro Nro. 13:

Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del ICP2

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGO Cat/SubCat
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento	PR/PM
Medios de Disposición	Inadecuada disposición	MdD/Id
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada Desinformación	IsRB/IAd/Des
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	G/DPG

Fuente: Elaboración propia (2024)

A continuación, presento el cuadro Nro. 14, la representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron de los relatos de los

informantes claves preliminares (ICP1/ICP2). Posteriormente en el cuadro N° 15 se observa la confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes de estos relatos, aquí se revela que las categorías “Medios de Disposición”, “Información sobre Riesgo Biológico” y “Gerencia” son concurrentes en el discurso de los dos (2) informantes claves preliminares, observándose, una (1) subcategorías para Medios de Disposición, dos subcategorías para Información sobre Riesgo Biológico y una subcategoría para Gerencia. Seguidamente, se puede ver los cuadros Nro. 14 con la representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los Informantes Claves Preliminares, como se dijo anteriormente.

Cuadro Nro. 14:

Representación del resultado integrado de las categorías y subcategorías que emergieron en los relatos de los Informantes Claves Preliminares. ICP1/ICP2.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
	ICP1	ICP2
Medios de Disposición	Inadecuada disposición	Inadecuada disposición
Información sobre Riesgo Biológico	Poca Información Información Adecuada	Información Adecuada Desinformación
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

A continuación en el cuadro Nro. 15, se puede observar la Confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves Preliminares, en este caso fueron los Medios de Disposición, Información sobre el riesgo biológico y Gerencia (cada una con sus respectivas sub-categorías), posteriormente se puede observar la Imagen Nro.1 en donde se evidencia esta Confrontación Axial.

Cuadro Nro. 15:

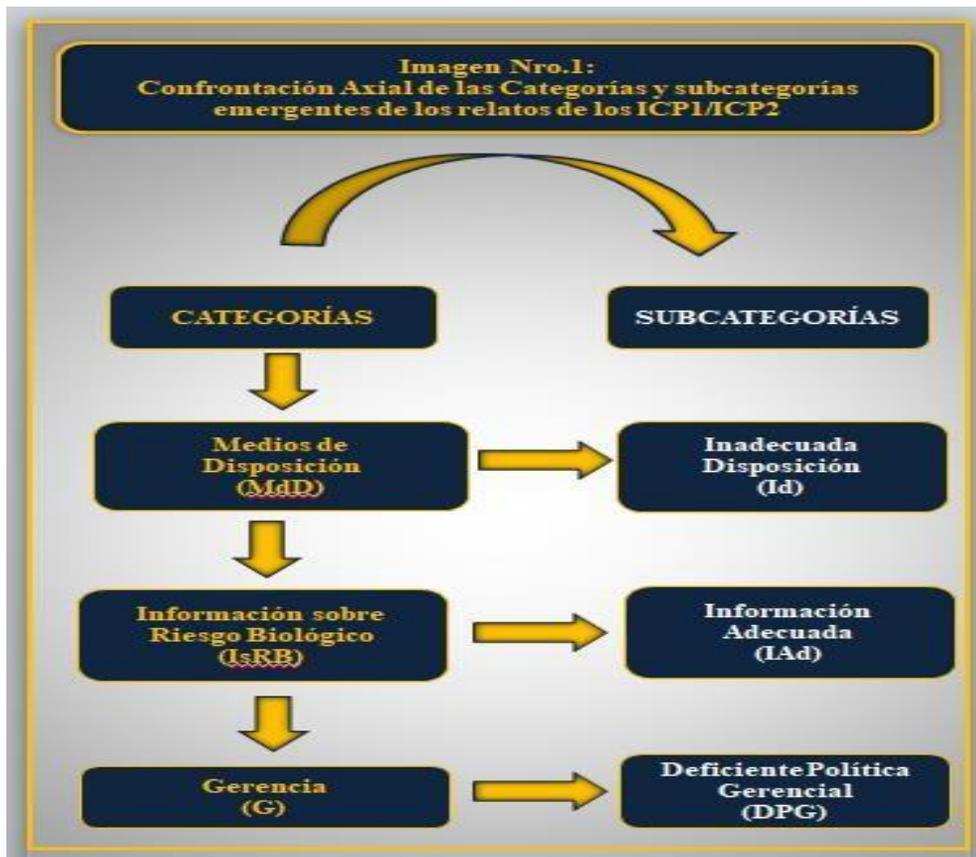
Confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes en los relatos de los Informantes Claves Preliminares. (ICP1/ICP2)

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
	ICP1	ICP2
Medios de Disposición	Inadecuada disposición	Inadecuada disposición
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada	Información Adecuada
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro.1:

Confrontación Axial de las Categorías y subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves Preliminares (ICP1/ICP2)



Fuente: Elaboración propia (2024)

Triangulación de las Categorías Emergentes

En un sentido amplio, dentro de las ciencias humanas se pueden realizar distintos tipos de triangulaciones, las cuales pueden mejorar los resultados de la investigación. Navarro (2017) cita a Santana y Gutiérrez (2002), en donde nos dice que la triangulación “consiste en comparar la información recabada para determinar si ésta se corrobora o no, a partir de la convergencia de las evidencias y análisis sobre un mismo aspecto” (Pp. 97-98). De igual manera, sostiene que con la triangulación se incrementa “la validez de los resultados de una investigación mediante la depuración de las deficiencias intrínsecas de un solo método de recogida de la información” (p. 167). Así mismo, Hernández, Fernández y Baptista (2010), nos reporta que “en la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección” (p. 439). La presente investigación se basó en el tipo de triangulación de sujetos, en la cual se verificó el punto de vista de los diversos informantes claves. El proceso consistió en comparar mediante cuadros, las categorías y subcategorías emergentes que fueran concurrentes en los discursos para efectuar una depuración.

A continuación, presento el cuadro Nro. 16, con la representación de la triangulación de las subcategorías emergidas dentro de la categoría “Medios de Disposición”. Posteriormente se observa el cuadro Nro. 17, con la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Información sobre Riesgo Biológico” y el cuadro Nro. 18, con la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia”.

Cuadro Nro. 16:*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”*Categorías de Análisis y Código: **Medios de Disposición (MdD) Color: Verde Oliva**

SUBCATEGORÍAS Y CÓDIGOS	ICP1	ICP2
Inadecuada disposición (Id)	Inadecuada disposición MdD/Id/ICP1 Líneas: 12-35 Líneas: 39-45 Líneas: 48-53	Inadecuada disposición MdD/Id/ICP2 Líneas: 147-155 Líneas: 158-160
TRIANGULACIÓN		
<p>Al realizar la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”, se devela que “Inadecuada disposición” forma parte concurrente del discurso de los dos (02) ICP. Cuya categoría y subcategoría se cromatizó de color verde oliva. En el cuadro anterior la observamos con sus respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación. Por lo tanto, ésta será la única (01) unidad de análisis emergente que pasará a integrar dicha categoría, en la siguiente fase del proceso hermenéutico.</p>		

Fuente: Elaboración propia (2024)**1/1**

Cuadro Nro. 17:

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “**Información sobre Riesgo Biológico**”*

Categorías de Análisis y Código: **Información sobre Riesgo Biológico (IsRB)** Color: **Púrpura**

SUBCATEGORÍAS Y CÓDIGOS	ICP1	ICP2
Información Adecuada (IAd)	Información Adecuada IsRB/IAd/ICP1 Líneas: 70-71	Información Adecuada IsRB/IAd/ICP2 Líneas: 162-1169
TRIANGULACIÓN		
<p>En esta triangulación comparo la información recabada de los dos ICP de esta investigación. Aquí plasmamos los resultados de este estudio posterior a la depuración de las narrativas de estos trabajadores a través de lo que fue la entrevista a profundidad (abierta), que se les realizó. A continuación, podemos observar la subcategorías emergidas de la categoría “Información sobre Riesgo Biológico” con su respectivo código, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación. El resultado integrado de estos dos (2) ICP fue: Información Adecuada (IAd). Por lo tanto ésta será la once unidad de análisis emergente que pasará a integrar la categoría, Información sobre Riesgo Biológico en la siguiente fase del proceso hermenéutico.</p>		

Fuente: Elaboración propia (2024)

1/1

Cuadro Nro. 18:*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia”*Categorías de Análisis y Código: **Gerencia (G) Color: Anaranjado Oscuro**

SUBCATEGORÍAS Y CÓDIGOS	ICP1	ICP2
Deficiente Política Gerencial (DPG)	Deficiente Política Gerencial G/DPG /ICP1 Líneas: 112-117 Líneas: 125-127	Deficiente Política Gerencial G/DPG /ICP2 Líneas: 169-178 Líneas: 190-193 Líneas: 195-199
TRIANGULACIÓN		
<p>Esta categoría y subcategoría cromatizo el color anaranjado oscuro. La triangulación de la subcategoría emergida dentro de la categoría “Gerencia” reveló que la “deficiente política gerencial” forma parte concurrente del discurso de dos (2) informantes claves preliminares. En consecuencia, ésta será la unidad de análisis emergente que integrará dicha categoría. En este cuadro observamos los respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación.</p>		

Fuente: Elaboración propia (2024)**1/1**

La triangulación efectuada en las páginas anteriores, me permitió depurar las unidades de análisis emergentes, así que posterior a esta decantación, se establecieron las tres (3) subcategorías finales que integrarán las tres (3) categorías principales, las cuales pasarán al siguiente escenario del proceso heurístico-interpretativo. En primer lugar, “Medios de Disposición” con una (1) subcategorías: Inadecuada Disposición En segundo término, Información sobre Riesgo Biológico” con una (1) subcategoría: Información Adecuada. Y, por último, “Gerencia” con una (1) subcategoría: Deficiente Política Gerencial.

Seguidamente realicé el análisis de los datos de la narrativa o categorización abierta de la entrevista realizada a mi Informante Clave Uno (IC1), que en este caso es de sexo masculino, y para el momento de la entrevista tenía 48 años de edad. Esta entrevista se realizó el 17-08-2023. Podemos observar a continuación en el cuadro Nro. 19, la información suministrada en la narrativa, las líneas de esa narración fueron enumeradas, con la finalidad de tener control de dicha información y facilitar la ubicación de la misma. Las categorías y subcategorías emergidas del relato de este informante clave, fueron cromatizadas para diferenciar estas categorías con sus subcategorías de las otras que emergieron de la misma información, inmediatamente a esto, se les asignó un código para identificarlos.

Después del análisis, de la información obtenida pasé a reorganizarla en categorías, subcategorías que se podrán observar en el cuadro Nro. 20. Posteriormente se configuró una matriz axial de acuerdo a Strauss y Corbin (ob. cit.), en donde se aprecia visualmente el conjunto de categorías, subcategorías con sus respectivos códigos de manera general, como resultados del análisis de los datos obtenidos de nuestro IC1, como se observa en el cuadro Nro. 21

Cuadro Nro. 19

Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Uno (IC1)

Línea	Verbatim del Informante Clave 1	Subcategorías	Categorías	Código
207	Se inicia la entrevista con el IC1, el cual comienza	Personal de Mantenimiento	Personal en Riesgo	PenR/PdM
208	diciendo: Tengo 48 años de edad y 15 años			
209	laborando en el área de mantenimiento aquí en el			
210	Hospital Dr. Egor Nucete, aquí en San Carlos,			
211	realizo la recolección de desechos biológicos, en sala			
212	de parto, quirófano, cirugía, medicina interna,	Falta de Implementos de Bioseguridad	Implementos de Bioseguridad	IdB/FIB
213	neonato. Ahora bien, usted me pregunta que <i>¿Cómo</i>			
214	<i>se realiza el manejo y la disposición final de esos</i>			
215	<i>desechos biológicos en ese centro hospitalario?</i> (En			
216	este momento tiene una pequeña expresión de			
217	preocupación en su rostro), bueno, <u>en ocasiones nos</u>	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
218	<u>dotaban de guantes (pocas veces), la mayoría de las</u>			
219	<u>veces tenía que realizar el manejo de los mismos</u>			
220	<u>con una bolsa en las manos, los tapabocas por lo</u>			
221	<u>general eran comprados por mí, porque no me lo</u>			
222	<u>suministraba en el hospital.</u> (Se nota un poco la	Desinfección inadecuada	Limpieza y Desinfección	LyD/Di
223	preocupación por parte del trabajador dando este tipo			
224	de información porque siente temor a que pueda ser			
225	divulgada su identidad), <u>una vez se realiza la</u>			
226	<u>limpieza en el área asignada estos desechos son</u>			
227	<u>recolectados en bolsas comunes y llevados al</u>			
228	<u>crematorio que se encuentra en la parte inferior del</u>			
229	<u>hospital. En cuanto a la limpieza que realizamos</u>			
230	<u>muchas veces no tenemos cloro y ningún</u>			
231	<u>desinfectante para realizar la desinfección del área,</u>			

Línea	Verbatim del Informante Clave 1	Subcategorías	Categorías	Código
232	los médicos y enfermeras son los que muchas veces	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
233	lo suministran para poder resolver dicha limpieza y			
234	desinfección. En cuanto a las agujas, bisturí, escalpe			
235	eran manipulados por el personal de enfermería y	Información Adecuada	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/IAd
236	médicos, ellos se encargan de colocarlo en			
237	recipientes con tapa y lo movilizaban a otro lugar.			
238	Bien, con respecto a la segunda pregunta de <i>¿Qué</i>	Falta de Implementos de Bioseguridad	Implementos de Bioseguridad	IdB/FIB
239	<i>conocimiento tengo sobre el manejo responsable de</i>			
240	<i>los desechos biológicos?</i> Le puedo decir, que a			
241	nosotros nos dan una charla cuando comenzamos a	Conocimiento de la Norma	Normas de Bioseguridad	NdB/CdlaN
242	trabajar con estos desechos sobre los peligros que			
243	existen al manipular eso. Por otra parte nos informan			
244	cuando llega un paciente con HIV, una enfermedad	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
245	venérea, o cualquier otra que sea contagiosa para			
246	que nos protejamos más. En cuantos otros			
247	implementos de seguridad personal no utilizamos			
248	ningún otro, nada de lentes, pantalla protectora			
249	facial, nunca nos dieron eso. La tercera pregunta, de			
250	que si <i>¿sabía que existe una coloración para cada</i>			
251	<i>recipiente donde se colocan los desechos</i>			
252	<i>biológicos?</i> La verdad si tenía conocimiento de eso			
253	pero en el hospital muy pocas veces vi esos envases,			
254	pero no eran con acción de pedal, había que			
255	levantarlo con la mano (la tapa), en un tiempo			
256	existieron ya luego con el paso del tiempo nunca			
257	más vi uno de esos, se usan otros tipos de envases			
258	por ejemplo potes de refrescos con tapa, de jugos, y			
259	así otros más. (Nuevamente se le ve preocupado,			

Línea	Verbatim del Informante Clave 1	Subcategorías	Categorías	Código
260 261 262 263 264 265 266	parece que no quiere suministrar toda la información de las deficiencias en el manejo de estos desechos, en el transcurso de esta entrevista se ha tenido que ir haciendo preguntas alternas para lograr obtener una mayor información al respecto). Ahora bien, con respecto a que <i>¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos?</i>	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
267 268 269 270 271 272 273 274 275 276	Prácticamente <u>una vez que nosotros realizamos la recolección y se coloca en bolsas negras, lo llevamos al crematorio y allí hay un personal que se encarga de quemar</u> eso, nosotros los que recogemos eso no estamos autorizados para quemar eso en el crematorio del hospital. En relación a <i>¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores?</i> <u>la verdad es queeee, ellos no toman cartas en el asunto de nuestra</u>			
277 278 279 280 281 282 283 284 285 286	<u>protección, muchas veces tenemos que comprar de nuestro bolsillo, porque no nos dan los implementos necesarios para poder realizar nuestras labores, y como nosotros tenemos que protegernos para no enfermarnos nos toca por nuestra propia cuenta, pienso que la gerencia, los directores, deberían tener más consideración con nosotros los que trabajamos en mantenimiento porque estamos más expuestos a contraer cualquier enfermedad a causa de manipular esos desechos biológicos. Vemos que no nos prestan</u>			

3/4

Línea	Verbatim del Informante Clave 1	Subcategorías	Categorías	Código
287	atención cuando le exigimos guantes, tapabocas,			
288	lentes, gorro, lo que nos dicen es que no, que la			
289	dirección no les da la dotación por falta de recursos,			
290	que el bloqueo de estados unidos no les permite traer			
291	esos insumos a Venezuela. Para responder <i>¿Qué tipo</i>			
292	<i>de inquietudes o experiencias puede mencionar</i>			
293	<i>respecto al manejo de estos materiales?</i> Bueeeno, a			
294	veces nos da miedo porque cuando están operando			
295	de noche en quirófano tenemos que llevar esas, las			
296	partes o miembros que le quitan a esas personas			
297	que le quitan en las operaciones al crematorio. Y			
298	también muchas veces ha pasado como el caso de			
299	una persona que se pinchó un dedo por manipular	Enfermedad	Riesgo Laboral	RL/EAd
300	una jeringa usada y estaba contaminada, esta	Adquirida		
301	persona se contagió con VIH, esto se supo años			
302	después porque <u>como a nosotros ni siquiera nos</u>	Exámenes	Asistencia Médica	Amed/ExP
303	<u>hacen exámenes de rutina ni valoración alguna</u>	Preclínicos		
304	<u>periódica. Los jefes mayores tienen que estar</u>			
305	<u>conscientes que tienen que proteger a los</u>			
306	<u>trabajadores para que no siga sucediendo este tipo de</u>	Deficiente	Gerencia	G/DPG
307	<u>cosas. Se le indica como orientación que como por</u>	Política Gerencial		
308	<u>ejemplo las agujas, los bisturí no deben ir ligados</u>			
309	<u>con los desechos comunes porque existe el riesgo</u>			
310	<u>que los trabajadores tanto del centro hospitalario</u>			
311	<u>como de los del aseo urbano puedan pincharse o</u>			
312	<u>cortarse y contraer cualquier infección.</u>			

Fuente: Elaboración propia (2024)

4/4

Cuadro Nro. 20:*Sistema de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC1*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento
Implementos de Bioseguridad	Falta de Implementos de Bioseguridad
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición
Limpieza y Desinfección	Desinfección Inadecuada
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada
Normas de Bioseguridad	Conocimiento de las Normas
Gerencia	Deficiente Política Gerencial
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida
Asistencia Médica	Exámenes Paraclínicos

Fuente: Elaboración propia (2024)

Como se observa en el cuadro N° 20, nueve (9) categorías de las cuales la primera (1) es Población en Riesgo con su respectiva subcategoría, Personal de Mantenimiento. Como segunda (2) categoría escogí Implementos de Bioseguridad con una sola subcategoría que en este caso se denominó Falta de Implementos de Bioseguridad. Luego se escogió como tercera (3) categoría los Medios de Disposición con una (1) subcategoría Inadecuada Disposición.

La cuarta (4) categoría Limpieza y Desinfección en donde hacemos referencia a una (1) subcategoría como fue: Desinfección Inadecuada, Como quinta (5) categoría tenemos Información de Riesgo Biológico con una subcategoría que fue Información Adecuada. En la sexta (6) categoría tenemos Normas de Bioseguridad con una (1) subcategoría como lo fue: Conocimiento de las Normas. La séptima (7) categoría fue Gerencia, con una (1) subcategoría: Deficiente Política Gerencial.

Luego tenemos la octava (8) categoría Riesgo Laboral con una subcategoría que fue Enfermedad Adquirida. La novena (9) fue Asistencia Médica, con una subcategoría que fue Exámenes Paraclínicos. Luego procedí como se dijo anteriormente, a codificar cada una de las categorías y subcategorías respectivamente, configurando

una matriz axial de acuerdo a Strauss y Corbin (ob. cit.), en donde se aprecia visualmente el conjunto de estas categorías, subcategorías con sus respectivos códigos de manera general, como resultados del análisis de los datos obtenidos de nuestro IC1. (Ver cuadro 21).

Cuadro Nro. 21:

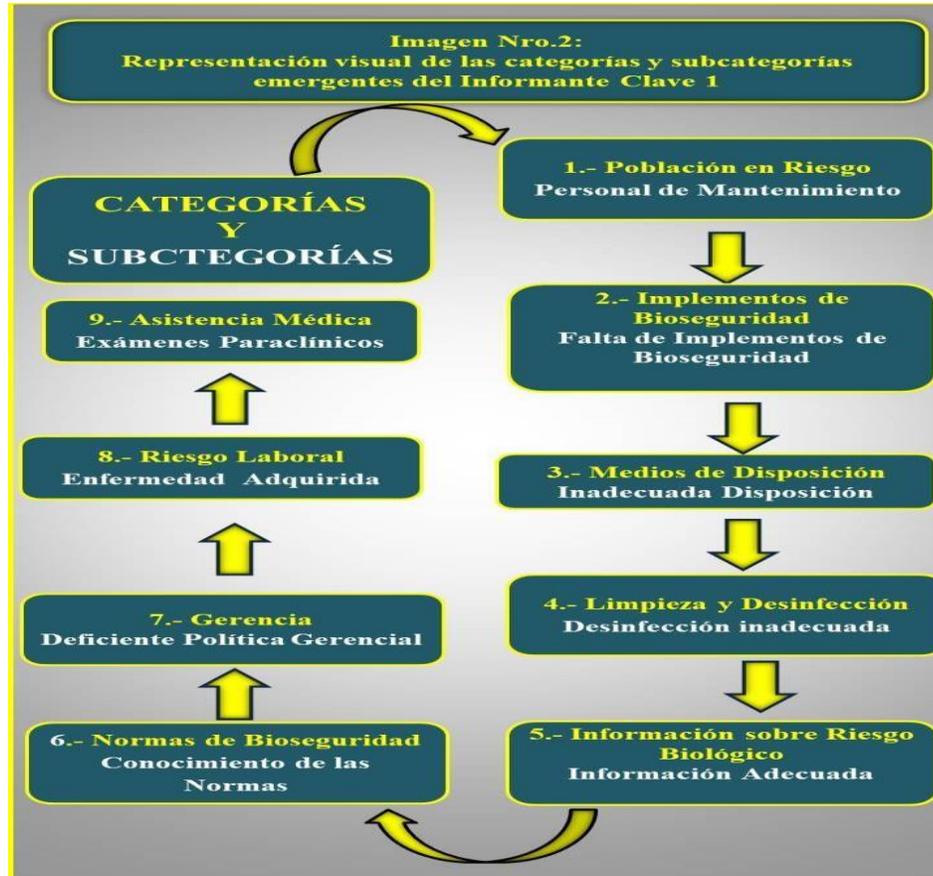
Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos del IC1

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGO Cat/SubCat
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento	PenR/PdM
Implementos de Bioseguridad	Falta de Implementos de Bioseguridad	IdB/FIB
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición	MdD/Id
Limpieza y Desinfección	Desinfección inadecuada	LyD/Di
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada	IsRB/IAd
Normas de Bioseguridad	Conocimiento de las Normas	NdB/CdlaN
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	G/DPG
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida	RL/EAd
Asistencia Médica	Exámenes Paraclínicos	Amed/ExP

Fuente: Elaboración propia (2024)

Posteriormente realizo la codificación de las categorías y subcategorías emergidas en el relato de este IC, podemos observar la imagen Nro. 2, en donde se representa visualmente las nueve (09) categorías resultantes con sus respectivas subcategorías emergidas de la información del Informante Clave 1. Esta imagen está representada de la siguiente manera.

Imagen Nro.2:
Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del Informante Clave 1



Fuente: Elaboración propia (2024)

A continuación, procedo a realizar la categorización abierta de la información recabada en la narrativa del Informante Clave 2 (IC2), que se realizó también el 17-08-2023, Este informante clave también es de sexo masculino, que para el momento de la entrevista tenía 42 años de edad y 11 años trabajando en el área de mantenimiento del hospital “Dr. Egor Nucete”. Después del análisis, de la información recabada se pasó a reorganizar esta información en categorías, subcategorías y codificación de cada una de ellas. Como se observa en el cuadro Nro. 22. Ulteriormente se puede ver el cuadro Nro. 23, con el sistema de categorías y de subcategorías emergidas del relato de este IC2.

Cuadro Nro. 22:

Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Dos (IC2)

Línea	Verbatim del Informante 2	Subcategorías	Categorías	Código
313	Buenas tardes, tengo 42 años de edad y desempeño	Personal de Mantenimiento	Población en Riesgo	PenR/PdM
314	labores de mantenimiento en el hospital, desde hace			
314	11 años, realizo la recolección de desechos como			
315	gasas, algodones, bolsas que contienen sangre,	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
316	<u>compresas.</u> Bueno, usted me pregunta <i>¿Cómo se</i>			
317	<i>realiza el manejo y la disposición final de esos</i>			
318	<i>desechos biológicos en ese centro hospitalario?</i>	Aseo Urbano Deficiente	Servicios Públicos	SP/AUrD
319	Bueno, primeramente <u>nosotros recogemos los</u>			
320	desechos que se generan en las distintas áreas del			
321	hospital, recolectando lo que es gasas usadas,			
322	algodones, y todo lo que se usa en esos sitios, luego			
323	se coloca en bolsas negras junto con los demás			
324	desechos comunes generados. <u>Luego se lleva al</u>			
325	<u>cuarto de basura para que el aseo se lo lleve, a veces</u>			
326	<u>este, dura una semana para pasar a recoger estos</u>			
327	<u>desechos, y eso comienza ya al segundo día a</u>			
328	<u>desprender malos olores.</u> Lo que es desecho de los			
329	servicios de traumatología, eeeee, como por			
330	ejemplo, cuando quitan una pierna, (eso es lo que le			
331	dicen amputación) verdad? o cuando hacen cesáreas,			
332	esos desechos se llevan al horno crematorio en			
333	bolsas plásticas bien selladas, donde allí hay un			
334	personal que recibe eso, nosotros solo nos			
335	encargamos de la recolección y puesta en el sitio			
336	del crematorio. Con respecto a la pregunta <i>¿Qué</i>			

1/5

Línea	Verbatim del Informante 2	Subcategorías	Categorías	Código
337	<i>conocimiento tiene sobre el manejo responsable de</i>	Poca Información	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/Pi
338	<i>los desechos biológicos? Pues la verdad no se</i>			
339	<i>mucho de eso, lo que sí es eso que manipulamos</i>			
340	<i> puede traernos muchas enfermedades, nos han dicho</i>	Gerencia	Deficiente Política Gerencial	G/DPG
341	<i> que sida, tuberculosis, hepatitis, que tenemos que</i>			
342	<i> cuidarnos mucho cuando manejemos eso. Pero fíjese</i>			
343	<i> como hacemos si el hospital muchas veces no tiene</i>	Concientización	Educación Ciudadana	EC/Con
344	<i> ni siquiera un pote de cloro para asear el sitio, que</i>			
345	<i> quedara para nosotros que necesitamos guantes,</i>			
346	<i> gorro, mascarilla. A veces tenemos que comprarlo</i>	Desconocimiento de la Norma Inadecuada Recolección	Normas de Bioseguridad Medios de Disposición	NdB/DdlaN MdD/Ir
347	<i> con nuestra plata, de por si el sueldo no alcanza y</i>			
348	<i> nos ponemos a gastar en eso no nos queda nada, es</i>			
349	<i> crítico la situación que vivimos en este hospital, y la</i>			
350	<i> gente es muy inconsciente no bota los algodones y</i>			
351	<i> las gasas en las papeleras, aunque bueno no hay</i>			
352	<i> muchas papeleras que digamos, creo que hace falta</i>			
353	<i> colocar más papeleras y que tengan tapa para que la</i>			
354	<i> gente los ponga allí así como lo que es potes de</i>			
355	<i> refresco, jugos, y otros más, lo que hacen es tirarlo</i>			
356	<i> en los pisos. Con respecto a la pregunta de que si</i>			
357	<i> ¿Sabía que existe una coloración para cada</i>			
358	<i> recipiente donde se colocan los desechos</i>			
359	<i> biológicos? Ehhh bueno, la verdad no lo sabía,</i>			
360	<i> porque como nunca los he visto aquí en el hospital</i>			
361	<i> como tal, sino que todo se coloca en cualquier</i>			
362	<i> papelera o en una caja de cartón cuando no hay</i>			
363	<i> envase de plástico o un tobo, una vez vi como dos</i>			

2/5

Línea	Verbatim del Informante Clave 2	Subcategorías	Categorías	Código
364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390	<p>amarillos (papeleras) pero eso no duro mucho tiempo en el hospital como que se los robaron porque no los vi más y pues desde entonces no han traído ningún otro, sino papeleras normales. <i>¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos?</i> Bueno <u>decir que existe un sistema de recolección de esos desechos en este hospital es mentira, porque la verdad no veo que se haga correctamente la recolección de esa basura. Prácticamente todo va a la basura común menos lo que es partes del cuerpo que se operan, eso, se llevan al lugar de cremación que está detrás del hospital cerca de la entrada de maternidad.</u> (El entrevistado se le observa con rabia al momento que comenta toda la situación que viven día a día en este centro hospitalario, especulando que es por las deficiencias que se presentan en el lugar de trabajo), donde según alega <u>existe mucha problemática en cuanto a la dotación de insumos e implementos necesarios para ejecutar sus labores diarias.</u> <i>¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores?</i> Bueeeeno, en mi opinión, <u>el hospital no cuenta con las equipos necesarias para el manejo de esos desechos, ya que al momento de retirar estos desechos de la distinta área no se cuenta con los materiales adecuados que</u></p>	<p>Inadecuada Disposición</p> <p>Deficiente Política Gerencial</p> <p>Falta de Implementos de Bioseguridad</p>	<p>Medios de Disposición</p> <p>Gerencia</p> <p>Implementos de Bioseguridad</p>	<p>MdD/Ir</p> <p>G/DPG</p> <p>IdB/FIB</p>

3/5

Línea	Verbatim del Informante Clave 2	Subcategorías	Categorías	Código
391	uno debe tener para realizar la limpieza, por	Falta de ejecución Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/FdE/DPG
392	ejemplos guantes, tapa bocas, bolsas entre otros.			
393	Para nosotros es de suma importancia que la o el			
394	director tome en cuenta todas nuestras inquietudes en			
395	el trabajo, hoy en día es toda una aventura la			
396	protección de todos nosotros que trabajamos en el			
397	área de limpieza, ya que no contamos con ese			
398	beneficio, nos hemos quejado y nos hemos reunidos			
399	para un mejor manejo de la recolección de la basura			
400	del hospital y también para que tengamos mejores			
401	condiciones de trabajo, ya que no solo se está	Desmotivación Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/Desm/DPG
402	poniendo en riesgo la vida de los pacientes sino			
403	también la salud de todos nosotros, sin embargo			
404	hasta ahora no hay mejoras ni repuesta sobre la			
405	protección hacia nosotros. Estoy disgustado,			
406	insatisfecho, de mis jefes, ya que hacen caso omiso a			
407	las necesidades del trabajador. <i>¿Qué tipo de</i>			
408	<i>inquietudes o experiencias puede mencionar</i>			
409	<i>respecto al manejo de estos materiales?</i> para			
410	nosotros la principal inquietud es no saber con			
411	exactitud a donde van esos materiales, ya que no			
412	tienen un lugar específico y forma correcta de			
413	retirarlos. Es decir no puede ser un cuarto de basura			
414	común sino un cuarto adecuado para esos materiales.			
415	Además es muy preocupante que no exista la			
416	separación de los mismos, opino que los guantes,			

Línea	Verbatim del Informante Clave 2	Subcategorías	Categorías	Código
417	gasas, todo lo que es látex deben ir separados de lo	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
418	que es de metal o acero. Una de las experiencias que			
419	he tenido es precisamente eso, tener cuidado al	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
420	momento de tocar una bolsa que contenga todo esos			
421	desechos, tener que agarrar sin ninguna protección			
422	en las manos metales, inyectadoras que no sabemos	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
423	qué tipos de enfermedades podamos contraer al			
424	momento de tocarlos. <u>La verdad más que una</u>	Preocupación	Reacciones Psicosociales	RPs/Pr
425	<u>experiencia es trabajar pensando en que espero no</u>			
426	<u>haberme infectado de nada. Solo por no tener las</u>			
427	<u>condiciones adecuadas de protección para mi trabajo.</u>			

Fuente: Elaboración propia (2024)

5/5

Cuadro Nro. 23:*Sistemas de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC2.*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición Inadecuada Recolección
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada Falta de Información
Gerencia	Deficiente Política Gerencial Falta de Ejecución Desmotivación
Reacciones Psicosociales	Preocupación

Fuente: Elaboración propia (2024)

Como se observa en el cuadro Nro. 23, cinco (5) categorías, de las cuales la primera fue: Población en Riesgo con su respectiva subcategoría que fue: Personal de Mantenimiento. 2. La segunda (2) categoría: Medios de Disposición que hizo referencia a dos subcategoría: Inadecuada Disposición e Inadecuada Recolección. Como tercera (3) categoría tenemos Información sobre Riesgo Biológico, con dos (2) subcategorías las cuales fueron: 1.- Información Adecuada y 2.- Falta de Información. Luego tenemos la cuarta (4) categoría que en este caso fue Gerencia con tres (3) subcategoría: Deficiente Política Gerencial, Falta de Ejecución y Desmotivación. Por último, la quinta categoría Reacciones Psicosociales con una (1) subcategoría que en este caso fue Preocupación.

Luego procedí a codificar cada una de las categorías y subcategorías respectivamente. Se configuró una matriz axial de acuerdo a Strauss y Corbin (2002), como se hizo anteriormente con los demás informantes claves, en donde se aprecia visualmente el conjunto de categorías, subcategorías y sus códigos de manera general, como resultados del análisis de los datos obtenidos de nuestro IC2. (Ver cuadro Nro. 24).

Posteriormente se observa la imagen Nro.3, en donde se representa visualmente las categorías y subcategorías emergentes de este informante clave IC2.

Cuadro Nro. 24:

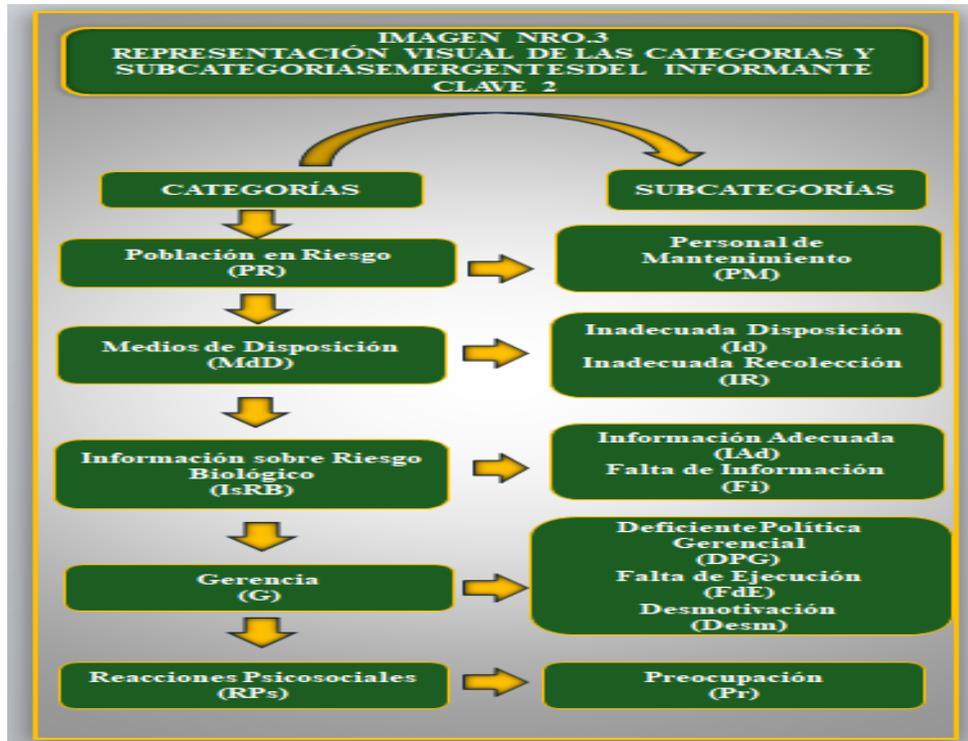
Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas de los relatos del IC2

CATEGORÍAS	SUB CATEGORÍAS	CÓDIGO Cat/SubCat
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento	PenR/PdM
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición Inadecuada Recolección	MdD/Id/IR
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada Falta de Información	IsRB/IAd/Fi
Gerencia	Deficiente Política Gerencial Falta de Ejecución Desmotivación	G/DPG/FdE/ Desm
Reacciones Psicosociales	Preocupación	RP/Pr

Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro. 3:

Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC2.



Fuente: Elaboración propia (2024)

A continuación, realicé la categorización abierta de la información recabada en la narrativa del Informante Clave 3 (IC3), que se realizó el 18-08-2023, Este informante clave es de sexo masculino, de 38 años de edad para el momento de la entrevista y con 14 años de experiencia en el área de mantenimiento del hospital “Dr. Egor Nucete” Después del análisis, de la información recabada se pasó a reorganizar esta información en categorías, subcategorías y codificación de cada una de ellas como se ha hecho con todos los IC.. En el cuadro Nro. 25 podemos observar la Categorización abierta de la entrevista realizada a este Informante Clave Tres (IC3). Las entrevistas se sistematizaron a través de matrices las cuales fueron identificadas enumeradas y cromatizadas respectivamente como en los caso anterior, luego pasé a reorganizar esta información de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC3 del ese verbatim, como lo vemos en el cuadro Nro.26.

Cuadro Nro. 25:

Categorización abierta de la entrevista realizada al Informante Clave Tres (IC3)

Línea	Verbatim del Informante Clave 3	Subcategorías	Categorías	Código
428	Trabajo en el área de mantenimiento del hospital Dr.	Personal de Mantenimiento	Personal en Riesgo	PenR/PdM
429	<u>Egor Nucete de San Carlos</u> , tengo 38 años de edad y			
430	con <u>14 años de experiencia en el área de</u>	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
431	<u>mantenimiento</u> . Se inicia la entrevista indicando al			
432	I.C que comente <i>¿Cómo se realiza el manejo y la</i>			
433	<i>disposición final de esos desechos biológicos en ese</i>			
434	<i>centro hospitalario?</i> Bueno, esteeeee, toda la basura			
435	en general se recoge <u>a diario y en cada momento,</u>			
436	eso incluye la de los quirófanos, pediatría,			
437	traumatología, obstetricia, laboratorio, y las demás			
438	partes. Todo se recoge y se coloca en bolsas negras,			
439	lo que es desechable y eso, pero lo que son restos de			
440	operaciones, de curación y placentas se lleva aparte	Aseo Urbano Deficiente	Servicios Públicos	SP/AUrD
441	en un envase para el horno crematorio donde está un			
442	compañero que solo se dedica a esa parte y es quien			
443	lo quema. Por lo general los médicos, enfermeras			
444	clasifican las inyectadoras, agujas, bisturí,			
445	macrogoteros, los colocan en envases tapados, pero			
446	cuando nosotros recogemos eso lo llevamos hacia el			
447	cuarto de basura donde se coloca todo y ahí			
448	desaparece la clasificación porque muchas veces se			
449	rompe la bolsa y se liga con todo lo que este allí en			
450	ese cuarto de basura, además <u>el camión del aseo</u>			
451	<u>recoge todo lo que allí este y nunca separan nada por</u>			
452	<u>lo que de nada sirve que nosotros clasifiquemos si</u>			

1/5

Línea	Verbatim del Informante Clave 3	Subcategorías	Categorías	Código
453	no se va a cumplir con el resto del trabajo. <i>¿Qué</i>	Poca Información	Información sobre Riesgo Biológico	IsRB/Pi
454	<i>conocimiento tiene sobre el manejo responsable de</i>			
455	<i>los desechos biológicos? Bueno yo sé lo básico que</i>			
456	<i>nos dicen cuando uno entra a trabajar en</i>	Inadecuada Disposición	Medios de Disposición	MdD/Id
457	<i>mantenimiento y cuando toca recoger la basura de</i>			
458	<i>los laboratorios, quirófano, y eso, que hay que tener</i>			
459	<i>cuidado cuando se recoja eso porque nos podemos</i>	Poco conocimiento de las Normas	Normas de Bioseguridad	NdB/PCdlaN
460	<i>cortar o puyar con cualquier cosa, aunque ya eso lo</i>			
461	<i>meten los doctores y enfermeras en envases de</i>			
462	<i>refresco y jugo con tapa. Por otra parte tengo que</i>			
463	<i>decir que nosotros no tenemos ningún equipo o</i>			
464	<i>utensilio de transporte de los desechos, sino que los</i>			
465	<i>tomamos en bolsas y se llevan al basurero del</i>			
466	<i>hospital. ¿Sabía que existe una coloración para</i>			
467	<i>cada recipiente donde se colocan los desechos</i>			
468	<i>biológicos? Para ser sincero lo he visto en las redes</i>			
469	<i>sociales que hospitales de otros países se utilizan</i>			
470	<i>colores diferentes de papeleras para saber dónde va</i>			
471	<i>cada tipo de basura que se produce en el hospital y</i>			
472	<i>así no se pueda contagiar la gente de cualquier cosa</i>			
473	<i>y ya se sabe para dónde va cada tipo de basura, pero</i>			
474	<i>aquí sinceramente no pasa, no ahora, muchos años</i>			
475	<i>atrás si trajeron unos de color amarillo pero eso fue</i>			
476	<i>un tiempito. Ahora lo que hay es tobos verdes y azul</i>			

Línea	Verbatim del Informante Clave 3	Subcategorías	Categorías	Código
477	que venden en los chinos, una que otra papelerera pero	Desconocimiento de las Normas	Normas de Bioseguridad	NdB/DdlaN
478	sin tapa con bolsas negras, de resto nada de eso que			
479	salen en los videos. <i>¿Cómo sería el sistema de</i>			
480	<i>recolección y disposición final de estos desechos?</i>			
481	Sistema!!! <u>La verdad eso en este hospital no existe, o</u>			
482	<u>sea, no que yo sepa que hay algo escrito, algo en un</u>			
483	<u>manual que diga cómo se debe hacer, las formas,</u>			
484	<u>como protegernos, no me han dado a conocer nada</u>			
485	<u>de eso, quizás si existe en papeles pero no se</u>			
486	<u>implementa porque como sabemos no hay nada</u>			
487	<u>como aplicar cualquier cosa de recolección ordenada</u>	Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/DPG
488	<u>y de cuidado para nosotros los trabajadores que</u>			
489	<u>siempre estamos expuestos a agarrar cualquier</u>			
490	<u>enfermedad haciendo nuestro trabajo. <i>¿Qué opina</i></u>			
491	<i>sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de</i>			
492	<i>los desechos biológicos y su rol en cuanto a la</i>			
493	<i>protección de los trabajadores? <u>Todos los</u></i>			
494	<u>directores cuando comienzan ofrecen muchas cosas</u>			
495	<u>que van arreglar, que hacer esto y aquello pero la</u>			
496	<u>verdad es que muchos no hacen nada, y uno reclama</u>			
497	<u>a los jefes y nos dicen es que ellos pasan la queja al</u>			
498	<u>director pero que él o ella dicen que esas cosas no</u>			
499	<u>pueden solucionarla por falta de recursos que el</u>			
500	<u>o ella dicen que esas cosas no pueden solucionarla</u>			
501	<u>por falta de recursos que el ministerio no envía lo</u>			

3/5

Línea	Verbatim del Informante Clave 3	Subcategorías	Categorías	Código
502	suficiente para cubrir ciertos gastos del hospital y	Deficiente Política Gerencial	Gerencia	G/DPG
503	que trabajemos como podamos, una vez un director			
504	nos dijo que si no podíamos trabajar en las			
505	condiciones que estamos pues que renunciáramos			
506	que gente había bastante buscando trabajo que no			
507	éramos indispensables, entonces uno ve esas			
508	actitudes y pues se le quitan las ganas de trabajar			
509	bien, hacer las cosas bien, pero bueno aquí estamos			
510	seguimos haciendo lo mejor que podemos, a pesar			
511	de las circunstancias. <i>¿Qué tipo de inquietudes o</i>			
512	<i>experiencias puede mencionar respecto al manejo</i>	Enfermedad Adquirida	Riesgo Laboral	RL/EAd
513	<i>de estos materiales? Una vez un compañero se puyó</i>			
514	<i>agarrando una bolsa de basura, por lo que a los</i>			
515	<i>pocos días comenzó a sentirse mal y tuvieron que</i>			
516	<i>hospitalizarlo, decían que era de hepatitis, pero</i>			
517	<i>nunca me enteré que fue la enfermedad que agarró</i>			
518	<i>con ese pinchazo, desde entonces hemos tenido</i>			
519	<i>mayor cuidado a la hora de manipular estas cosas,</i>			
520	<i>porque realmente no gozamos con un respaldo</i>			
521	<i>laboral oportuno, como un buen servicio hospitalario,</i>			
522	<i>menos de implementos de seguridad como guantes</i>			
523	<i>adecuados, lentes o pantallas faciales, trajes, calzado</i>			
524	<i>idóneo, pocas veces nos dan tapabocas y guantes</i>			
525	<i>quirúrgicos pero muy pocas veces, la mayoría</i>			
526	<i>ejecuta estas labores de forma desprotegida, como</i>			
527	<i>quien dice a la buena de Dios. Después de ese</i>			

4/5

Línea	Verbatim del Informante Clave 3	Subcategorías	Categorías	Código
528	accidente se escuchó que hubo otro trabajador			
529	que tuvo contacto con sangre con hepatitis y este			
530	contrajo supuestamente la enfermedad, pero muy			
531	poco se supo sobre el caso porque eso lo			
532	manejaron los jefes muy discretamente y a la			
523	final no se supo si fue solo un rumor o era cierto			
534	eso.			

Fuente: Elaboración propia (2024)

5/5

Cuadro Nro. 26:*Sistemas de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC3.*

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición
Servicios Públicos	Aseo Urbano Deficiente
Información sobre Riesgo Biológico	Poca Información
Normas de Bioseguridad	Desconocimiento de las Normas
Gerencia	Deficiente Política Gerencial
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida

Fuente: Elaboración propia (2024)

En este particular se puede observar en el cuadro 26, siete (7) categorías con sus respectivas subcategorías. Comenzamos con Población en Riesgo como primera categoría, con una (1) subcategoría: 1.- Personal de Mantenimiento. La segunda categoría fue Medios de Disposición con una (1) subcategoría llamada: Inadecuada disposición. Para la tercera (3) categoría se escogió Servicios Públicos con una (1) subcategorías: Aseo Urbano Deficiente. Como cuarta (4) categoría se escogió Información sobre Riesgo Biológico con una (1) subcategorías Poca Información. Luego como quinta (5) categoría tenemos Normas de Bioseguridad con dos (2) subcategorías: 1.- Poco conocimiento de las Normas 2.- Desconocimiento de las Normas.

La sexta (6) fue Gerencia con una (1) subcategorías: Deficiente Política Gerencial. Para la séptima (7) y última categoría nombramos al Riesgo Laboral con una (1) subcategorías Enfermedad Adquirida. Ahora bien, podemos observar en el cuadro 27, el sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC3, es decir, se presentan las categorías y subcategorías emergidas del verbatim del IC3 con sus respectivos códigos.

Cuadro Nro. 27:

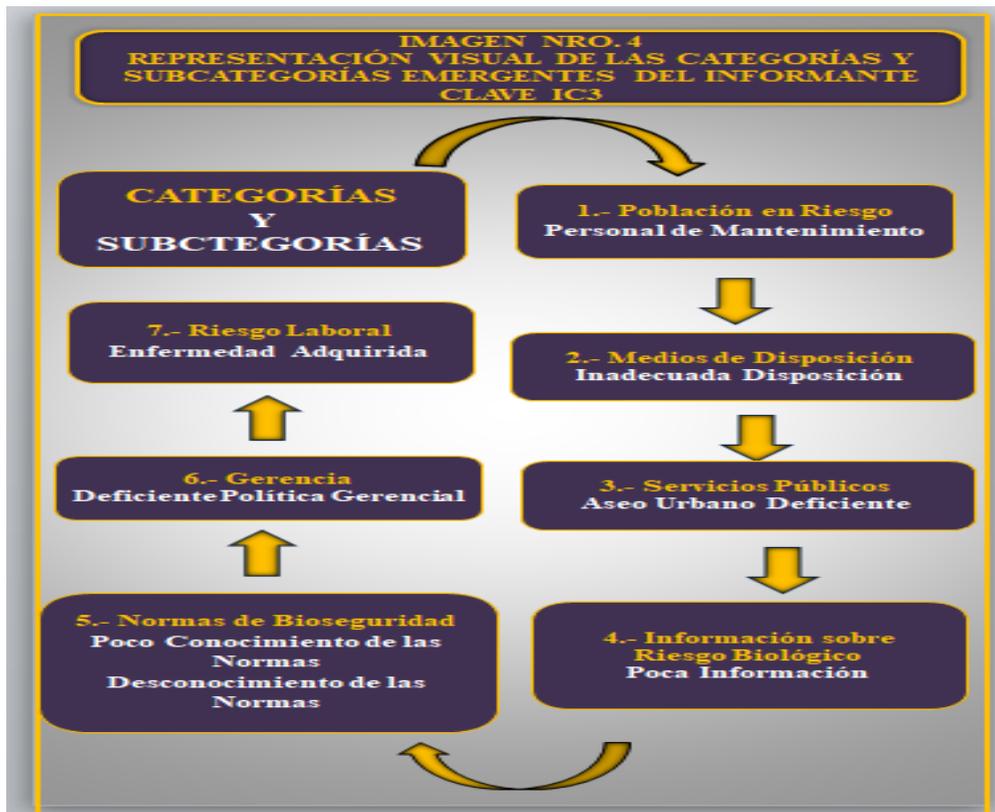
Sistemas de codificación de categorías y subcategorías emergidas del relato del IC3

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	CÓDIGO Cat/SubCat
Población en Riesgo	Profesional de Mantenimiento	PenR/PdM
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición.	MdD/Id
Servicios Públicos	Aseo Urbano Deficiente	SP/AUrD
Información sobre Riesgo Biológico	Poca Información	IsRB/Pi
Normas de Bioseguridad	Poco conocimiento de las Normas Desconocimiento de las Normas	NdB/PCdlaN/ DdlaN
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	G/DPG
Riesgo Laboral	Enfermedad Adquirida	RL/EAD

Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro. 4

Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del informante clave IC3.



Fuente: Elaboración propia (2024)

En la Imagen anterior, muestro la imagen Nro. 4, en donde se presenta la representación visual de las categorías y subcategorías que emergieron del verbatim IC-3, Aquí se plasman las siete (7) Categorías y las ocho (8) subcategorías emergidas. A continuación, seguimos con el cuadro Nro. 28, el cual se representa el resultado integrado de las Categorías y Subcategorías que emergieron de los relatos de los tres (3) informantes claves (IC1/IC2/IC3). Posteriormente en el cuadro Nro. 29 tendremos la confrontación axial de las categorías y subcategorías emergentes de los relatos de estos tres informantes claves.

Cuadro Nro. 28:

Representación del Resultado Integrado de las Categorías y Subcategorías que emergieron de los Relatos de los Informantes Claves (IC1-IC2-IC3).

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
	IC1	IC2	IC3
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento	Personal de Mantenimiento	Personal de Mantenimiento
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición	Inadecuada Disposición	Inadecuada Disposición
Información sobre Riesgo Biológico	Información Adecuada	Información Adecuada Falta de Información	Poca Información
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	Deficiente Política Gerencial Falta de Ejecución Desmotivación	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

1/1

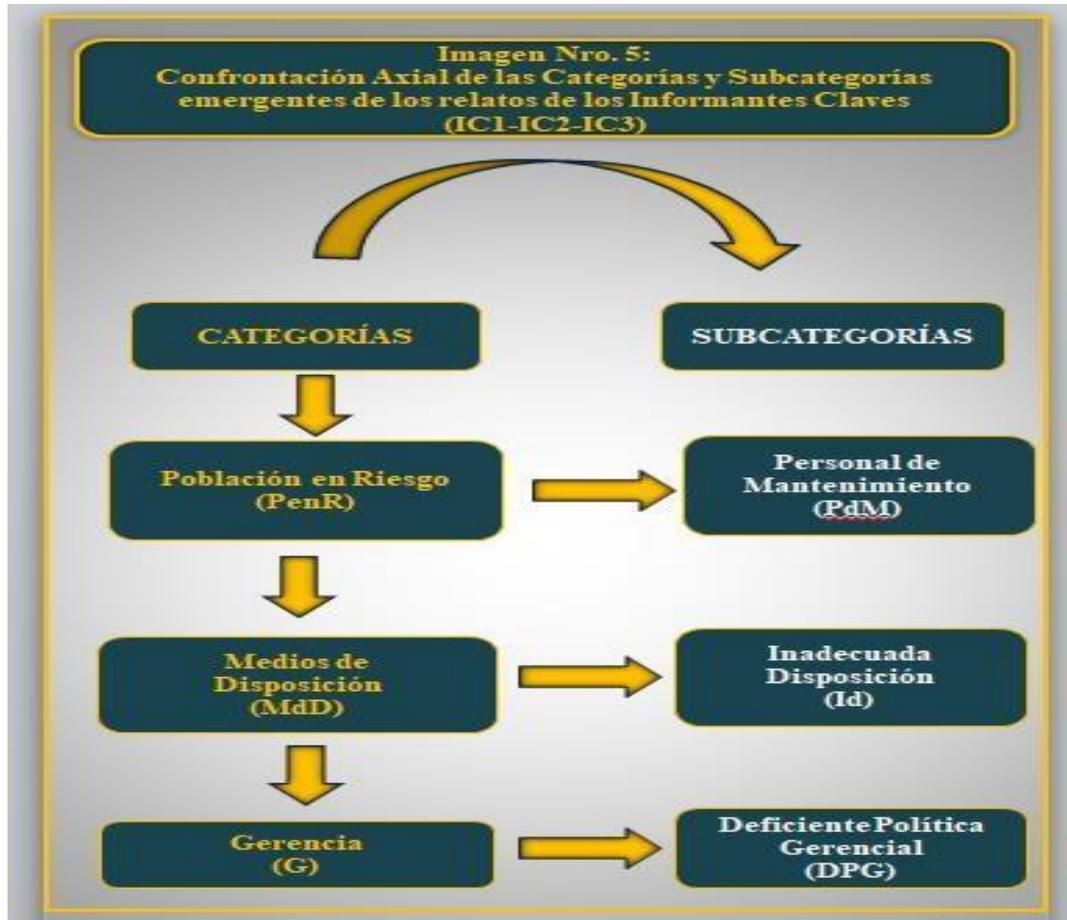
Cuadro Nro. 29:*Confrontación Axial de las Categorías y Subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves (IC1-IC2-IC3)*

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS		
	IC1	IC2	IC3
Población en Riesgo	Personal de Mantenimiento	Personal de Mantenimiento	Personal de Mantenimiento
Medios de Disposición	Inadecuada Disposición	Inadecuada Disposición	Inadecuada Disposición
Gerencia	Deficiente Política Gerencial	Deficiente Política Gerencial	Deficiente Política Gerencial

Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro. 5:

Confrontación Axial de las Categorías y Subcategorías emergentes de los relatos de los Informantes Claves (IC1-IC2-IC3)



Fuente: Elaboración propia (2024)

Seguidamente procedí a realizar la triangulación de las Categorías y Subcategorías emergidas de los relatos de los Informantes Claves (IC1-IC2-IC3). Esta triangulación sirvió para descodificar estas unidades de análisis emergentes. Posterior a esta descodificación, se establecieron tres (3) subcategorías finales que integraron las tres (3) categorías principales, En primer lugar, “Población en Riesgo con una (1) subcategoría: Personal de Mantenimiento. En segundo término, “Medios de Disposición” también con una (1) subcategoría: Inadecuada Disposición. La representación tres (3) fue “Gerencia”, igualmente con una (1) subcategoría:

“Deficiente Política Gerencial”. La triangulación al cierre de este cuarto escenario, se basó en el tipo de triangulación de sujetos, en la cual se verificó el punto de vista de los diversos informantes claves. El proceso consistió en comparar mediante un cuadro (adaptado), las subcategorías emergentes que fueron concurrentes en los discursos de estos sujetos en estudio, para efectuar una depuración, expurgando o desestimando aquellas unidades de análisis que emanaron del *verbatim* de dos, de los tres informantes claves, es decir, que solamente tomé en cuenta las subcategorías idénticas emergidas de los tres (3) informantes claves en esta investigación.

Aquí plasmé los resultados de este estudio, posterior a la descodificación de las narrativas, a través de lo que fue la entrevista a profundidad (abierta), que se les realizó. A continuación, podemos observar en los cuadros sucesivos, las diferentes categorías con sus respectivas subcategorías emergidas de esta descodificación con sus respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación. Y subsiguientemente se observará la imagen Nro.6 con la representación visual de las categorías y subcategorías emergentes de estos informantes claves.

Llevando la secuencia de los siguientes cuadros, comenzando con el cuadro Nro. 30, que representa la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Población en Riesgo”, la cual se cromatizo de color azul oscuro. Posteriormente pasamos a la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”, cromatizada de color verde oliva, como se puede evidenciar en el cuadro Nro. 31. Igualmente, en el cuadro Nro. 32, observamos la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia” cuyo Color fue: anaranjado oscuro.

A continuación, comienzo con las representaciones de las triangulaciones de las subcategorías emergidas.

Cuadro Nro. 30:

Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Población de Riesgo”

Categoría de Análisis y Código: **POBLACIÓN EN RIESGO (PenR) Color: AZUL OSCURO**

SUBCATEGORÍA Y CÓDIGO	IC1	IC2	IC3
Personal de Mantenimiento (PdM)	Población en Riesgo PenR/PdM/IC1 Líneas: 208-213	Población en Riesgo PenR/PdM/IC2 Líneas: 314-316	Población en Riesgo PenR/PdM/IC3 Líneas: 428-431
TRIANGULACIÓN			
<p>El cuadro que aquí muestro, fue el resultado obtenido de la descodificación de la categoría “POBLACIÓN EN RIESGO”. Se revela que la subcategoría “Personal de Mantenimiento” coincide en la narrativa de los tres (3) informantes claves de este trabajo de grado, en consecuencia esta es la subcategoría que resaltó durante el momento de la descodificación de los verbatim de estos sujetos en estudio. Esta categoría y subcategoría se cromatizó de color azul oscuro, y se plasmó en el cuadro Nro.30 con sus respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación.</p>			

Fuente: Elaboración propia (2024)

1/1

Cuadro Nro. 31:*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”*Categorías de Análisis y Código: **MEDIOS DE DISPOSICIÓN (MdD) Color: VERDE OLIVA**

SUBCATEGORÍA Y CÓDIGO	IC1	IC2	IC3
Inadecuada Disposición (Id)	Medios de Disposición MdD/Id /IC1 Líneas: 225-229 Líneas: 234-237 Líneas: 257-259 Líneas: 267-270	Medios de Disposición MdD/Id /IC2 Líneas: 319-324 Líneas: 361-363 Líneas: 369-376 Líneas: 410-418 Líneas: 419-424	Medios de Disposición MdD/Id /IC3 Líneas: 435-450 Líneas: 463-466
TRIANGULACIÓN			
<p>Al realizar la triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Medios de Disposición”, develo que “Inadecuada disposición” forma parte concurrente del discurso de los dos (2) ICP. Cuya categoría y subcategoría se cromatizó de color verde oliva,. En el cuadro anterior la observamos con sus respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación. Por lo tanto, ésta será la única (1) unidad de análisis emergente que pasará a integrar dicha categoría, en la siguiente fase del proceso hermenéutico.</p>			

Fuente: Elaboración propia (2024)**1/1**

Cuadro Nro. 32:

Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría “Gerencia”

Categorías de Análisis y Código: **GERENCIA (G) Color: ANARANJADO OSCURO**

SUBCATEGORÍA Y CÓDIGO	IC1	IC2	IC3
<p>Deficiente Política Gerencial (DPG)</p>	<p>Deficiente Política Gerencial G/DPG /IC1 Líneas: 275-291 Líneas: 304-312</p>	<p>Deficiente Política Gerencial G/DPG /IC2 Líneas: 342-347 Líneas: 381-383 Líneas: 393-407</p>	<p>Deficiente Política Gerencial G/DPG /IC3 Líneas: 493-511 Líneas: 520-526</p>
TRIANGULACIÓN			
<p>Esta categoría y subcategoría la cromaticé de color anaranjado oscuro. La triangulación de la subcategoría emergida dentro de la categoría “Gerencia” reveló que la “deficiente política gerencial” forma parte concurrente del discurso de los dos (2) informantes claves preliminares. En consecuencia, ésta será la unidad de análisis emergente que integrará dicha categoría. En este cuadro observamos los respectivos códigos, cromatización y sus respectivas líneas de ubicación.</p>			

Fuente: Elaboración propia (2024)

1/1

La triangulación efectuada en las páginas precedentes, sirvió para descodificar las unidades de análisis emergentes, así que posterior a esta decantación, se establecieron las tres (3) subcategorías finales que integraron las tres (3) categorías principales, Podemos ver en la imagen Nro. 6 la representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del *verbatim* de los tres (3) informantes claves con sus respectivos códigos.

Imagen Nro. 6:

Representación visual de las categorías y subcategorías emergentes del verbatim de los informantes claves (IC1-IC2-IC3)



Fuente: Elaboración propia (2024)

Después de realizar la triangulación de las categorías y subcategorías emergidas pasamos a la comprensión e interpretación de cada una de ellas. Cuando se analizan los datos, existen dos niveles de explicaciones, de los cuales tenemos, primero las palabras usadas que en mi caso serían la información suministrada por mis informantes claves, y segundo, las conceptualizaciones que el investigador hace en relación de aquéllas. En este Trabajo de Grado (TG), opté por escoger la descripción normal, que según Martínez (ob. cit.), es en donde las palabras y las acciones de las personas observadas hablan por sí mismas al lector (p. 276). Estos estudios descriptivos tienen poca o ninguna interpretación o estructuración, por lo que el lector de la investigación deberá sacar sus propias conclusiones y generalizaciones (*Ibidem*).

También en esta investigación, utilicé la descripción endógena, que según este mismo autor (Martinez), es, en donde algunas relaciones entre las categorías se desarrollan, básicamente, partiendo de la propia información, de los informantes” (*Ibidem*). Aquí se realizó el proceso de comprensión, con las teorías sustantivas planteadas en el momento II o sea, recorrido teórico, para hacer emerger una interpretación resignificada del fenómeno en estudio. A continuación, comenzaremos con la comprensión e interpretación de los significados que emergieron de la relación intersubjetiva entre el sujeto cognoscente y los informantes claves.

Podemos observar en el cuadro Nro. 33, la comprensión e interpretación de los resultados de la relación entre el investigador y los IC sobre la categoría “Población en Riesgo” y su subcategoría “Personal de Mantenimiento”. Posteriormente se evidencia en el cuadro Nro. 34 la comprensión e interpretación de la categoría Medios de Disposición con su respectiva subcategoría Inadecuada Disposición y para culminar con el proceso de comprensión e interpretación la tercera y última categoría emergida Gerencia con su subcategoría Deficiente Política Gerencial.

Cuadro Nro. 33:

Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la relación entre el investigador y el IC sobre la categoría Población de Riesgo.

Categoría de Análisis y Código: Población en Riesgo (PenR)

Sub Categoría y Código: Personal de Mantenimiento (PdM)

Categoría de Análisis y Código: Población en Riesgo (PenR)	
Sub Categoría y Código: Personal de Mantenimiento (PdM)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>[PenR/PdM/IC1]: Tengo 48 años de edad y 15 años laborando en el área de mantenimiento aquí en el Hospital Dr. Egor Nucete, aquí en San Carlos, realizo la recolección de desechos biológicos, en sala de parto, quirófano, cirugía, medicina interna, neonato. (Líneas:208-213). [PenR/Pd/ IC2]: labores de mantenimiento en el hospital, desde hace 11 años, realizo la recolección de desechos como gasas, algodones, bolsas que contienen sangre, compresas. (Líneas: 314-316). PenR/PdMP/IC3]: Trabajo en el área de mantenimiento del hospital Dr. Egor Nucete de San Carlos, tengo 38 años de edad y con 14 años de experiencia en el área de mantenimiento. (Líneas: 428-431).</p>	<p>Al analizar la información suministrada por mis Informantes Claves con respecto a la categoría “Población en Riesgo” y su subcategoría “Personal de Mantenimiento”, puedo decir, que los tres coinciden en que son trabajadores del sector salud, especialmente en mantenimiento en el área de recolección de desechos, por lo que están más expuestos a sufrir accidentes por exposición, ya que ellos están en contacto directo con objetos e insumos que pueden conllevar una penetración a través de la piel, como por ejemplo agujas u otros objetos punzantes o cortantes contaminado con sangre u con otros fluidos potencialmente infecciosos o con tejidos o desechos biológicos de pacientes de determinadas áreas. Existen normas y/o reglamentos de bioseguridad en el ámbito laboral en salud, que indican cómo se deben proteger de las infecciones a las que están expuestos estos trabajadores, pero, si estas normas no se cumplen, ya sea por falta de conocimiento, desidia y miedo entre otras, no se logrará el objetivo de prevenir estos accidentes laborales. Galíndez, L, Rodríguez, Y. (2007) nos refieren que “este sector no puede estar exento de riesgo cuando la vida de un trabajador de la salud se ve amenazada continuamente por la posibilidad de infectarse o morir a causa de un accidente con material contaminado”.</p>

Categoría de Análisis y Código: Población en Riesgo (PenR)
Sub Categorías y Códigos: Personal de Mantenimiento (PdM)
Interpretación
<p>Los desechos biológicos de los centros de salud, constituyen un factor importante de riesgo para el personal que interviene en su manipulación y al mismo tiempo contribuyen a la contaminación del medio ambiente. Los trabajadores de salud se enfrentan a una gran variedad de riesgos en el trabajo, entre los cuales tenemos los accidentes laborales, que lo podemos definir como aquél suceso que ocurre ejerciendo su trabajo, su labor y el cual puede provocar lesión corporal o perturbación funcional y mental que consigue causar la pérdida o reducción, permanente o temporaria, de la capacidad del trabajo e inclusive la muerte. El personal que labora en el área de mantenimiento en los centros de salud, se encuentra en riesgo por exposición ocupacional, ya que ellos, son quienes manejan los contenedores de desechos, los que recolectan estos residuos desde el lugar donde se generan y los trasladan a las áreas de almacenamiento y tratamiento. Este personal maneja los desechos tanto dentro como fuera del establecimiento de salud, a veces no cuentan con suficiente capacitación y entrenamiento o carecen de facilidades e instalaciones apropiadas para el manejo y tratamiento de estos desechos, de equipos y de herramientas de trabajo o de elementos de protección adecuados por lo que pueden verse expuestos al contacto directo con gérmenes patógenos o a la exposición de objetos cortopunzantes, como agujas de jeringas, bisturíes, trozos de vidrio u hojillas de afeitar que no han sido envasados en recipientes o contenedores apropiados. El principal riesgo de estos trabajadores lo constituye el desecho que no es depositado en los recipientes adecuados. Ahora bien, el mayor riesgo de transmisión lo constituyen los objetos cortopunzantes contaminados, ya que pueden causar cortadas o punciones e infectar las heridas con los mismos agentes infecciosos, por lo que la exposición a estos desechos biológicos pueden traer como consecuencia la aparición de enfermedades infecciosas como son las hepatitis B y C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causadas ambas por agentes patógenos transmitidos por la sangre contaminada. Estos trabajadores, al cumplir con su trabajo se están exponiendo a cualquier accidente laboral y contaminarse con cualquier microorganismo, pero también cumpliendo con su labor llevan una mejor calidad de vida garantizando la salud de los usuarios.</p>

Fuente: Elaboración propia (2024)

2/2

Cuadro Nro. 34:

Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la relación entre el investigador y el IC sobre la categoría Medios de Disposición

Categoría de Análisis y Código: Medios de Disposición (MdD)

Sub Categoría y Código: Inadecuada Disposición (Id)

Categoría de Análisis y Código: Medios de Disposición (MdD)	
Sub Categoría y Código: Inadecuada Disposición (Id)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>[MdD/Id /IC1]: Una vez se realiza la limpieza en el área asignada estos desechos son recolectados en bolsas comunes y llevados al crematorio que se encuentra en la parte inferior del hospital (Líneas:225-229). En cuanto a las agujas, bisturí, escalpe eran manipulados por el personal de enfermería y médicos, ellos se encargan de colocarlo en recipientes con tapa y lo movilizaban a otro lugar (Líneas:234-237). Se usan otros tipos de envases por ejemplo potes de refrescos con tapa, de jugos, y así otros más (Líneas: 257-259). Una vez que nosotros realizamos la recolección y se coloca en bolsas negras, lo llevamos al crematorio y allí hay un personal que se encarga de quemar (Líneas 267-270).[MdD/Id/IC2]: Nosotros recogemos los desechos que se generan en las distintas áreas del hospital, recolectando lo que es gasas usadas, algodones, y todo lo que se usa en esos sitios, luego se coloca en bolsas negras junto con los demás desechos comunes, generados (Líneas: 319 - 324).</p>	<p>La inadecuada separación, recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de los desechos puede provocar daños físicos serios, e infecciones graves a las personas que forman parte del equipo de manipulación de estos residuos. Según el Boletín de Malariología y Salud Ambiental. Volumen LXII. Enero-Febrero, 2022 “Los desechos sanitarios se consideran los segundos desechos más peligrosos del mundo después de los desechos radiactivos, estos abarcan diversas formas, como objetos punzocortantes, partes del cuerpo humano, sangre, desechos químicos, desechos farmacéuticos y dispositivos médicos. (p.63). Todo este riesgo infeccioso puede ser controlado mediante un manejo adecuado de los desechos biológicos hospitalarios. El gerente, con el argumento de no disponer de recursos para adquirir los equipos, materiales e insumos apropiados para el manejo de los desechos.</p>

1/4

Categoría de Análisis y Código: Medios de Disposición (MdD)	
Sub Categoría y Código: Inadecuada Disposición (Id)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>todo se coloca en cualquier papelera o en una caja de cartón cuando no hay envase de plástico o un tobo (Líneas: 361-363). Decir que existe un sistema de recolección de esos desechos en este hospital es mentira, porque la verdad no veo que se haga correctamente la recolección de esa basura. Prácticamente todo va a la basura común menos lo que es partes del cuerpo que se operan, eso, se llevan al lugar de cremación que está detrás del hospital cerca de la entrada de maternidad (Líneas: 369-376). La principal inquietud es no saber con exactitud a donde van esos materiales, ya que no tienen un lugar específico y forma correcta de retirarlos. Es decir, no puede ser un cuarto de basura común sino un cuarto adecuado para esos materiales. Además es muy preocupante que no exista la separación de los mismos, opino que los guantes gasas, todo lo que es látex deben ir separados de lo que es de metal o acero (Líneas: 410-418). Precisamente eso, tener cuidado al momento de tocar una bolsa que contenga todo esos desechos, tener que agarrar sin ninguna protección en las manos metales, inyectoras que no sabemos qué tipos de enfermedades podamos contraer al momento de tocarlos (Líneas: 419-424).[MdD/Id /IC3]: A diario y en cada momento, eso incluye la de los</p>	

Categoría de Análisis y Código: Medios de Disposición (MdD)	
Sub Categoría y Código: Inadecuada Disposición (Id)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>quirófanos, pediatría, traumatología, obstetricia, laboratorio, y las demás partes. Todo se recoge y se coloca en bolsas negras, lo que es desechable y eso, pero lo que son restos de operaciones, de curación y placentas se lleva aparte en un envase para el horno crematorio donde está un compañero que solo se dedica a esa parte y es quien lo quema. Por lo general los médicos, enfermeras clasifican las inyectadoras, agujas, bisturí, macrogoteros, los colocan en envases tapados, pero cuando nosotros recogemos eso lo llevamos hacia el cuarto de basura donde se coloca todo y ahí desaparece la clasificación porque muchas veces se rompe la bolsa y se liga con todo lo que este allí en ese cuarto de basura(Líneas:435-450). Nosotros no tenemos ningún equipo nosotros no tenemos ningún equipo o utensilio de transporte de los desechos, sino que los tomamos en bolsas y se llevan al basurero del hospital (Lineas: 463-466).</p>	
Interpretación	
<p>El tratamiento y la disposición inadecuados de los desechos biológicos suponen serios riesgos de transmisión de enfermedades secundarias entre los trabajadores de la salud especialmente los que laboran en el área de mantenimiento, debido a la exposición a agentes infecciosos donde los desechos se eliminan de forma incorrecta. El inadecuado manejo de los desechos biológicos incrementa el riesgo de adquirir alguna lesión producto de un accidente laboral a través de material contaminado. Las heridas con objetos cortopunzantes pueden transmitir posiblemente todo tipo de infección, o enfermedades profesionales, aunque las más frecuentes son: hepatitis B y C y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Todas estas actividades</p>	

3/4

Categoría de Análisis y Código: Medios de Disposición (MdD)
Sub Categoría y Código: Inadecuada Disposición (Id)
Interpretación
<p>realizadas incorrectamente influyen en el convivir diario de todos el personal de salud, especialmente los del área mantenimiento ya que muchas veces están preocupados por no saber exactamente cuál es la disposición final de estos residuos y temen contaminarse así como lo menciona el IC2 en su relato: “La principal inquietud es no saber con exactitud a donde van esos materiales, ya que no tienen un lugar específico y forma correcta de retirarlos. Es decir, no puede ser un cuarto de basura común sino un cuarto adecuado para esos materiales. Además, es muy preocupante que no exista la separación de los mismos, opino que los guantes, gasas, todo lo que es látex deben ir separados de lo que es de metal o acero” (Líneas: 410-418). “Precisamente eso, tener cuidado al momento de tocar una bolsa que contenga todo esos desechos, tener que agarrar sin ninguna protección en las manos metales, inyectadoras que no sabemos qué tipos de enfermedades podamos contraer al momento de tocarlos” (Líneas: 419-424).</p>

Fuente: Elaboración propia (2024)

4/4

Cuadro Nro. 35:

Comprensión e Interpretación de los significados que emergieron de la relación entre el investigador y el IC sobre la categoría Gerencia.

Categoría de Análisis y Código: Gerencia (G)

Sub Categoría y Código: Deficiente Política Gerencial (DPG)

Categoría de Análisis y Código: Gerencia (G)	
Sub Categoría y Código: Deficiente Política Gerencial (DPG)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>[G/DPG /IC1]: la verdad es queeee, ellos no toman cartas en el asunto de nuestra protección, muchas veces tenemos que comprar de nuestro bolsillo, porque no nos dan los implementos necesarios para poder realizar nuestras labores, y como nosotros tenemos que protegernos para no enfermarnos nos toca por nuestra propia cuenta, pienso que la gerencia, los directores, deberían tener más consideración con nosotros los que trabajamos en mantenimiento porque estamos más expuestos a contraer cualquier enfermedad a causa de manipular esos desechos biológicos. Vemos que no nos prestan atención cuando le exigimos guantes, tapabocas, lentes, gorro, lo que nos dicen es que no, que la dirección no les da la dotación por falta de recursos, que el bloqueo de Estados Unidos no les permite traer esos insumos a Venezuela (Líneas: 275-291). Los jefes mayores tienen que estar conscientes que tienen que proteger a los trabajadores para que no siga sucediendo este tipo de cosas. Se le indica como orientación que como por</p>	<p>Las Políticas Gerenciales buscan orientar por medio de directrices, la acción de las estrategias para el logro de los objetivos. Estas políticas se detienen también en las relaciones interpersonales y en el equipo de trabajo en donde sus líderes les cuesta mucho crear este tipo de ambientes en donde deben estar dispuestos a escuchar y cambiar de decisión, pero no siempre lo están, por lo que a veces hacen "promesas" a los empleados y que después no se cumplen. En algunos países, los residuos sanitarios no han recibido la atención que merecen, esto se debe a los recursos inadecuados que les llega, lo que da como resultado una baja prioridad para la gestión de los mismos. Así mismo, el conocimiento inadecuado y las prácticas de gestión insatisfactorias entre los trabajadores de la salud puede verse afectada por la falta de capacitación formal, la carencia de conocimiento sobre el manejo de ellos e incluso por interés limitado por parte de la administración del centro de salud. El gerente, con el argumento de no disponer de recursos para adquirir los insumos, equipos y/o materiales apropiados para el manejo necesarios para garantizar la salud de los trabajadores se desliga de toda su responsabilidad.</p>

--	--

Categoría de Análisis y Código: Gerencia (G)	
Sub Categoría y Código: Deficiente Política Gerencial (DPG)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>ejemplo las agujas, los bisturí no deben ir ligados con los desechos comunes porque existe el riesgo que los trabajadores tanto del centro hospitalario como de los del aseo urbano puedan pincharse o cortarse y contraer cualquier infección. (Líneas: 304-312).[G/DPG /IC2]: Pero fíjese como hacemos si el hospital muchas veces no tiene ni siquiera un pote de cloro para asear el sitio, que quedara para nosotros que necesitamos guantes, gorro, mascarilla. A veces tenemos que comprarlo con nuestra plata (Líneas: 342-347). existe mucha problemática en cuanto a la dotación de insumos e implementos necesarios para ejecutar sus labores diarias (Líneas: 381-383). Para nosotros es de suma importancia que la o el director tome en cuenta todas nuestras inquietudes en el trabajo, hoy en día es toda una aventura la protección de todos nosotros que trabajamos en el área de limpieza, ya que no contamos con ese beneficio, nos hemos quejado y nos hemos reunidos para un mejor manejo de la recolección de la basura del hospital y también para que tengamos mejores condiciones de trabajo, ya que no solo se está poniendo en riesgo la vida de los pacientes sino también la salud de</p>	

<p>todos nosotros, sin embargo hasta ahora no hay mejoras ni repuesta sobre la protección hacia</p>	
---	--

2/4

Categoría de Análisis y Código: Gerencia (G)	
Sub Categoría y Código: Deficiente Política Gerencial (DPG)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
<p>nosotros. Estoy disgustado, insatisfecho, de mis jefes, ya que hacen caso omiso a las necesidades del trabajador. (Lineas:393-407).[G/MPG /IC3]: Todos los directores cuando comienzan ofrecen muchas cosas que van arreglar, que hacer esto y aquello pero la verdad es que muchos no hacen nada, y uno reclama a los jefes y nos dicen es que ellos pasan la queja al director pero que él o ella dicen que esas cosas no pueden solucionarlas por falta de recursos que el ella dicen que esas cosas no pueden solucionarlas por falta de recursos que el ministerio no envía lo suficiente para cubrir ciertos gastos del hospital y que trabajemos como podamos, una vez un director nos dijo que si no podíamos trabajar en las condiciones que estamos pues que renunciáramos que gente había bastante buscando trabajo que no éramos indispensables, entonces uno ve esas actitudes y pues se le quitan las ganas de trabajar bien, hacer las cosas bien, pero bueno aquí estamos seguimos haciendo lo mejor que podemos, a pesar de las circunstancias (Líneas: 493-511). no gozamos con un respaldo laboral oportuno, como un buen servicio hospitalario, menos de implementos de seguridad como guantes</p>	

adecuados, lentes o pantallas faciales, trajes, calzado idóneo, pocas veces nos dan tapabocas y guantes	
---	--

3/4

Categoría de Análisis y Código: Gerencia (G)	
Sub Categoría y Código: Deficiente Política Gerencial (DPG)	
Información Develada por los Informantes Claves	Comprensión
quirúrgicos pero muy pocas veces, la mayoría ejecuta estas labores de forma desprotegida (Líneas: 520-526).	
Interpretación	
<p>La falta de conciencia de los peligros que los desechos sanitarios pueden entrañar para la salud, la deficiente capacitación en gestión de desechos, la ausencia de sistemas de gestión y evacuación de residuos, la escasez de recursos humanos y económicos y la poca prioridad otorgada a esta cuestión, figuran entre los problemas más frecuentemente asociados a los desechos sanitarios especialmente los biológicos. Por otro lado, hay muchos países que carecen de una reglamentación adecuada en la materia o que, aun teniéndola, no la hacen cumplir. La gestión de los desechos sanitarios requiere una mayor atención y diligencia para eliminar la importante carga de morbilidad asociada a la práctica inapropiada, incluida la exposición a agentes infecciosos y sustancias tóxicas. <i>Craig Himpan (2020)</i>, nos dice que cuando los gerentes no son capaces de implementar los principios gerenciales y cuando estos errores gerenciales no son puestos al descubierto y corregidos, estamos en presencia de una deficiente política gerencial. Para evitar esta situación, los líderes deben crear ambientes genuinamente abiertos donde las ideas y las opiniones sean respetadas y debatidas, y no se prejuzgue a nadie inmediatamente. Esto significa preocuparse genuinamente por las ideas y sentimientos de los empleados no solo porque es lo correcto sino porque crea un sistema de contrabalances a la hora de tomar decisiones apegadas a la vocación del servicio público.</p>	

Fuente: Elaboración propia (2024)

4/4

MOMENTO V

REFLEXIONES NO CONCLUYENTES

Cuando observamos a una persona colocar un desecho en un recipiente de desecho, pensamos que eso llega hasta ahí, pero realmente no es así, esto es solo un paso de todo el proceso que conlleva a la realización del manejo adecuado de cualquier tipo de desecho, principalmente en los centros de salud en donde se manipulan todo tipo de residuos especialmente los biológico, también llamado peligrosos, Sin embargo, la realidad que actualmente vivimos en este tipo de instituciones es totalmente diferente a la que quisiéramos que fuera, ya que, la recolección, transporte y disposición final de estos desechos peligrosos se manejan de manera errónea y sin ningún tipo de control desde el ámbito sanitario y ambiental.

Existen empresas privadas que se encargan de este tema (recolección y disposición final), pero que por ser costosos sus servicios el estado venezolano se ha limitado al uso del mismo, optando por realizar actividades y formas diferentes de darle un control a estos desechos por la vía autogestionada, solo que no son los idóneos, en este caso debería existir un sistema de gestión integral de recolección, transporte y disposición final de estos desechos, que se ejecute de manera correcta, ya que el personal encargado de manipular esos desechos (personal de mantenimiento), están constantemente en riesgo de contraer algún tipo de enfermedad por accidente laboral y a su vez contaminar a su familia.

Puedo decir, que en cuanto a la recolección, transporte y disposición final realizada en el establecimiento de salud en estudio, no se realiza de la manera correcta, dado que se pudo observar al personal de mantenimiento ejecutando sus labores sin equipos de protección, de igual manera los recipientes no son los adecuados, ya que son envases sencillos, sin las respectivas medidas de bioseguridad. Por otra parte el tema gerencial fue muy significativo en esta investigación, porque recae en estos gerentes la responsabilidad de suministrar los recursos y equipos aptos para la realización de esas actividades de manera ordenada y segura que garantiza la salud de los trabajadores de este centro de salud, aunado también a los usuarios.

Como inspector de salud, pienso que se debe implementar un sistema integral, que determine las responsabilidades, la asignación de recursos y los procesos de manipulación y evacuación de desechos. Esto sería un proceso a largo plazo que pasa por la introducción de mejoras graduales. Así mismo, sensibilizar acerca de los riesgos ligados a los desechos sanitarios y ampliar los conocimientos acerca de las prácticas seguras y fiables. Seleccionar métodos de gestión seguros y ecológicamente, a fin de proteger a las personas de todo peligro en los procesos de recogida, manipulación, almacenaje, transporte, tratamiento o eliminación de desechos. Además, algo muy importante como lo es la implementación de estrategias que para dar cursos de protección de la salud y seguridad sanitaria.

Acciones a Ejecutar en el Hospital Objeto de Estudio

El conocimiento acerca de los peligros y riesgos que pueden existir en cualquier centro de trabajo son indispensables para evitar accidentes, lesiones y enfermedades a cualquier trabajador y al público en general, es por ello que es menester aplicar acciones que puedan ser efectivas a corto y mediano plazo en el centro de salud en estudio, el cual se pueden recomendar algunas de ellas:

- 1) Diseño de un formato y realizar un censo actualizado del personal adscrito al Departamento de Mantenimiento, para formalizar la capacitación asertiva a estos trabajadores, de manera de concientizarlos en el ámbito de la seguridad laboral, como lo es la prevención de accidentes y enfermedades producidas por el manejo de desechos biológicos.
- 2) Ejecución de un plan de capacitación programado al personal profesional de alto riesgo de contraer infecciones por la manipulación de desechos biológicos (bionalistas, enfermeras (os), médicos, paramédicos, entre otros). Con el fin de formar en materia de seguridad y prevención de accidentes y enfermedades intrahospitalarias.

- 3) Fomento de planes de formación a la directiva del hospital, así como además formación en cuanto a las responsabilidades inherentes a sus cargos y de las sanciones respectivas por omisión al cumplimiento de sus deberes.
- 4) Suministro material e insumos de protección personal a los trabajadores del área de mantenimiento y profesional de alto riesgo, como lo es tapabocas, lentes o pantallas protectoras según sea el caso, trajes o indumentaria adecuada, de uso frecuente y ser supervisada periódicamente su uso correcto.
- 5) Jornadas de vacunación tanto al personal de mantenimiento como al personal profesional de alto riesgo, además de hacer el seguimiento periódico de aplicación de acuerdo al esquema de vacunación.
- 6) Evaluación clínica, incluida la serología al personal de alto riesgo y mantenimiento que realiza la recolección de los desechos biológicos.
- 7) Disposición de recipientes para depositar los desechos biológicos acorde a lo estipulado al Decreto Presidencial 2.218.
- 8) Promoción de jornadas de divulgación de información a los usuarios que visitan el centro de salud, referente a los desechos biológicos (que son, implicaciones en la salud, manejo correcto). Asimismo colocar afiches y/o carteles para fomentar la concientización en los usuarios acerca de la deposición de desechos biológicos inorgánicos (gasas, algodones, banditas, entre otros).

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Artigas, W. y Robles M. (2010) *Metodología de la investigación: Una discusión necesaria en Universidades Zulianas* [en línea] Disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num11/art107/art107.pdf>. [Consulta: 15-09-2023].
- Abarca L., & Rivera, P. (2016). *Desechos hospitalarios: Un caso de estudio*. *Revista Tecnología En Marcha*, [en línea] disponible en https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/view/2817 [Consulta: 26/06/2023].
- Briones, G. (1996) *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. [en línea] disponible en <https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2018/03/epistemologi%CC%81a-briones.pdf> [Consulta: 25/09/2023].
- Carbonel, C. (2021) *Nivel de conocimientos y prácticas del manejo de residuos sólidos en el contexto del Covid-19 en el personal del Centro de Salud Bellavista Perú Corea*, Callao.
- Creswell, J. (2003). *Investigación cualitativa y diseño de investigación: entre cinco enfoques*. (2ª. Ed.) EUA: SAGE [en línea] Disponible en <https://recursos.uco.l.mx/tesis/fenomenologia.php> [Consulta: 11/09/2023].
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela* (1999), Gaceta Oficial Nro. 36.860 del 30 de diciembre de 1999, Caracas, Venezuela.
- Dávila, Agüero, Zapana y Palomino (2022) *Impacto en la salud pública por el manejo inadecuado de los desechos peligrosos* [en línea] disponible en <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1381296/423-1440-1-pb-.pdf>. [Consulta: 24/08/2023].
- Decreto 2.228. (1992) *Normas para la clasificación y manejo de desechos en establecimientos de salud*, Gaceta Oficial N° 4.418 extraordinario del 27 de abril de 1992 [en línea] disponible en https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/doc_ergo_higiene/Decreto2218.pdf [Consulta: 27/04/2023].
- Galíndez, L, Rodríguez, Y. (2007). “*Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud*”. [Documento en Línea]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382007000200001 [Fecha de Consulta: 21-05-2024]

- Galeano y Jaramillo (2015) *Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Sociales y Humanas [en línea] disponible en https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16048/1/GaleanoCatalina_2015_EstadoArteRevision.pdf [Consulta: 22/08/2023].
- García, M González, J. y Reyes M. (2017) *Comparación del conocimiento sobre el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos entre médicos, enfermeros y servicios generales* [en línea] Disponible en <http://www.reibci.org/publicados/2017/dic/2600105b.pdf> [Consulta: 14/05/2023].
- Giesecke, M. (2020) *Elaboración y pertinencia de la matriz de consistencia cualitativa para las investigaciones en ciencias sociales*. Desde el Sur, [en línea] disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/des/v12n2/2415-0959-des-12-02-397.pdf> [Consulta: 30/09/2023].
- Gomes, R. (2003) *Análisis de datos en la investigación en: Investigación social*. Buenos Aires: Lugar editorial S. [en línea] disponible en <https://www.calameo.com/read/0031590208b85fa8ee49d> [Consulta: 27/09/2023].
- Gómez, M. (2015) *El estado del arte: una metodología de investigación*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, [en línea] disponible en <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/1469> [Consulta: 22/08/2023].
- Health Care Without Harm (2013) *Residuos hospitalarios* [en línea] disponible en <https://saludsindanio.org/americalatina/temas/residuos-hospitalarios>. [Consulta: 24/04/2023].
- Junco, R. Martínez, G.,Luna, M. (2003). *Seguridad ocupacional en el manejo de los desechos peligrosos en instituciones de salud*. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. [en línea] disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032003000100007&lng=es&tlng=es. [Consulta: 27/05/2024].
- Koning, H, Cantanhede, A. y Benavides, L. (1994) *Los desechos peligrosos y salud en América Latina y el Caribe* [en línea] disponible en <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Enero2005/CD1/pdf/spa/doc10203/doc10203-a.pdf> [Consulta: 09/08/2023].
- Kopitynski, W. (1997) *Residuos Hospitalarios como Preservar el Medio Ambiente* [en línea] disponible en

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=969630&pid=S0378-1844200400020000900009&lng=es [Consulta: 10/05/2023].

Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos (2001) Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinaria de fecha 13 de noviembre de 2.001 [en línea] disponible en <http://www.minec.gob.ve/wp-content/uploads/2021/07/LEY%20DE%20SUSTANCIAS%20MATERIALES%20Y%20DESECHOS%20PELIGROSOS.pdf> [Consulta: 24/09/2023].

López, W. (2022) *Aproximación Teórica para la Gestión Ambiental de los Desechos Hospitalarios desde una Visión Social*. Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ) [en línea] disponible en <http://revistas.unellez.edu.ve/index.php/ambientis/article/view/1977/1763> [Consulta: 13/04/2023].

López, J. (2019) *Evaluación de conocimientos y prácticas del personal de salud sobre el manejo de desechos sólidos hospitalarios en el hospital Luis Felipe Moncada San Carlos Río San Juan*, Octubre – Noviembre 2018 [en línea] Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/12316/1/100854.pdf> [Consulta: 14/05/2023].

Lopcyamat (2005) Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, Gaceta Oficial nro. 38.236 del 26 de julio de 2005. Caracas. Venezuela.

Lugo, E. (2022) *Aproximación Fenomenológica al mundo de vida de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana desde la praxis medico docente: Tesis doctoral para optar al grado académico de Doctor en Educación*, UNELLEZ VIPI. San Carlos, Cojedes. Venezuela.

Lugo, M. (2018) *Resignificación de la gerencia universitaria en la función investigación: Una aproximación teórica a partir de la voz de sus actores*. Tesis doctoral para optar al grado académico de Doctor en Gerencia, presentada ante el Instituto de Investigación y Postgrado de la Universidad Yacambú, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela.

Martínez, M. (2015). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Editorial Trillas. 2a edición. Ciudad de México, México.

Martínez, M (2006). *La investigación cualitativa (síntesis conceptual)*[en línea]. Disponible en https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf [Consulta: 05-09-2023].

Mata, A., Reyes, R. y Mijares, R. (2004) *Manejo de desechos hospitalarios en un hospital tipo IV de Caracas*, Venezuela.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en los establecimiento de salud y afines*. Asunción: DIGESA. Paraguay.
- Mújica, M. y Peña, O. (2018) *Manejo de desechos biológicos realizado por el profesional de enfermería que labora en el área quirúrgica de la clínica Rescarven ubicada en la urbanización Santa Cecilia de Caracas*. Venezuela.
- Ortega, G. (2020) *Riesgos laborales en el manejo de los desechos hospitalarios en el Centro de salud tipo C Las Palmas* [en línea]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Esmeraldas-Ecuador. Disponible en <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2241/1/ORTEGA%20CORTEZ%20GALIA%20VER%c3%93NICA.pdf> [Consulta: 29/07/2023].
- OMS, (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*: Decreto legislativo número 639, de 29 de junio de 1949 [en línea] disponible en <<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>> [Consulta: 24/05/2023].
- Organización Panamericana de la Salud. (2011) *Residuos Sólidos*. [en línea] disponible en <https://www.paho.org/es/temas/etras-equipos-ecnicos-regionales-agua-saneamiento/residuos-solidos> [Consulta: 26/06/2023].
- Pionce, D. y Mielles E. (2023) *Impacto ambiental de los desechos hospitalarios del cantón Jipijapa* [en línea] disponible <https://doi.org/10.33386/593dp.2023.5.1990>. [Consulta: 25/08/2023].
- Potter, Van R. (1971). *Bioethics bridge to the future*. Prebitts Hall. New York [en línea] disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3961004.pdf> [Consulta: 16/08/2023].
- Rodríguez G., Mago N. y Mor, V. (2006) *Diagnóstico del sistema de recolección de desechos generados en el Hospital Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, Venezuela*.
- Sandoval, L (2014) *Aspectos físicos, químicos y biológicos de la contaminación hospitalaria* [en línea] disponible en <https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-aspectos-fisicos-quimicos-biologicos-contaminacion-X2214310614787704>. [Consulta: 17/06/2023].

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. [en línea] disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/Inge-Industrial/VolIII-n6/art5.pdf>. [Consulta: 23/08/2023].
- Vara, A. (2010). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa..* Universidad de San Martín de Porres. Lima [en Línea]. Disponible en https://www.academia.edu/18635649/Siete_pasos_para_una_tesis_exitosa_De_sde_la_idea_inicial_hasta_la_sustentaci%C3%B3n [Consulta: 28-07-2023].
- Winslow, C. (1920) *C.E.A. The Untilled Fields of Public Health, Science* [en línea] disponible en <http://www.minec.gob.ve/wp-content/uploads/2021/07/LEY%20DE%20SUSTANCIAS%20MATERIALES%20Y%20DESECHOS%20PELIGROSOS.pdf> [Consulta: 15/04/2023]

ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, Médico _____, especialista de la consulta de: _____, ubicada en San Carlos, estado Cojedes, por medio de la presente declaro que: He sido consultado(a) sobre mi participación en la investigación titulada: **MANEJO DE DESECHOS BIOLÓGICOS EN EL HOSPITAL DR. EGOR NUCETE: UNA APROXIMACIÓN FENOMENOLÓGICA EN LA SALUD PÚBLICA** realizada por **Jean Carlos Colmenarez Torrealba**, titular de la cédula de identidad Nro. **V-xxxxxxxxxxxxx**, aspirante al grado académico de Magister en Salud, Mención Salud Pública egresado de la UNELLEZ-VIPI, bajo la tutoría académica de la Doctora **Emilia Iugo Tovar**, docente del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos “Ezequiel Zamora”, en lo sucesivo UNELLEZ-VIPI, así como la necesidad de otorgar mi consentimiento para autorizar el uso de la información recolectada, con fines de difusión de los resultados de esta investigación.

Entiendo que los resultados generales que se obtengan con la presente investigación, serán informados a mi persona como derecho por haber participado del estudio. Entiendo, además, que la información será tratada en forma absolutamente respetuosa, anónima y confidencial, con fines estrictamente académicos, resguardando y cautelando la reserva sobre cualquier otro dato que pueda facilitar el reconocimiento de mi persona, si no doy expresa autorización para ello.

Las entrevistas podrían ser grabadas y su registro se mantendrá en privacidad y sólo el investigador responsable y la persona encargada de tutorarle, tendrán acceso a la información que yo entregue. Asimismo, entiendo que la firma de este consentimiento es voluntaria. También entiendo que puedo negarme a firmar, en cuyo caso mis datos no serán utilizados para los fines previamente señalados.

Sí, he leído, comprendo el contenido y alcance de esta carta de consentimiento y estoy de acuerdo en autorizar al investigador *supra* identificado, para que haga uso de la información en forma anónima y confidencial, bajo los términos aquí expuestos.

Firma

Fecha

ANEXO II ENTREVISTA REALIZADA A LOS INFORMANTE CLAVE

Informante Clave 1

Se inicia la entrevista con el trabajador, donde el mismo indica que tiene 48 años de edad y 15 años laborando en el Hospital General Dr. Egor Nucete de la Ciudad de San Carlos en el área de mantenimiento, en la recolección de desechos biológicos, donde indica que hace dichas actividades en sala de parto, quirófano, cirugía, medicina interna, neonato. Se le realizó la siguiente pregunta al trabajador **¿Cómo se realiza el manejo y la disposición final de esos desechos biológicos en ese centro hospitalario?** **Respuesta:** Con una pequeña impresión en su rostro indica que en ocasiones eran dotados de guantes (pocas veces), en su mayoría tenía que realizar el manejo de los mismos con una bolsa en las manos, los tapabocas por lo general eran comprados por mí porque no me lo suministraban en el hospital. Se nota un poco la preocupación por parte del trabajador dando este tipo de información porque siente temor a que pueda ser divulgada su identidad. Siguiendo con la línea de la pregunta, continúa diciendo que una vez se realiza la limpieza en el área asignada estos desechos son recolectados en bolsas comunes y llevados al crematorio que se encuentra en la parte inferior del hospital. En cuanto a la limpieza que realizamos muchas veces no tenemos cloro y ningún desinfectante para realizar la desinfección del área, los médicos y enfermeras son los que muchas veces lo suministran para poder resolver dicha limpieza y desinfección. En cuanto a las agujas, bisturí, scalpe eran manipulados por el personal de enfermería y médicos, ellos se encargan de colocarlo en recipientes con tapa y lo movilizaban a otro lugar. Se realiza la segunda pregunta al informante **¿Qué conocimiento tiene sobre el manejo responsable de los desechos biológicos?** **Respuesta:** Bueno a nosotros nos dan una charla cuando comenzamos a trabajar con estos desechos sobre los peligros que existen al manipular eso. Por otra parte nos informan cuando llega un paciente con HIV, una enfermedad venérea, o cualquier otra que sea contagiosa para que nos protejamos más. En cuantos otros implementos de seguridad personal no utilizamos ningún otro, nada de lentes, pantalla protectora facial, nunca nos dieron eso. Tercera pregunta, **¿sabía que existe una coloración para cada recipiente donde se colocan los desechos biológicos?** **Respuesta:** La verdad sí tenía conocimiento de eso pero en el hospital muy pocas veces vi esos envases, pero no eran con acción de pedal, había que levantarlo con la mano (la tapa), en un tiempo existieron ya luego con el paso del tiempo nunca más vi uno de esos, se usan otros tipos de envases por ejemplo potes de refrescos con tapa, de jugos, y así otros más. Este informante se le observa con preocupación, parece que no quiere suministrar toda la información de las deficiencias en el manejo de estos desechos, en el transcurso de esta entrevista se ha tenido que ir haciendo preguntas alternas para lograr obtener una mayor información al respecto. Cuarta pregunta, **¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos?** **Respuesta:** Prácticamente una vez que nosotros realizamos la recolección y se coloca en bolsas negras, lo llevamos al crematorio y allí hay un personal que se encarga de quemar eso, nosotros los que recogemos eso no estamos autorizados para quemar eso

en el crematorio del hospital. Quinta pregunta, **¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores?** **Respuesta:** La verdad ellos no toman cartas en el asunto de nuestra protección, muchas veces tenemos que comprar de nuestro bolsillo (de su propio peculio), porque no nos dan los implementos necesarios para poder realizar nuestras labores, y como nosotros tenemos que protegernos para no enfermarnos nos toca por nuestra propia cuenta, pienso que la gerencia debería tener más consideración con nosotros los que trabajamos en mantenimiento porque estamos más expuestos a contraer cualquier enfermedad a causa de manipular esos desechos biológicos. Vemos que no nos prestan atención cuando le exigimos guantes, tapabocas, lentes, gorro, lo que nos dicen es que no la dirección no les da la dotación por falta de recursos, que el bloqueo de estados unidos no les permite traer esos insumos a Venezuela. Sexta pregunta, **¿Qué tipo de inquietudes o experiencias puede mencionar respecto al manejo de estos materiales?** **Respuesta:** Bueno a veces nos da miedo porque cuando están operando de noche en quirófano tenemos que llevar las partes de esas personas como dedos, piernas, brazos o cualquier otra parte al crematorio. Y también muchas veces ha pasado como el caso de una persona que se pinchó un dedo por manipular una jeringa usada y estaba contaminada, esta persona se contagió con HIV, esto se supo años después porque como a nosotros ni siquiera nos hacen exámenes de rutina ni valoración alguna periódica. Los jefes mayores tienen que estar conscientes que tienen que proteger a los trabajadores para que no siga sucediendo este tipo de cosas. Se le indica como orientación que como por ejemplo las agujas, los bisturí no deben ir ligados con los desechos comunes porque existe el riesgo que los trabajadores tanto del centro hospitalario como de los del aseo urbano puedan pincharse o cortarse y contraer cualquier infección.

Informante Clave 2

Trabajador de 42 años de edad, desempeñando labores de mantenimiento en el hospital objeto de investigación, cuenta con 11 años de experiencia en dicho recinto. Donde el mismo realiza la recolección de desechos comunes y biológicos como gasas, algodones, bolsas que contenían sangre, compresas. Se inicia con la siguiente pregunta **¿Cómo se realiza el manejo y la disposición final de esos desechos biológicos en ese centro hospitalario?** **Respuesta:** Primeramente nosotros recogemos los desechos que se generan en las distintas áreas del hospital, recolectando lo que es gasas usadas, algodones, y todo lo que se usa en esos sitios, luego se coloca en bolsas negras junto con los demás desechos comunes generados. Luego se lleva al cuarto de basura para que el aseo se lo lleve, a veces este dura una semana para pasar a recoger estos desechos, y eso comienza ya al segundo día a desprender malos olores. Lo que es desecho de las amputaciones, operaciones, cesáreas, se lleva al horno crematorio en bolsas plásticas bien selladas, donde allí hay un personal que recibe eso, nosotros solo nos encargamos de la recolección y puesta en el sitio del crematorio. Seguidamente se realiza la segunda pregunta **¿Qué conocimiento tiene sobre el manejo responsable de los desechos biológicos?** **Respuesta:** Pues la verdad no se mucho de eso, lo que sí es eso que manipulamos puede traernos muchas enfermedades, nos han dicho que sida, tuberculosis, hepatitis,

que tenemos que cuidarnos mucho cuando manejemos eso. Pero fíjese como hacemos si el hospital muchas veces no tiene ni siquiera un pote de cloro para asear el sitio, que quedara para nosotros que necesitamos guantes, gorro, mascarilla. A veces tenemos que comprarlo con nuestra plata, de por si el sueldo no alcanza y nos ponemos a gastar en eso no nos queda nada, es crítico la situación que vivimos en este hospital, y la gente es muy inconsciente no bota los algodones y las gasas en las papeleras, aunque bueno no hay muchas papeleras que digamos, creo que hace falta colocar más papeleras y que tengan tapa para que la gente los ponga allí así como lo que es potes de refresco, jugos, y otros más, lo que hacen es tirarlo en los pisos.

¿Sabía que existe una coloración para cada recipiente donde se colocan los desechos biológicos? Respuesta: Ehhh bueno, la verdad no lo sabía, porque como nunca los he visto aquí en el hospital como tal sino que todo se coloca en cualquier papeleras o en una caja de cartón cuando no hay envase de plástico o un tobo, una vez vi como dos amarillos (papeleras) pero eso no duro mucho tiempo en hospital como que se los robaron porque no los vi más y pues desde entonces no han traído ningún otro sino papeleras normales. Entre tanto se realiza la pregunta **¿Cómo sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos? Respuesta:** Bueno decir que existe un sistema de recolección de esos desechos en este hospital es mentira, porque la verdad no veo que se haga correctamente el tratamiento oportuno de estos. Prácticamente todo va a la basura común menos lo que es partes de cuerpos que se operan, los cuales se llevan al lugar de cremación que está detrás del hospital cerca de la entrada de maternidad. El entrevistado se le observa con rabia al momento que comenta toda la situación que viven día a día en este centro hospitalario, especulando que es por las deficiencias que se presentan en el lugar de trabajo, donde según alega existe mucha problemática en cuanto a la dotación de insumos e implementos necesarios para ejecutar sus labores diarias. Por consiguiente se efectúa la pregunta **¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores? Respuesta:** En mi opinión, el hospital no cuenta con las herramientas necesarias para el manejo del mismo, ya que al momento de retirar estos desechos de la distinta área no se cuenta con los implementos adecuados del personal de limpieza, por ejemplos guantes, tapa bocas, bolsas entre otros. Para nosotros es de suma importancia que la gerencia tome en cuenta todas nuestras inquietudes en el trabajo, hoy en día es toda una odisea la protección de los trabajadores ya que no contamos con ese beneficio, hemos establecido quejas y reuniones para un mejor manejo de la gerencia del hospital y para que tengamos mejores condiciones laborales, ya que no solo se está arriesgando la vida de los pacientes sino también la salud de sus empleados, sin embargo hasta ahora no hay mejoras ni repuesta sobre la protección hacia nosotros. El entrevistado se ha notado disgustado por todo lo que tuvo que exponer de su lugar de trabajo pues está insatisfecho de sus superiores ya que hacen caso omiso a sus necesidades como empleado. Sexta pregunta, **¿Qué tipo de inquietudes o experiencias puede mencionar respecto al manejo de estos materiales? Respuesta:** para nosotros la principal inquietud es no saber con exactitud a donde van esos materiales, ya que no tienen un lugar específico y forma correcta de retirarlos. Es decir no puede ser un cuarto de basura común sino un cuarto adecuado

para esos materiales. Además es muy preocupante que no exista la separación de los mismos, opino que los guantes, gasas, todo lo que es látex deben ir separados de lo que es de metal o acero inoxidable. Una de las experiencias que he tenido es precisamente eso, tener cuidado al momento de tocar una bolsa que contenga todo esos desechos, tener que agarrar sin ninguna protección en las manos metales, inyectadoras que no sabemos qué tipos de enfermedades podamos contraer al momento de tocarlos. La verdad más que una experiencia es trabajar pensando en que espero no haberme infectado de nada. Solo por no tener las condiciones adecuadas de protección para mi trabajo.

Informante Clave 3

Persona masculina trabajadora del área de mantenimiento del hospital Dr. Egor Nucete de san Carlos, de 38 años de edad y con 14 años de experiencia en el área. Se inicia la entrevista indicando al I.C que comente como es y cómo ha sido su experiencia laborando en el área de mantenimiento donde se realiza labores de recolección de desechos biológicos en las diferentes áreas del nosocomio Cojedeño.

¿Cómo se realiza el manejo y la disposición final de esos desechos biológicos en ese centro hospitalario? Respuesta: Toda la basura en general se recoge a diario y en cada momento, eso incluye la de los quirófanos, pediatría, traumatología, obstetricia, laboratorio, y las demás partes. Todo se recoge y se coloca en bolsas negras, lo que es desechable y eso, pero lo que son restos de operaciones, de curación y placentas se lleva aparte en un envase para el horno crematorio donde está un compañero que solo se dedica a esa parte quien lo quema. Por lo general los médicos, enfermeras clasifican las inyectadoras, agujas, bisturí, macrogoteros, los colocan en envases tapados, pero cuando nosotros recogemos eso lo llevamos hacia el cuarto de basura donde se coloca todo y ahí desaparece la clasificación porque muchas veces se rompe la bolsa y se liga con todo lo que este allí en ese cuarto de basura, además el camión del aseo recoge todo lo que allí este y nunca separan nada por lo que de nada sirve que nosotros clasifiquemos si no se va a cumplir con el resto del trabajo. **¿Qué conocimiento tiene sobre el manejo responsable de los desechos biológicos?**

Respuesta: Bueno yo se lo básico que nos dicen cuando uno entra a trabajar en mantenimiento y cuando toca recoger la basura de los laboratorios, quirófano, y eso, que hay que tener cuidado cuando se recoja eso porque nos podemos cortar o puyar con cualquier cosa, aunque ya eso lo meten los doctores y enfermeras en envases de refresco y jugo con tapa. Por otra parte tengo que decir que nosotros no tenemos ningún equipo o utensilio de transporte de los desechos, sino que los tomamos en bolsas y se llevan al basurero (del hospital). **¿Sabía que existe una coloración para cada recipiente donde se colocan los desechos biológicos? Respuesta:** Para ser sincero lo he visto en las redes sociales que hospitales de otros países se utilizan colores diferentes de papeleras para saber dónde va cada tipo de basura que se produce en el hospital y así no se pueda contagiar la gente de cualquier cosa y ya se sabe para dónde va cada tipo de basura, pero aquí sinceramente no pasa no ahora, muchos años atrás si trajeron unos de color amarillo pero eso fue un tiempito. Ahora lo que hay es tobos verdes y azul que venden en los chinos, una que otra papeleras pero sin tapa con bolsas negras, de resto nada de eso que salen en los videos. **¿Cómo**

sería el sistema de recolección y disposición final de estos desechos? Respuesta:

Sistema!!! La verdad eso en este hospital no existe, o sea no que yo sepa que hay algo escrito, algo en un manual que diga cómo se debe hacer, las formas, como protegernos, no me han dado a conocer nada de eso, quizás si existe en papeles pero no se implementa porque como sabemos no hay nada como aplicar cualquier cosa de recolección ordenada y de cuidado para nosotros los trabajadores que siempre estamos expuestos a agarrar cualquier enfermedad haciendo nuestro trabajo. **¿Qué opina sobre la gerencia del hospital sobre el manejo de los desechos biológicos y su rol en cuanto a la protección de los trabajadores? Respuesta:**

Todos los directores cuando comienzan ofrecen muchas cosas que van arreglar, que hacer esto y aquello pero la verdad es que muchos no hacen nada, y uno reclama a los jefes y lo nos dicen es que ellos pasan la queja al director pero que él o ella dicen que esas cosas no pueden solucionarlas por falta de recursos que el ministerio no envía lo suficiente para cubrir ciertos gastos del hospital y que trabajemos como podamos, una vez un director nos dijo que si no podíamos trabajar en las condiciones que estamos pues que renunciáramos que gente había bastante buscando trabajo que no éramos indispensables, entonces uno ve esas actitudes y pues se le quitan las ganas de trabajar bien hacer las cosas bien, pero bueno aquí estamos seguimos haciendo lo mejor que podemos, a pesar de las circunstancias. **¿Qué tipo de inquietudes o experiencias puede mencionar respecto al manejo de estos materiales? Respuesta:**

Una vez un compañero se puyó agarrando una bolsa de basura, por lo que a los pocos días comenzó a sentirse mal y tuvieron que hospitalizarlo, decían que era de hepatitis, pero nunca me enteré que fue la enfermedad que agarró con ese pinchazo, desde entonces hemos tenido mayor cuidado a la hora de manipular estas cosas, porque realmente no gozamos con un respaldo laboral oportuno, como un buen servicio hospitalario, menos de implementos de seguridad como guantes adecuados, lentes o pantallas faciales, trajes, calzado idóneo, pocas veces nos dan tapabocas y guantes quirúrgicos pero muy pocas veces, la mayoría ejecuta estas labores de forma desprotegida, como quien dice a la buena de Dios. Después de ese accidente se escuchó que hubo otro trabajador que tuvo contacto con sangre con hepatitis y este contrajo supuestamente el virus pero muy poco se supo sobre el caso porque eso lo manejaron los jefes muy discretamente y a la final no se supo si fue solo un rumor o era cierto eso

ANEXO III

Imagen Nro.7

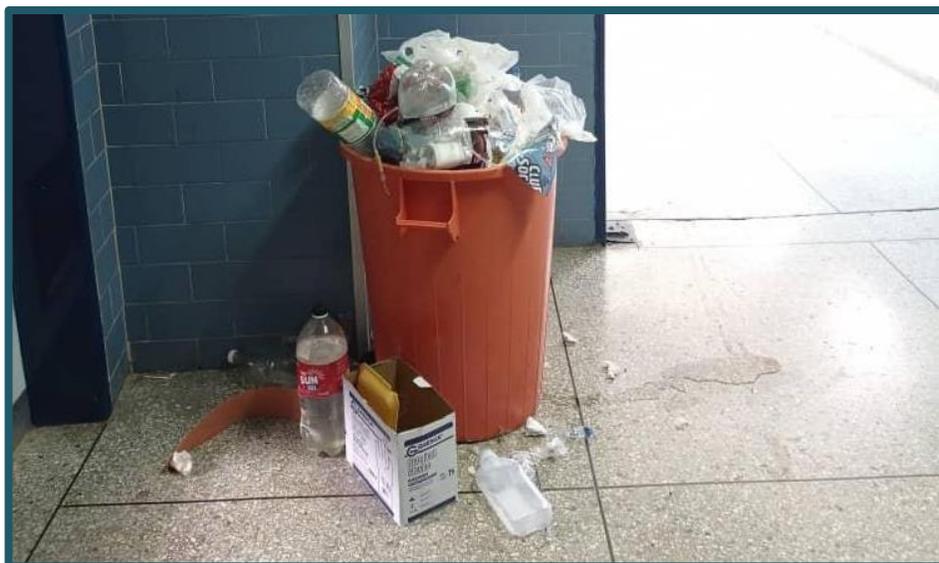
Desechos hospitalarios en bolsas comunes sin identificación adecuada



Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro.8

Recipiente colapsado de desechos y no acorde a la normativa.



Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro.9
Recipiente sin tapa y no acorde a la normativa



Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen Nro.10
Bolsas con sangre dispuestas en cajas de cartón en los pasillos del hospital



Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen N°11
Sitio usado como deposito de desechos cortopunzantes



Fuente: Elaboración propia (2024)

Imagen N°12
Recipiente colapsado de desechos y no acorde a la normativa.



Fuente: Elaboración propia (2024)