



**ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS**

**INFORME DE VISITA DE CONTROL**  
**N° 015-2025-OCI/0825-SVC**

**VISITA DE CONTROL  
HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO  
TAMBOPATA - TAMBOPATA - MADRE DE DIOS**

**“OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES  
TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO”**

**PERÍODO DE EVALUACIÓN:  
DEL 13 DE OCTUBRE DE 2025 AL 17 DE OCTUBRE DE 2025**

**TOMO I DE I**

**MADRE DE DIOS, 22 DE OCTUBRE DE 2025**

“Decenio de la igualdad de oportunidades para las mujeres y hombres”  
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

---

**INFORME DE VISITA DE CONTROL**  
**N° 015-2025-OCI/0825-SVC**

**“OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO”**

---

**ÍNDICE**

---

	n.º Pág.
I. ORIGEN	1
II. OBJETIVOS	1
III. ALCANCE	1
IV. INFORMACIÓN RESPECTO A LA ACTIVIDAD DE CONTROL	2
V. SITUACIONES ADVERSAS	5
VI. DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA VISITA DE CONTROL	48
VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS	48
VIII. CONCLUSIÓN	48
IX. RECOMENDACIONES	48

**APÉNDICES**



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

---

**INFORME DE VISITA DE CONTROL**  
**N° 015-2025-OCI/0825-SVC**

**“OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL  
HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO”**

**I. ORIGEN**

El presente informe se emite en merito a lo dispuesto por el Órgano de Control Institucional de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, mediante oficio n.º 000184-2025-CG/OC0825 de 10 de octubre de 2025, registrado en el Sistema de control gubernamental - SCG con la orden de servicio n.º 2-0825-2025-002, en el marco de lo previsto en la Directiva n.º 13-2022-CG/NORM “Servicio de Control Simultáneo” aprobada mediante Resolución de Contraloría n.º 218-2022-CG, de 30 de mayo de 2022 y modificatorias.

**II. OBJETIVOS**

**2.1. Objetivo general**

Determinar que la capacidad operativa de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) y las Unidades de Producción de Servicios (UPS), la disponibilidad de recursos humanos, la infraestructura y la gestión de los residuos sólidos, se viene efectuando de conformidad con la normativa aplicable.

**2.2. Objetivos específicos**

- 2.2.1.** Determinar el estado operativo y funcional de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) y las Unidades de Producción de Servicios (UPS), en relación con su capacidad resolutiva, equipamiento, procesos asistenciales y cumplimiento de los estándares técnicos establecidos en la normativa aplicable.
- 2.2.2.** Determinar la disponibilidad, suficiencia, idoneidad, permanencia y distribución del personal asistencial, en concordancia con la cartera de servicios del hospital, asegurando que los recursos humanos permitan mantener la continuidad y calidad de la atención a los usuarios, de conformidad con la normativa aplicable.
- 2.2.3.** Determinar si las condiciones físicas, funcionales y de equipamiento de la infraestructura hospitalaria, cumplen con la normativa aplicable.
- 2.2.4.** Determinar si la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios, desde su generación hasta su disposición final, cumple con la normativa aplicable.

**III. ALCANCE**

La Visita de Control se desarrolló a la operatividad integral del funcionamiento y condiciones técnicas del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, que está bajo el ámbito de control del Órgano de Control Institucional de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios y que ha sido ejecutada del 13 de octubre de 2025 al 17 de octubre de 2025 en el distrito de Tambopata, provincia de Tambopata y región de Madre de Dios.

#### IV. INFORMACIÓN RESPECTO A LA ACTIVIDAD DE CONTROL

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en adelante "Entidad", es un órgano desconcentrado que depende jerárquicamente de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios y presupuestalmente del Gobierno Regional de Madre de Dios; dicha Entidad, se encuentra clasificado en el segundo nivel de atención con una categoría II-1<sup>1</sup>; es decir, este debe ser un hospital que desarrolle actividades para fortalecer la atención general del usuario; además, este debe cumplir en brindar los diferentes servicios de salud conforme a las especialidades de los recursos humanos, equipamiento e infraestructura, que se establece por cada nivel hospitalario<sup>2</sup>; es decir, un hospital de nivel II-1, debe contar con las unidades productoras de servicios de salud – UPSS, que a continuación se detallan:

**Cuadro n.º 1  
UPSS de un hospital II-1**

UPSS	Recursos Humanos	Infraestructura	Equipamiento	Capacidad Resolutiva
Consulta Externa	Médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras, técnicos.	Sala de espera, admisión, consultorios y tópicos.	Equipos clínicos y mobiliario por especialidad.	Atención ambulatoria, evaluaciones clínicas, procedimientos menores.
Emergencia	Médicos especialistas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía), enfermeras, técnicos.	Áreas de triaje, observación, tópicos y vigilancia intensiva.	Equipos de soporte vital, camillas, monitores, material quirúrgico.	Atención inmediata 24 h; manejo inicial de urgencias y emergencias.
Hospitalización	Médicos, enfermeras, obstetras, técnicos.	Salas diferenciadas por edad y sexo, servicios higiénicos.	Camas, equipos biomédicos y mobiliario hospitalario.	Cuidados continuos; manejo de pacientes internados >12 horas.
Centro Obstétrico	Obstetras, gineco-obstetras, pediatras, enfermeras, técnicos.	Salas de dilatación, parto y puerperio.	Equipos obstétricos y de atención neonatal.	Atención de partos, puerperio y recién nacidos las 24 h.
Centro Quirúrgico	Cirujanos, anestesiólogos, gineco-obstetras, enfermeras y técnicos.	Áreas no restringidas, semirrestringida y restringida.	Equipos quirúrgicos y anestésicos.	Cirugías electivas y de emergencia con anestesia local, regional o general.
Medicina de Rehabilitación	Médicos fisiatras, tecnólogos médicos, fisioterapeutas, técnicos.	Gimnasio, áreas de terapia física e hidroterapia.	Equipos de fisioterapia y rehabilitación.	Terapias físicas y rehabilitación de discapacidades temporales o permanentes.

<sup>1</sup> Categoría asignada mediante Resolución Directoral Regional n.º 721-2023-GOREMAD/DIRESA de 29 de diciembre de 2023.

<sup>2</sup> Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA Aprueban Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" - NTS n.º 21-MINSA/DGSP.V.03 Norma Técnica de Salud "Categoría de Establecimientos del Sector Salud publicada el 16 de julio de 2011

(...)

##### 6.2.2 Segundo Nivel de Atención

(...)

##### CATEGORÍA II-1

###### Definición y Características.-

Grupo de clasificación de establecimientos de salud del Segundo Nivel de Atención con capacidad resolutiva para satisfacer las necesidades de Salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización.

Estos establecimientos de salud cuentan como mínimo con las UPSS Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Medicina de Rehabilitación Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización.

(...)"



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Noely  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00 (...)

UPSS	Recursos Humanos	Infraestructura	Equipamiento	Capacidad Resolutiva
Diagnóstico por Imágenes	Radiólogos, tecnólogos médicos, técnicos.	Áreas protegidas según IPEN, salas de rayos X y ecografía.	Equipos de radiología y ultrasonido.	Radiografías, ecografías y diagnósticos por imagen.
Patología Clínica (Laboratorio)	Patólogos clínicos, tecnólogos médicos, biólogos y técnicos.	Áreas de recepción, toma y procesamiento de muestras.	Equipos de bioquímica, hematología, microbiología.	Procesamiento y análisis de muestras biológicas.
Farmacia	Químicos farmacéuticos, técnicos en farmacia.	Áreas de almacenamiento, expendio y farmacia clínica.	Equipos de conservación y mobiliario.	Dispensación y control de medicamentos y productos sanitarios.
Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre	Patólogos clínicos, hematólogos, tecnólogos médicos, técnicos.	Áreas de recepción, conservación y distribución.	Equipos de refrigeración, análisis y control según PRONAHEBAS.	Obtención, procesamiento y distribución de sangre y hemocomponentes.
Nutrición y Dietética	Nutricionistas, técnicos en cocina hospitalaria.	Áreas de planificación, preparación y distribución de alimentos.	Equipos y utensilios de cocina hospitalaria.	Planificación, preparación y distribución de dietas y fórmulas nutricionales.
Central de Esterilización	Enfermeros y técnicos especializados.	Áreas rojas (sucia), azul (limpia) y verde (estéril).	Autoclaves, equipos de desinfección y control de calidad.	Esterilización y desinfección de materiales e instrumental médico.

Fuente: Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA que aprueban la Norma Técnica de Salud n.º 21-MINSA/DGSP.V.03 "Categoría de Establecimientos del Sector Salud, publicada el 16 de julio de 2011



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Noheley  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

#### Cuadro n.º 2 UPSS adicionales en la Entidad

UPSS	Recursos Humanos	Infraestructura	Equipamiento	Capacidad Resolutiva
Cuidados Intensivos (*)	Médico especialista en Medicina Intensiva y/o Medicina Interna capacitado en cuidados intensivos; médicos pediatras capacitados en cuidados intermedios neonatal y pediátrico; enfermeras especializadas o capacitadas en cuidados intensivos; técnicos de enfermería capacitados en cuidados críticos.	Áreas diferenciadas en Zona Negra, Zona Gris y Zona Blanca; esta última incluye áreas para cuidados intensivos generales, cuidados intermedios generales, neonatales y, de ser posible, pediátricos. Las zonas neonatales y pediátricas deben ubicarse adyacentes al área de cuidados intensivos generales.	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos específicos para la atención de pacientes críticos, conforme a la Norma Técnica de Salud vigente.	Brinda atención las 24 h del día a pacientes críticos, con soporte diagnóstico, terapéutico y nutricional. Realiza terapia intensiva con soporte tecnológico en cuidados intensivos generales e intermedios neonatales.
Hemodiálisis (**)	Médico especialista en Nefrología; enfermeras y técnicos capacitados en hemodiálisis; profesionales de Nutrición, Psicología, Trabajo Social y técnicos de mantenimiento de máquinas, según norma técnica.	Áreas específicas para las actividades del servicio de hemodiálisis, conforme a la Norma Técnica de Salud respectiva.	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para la terapia dialítica.	Realiza procedimientos de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal; atención diaria por turnos programados y emergencias 24 h; puede ser servicio propio o tercerizado.

Fuente: Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA que aprueban la Norma Técnica de Salud n.º 21-MINSA/DGSP.V.03 "Categoría de Establecimientos del Sector Salud, publicada el 16 de julio de 2011

(\*) Hospital II-2; (\*\*) Hospital III-1

Por otro lado, se debe mencionar que en la región Madre de Dios, según consta en la plataforma virtual de la Superintendencia Nacional de Salud, existen noventa y tres (93) establecimientos de salud (públicos) registrados, que están agrupados según nivel y categoría, conforme se visualiza en el cuadro siguiente:

**Cuadro n.º 3**  
**Establecimientos de Salud – Madre de Dios**

Ítem	Nivel	Categoría	Total
1	I	1	58
2	I	2	23
3	I	3	7
4	I	4	1
<b>5</b>	<b>II</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6	-	Sin categoría	3
Total			93

**Fuente:** Plataforma web de Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS -reporte al 20.10.2025

<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>

Del cuadro anterior, se puede advertir que, en la región de Madre de Dios, existen ochenta y nueve (89) establecimientos de salud que integran el primer nivel de atención, en su mayoría dichos establecimientos de salud cuentan con primera o segunda categoría; es decir, son establecimientos de salud que, desarrollan actividades enfocadas en la atención clínica ambulatoria, comprendiendo entre ellas, la atención integral de la salud que agrupa la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el control de daños (primera línea). Teniendo en cuenta lo mencionado, del cuadro precedente también se advierte que la región de Madre de Dios cuenta con un único hospital de segundo nivel de atención; por lo que fue necesario, examinar de forma objetiva y sistemática a la Entidad.



Firmado digitalmente por  
**PINTO ESPINOZA Nohely**  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
**CHOQUEMAMANI VERA Ruth** Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
**BEDREGAL FERRO Edith Flor**  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Por lo mencionado en el párrafo anterior, es indispensable que la Entidad cuente con un conjunto organizado de elementos estructurales y no estructurales que recaigan en una infraestructura sólida y que esta garantice una óptima capacidad resolutiva de la Entidad; aunado a ello, el equipamiento (equipos, mobiliario, instrumental y vehículos) es fundamental para garantizar el desarrollo de las prestaciones de salud y/o actividades administrativas; además, los equipos biomédicos están adaptados para intervenir en acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de los usuarios, esto en aras de que se garantice el buen funcionamiento de los procesos de salud que se desarrollan a diario en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

Por otro lado, la permanencia y presencia física del personal médico especializado refuerza el concepto de la capacidad resolutiva que brinda la Entidad al usuario; es decir, la Entidad debe contar con personal suficiente e idóneo<sup>3</sup>, que se ajuste a las especialidades asignadas por el nivel y

<sup>3</sup> Decreto Supremo n.º 13-2006-SA - Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo publicada el 25 de junio de 2006

[...]

#### TÍTULO SEGUNDO

#### DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

[...]

#### CAPÍTULO III

#### DEL PERSONAL

[...]

Artículo 37.- Funciones del director médico y/o del responsable de la atención de salud

Al director médico o al responsable de la atención de salud le corresponde:

[...]

g) Asegurar la presencia y permanencia del personal necesario, en calificación y número, para garantizar una conveniente prestación de la atención;

[...]

categoría del establecimiento de salud, en este caso II-1, esto para garantizar la calidad y continuidad de la atención del usuario.

Por último, sumando a la actividad de control, se debe prevenir, controlar y minimizar los riesgos sanitarios, ocupacionales y ambientales que genere la Entidad; por tanto, se examina la gestión y el manejo adecuado que se debe tener al realizar la manipulación de los residuos sólidos.

## V. SITUACIONES ADVERSAS

De la revisión efectuada a la “Operatividad integral del funcionamiento y condiciones técnicas del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado”, se han identificado las situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos, las cuales se exponen a continuación:

1. ENTIDAD PRESENTA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CON DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES, FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, PRESENCIA DE HUMEDAD Y FILTRACIONES DE AGUA EN LOS AMBIENTES DE LAS UPSS; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA VIDA ÚTIL DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD – UPSS

De la visita realizada los días 14 y 15 de octubre de 2025, la comisión de control con la presencia de Nimia Edit Loaiza Muñoz, jefa de Área de Infraestructura de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento - USGM, procedió a la verificación in situ de las instalaciones de la Entidad. Dicha inspección fue plasmada en el acta de inspección física n.º 003-2025-CG/GRMD-SVC, del cual se advierte lo siguiente:

### Filtraciones, humedad y presencia de hongos:

Las acciones de mantenimiento de infraestructura y equipamiento en el referido establecimiento de salud, permite mejorar las condiciones existentes en la Entidad y mantener la operatividad de las instalaciones físicas del establecimiento de salud y del equipamiento existente.

Sin embargo, en la inspección realiza, se constató que la infraestructura de la Entidad presenta desprendimiento de pintura en paredes y cielo raso, presencia de hongos en la parte inferior del contra zócalo, humedad acumulada en diferentes ambientes de las unidades productoras de servicios de salud - UPSS; además, se verificó que las mallas mosquiteras para la protección de ventanas de las UPSS, se encuentran deterioradas con presencia de insectos acumulados y hongos, estos últimos asociados a la humedad visible en el cielo raso de concreto, conforme se visualiza en las imágenes siguientes:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo  
El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios.  
[...]"

**Imagen n.º 1  
Sala de Rayos X – Desprendimiento de pintura**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

**Imagen n.º 2  
Sala de Tomografías – Presencia de hongos**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Por otro lado, se advierte que los servicios higiénicos - SS.HH. para los usuarios (públicos) no cuenta con rotulación que permita a los usuarios diferenciar entre los servicios higiénicos para varones o mujeres; además, el lavatorio externo presenta tubería de agua expuesta, debido a que el muro contiene picaduras sin resane ni acabado, adicional a lo mencionado, las griferías del urinario y de los lavatorios reflejan la falta de mantenimiento a la infraestructura de la Entidad, situación que favorece la acumulación de la humedad y la aparición de hongos, conforme se visualiza a continuación:

**Imagen n.º 3  
SS. HH públicos**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

#### Zona de circulación

En lo concerniente a la zona de circulación; se advierte que, entre Sala de Targa y el tanque elevado las aguas pluviales provenientes de los techos del sector Targa, no cuentan con un sistema adecuado de recolección y evacuación para lluvias, esto debido a la ausencia de canaletas en la cubierta; además, dichas bajantes pluviales descargan directamente sobre las vías de circulación peatonal de la Entidad, y esto obedece a la inexistencia de una red de canales de evacuación a nivel de piso, conforme se visualiza a continuación:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 4**  
**Techo no cuentan con un sistema adecuado de recolección y evacuación para lluvias**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

Ahora bien, se advierte que el cerco perimétrico próximo al ambiente de la morgue, la presencia de un paño de muro de aproximadamente 4.00 m de longitud por 2.20 m de altura, el cual presenta una grieta diagonal de extremo a extremo, con un ancho variable entre 1 y 2 cm. La configuración y dirección del agrietamiento evidencian una falla por esfuerzo cortante, posiblemente originada por un asentamiento diferencial de la cimentación. Esta condición compromete la estabilidad estructural del muro, representando un riesgo potencial de colapso, que podría afectar la seguridad del personal y de los usuarios que transitan en las proximidades, conforme se visualiza a continuación:

**Imagen n.º 5**  
**Muro con grieta**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Por otro lado, en la zona donde está ubicada la Planta de Oxígeno (primera planta), se advierte un empozamiento constante de agua proveniente de una tubería interior, que correspondería al rebose de agua generada dentro del ambiente; dicha acumulación de agua afecta las veredas de circulación, provocando humedad persistente y proliferación de hongos, esto deteriora los elementos constructivos y representa un riesgo sanitario y de seguridad para los usuarios que transitan por el dicha área; se muestra imagen:

**Imagen n.º 6**  
**Empozamiento de agua**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

De igual modo, en la Estación de enfermeras de la UPSS Emergencia y UPSS Hospitalización (pabellón de cirugía y hospitalización) se ve afectada la circulación horizontal<sup>4</sup> de los ambientes, ya que, de la inspección realizada se advierte que, dichos ambientes presentan un ancho mínimo de 2.00m y un máximo de 2.15m; además, dichos espacios se encuentran reducidos debido a la presencia de camillas en el pasillo de dichas UPSS; es de precisar, que las referidas camillas albergan a pacientes que requieren cuidado constante; sin embargo, estos se encuentran ubicados en los exteriores de la UPSS que debe brindarles el cuidado y atención necesarios para la mejora de los mismos. Lo descrito se observa en las imágenes siguientes:



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

<sup>4</sup> Resolución Ministerial n.º660-2014-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", publicada el 2 de setiembre de 2014

"[...]

#### 6.2 DE LA INFRAESTRUCTURA

##### 6.2.1 del Diseño Arquitectónico

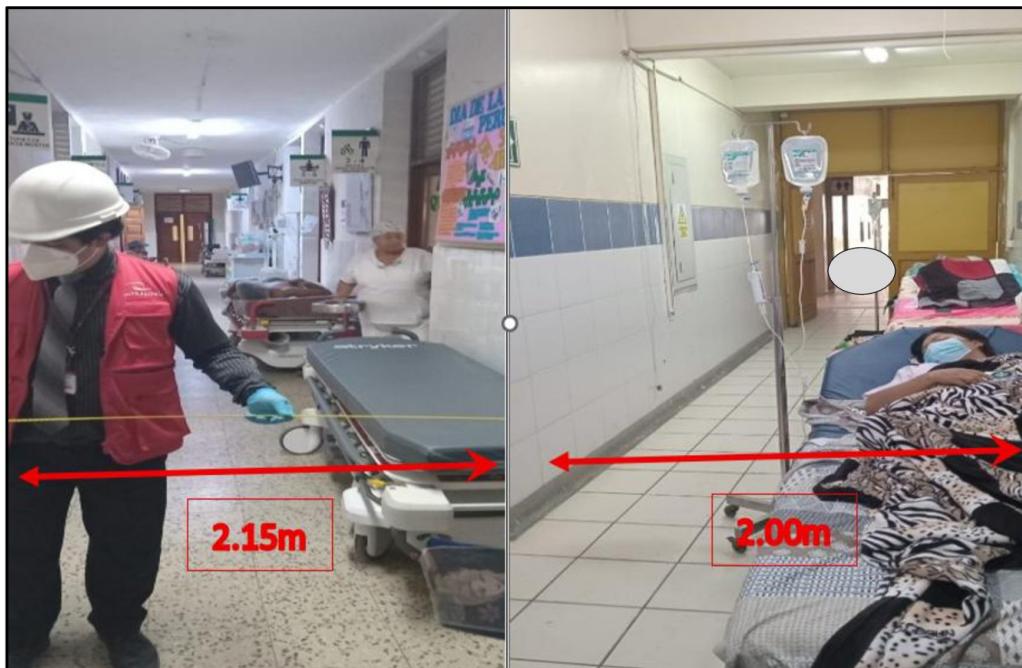
###### 6.2.1.1 Flujos de circulación

a) Los flujos de circulación deben permitir una vía óptima de relación entre las unidades de atención de un establecimiento de salud.

b) Según el desplazamiento, existen 2 tipos de flujos de circulación:

**Circulación horizontal. Se da a través de superficies que permiten la interrelación funcional entre ambientes sin cambiar de nivel en la edificación [...] (Lo resultado es nuestro)**

**Imagen n.º 7**  
**Circulación horizontal**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

Sistemas de aire acondicionado:



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Por otro lado, se advierte la deficiencia en la operatividad de los sistemas de aire acondicionado, ya que en la inspección realizada, los condensadores del sistema de aire acondicionado del ambiente adyacente a los SS.HH. de la Unidad de Servicios Generales de la Entidad, se encuentran instalados hacia el interior, con presencia del cableado expuesto y sin protección tipo PVC; además, el interruptor de iluminación presenta cableado sin canalización, exponiendo conductores eléctricos, lo que representa un riesgo potencial de corto circuito o siniestro eléctrico.

Por otra parte, en la Sala de Tomografía, se encuentran instalados tres (3) equipos de aire acondicionado, de los cuales dos (2) se encuentran inoperativos, conforme se observa a continuación:

**Imagen n.º 8**  
**Sala de tomografía – Aire acondicionado inoperativo**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

**Imagen n.º 9**  
**Unidad de Servicios Generales – SS.HH.**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

Lo descrito inobserva lo establecido en la normativa siguiente:

- ✓ **Resolución Ministerial n.º660-2014-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, publicada el 2 de setiembre de 2014**

“[...]

## 6.2 DE LA INFRAESTRUCTURA

### 6.2.1 Del Diseño Arquitectónico

#### 6.2.1.1 Flujos de circulación

[...]

b) *Según el desplazamiento, existen 2 tipos de flujos de circulación:*

[...]

- *En establecimientos cuyo clima es predominantemente lluvioso, las veredas deben diseñarse con cunetas para evacuación de aguas pluviales.*

[...]

#### 6.2.1.2 Tecnologías constructivas

- *De corresponder, se incorporarán tecnologías que propicien las mejores condiciones de habitabilidad y confort.*
- *Los materiales de construcción se elegirán de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada región, garantizando seguridad e higiene al establecimiento.*
- *Se utilizarán sistemas constructivos e instalaciones tendientes a garantizar la integridad del inmueble y sus usuarios [...].*

#### 6.2.1.3 Funcionalidad

- *Los establecimientos de salud deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable, de acuerdo a la función, mobiliario, equipo, condiciones climáticas de la región, materiales y distribución adecuados para su adaptación al medio ambiente.*

[...]

- *Se evitarán elementos arquitectónicos que puedan causar lesiones a los usuarios.*

- *Todos los ambientes deben proporcionar comodidad y seguridad al paciente.*

#### 6.2.1.4 Accesibilidad e ingresos

[...]

- *Se debe facilitar el ingreso al establecimiento, en especial para aquellas personas con algún grado de discapacidad [...].*

[...]

#### 6.2.1.9 De los techos y cubiertas

- *Para todos los ámbitos del país, se recomienda que los techos sean de losa aligerada, salvo en aquellos donde la disponibilidad de recursos de materiales de construcción no lo permitan.*
- *En las localidades donde se presentan lluvias constantemente, se debe considerar la magnitud de la precipitación pluvial para efecto del diseño de los techos y cubiertas. Asimismo, se debe tener en cuenta los microclimas existentes en cada región a fin de proponer un sistema de evacuación pluvial y canalización correspondiente.*

[...]

#### 6.2.1.10 De las Puertas

[...]

- *Todas las puertas en donde se exija el tránsito de camillas deben estar protegida con lámina de acero inoxidable a una altura no menor de 1.00 m.*
- *Todas las puertas de los ambientes de internamiento u observación llevarán una mirilla para registro visual de 20x60 cm como mínimo.*
- *Los ambientes de tópico y observación en el ambiente de atención de urgencias y emergencias podrán emplear puertas plegables de vinílico o similar.*



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Noheley  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

[...]

**6.2.1.12 De los servicios sanitarios**

[...]

- Los materiales de acabado de los ambientes serán antideslizantes en pisos e impermeables en paredes y de superficie lavable.

[...]

- Debe evitarse el registro visual del interior de los ambientes.

- [...]

- Los aparatos sanitarios deben instalarse en ambientes adecuados, dotados de iluminación y ventilación con los espacios mínimos necesarios para su uso, limpieza, reparación, mantenimiento e inspección.

[...]

**6.2.1.14 De las obras complementarias exteriores al establecimiento de salud**

[...]

- En todas las edificaciones, se deben considerar veredas perimetrales que protejan los muros de la humedad ocasionada por el agua de lluvia y/o de riego de áreas verdes. Esta protección además considerará contrazócalos de cemento pulido e impermeabilizado con un ancho mínimo de 60 cm.

- Con la finalidad de disminuir los efectos ocasionados por las lluvias y las inundaciones, se dotará a la edificación de elementos de protección a nivel de piso que impidan la inundación más probable.

[...]

**6.2.3.6 Drenaje de aguas de lluvia**

- El agua de lluvia proveniente de techos, patios, azoteas y áreas pavimentadas debe ser conectada a la red independiente de la red de desagüe y con descarga de la red pública de drenaje pluvial.

[...]"

- ✓ Decreto Legislativo n.º 1155 que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional, publicada el 13 de setiembre de 2013

"[...]

**Artículo 3.- Declaratoria de Interés Público**

Declarése de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional, con la finalidad de mejorar la calidad de servicio al usuario.

**Artículo 4.- Del mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud**

Para efectos de aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto Legislativo, entiéndase como mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento, a todas aquellas acciones que permitan mejorar las condiciones existentes y mantener la operatividad de las instalaciones físicas de los establecimientos de salud y del equipamiento existente, sin ampliar o modificar la capacidad operativa para la provisión de los servicios de salud.

[...]"



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

- ✓ Resolución Ministerial n.º 533-2016/MINSA que aprueba Documento Técnico “Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud”, publicada el 30 de julio de 2016

“[...]

5.2 Lineamientos para la Gestión del Mantenimiento de la Infraestructura  
Equipamiento en los establecimientos de salud.

[...]

Asegurar que la infraestructura y los equipos estén en óptimas condiciones para la atención de los pacientes garantizando la calidad y seguridad, minimizando los riesgos en la prestación del servicio de la salud.

[...]

Los hechos advertidos ponen en riesgo la vida útil de la infraestructura y la capacidad resolutiva de las unidades productoras de servicios de salud – UPSS.

## 2. ENTIDAD NO CUMPLE CONDICIONES MÍNIMAS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD REDUCIDA

En la inspección realizada los días 14 y 15 de octubre de 2025 a la infraestructura de la Entidad, la comisión de control en compañía de Nimia Edit Loaiza Muñoz, jefa de Área de Infraestructura de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento – USGM, advierte la no existencia de rampas de acceso en los cambios de nivel entre pisos que conecta los consultorios de la UPSS Consulta Externa, los cuales presentan desniveles superiores a 20 cm, dicha situación en la infraestructura de la Entidad, limita la accesibilidad y desplazamiento de personas con discapacidad o movilidad reducida, vulnerando los criterios de accesibilidad universal; a continuación se presenta imagen siguiente:

**Imagen n.º 10**  
No existen rampas para cambio de nivel



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14 y 15 de octubre de 2025

El hecho advertido inobserva lo establecido en la normativa siguiente:

- ✓ Resolución Ministerial n.º 075-2023-VIVIENDA que modifica la Norma A.120 "Accesibilidad para personas con discapacidad y de las personas adultas mayores" del Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE), publicada el 17 de febrero de 2023

"[...]

*Artículo 5.- Circulaciones en edificaciones*

*Las circulaciones en las edificaciones deben cumplir con lo siguiente:*

[...]

c) [...] los desniveles superiores a 0.013 m deben ser resueltos mediante rampas.

[...]"

El hecho advertido pone en riesgo el acceso de las personas con discapacidad y movilidad reducida a los servicios de salud que ofrece el Hospital Santa Rosa.

### 3. FALTA DE EQUIPAMIENTO ADECUADO E INOPERATIVIDAD DE EQUIPOS, GENERA EL RIESGO DE AFECTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD-UPSS

De la visita realizada los días 14, 15 y 16 de octubre de 2025, con la presencia de Percy Alberto Chuco Yupanqui, técnico asistencial de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento – USGM a cargo del equipamiento de la Entidad, la comisión de control procedió a la verificación física relacionada a la existencia y operatividad del equipamiento mínimo necesario con el que deben contar las unidades productoras de servicios de salud de la Entidad para no afectar su capacidad resolutiva y la satisfacción de los usuarios, para dicho fin la comisión de control recopiló información aplicando los formatos n<sup>os</sup> 9, 10, 11 y 12: "Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS"; del cual se advierte lo siguiente:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

#### Equipamiento carente:

Se debe precisar que, contar con el equipamiento mínimo necesario en la Entidad, garantiza la calidad, seguridad y continuidad de la atención médica brindada a los usuarios; por otro lado, el cumplimiento de estos estándares técnicos asegura que los servicios de salud brindados ya sean para diagnósticos, tratamiento, de apoyo, entre otros, se realice con mayor precisión, eficiencia y sobre todo que asegure condiciones óptimas de bioseguridad; además, disponer del equipamiento mínimo necesario permite a la Entidad, responder adecuadamente a la complejidad de los casos clínicos propios de su nivel de capacidad de resolución, evitando derivaciones innecesarias y reduciendo los riesgos asociados a la atención.

En ese sentido, se identificó un déficit significativo de equipos biomédicos y mobiliario clínico en diversas unidades productoras de servicios de salud – UPSS, los cuales se describen a continuación:

**Cuadro n.º 4**  
**Equipamiento carente en la Entidad**

EQUIPAMIENTO FALTANTE POR UPSS				
UPSS – CONSULTA EXTERNA				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
M-72	Bimbo de acero inoxidable de 2 cuerpos	No	3	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría
D-125	Estetoscopio adulto pediátrico	No	3	Medicina Interna – Pediatría – Cirugía general
D-28	Lámpara de examen clínico	No	5	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General – Medicina de Rehabilitación

<b>EQUIPAMIENTO FALTANTE POR UPSS</b>				
D-128	Linterna para examen clínico	No	5	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General – Medicina de Rehabilitación
D-129	Martillo de reflejos	No	5	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General – Medicina de Rehabilitación
M-88	Mesa (diván) para exámenes y curaciones	No	5	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General – Medicina de Rehabilitación – Traumatología
M-91	Mesa de acero inoxidable rodable para múltiples usos	No	3	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría
D-131	Pantoscopio	No	4	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General
D-334	Pulsioxímetro portátil	No	3	Medicina Interna -Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría
D-145	Set de riñoneras de acero quirúrgico	No	3	Medicina Interna – Pediatría – Cirugía General
D-146	Set de tambores de acero quirúrgico	No	3	Medicina Interna -- Pediatría – Cirugía General
I-11	Set instrumental para curaciones	No	3	Medicina Interna - Pediatría – Cirugía General
D-135	Tensiómetro aneroide rodable adulto	No	4	Tratamiento ITS-VIH/SIDA – Pediatría – Cirugía General – Gineco obstetricia
D-136	Tensiómetro aneroide rodable pediátrico - neonatal	No	3	Pediatría – Cirugía General – Gineco Obstetricia
M-64	Vitrina de acero inoxidable para instrumental y material estéril de dos cuerpos	No	5	Medicina Interna - Pediatría – Cirugía General – Medicina de Rehabilitación – Traumatología
<b>UPSS – EMERGENCIA</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-88	Aspirador quirúrgico rodable	No	1	Tópico de Cirugía General
D-78	Electrobisturi	No	1	Tópico de Cirugía General
D-1	Electrocardiógrafo de 3 canales	No	1	Sala de Observación Adulto
D-28	Lámpara de examen clínico	No	2	Tópico de Inyectables y nebulizaciones adulto / Tópico de Inyectables y nebulizaciones pediátrico
D-34	Lámpara quirúrgica rodable	No	1	Tópico de Cirugía General
D-201	Nebulizador ultrasónico	No	2	Tópico de Inyectables y nebulizaciones adulto / Tópico de Inyectables y nebulizaciones pediátrico
D-334	Pulsioxímetro portátil	No	1	Tópico de Cirugía General
-	Succionador Eléctrico portátil	No	1	Tópico de Cirugía General
<b>UPSS – CENTRO OBSTETRICO</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-54	Amnioscopio	No	1	Sala de dilatación
D-96	Detector de latidos fetales de sobremesa	No	1	Sala de partos
D-1	Electrocardiógrafo	No	1	Sala de dilatación
D-349	Estetoscopio fetoscopio	No	1	Sala de dilatación
D-259	Glucómetro portátil	No	1	Sala de dilatación
D-28	Lámpara de examen clínico	No	2	Sala de dilatación / Sala de partos
D-348	Monitor de funciones vitales de 6 parámetros	No	1	Sala de dilatación
D-131	Pantoscopio	No	1	Estación de Obstetricia
D-17	Pulsioxímetro	No	1	Sala de dilatación
D-206	Resucitador manual adulto/pediátrico	No	1	Sala de partos
D-135	Tensiómetro aneroide rodable adulto	No	1	Sala de partos
<b>UPSS – CENTRO QUIRURGICO</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-246	Analizador de electrolitos y gases de sangre portátil	No	1	Sala de Cirugía General / Sala de Emergencia-Traumatología
D-105	Bomba de infusión de 2 canales	No	1	Sala de Cirugía General
D-106	Bomba de infusión de jeringa	No	1	Sala de Cirugía General / Sala de Emergencia-Traumatología
D-91	Calentador para sangre/soluciones	No	1	Sala de Cirugía General / Sala de Emergencia-Traumatología
D-34	Lámpara quirúrgica rodable	No	1	Sala de Cirugía General / Sala de Emergencia-Traumatología
D-13	Monitor del estado hipnótico	No	1	Sala de Cirugía General/ Sala de Emergencia-Traumatología



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Noely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

EQUIPAMIENTO FALTANTE POR UPSS				
D-118	Ventilador mecánico adulto-pediátrico-neonatal	No	1	Sala de Cirugía General/ Sala de Emergencia-Traumatología
<b>UPSS – HOSPITALIZACIÓN</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-1	Electrocardiógrafo	No	2	Hosp. Medicina / Hosp. Cirugía
D-136	Tensiómetro aneroide rodable pediátrico – neonatal	No	2	Hosp. Medicina / Hosp. Cirugía
D-408	Lámpara germicida de pared	No	-	Falta en todos los cuartos de Hospitalización
<b>UPSS – CUIDADOS INTENSIVOS</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-56	Bronco fibroscopio	No	1	Sala de Cuidados Intensivos General
D-1	Electrocardiógrafo	No	1	Sala de Cuidados Intermedios
D-93	Equipo calentador de fluidos	No	1	Sala de Cuidados Intensivos General
D-317	Marcapasos cardiaco temporal	No	1	Sala de Cuidados Intensivos General
D-11	Monitor de presión intracranial portátil	No	1	Sala de Cuidados Intensivos General
D-404	Transiluminador de vasos sanguíneos	No	1	Sala de Cuidados Intensivos General
<b>UPSS – PATOLOGÍA CLÍNICA</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-280	Balanza analítica de precisión	No	1	Lab. Bioquímica
D-248	Baño María de 10 a 15 litro	No	2	Lab. Bioquímica / Lab. Microbiología
D-60	Microscopio binocular estándar	No	1	Lab. Bioquímica /
E-5	PH metro digital	No	1	Lab. Bioquímica
D-266	Centrifuga universal para 24 tubos	No	1	Lab. Microbiología
D-260	Incubadora de microbiología CO <sub>2</sub>	No	1	Lab. Microbiología
D-261	Incubadora de microbiología de 30 a 40 litros	No	1	Lab. Microbiología
D-353	Microscopio binocular con contraste de fase	No	1	Lab. Microbiología
<b>UPSS – MEDICINA DE REHABILITACIÓN</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-358	Kit de alzas	No	1	UPSS sin ambientes diferenciados
D-357	Pломада (rehabilitación)	No	1	
D-164	Barra sueca	No	1	
D-403	Escalera para dedos	No	1	
D-176	Polea con contrapesas / set de pesas	No	1	
D-389	Equipo de tracción cervical	No	1	
D-29	Lámpara de terapia rayos infrarrojos	No	1	
D-395	Termófono	No	1	
D-230	Tanque de hidroterapia para miembros superiores	No	1	
D-229	Tanque de hidroterapia para miembros inferiores	No	1	
D-363	Ecógrafo para evaluación músculo-esquelético	No	1	
D-362	Equipo de electro acupuntura	No	1	
D-364	Equipo de láser terapéutico	No	1	
D-122	Diapasón	No	1	
D-356	Podoscopio	No	1	
D-35	Equipo de terapia con onda corta	No	1	
D-391	Equipo de terapia láser	No	1	
O-7	Juegos de orientación espacial	No	1	
O-6	Juegos para estimulación sensorial	No	1	
T-114	Equipo columna de aire	No	1	
O-9	Juego de cubos multicolores	No	1	
<b>UPSS – NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</b>				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
E-78	Batidora industrial	No	1	UPSS sin ambientes diferenciados
E-84	Exprimidor de jugos, semi industrial, de acero inoxidable	No	1	
E-85	Grupo de cocción marmitas de 20/40/60 litros	No	1	
E-89	Licuadora industrial de 20 litros	No	1	



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

EQUIPAMIENTO FALTANTE POR UPSS				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
E-90	Máquina eléctrica peladora de papas	No	1	UPSS sin ambientes diferenciados
E-91	Marmita volcable de 50 litros mínimo	No	1	
E-92	Marmita volcable de 100 litros	No	1	
E-93	Marmita volcable de 80 litros mínimo	No	1	
E-94	Moledora eléctrica de carne	No	1	
199	Refrigeradora 15 pies cúbicos	No	1	
E-200	Cocina a gas propano de 6 hornillas y horno	No	1	
E-129	Refrigeradora de 14 pies cúbicos	No	1	
E-108	Refrigeradora de 1500 litros	No	1	
E-96	Sierra eléctrica para cortar carne	No	1	
D-185	Balanza de dos platillos de 2 kg	No	1	
E-81	Cocina eléctrica de dos hornillas de mesa	No	1	
E-102	Balanza de plataforma, fuerza 100 kg	No	1	
E-87	Lavadora industrial de vajillas eléctrica	No	1	
UPSS – CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
E-201	Lavador desinfector de 2 puertas	No	1	UPSS sin ambientes diferenciados
D-219	Lavador ultrasónico de instrumental quirúrgico	No	1	
E-202	Lavador automático de endoscopios	No	1	
D-218	Esterilizador de baja temperatura - peróxido de hidrógeno 70 litros	No	1	
E-83	Equipo con pistola para lavado de coches (a vapor)	No	1	

Fuente: Formatos n.ºs 9, 10, 11 y 12: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS

Elaborado por: Comisión de Control

En base a lo descrito en el cuadro anterior, se advierte un déficit significativo de equipamiento biomédico y de apoyo en diversas unidades productoras de servicios de salud – UPSS de la Entidad, esto afecta directamente la operatividad, seguridad y calidad de la atención.

Ahora bien, en la **UPSS Consulta Externa**, se advierte la mayor brecha de equipamiento básico (lámparas de examen, tensiómetros, estetoscopios, mesas de curación y vitrinas), comprometiendo la atención ambulatoria en múltiples especialidades; por otro lado, la **UPSS Emergencia** carece de equipos esenciales para la atención inmediata y procedimientos críticos, tales como aspiradores quirúrgicos, electrobisturí, lámparas quirúrgicas, pulsioxímetros y nebulizadores; también, la **UPSS Centro Obstétrico** carece de monitores multiparámetros, bombas de infusión, ventiladores y calentadores de fluidos, lo que limita la capacidad resolutiva ante situaciones de riesgo materno o quirúrgico.

Asimismo, en la **UPSS Hospitalización** y la **UPSS Cuidados Intensivos**, se evidenció ausencia de equipos de monitoreo y soporte vital (electrocardiógrafos, monitores intracraneales, marcapasos temporales, bronco fibroscopios), situación que afecta la vigilancia clínica continua del paciente; consecuentemente, en la **UPSS Patología Clínica**, faltan instrumentos analíticos y microbiológicos esenciales (microscopios, incubadoras, centrífugas, balanzas), que determinan la capacidad diagnóstica del laboratorio; prosiguiendo con el análisis la **UPSS Medicina de Rehabilitación** presenta carencias en equipos terapéuticos y de electroestimulación, Esto limita la recuperación funcional de los pacientes; finalmente, en la **UPSS Nutrición y Dietética** y la **UPSS Central de Esterilización**, la falta de equipos industriales de preparación alimentaria y dispositivos de lavado y esterilización compromete la inocuidad alimentaria y la bioseguridad de la Entidad.



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Noheley  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

Equipamiento inoperativo:

Un equipamiento operativo garantiza la funcionalidad integral de los servicios asistenciales y de apoyo de la Entidad; además, asegura que la atención al paciente se brinde de forma oportuna, minimizando riesgos asociados a fallas técnicas; por otro lado, la operatividad del equipamiento permite una correcta ejecución de los procedimientos de salud; así como, de las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

De la inspección realizada en campo, se advierte la inoperatividad de diversos equipos esenciales para la atención médica que a continuación, se detallan:

**Cuadro n.º 5**  
**Equipamiento inoperativo**

EQUIPAMIENTO INOPERATIVO POR UPSS				
UPSS – CONSULTA EXTERNA				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-103	Ecógrafo portátil	Si	1	Consultorio de Gineco - obstetricia
D-418	Tensiómetro aneroide pediátrico - neonatal	Si	1	Consultorio de Medicina de Rehabilitación
D-1035	Tensiómetro aneroide rodable – adulto	Si	1	Consultorio de Medicina de Rehabilitación
UPSS – EMERGENCIA				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-226	Monitor multiparámetro	Si	4	Tópico de Cirugía General – Sala de observación pediátrica
D-334	Pulsioxímetro portátil	Si	1	Sala de observación pediátrica
D-33	Lámpara quirúrgica de techo	Si	1	Sala de Trauma Shock
UPSS – CUIDADOS INTENSIVOS				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
D-120	Ventilador mecánico adulto	Si	13	Sala de Cuidados Intermedios
-	Desfibrilador	Si	5	Sala de Cuidados Intermedios
D-316	Bomba de infusión	Si	20	Sala de Cuidados Intermedios
UPSS – DIAGNOSTICO POR IMÁGENES				
CODIGO	DESCRIPCION	SI/NO	CANT	AMBIENTES
-	Tomógrafo	Si	1	

Fuente: Formatos n.ºs 9, 10, 11 y 12: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS.

Elaborado por: Comisión de Control

El cuadro anterior, denota una brecha crítica en la operatividad de los equipos médicos; por ejemplo, en la **UPSS Consulta Externa** la inoperatividad del ecógrafo portátil y de tensiómetros pediátricos y adultos, limita la adecuada evaluación y el control clínico en consultorios de Gineco-Obstetricia y el consultorio de Medicina de Rehabilitación; por otro lado, la **UPSS Emergencia**, presenta inoperatividad de cuatro (4) monitores multiparámetros, un (1) pulsioxímetro y una (1) lámpara quirúrgica de techo, situación que compromete el monitoreo y la atención de urgencias, emergencias y trauma shock.

Ahora bien, en la inspección realizada en campo los días 14, 15 y 16 de octubre de 2025; se advierte, que la **UPSS Cuidados Intensivos**, en lo que respecta al ambiente de la **Sala de Cuidados Intermedios** no se encuentra habilitada para la atención de los pacientes, sirviendo como una especie de almacén de los equipos médicos inoperativos de la UPSS, conforme se muestra en imágenes siguientes:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Noheley  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



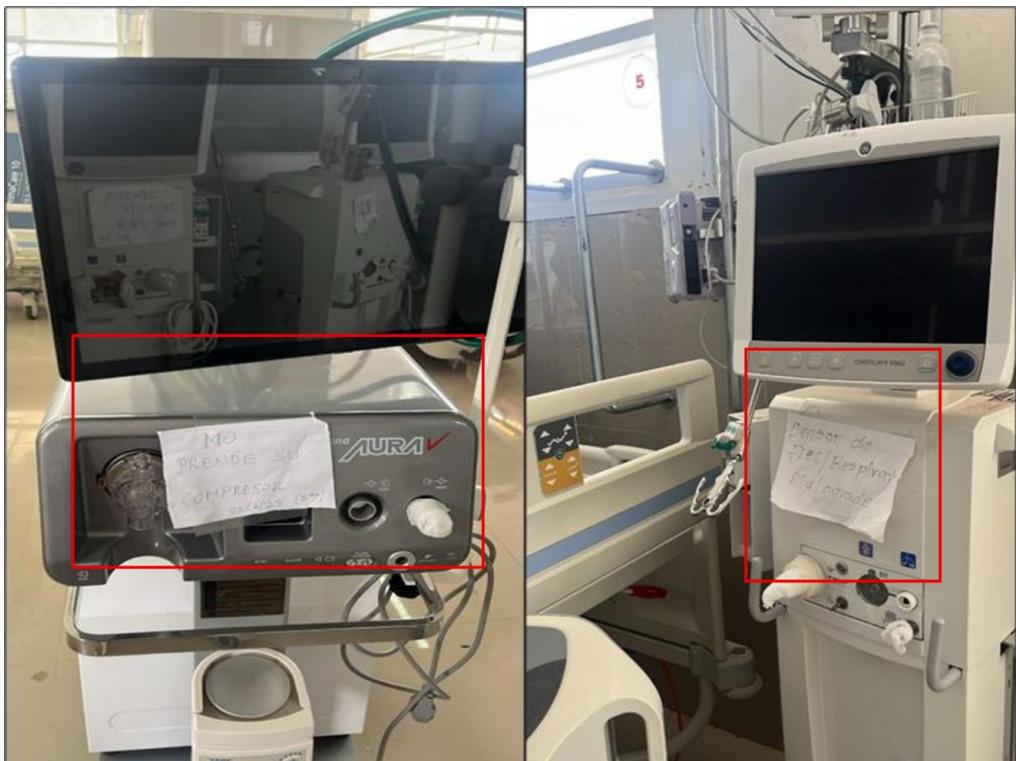
Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 11**  
**Sala de cuidados intermedios - Inoperativa**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14, 15 y 16 de octubre de 2025

**Imagen n.º 12**  
**UPSS Cuidados intensivos - Sala de cuidados intermedios – equipos inoperativos**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14, 15 y 16 de octubre de 2025

Las imágenes precedentes, representan un panorama crítico en la UPSS Cuidados Intensivos; ya que, pese a no contar con el ambiente de Sala de Cuidados Intermedios operante, también reporta la mayor cantidad de equipos inoperativos; es decir, trece (13) ventiladores mecánicos, cinco (5) desfibriladores y veinte (20) bombas de infusión, lo que representa un alto riesgo para la atención de pacientes críticos.

Por otro lado, es de resaltar la importancia de contar con el tomógrafo operativo en la UPSS Diagnósticos por imágenes, ya que este equipo biomédico es esencial en la obtención de imágenes por diagnóstico de alta precisión; es decir, la inoperatividad del tomógrafo implica una limitación severa en la capacidad resolutiva de la Entidad, ya que podría ocasionar el incremento en los tiempos de atención del usuario o paciente; además, del riesgo retardado del diagnóstico; así como, posibles complicaciones clínicas en pacientes que requieren evaluación inmediata.

Se resalta que, Luis Pozo Portillo, jefe (e) de Radiología, manifestó a la comisión de control que dicho tomógrafo se encuentra inoperativo hace dos (2) años<sup>5</sup>, conforme se muestra en las imágenes siguientes:

**Imagen n.º 13**  
**Tomógrafo inoperativo**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14, 15 y 16 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

<sup>5</sup> Conforme consta en el apartado de "comentarios u observaciones de la Entidad", del Formato n.º 11: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS de 16 de octubre de 2025.

Imagen n.º 14  
 Aviso al usuario de que el tomógrafo se encuentra inoperativo



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 14, 15 y 16 de octubre de 2025

Imagen n.º 15  
 Formato n.º 11: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS

**FORMATO N.º 11: EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS**

**DETALLE DE EQUIPOS**

**1. EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS**

**1.1. EQUIPOS DE RADIOLÓGIA CONVENCIONAL**

**1.1.1. TOMÓGRAFO**

El Jefe encargado del Departamento de Diagnóstico por Imágenes informó que el Tomógrafo se encuentra Inoperativo aproximadamente dos (2) años, Sin embargo indica que ya está en proceso de licitación el Mantenimiento Correctivo del mismo. Asimismo, informó que tiene equipos de Aire Acondicionado que se encuentran operativos y que podrían afechar el funcionamiento de otros equipos, y que se debe a falta de recursos. De igual manera indica que su área de Radiología Convencional no cuenta con personal para operar los equipos, debido a la falta de recursos para operar este equipo, solo cuenta con 5 técnicos que utilizan el equipos de Radiología de Emergencia.

El Servicio de UCIs (Unidad de Cuidados Intensivos) informó que cuenta con 5 desfibriladores, 1 ventilador, 1 monitor y 1 respirador.

Fuente: Formato n.º 11: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS

Lo descrito inobserva la normativa siguiente:

- ✓ Resolución Ministerial n.º 660-2014-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”, publicado el 2 de setiembre de 2014

[...]

Anexo N° 9: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Consulta Externa

[...]

Anexo N° 10: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Emergencia

[...]

Anexo N° 11: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Centro Obstétrico

[...]

Anexo N° 12: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Centro Quirúrgico

[...]

Anexo N° 13: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Hospitalización

[...]

Anexo N° 14: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Cuidados Intensivos

[...]

*Anexo N° 17: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS Diagnóstico por imágenes  
[...]"*

Los hechos descritos generan el riesgo de afectar la capacidad resolutiva de las unidades productoras de servicios de salud - UPSS.

**4. AMBULANCIAS DE LA ENTIDAD INOPERATIVAS, SE ENCUENTRAN NO IDENTIFICADAS Y SIN EQUIPAMIENTO BÁSICO; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA OPORTUNA ATENCIÓN DE EMERGENCIA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO Y LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DE ESTE**

De la inspección realizada el 17 de octubre de 2025, en presencia de Frank Rengifo Velarde, piloto de ambulancia de turno; y, Percy Alberto Chuco Yupanqui, técnico asistencial de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento – USGM, la comisión de control recabó información mediante el formato n.º 13: Ambulancias; advirtiendo lo siguiente:

**Cuadro n.º 6**  
**Estado de las ambulancias de la Entidad**

Ítem	Tipo	Estado
1	I	Operativo
2	II	Operativo
3	II	Inoperativo

Fuente: Formato n.º 13: Ambulancias

Elaborado por: La comisión de control



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



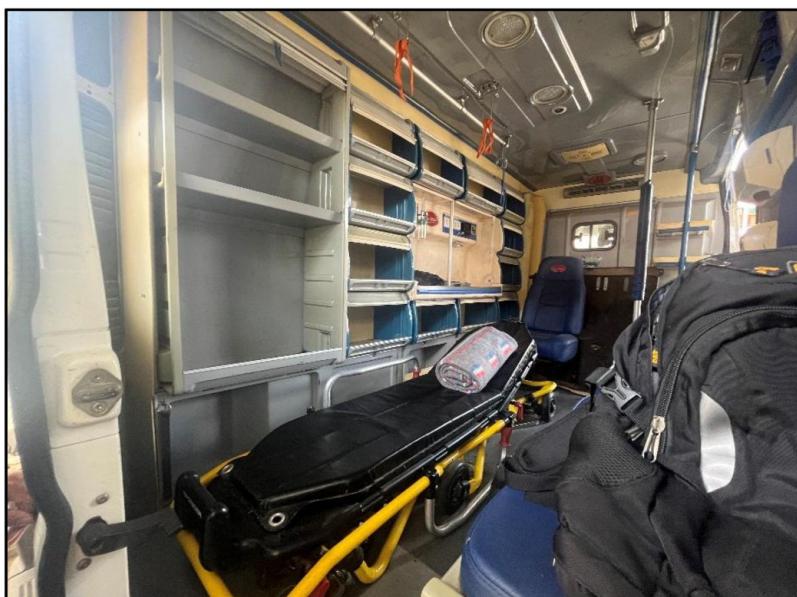
Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 16**  
**Ambulancia tipo II – Inoperativa**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 17 de octubre de 2025

**Imagen n.º 17**  
**Ambulancia tipo II – Inoperativa - Interior**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 17 de octubre de 2025

Por otro lado, en la visita física se constata que la Entidad mantiene la ambulancia tipo I, no identificada sin consignar la palabra "AMBULANCIA" en la parte frontal del vehículo escrita en reversa, disposición específica para realizar el traslado asistido de los pacientes, conforme se observa:

**Imagen n.º 18**  
**Ambulancia no se encuentra identificada**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 17 de octubre de 2025

Ahora bien, la normativa vigente establece las características, condiciones y equipamiento mínimo con el que deben cumplir las ambulancias para garantizar la seguridad y continuidad del cuidado del paciente durante su traslado; se debe precisar, que una ambulancia tipo I está destinada al traslado asistido básico; es decir, al transporte de pacientes estables que no requieren soporte vital avanzado; mientras que la ambulancia tipo II está diseñada para la atención prehospitalaria de emergencias y pacientes críticos, ya que cuenta con equipamiento biomédico especializado y personal capacitado para brindar soporte vital básico y avanzado durante el traslado. Al respecto la comisión de control en la inspección realizada obtuvo el siguiente detalle.

**Cuadro n.º 7**  
**Equipamiento faltante e inoperativo de las ambulancias**

<b>Ambulancia Tipo I y II</b>			
<b>EQUIPAMIENTO BÁSICO</b>			
<b>ítem</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
1	Tensiómetro con manguito para adultos	No	Si
2	Tensiómetro con manguito para niños	No	Si
3	Estetoscopios para niños	No	Si
4	Linterna para examen	No	No
5	Equipo de aspiración	No	Si
6	Tabla rígida	No	Si
7	Maletín de soporte básico de vida	No	No
8	Resucitador manual pediátrico	No	Si
9	Laringoscopio con tres hojas para pacientes pediátricos reusables	No	Si
10	Tubos orofaríngeos para adultos y pediátricos	No	No
11	Tubos nasofaríngeos para adultos	No	No
12	Tubos nasofaríngeos pediátricos	No	No
13	Pinza tipo Magill de 17 cm pediátrica	No	No
14	Pinza tipo Magill de 25 cm para adulto	No	No
15	Sistema de comunicaciones (equipo de radio)	No	No
16	Monitor desfibrilador portátil 8 (*)	No	Si
17	Oxímetro de pulso portátil (**)	No	Si
18	Ventilador mecánico portátil (**)	-	No



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

<b>Ambulancia Tipo I y II</b>			
<b>EQUIPAMIENTO BÁSICO</b>			
<b>Ítem</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
19	Bomba de infusión (**)	-	No

Fuente: Formato n.º 13: Ambulancias

Elaborado por: La comisión de control

(\*) Tipo I – (\*\*) Tipo II

En base a lo descrito en el cuadro precedente, se advierte que la ambulancia tipo I carece totalmente del equipamiento mínimo necesario para brindar soporte básico de vida (tensiómetros, estetoscopios, interna, aspirador, tabla rígida y maletín de emergencia), lo que la inhabilita funcionalmente a dicha unidad de transporte para traslados asistidos.

Por otro lado, la ambulancia tipo II presenta una dotación parcial en lo que respecta al equipamiento, disponiendo solo de algunos equipos esenciales (tensiómetros, estetoscopios, aspirador, tabla rígida, resucitador, laringoscopio, monitor desfibrilador y oxímetro de pulso); así también, presenta faltantes críticos, como tubos orofaringeos y nasofaringeos, pinzas tipo magill, sistema de comunicación y ventilador mecánico portátil. Al respecto se presentan imágenes recabadas en la visita de inspección:

**Imagen n.º 19**  
**Equipamiento de ambulancias – Ambulancia tipo I**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 17 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 20**  
**Equipamiento de ambulancias – Ambulancia tipo II**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 17 de octubre de 2025

Por otro lado, en la visita de campo realizada a la Entidad, Tania Chávez Galdós, cirujano general del Tópico de Cirugía de la UPSS Emergencia, mediante acta n.º 002-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025, entregó a la comisión de control en copia simple el informe n.º 001-25-GOREMAD/HGM de 24 de marzo de 2025, suscrito por Héctor Gutiérrez Méndez, personal médico<sup>6</sup>; además, de una copia simple del documento denominado: “Denuncia Formal al Colegio Médico del Perú”, suscrito por Daniel Alexander Alva Sandoval, personal médico<sup>7</sup> de la Entidad; ambos documentos refieren y advierten situaciones que reflejan una inadecuada práctica en el traslado asistido de los pacientes de la Entidad, conforme se observa en las imágenes siguientes:

**Imagen n.º 21**  
**Inadecuado traslado de pacientes**



Fuente: Documentos recabados mediante acta n.º 002-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025

<sup>6</sup> Documento recepcionado el 24 de marzo de 2025, por la Subdirección de la Entidad, conforme consta en sello de recepción de dicho informe.

<sup>7</sup> La copia simple entregada a la comisión de control no cuenta con sello de recepción, ya que fue enviada mediante correo electrónico a la Decanatura regional del Colegio Médico de la región de Madre de Dios, el 19 de agosto de 2025.

Es de precisar, que la importancia de que las ambulancias cuenten con el equipamiento básico exigido por la normativa vigente radica en asegurar una respuesta oportuna, segura y eficaz ante emergencias médicas, evitando complicaciones durante la atención extrahospitalaria.

Lo descrito inobserva la normativa siguiente:

- ✓ Resolución Ministerial n.º 953-2006-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º 051-MINSA/OGDN-V.01 "Norma técnica de salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre", de 10 de octubre de 2006 y modificatoria

"[...]

6.2.3 *Del equipamiento básico. Toda ambulancia, independientemente de su clasificación deberá contar con:*

*Tensiómetro con manguito para niños y adultos.*

*Estetoscopios para niños y adultos.*

*Linterna para examen. Balón de oxígeno fijo y/o balón portátil.*

*Equipo de aspiración.*

[...]"

Lo descrito pone en riesgo la oportuna atención de emergencia del paciente en estado crítico y la seguridad en el traslado de este.

## 5. ENTIDAD NO CUENTA CON RECURSOS HUMANOS NECESARIOS Y SUFICIENTES PARA COBETURAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, ASI COMO, PERSONAL MEDICO MANEJA ROL DE TURNO DISTINTO A LO APROBADO; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA CALIDAD, COBERTURA Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD - UPSS

De la visita realizada el 14 y 15 de octubre de 2025, la comisión de control en presencia de Hugo Guerra Chinchay, subdirector y Gloria Francesca Valencia Tejada, jefa (e) del Departamento de Enfermería, respectivamente, procedió a recopilar información aplicando el formato n.º 1: Información de Recursos Humanos y formato n.º 2: Información Adicional de Recursos Humanos; al respecto, se puede advertir lo siguiente:

**Cuadro n.º 8**  
**Recursos Humanos necesarios según NTS n.º 21-MINSA/DGSP.V.03<sup>8</sup>**

UPSS <sup>9</sup>	RRHH <sup>10</sup> mínimos necesarios	Cuenta (SI / NO)
Consulta externa	Profesionales en odontología	No cuenta
Emergencia	Médico especialista en medicina interna	No cuenta
Centro Obstétrico	Profesionales en enfermería	No cuenta

Fuente: Formato n.º 1: Información de Recursos Humanos

Elaborado por: Comisión de control

En relación al cuadro precedente, se advierte una brecha crítica de personal profesional y técnico en diversas Unidades Productoras de Servicios de Salud – UPSS; es de precisar que, la falta de profesionales en odontología en la UPSS Consulta Externa limita la cobertura y continuidad de la atención integral en salud bucal; además, en la UPSS Emergencia, la ausencia de un médico especialista en medicina interna afecta la capacidad resolutiva y la atención oportuna de casos complejos que requieren evaluación especializada; así mismo, en la UPSS Centro Obstétrico,

<sup>8</sup> Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

<sup>9</sup> Unidad Productora de Servicios de Salud.

<sup>10</sup> Recursos Humanos.



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

la carencia de profesionales de enfermería compromete la seguridad materna y neonatal, al no contar con personal calificado para el monitoreo, asistencia y apoyo durante el trabajo de parto.

Por otro lado, en la visita de inspección, se constató mediante acta n.º 04-2025-CG/GRMD-SVC de 17 de octubre de 2025, que el personal médico maneja dos roles de turnos: uno externo debidamente aprobado y otro de uso interno, los cuales difieren entre sí, puesto que, no son concordantes con la programación aprobada para el desempeño de las funciones del mes programado (octubre 2025); conforme se muestra a continuación:

Imagen n.º 22  
Rol de turnos - octubre 2025 - Aprobado

**PROGRAMACION DEL ROL DE TRABAJO MEDICO QUIRURGICO DEL HOSPITAL SANTA ROSA, 2025**

Correspondiente al mes:

2025 OCTUBRE

Fuente: Formato n.º 01: Información de Recursos Humanos de 14 de octubre de 2025

Imagen n.º 23  
Rol de turnos - octubre 2025 - Interno

Fuente: Documento recopilado mediante acta n.º 04-2025-CG/GRMD-SVC de 17 de octubre de 2025

Conforme se muestra en las imágenes precedentes, la programación del rol de turnos del mes de octubre de Tania Chavez Galdós, cirujano general; debió dar inicio el 15 de octubre de 2025; sin embargo, Hugo Guerra Chinchay, Subdirector de la Entidad, suscribe rol de turnos, que inicia

actividades del médico en cuestión el 13 de octubre de 2025; lo descrito, configura una discrepancia entre la programación de los roles de turno aprobada para el mes de octubre de 2025 y la programación interna que desarrolla la cirujano general Tania Chávez Galdós.

El hecho advertido inobserva lo establecido en la normativa siguiente:

- ✓ Decreto Supremo n.º 13-2006-SA - Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, publicada el 25 de junio de 2006

“[...]

## TÍTULO SEGUNDO

### DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

[...]

#### CAPÍTULO III

##### DEL PERSONAL

[...]

*Artículo 37.- Funciones del director médico y/o del responsable de la atención de salud*

*Al director médico o al responsable de la atención de salud le corresponde:*

[...]

*g) Asegurar la presencia y permanencia del personal necesario, en calificación y número, para garantizar una conveniente prestación de la atención;*

[...]

*Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo*

*El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios.*

[...]"

- ✓ Resolución Ministerial n.º 432-2025/MINSA, que aprueba LA Directiva Administrativa n.º 378-MINSA/DGAIN-2025 “Directiva Administrativa para la programación de turnos de trabajo del profesional de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales”

“[...]

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 DE LA ELABORACION DE LA PROGRAMACION DE TURNOS DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

[...]

*La programación debe realizarse y aprobarse para un periodo de tres meses por lo menos.*

[...]

*La programación de los siguientes meses se aprueba, como mínimo, con una anticipación de tres (3) meses [...]*

[...]

### 6.14 DE LA EJECUCION DE LA PROGRAMACION DE TURNOS DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

*6.14.1 El jefe de servicio o quien haga sus veces es el responsable de supervisar el cumplimiento de la ejecución de la programación de turnos de trabajo dentro de la jornada laboral de los profesionales de la salud a su cargo y del registro correspondiente*

[...]"



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

- ✓ Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA que aprueban la Norma Técnica de Salud n.º 21-MINSA/DGSP.V.03 “Categoría de Establecimientos del Sector Salud, publicada el 16 de julio de 2011

[...]

## 5. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

[...]

5.5 La categoría de un establecimiento de salud está basada en la existencia de determinadas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) consideradas como mínimas y en el cumplimiento obligatorio de actividades de atención directa y de soporte (Anexos N° 07, 08, 09, 10, 11, 12, 14, 15, 16 y 17).

En los establecimientos de salud, las UPSS podrán ser incrementadas cuando el análisis de la situación de salud y el estudio de oferta y demanda lo justifiquen, sin que ello signifique necesariamente un cambio de categoría, siempre y cuando reúnan las condiciones de calidad y seguridad requeridas, verificadas por la autoridad sanitaria regional, o su equivalente en caso de Lima Metropolitana.

5.6 Los establecimientos de salud pueden realizar actividades correspondientes a otras categorías inmediatas superiores de acuerdo a las necesidades de la demanda, siempre y cuando reúnan las condiciones de calidad y seguridad requeridas, verificadas por la autoridad sanitaria regional, o su equivalente en caso de Lima Metropolitana. Por lo que, las disposiciones contenidas en la presente NTS no limitan asignar o contar con recursos humanos tipificados como mínimos en la definición de categorías de mayor capacidad resolutiva.

[...]

## 6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

[...]

### 6.2.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

[...]

#### CATEGORÍA II-1

[...]

a) UPSS Consulta Externa Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención integral de salud, en la modalidad ambulatoria, a usuarios que no estén en condición de Urgencia y/o Emergencia.

Para su funcionamiento requiere de:

- Recursos humanos: Médicos especialistas en Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, profesionales de Odontología y otros profesionales de la salud, además debe contar con personal técnico de enfermería.

b) UPSS Emergencia.

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de Urgencia y/o Emergencia. Para su funcionamiento requiere de:

- Recursos humanos: Médicos especialistas en Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología. Adicionalmente cuentan con Médicos - Cirujanos, otros profesionales de la salud y personal técnico de enfermería.

[...]

d) UPSS Centro Obstétrico.

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención del parto vaginal de la gestante con o sin complicaciones, la atención durante el puerperio inmediato, y atención inmediata del recién nacido. En los establecimientos de salud públicos, se priorizará la atención de la gestante con complicaciones. Para su funcionamiento requiere de:



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Noheily  
 Vanessa FAU 20131378972  
 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

- Recursos humanos: *Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, y en Pediatría, profesionales de Obstetricia, de Enfermería y personal técnico de enfermería.*  
[...]"

El hecho advertido pone en riesgo la calidad, cobertura y continuidad de atención en las unidades productoras de servicios de salud – UPSS.

**6. ENTIDAD CUENTA CON PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DESABASTECIDOS, EN SUBSTOCK Y SOBRESTOCK, ADEMÁS DE INSTALACIONES DEFICIENTES PARA SU USO COMO ALMACENES; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A INSUMOS MEDICOS, Y QUE ESTOS SEAN CONSERVADOS Y MANIPULADOS DE FORMA NO ADECUADA**

De la visita de control realizada el 13, 14 y 15 de octubre de 2025, la comisión de control se constituyó en las instalaciones del Almacén de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de la Entidad, contando con la presencia de Pilar Antonieta Peña Schwarman – directora técnica del Almacén de Medicamentos; a quien se entrevistó para recopilar información aplicando el formato n.º 3: Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, advirtiendo lo siguiente:

Al momento de realizar la inspección física al almacén de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de la Entidad, se observó que este, está ubicado en diferentes puntos del Hospital; en ese sentido, dichos ambientes han sido acondicionados de manera informal para el resguardo de dispositivos médicos y equipos de protección personal, tales como mamelucos, guantes, mascarillas, cubre calzado y frascos de Ecoflac (marca B Braun); además, estos ambientes presentan las siguientes condiciones:

- **Deficiencias estructurales y de protección:** Las instalaciones no se encuentran en condiciones óptimas. Los techos y paredes están construidos con material de calamina deteriorado, exponiendo el material almacenado.
- **Exposición a Factores Ambientales de Riesgo:** Se evidencia una clara exposición a condiciones de humedad y lluvia, lo cual compromete la integridad y esterilidad de los dispositivos médicos almacenados.
- **Falta de Seguridad y Control de Acceso:** Los artículos están almacenados sin la seguridad adecuada, verificándose que la puerta carece de cerradura o candado, lo que genera un riesgo de pérdida o manipulación no autorizada.

Conforme se observa en imágenes:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 24  
Almacén sin identificación ni seguridad**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025

**Imagen n.º 25  
Condiciones inadecuadas para la conservación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025

Por otro lado, el almacén de reactivos de laboratorio presenta deficiencias críticas en su acondicionamiento, organización y control, incumpliendo las disposiciones técnicas establecidas para el almacenamiento de insumos y materiales de laboratorio, dicho ambiente, improvisado en el auditorio de la Entidad no cuenta con la debida identificación; además, de la verificación *in situ* se consignaron observaciones que quedaron plasmadas en el acta n.º 001-2025- Acta de Visita de Inspección de 14 de octubre de 2025, en la cual se verificó que el área en mención se encuentra sobrecargada, con materiales apilados sin pasillos de circulación, desorden y falta de limpieza, condiciones que comprometen la seguridad y trazabilidad de los reactivos.

Así mismo, se advierte la falta de actualización de los registros de temperatura y humedad relativa, los cuales presentan datos únicamente hasta mayo de 2025, y en el caso de los refrigerados, hasta julio del mismo año; además, no cuenta con registros correspondientes a octubre de 2025; aunado a ello, en dicho ambiente se identificó la presencia de productos vencidos, entre ellos tubos de extracción de 1 ml, 3 ml y 6 ml con fechas de caducidad entre mayo y agosto de 2025, algunos de los cuales no son utilizados por falta de equipos compatibles; por otro lado, se advierte que los Kardex de control de reactivos y los formatos de requerimiento de materiales no se encuentran actualizados desde agosto de 2025, afectando la gestión logística, el control de stock y la trazabilidad del consumo de insumos en las determinaciones de glucosa, triglicéridos, creatinina, colesterol y VIH, lo que refleja un deficiente cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y control interno en la Entidad, conforme se aprecia en imágenes:

**Imagen n.º 26**  
**Almacén sobrecargado con materiales apilados**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 27**  
**Almacén de reactivos de laboratorio**


Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025

**Imagen n.º 28**  
**Productos vencidos**


Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025

**Imagen n.º 29**

**Fuente:** Toma fotográfica de la visita de control de 13, 14 y 15 de octubre de 2025

Por otra parte, en la visita de control, se verificó el stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de la Entidad; del cual se advierte que existen productos en condición de desabastecidos, substock y sobrestock; al respecto se solicitó a Pilar Antonieta Peña Schwarman – directora técnica del Almacén de Medicamentos la disponibilidad de productos farmacéuticos según la información del ICI<sup>11</sup>, por lo que la químico farmacéutica en mención entregó a la comisión de control el último reporte remitido a la DIGEMID<sup>12</sup>, obteniendo el resumen siguiente:



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22/10/2025 17:23:25 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -0500

**Cuadro n.º 9**

<b>Condición de los productos</b>	<b>Productos Farmacéuticos</b>	<b>dispositivos médicos y productos sanitarios</b>
Substock	41	
Sobrestock	248	216
Desabastecidos	23	61(¶)
Próximo a vencer	10	441

**Fuente:** Formato n.º 03 – Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aplicado el 13 de octubre de 2025, ítems 25, 26, 27 y 28

Elaborado por: Comisión de control

(\*) Los dispositivos médicos para osteosíntesis se encuentran desabastecidos, ya que se adquieren directamente para cada paciente, mientras que los dispositivos médicos de laboratorio también presentan desabastecimiento debido a que fueron derivados al área de laboratorio

Del cuadro precedente, se advierte que cuarenta y uno (41) productos farmacéuticos se encuentran en condición de substock, doscientos cuarenta y ocho (248) en sobrestock y veintitrés (23) desabastecidos; mientras que, en el caso de los dispositivos médicos y productos sanitarios, se registra doscientos dieciséis (216) en sobrestock, sesenta y uno (61) desabastecidos y cuatrocientos cuarenta y uno (441) próximos a vencer; además, dicho cuadro

<sup>11</sup> Informe de Consumo Integrado – ICI - SISMED

<sup>12</sup> Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

también refleja diez (10) medicamentos próximos a vencer, dicha situación podría no garantizar la disponibilidad de los insumos, ni la reposición oportuna de los mismos.

El hecho descrito contraviene la siguiente normativa:

- ✓ Ley n.º 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, publicada el 26 de noviembre de 2009

“[...]

*Capítulo VIII Del acceso a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios*

*Artículo 27º.- Del acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.*

[...]

*27.3 Los establecimientos de salud del sector público, dependiendo de su nivel de complejidad, especialización y tomando en cuenta criterios epidemiológicos, están obligados a mantener en stock los medicamentos esenciales, productos biológicos y dispositivos médicos contenidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y en el Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales, respectivamente.*

[...]"

- ✓ Resolución Ministerial n.º 132-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros de 2 de marzo de 2015

“[...]

#### 6.2.3 INSTALACIONES, EQUIPOS E INSTRUMENTOS

[...]

*6.2.3.1 Los locales e instalación que almacenen productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios deben contar con una infraestructura, equipamiento e instrumentos que garanticen el almacenamiento adecuado de los mismos. (...). El almacén debe estar destinado a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, excepcionalmente se podrá almacenar otro tipo de productos siempre y cuando no pongan en riesgo a aquellos.*

*6.2.3.2 Las instalaciones deben ubicarse, diseñarse, construirse, adaptarse y mantenerse de acuerdo con las operaciones del sistema de almacenamiento, de modo que permita una limpieza adecuada y mantenimiento efectivo, a fin de evitar cualquier condición adversa que afecte la calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como la seguridad del personal.*

[...]

#### 6.2.3 INSTALACIONES, EQUIPOS E INSTRUMENTOS

[...]

*6.2.3.25 Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios deben ser colocados sobre tarimas o parihuelas, estantes u otros, quedando ordenados e identificados, nunca directamente sobre el piso, los mismos que deben estar separados de las paredes y techos, de modo que permita la limpieza, inspección y facilite la ventilación.*

[...]"

- ✓ Resolución Ministerial n.º 116-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa n.º 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED" de 15 de febrero de 2018

"[...]

#### VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

[...]

##### 6.4. PROCESO DE ALMACENAMIENTO

[...]

6.4.2. Las áreas distintas al almacén especializado donde se almacenen o custodien productos, deben garantizar su calidad e integridad según las condiciones establecidas en las BPA.

[...]

6.4.5. Los stocks en los almacenes especializados son integrados y se distribuyen según los requerimientos de los establecimientos de salud o áreas usuarias para atender las necesidades de salud de los usuarios o pacientes. La farmacia del establecimiento de salud mantiene la integralidad de stock.

[...]"

El hecho advertido pone en riesgo el acceso de la población a insumos médicos, y que estos sean conservados y manipulados de forma no adecuada.

#### 7. ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA ENTIDAD NO GARANTIZA LA CONSERVACIÓN, CONFIDENCIALIDAD Y TRAZABILIDAD DE LOS DATOS MÉDICOS; SITUACIÓN QUE PODRÍA GENERAR DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN, PÉRDIDA O MAL MANEJO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Noheley  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor 13  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00 "[...]"

Durante la visita de control realizada el 16 de octubre de 2025, con la presencia de María Lezama Vda. de Cárdenas, técnico en archivo del Área de Admisión de la Entidad, se advierte que el espacio destinado para funcionar como archivo de Historias Clínicas, no presenta las condiciones establecidas en la normativa vigente, la cual precisa que el área de archivo de historias clínicas debe dimensionarse según el volumen de documentos, con espacios recomendados entre 40 y 150 m<sup>2</sup>; además, debe contar con estanterías especiales de hasta 2.20 m de altura, separadas del muro y entre sí para permitir una adecuada circulación; así mismo, los ambientes deben mantenerse en condiciones ambientales seguras, con fumigación periódica, ventilación, iluminación, señalización y sistemas de seguridad contra incendios, garantizando la correcta conservación y protección de las historias clínicas<sup>13</sup>.

Sin embargo, se advierte la insuficiencia de espacio físico para el almacenamiento de la documentación, debido a la acumulación de historias clínicas con más de 20 a 30 años de antigüedad; por otro lado, los estantes se encuentran completamente saturados, sin capacidad para incorporar o reorganizar nuevos expedientes; además, se advierte la ausencia de extintores

13 Resolución Ministerial n.º 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º 139-MINSA/2018/DGAIN – “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, publicado el 15 de marzo de 2018 y modificatorias

4.1 Espacio, Equipamiento y Condiciones Ambientales a. El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros 2(4m de fondo por 10m de ancho); 80 metros 2(8m de fondo por 10 de ancho); 150 m 2(15m de fondo por 10 de ancho); la misma que se adecua a su realidad y según el volumen de historias clínicas que tiene en archivo (activo y pasivo). b. Uso de estanterías especiales para carpetas de Historias Clínicas, con dimensiones recomendables de 28 cm de profundidad y 35 cm de alto entre bandeja y bandeja. La estantería no será superior a los 2.20 m de alto, dividido en 6 alturas o niveles y distante a 15 cm del muro, y deberá estar fijada a los muros o cielo raso en caso de estantes fijos. Asimismo, la separación entre estanterías deberá considerar 1 m. para pasillos principales y 75 cm para secundarios; en correspondencia con lo establecido en la normatividad de la materia22. c. Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.  
[...]"

en el área, la presencia de humedad por filtraciones de agua, deficiente ventilación y la existencia de comején en documentos del periodo 2025, conforme se observa en imagen:

**Imagen n.º 30**  
**Presencia de comején en documentos**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 16 de octubre de 2025

**Imagen n.º 31**  
**Falta de extintores en el área**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 16 de octubre de 2025

Por otro lado, se observa la inadecuada conservación de archivos almacenados en el piso y en cajas de frutas, con un equipo de aire acondicionado inoperativo vulneran las disposiciones sobre conservación, seguridad y manejo documental; así mismo, ponen en riesgo la integridad física del personal, al encontrarse las áreas de tránsito reducidas y obstruidas, lo que dificultaría una evacuación ante emergencias como un incendio; se presentan las imágenes siguientes:

**Imagen n.º 32**  
**Equipo de aire acondicionado – Inoperativo**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 16 de octubre de 2025

**Imagen n.º 33**  
**Documentos en el piso obstaculiza el transito**



Fuente: Toma fotográfica de la visita de control de 16 de octubre de 2025

El hecho descrito contraviene la siguiente normativa:

- ✓ Ley n.º 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, publicada el 26 de noviembre de 2009

"[...]

#### V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

[...]

##### 5.3. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

###### 5.3.1. PROCESO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

###### 2) Organización y manejo del archivo de historias clínica

[...]

d. Las historias clínicas están organizadas en el Archivo de Historias Clínicas, las que están clasificadas en Archivo Común: archivo activo y archivo pasivo; y en Archivo Especial. El responsable de archivo de historias clínicas deberá comunicar al jefe o director de la IPRESS, la necesidad de implementar el Archivo Especial cuando lo amerite.

[...]

f. Es responsabilidad de la unidad de registros médicos y estadística o la que haga sus veces, implementar el Archivo Especial de Historias Clínicas, para evitar que se deterioren, manipulen y/o alteren, las mismas que deben estar estrictamente foliadas.

g. En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, método para su organización deberá considerar la numeración del DNI, procediendo ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.

[...]

k. En el caso de las historias clínicas del archivo común (archivo activo y pasivo) y archivo especial, el método para su organización deberá considerar la numeración del DNI, procediendo ordenarlas de forma correlativa de menor a mayor.

[...]

4) Custodia y conservación de la Historia Clínica a. Los funcionarios de las IPRESS, en el marco de sus competencias, desarrollan las gestiones necesarias para brindar al archivo de Historias Clínicas y al Órgano de Administración de Archivos los recursos humanos, infraestructura y equipos óptimos para realizar las actividades de archivo, que garanticen su correcto tratamiento, seguridad y conservación.

[...]

c. Está prohibido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier otro tipo de archivo personal.

[...]".

Lo descrito podría generar deficiencias en la calidad de atención, pérdida o mal manejo de la información médica de los usuarios.

8. COMITÉ DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LA ENTIDAD PRESENTA PARCIALMENTE CAPACITACIONES EN EL ÁREA, ADEMÁS REGISTRA AUSENCIA DE DOCUMENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS Y SEÑALIZACIÓN NO ADECUADA PARA EL TRANSPORTE DE RESIDUOS SOLIDOS; SITUACIÓN QUE PODRÍA GENERAR RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, EXponiendo AL PERSONAL Y PACIENTES A AGENTES PELIGROSOS

En la visita de control realizada el 13 y 14 de octubre de 2025, la comisión de control se entrevistó con Mario Pizarro Atausupa, miembro integrante del Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos y jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento de la Entidad, plasmando dicha entrevista en el formato n.º 8: Gestión de Residuos Sólidos; de lo mencionado, el ítem 3 del referido formato, se relaciona a la capacitación que habría recibido dicho comité, a lo que el

miembro integrante del Comité de Gestión y Manejo de Residuos manifestó que no había recibido la capacitación respectiva para el desarrollo de sus funciones, tal como se muestra en la siguiente imagen:

**Imagen n.º 34**  
**Capacitación de Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos**

 3	<p>¿El Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos ha recibido capacitación para la ejecución de su labor?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> <span style="font-size: 2em;">X</span>	Muchas gracias por realizar una capacitación al personal el 28 de abril de 2025.
--	---	--	--

Fuente: Formato n.º 8: Gestión de Residuos Sólidos aplicado los días 13 y 14 de octubre de 2025

Cabe precisar que la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental realizó el 28 de abril de 2025 una capacitación a todo el personal de la Entidad, sobre “Capacitación de la Gestión y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios”, sin embargo, de la relación de asistencia a dicha capacitación que obra en el informe emitido sobre la actividad, se pudo constatar que solo dos (2) miembros que forman parte integrante del Comité de Gestión y Manejo de Residuos asistieron a dicha capacitación<sup>14</sup>, se trata de los Sres. Mario Pizarro Atausupa<sup>15</sup> y Hugo Guerra Chinchay<sup>16</sup>, registrados con los números 45 y 64 respectivamente, tal como se muestra en imagen:

**Imagen n.º 35**  
**Asistencia a Capacitación sobre Gestión y Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios**

 GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS <b>HOSPITAL SANTA ROSA</b> "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana" "Madre de Dios, Capital de la Biodiversidad del Perú"				
Nº DE ORDEN	NOMBRE Y APELLIDO	DNI	CARGO	FIRMA
45	Mario Pizarro Atausupa	40041987	Jefe	
47	Walter Alberto Mancilla Cárdenas	40125311	Jefe	
49	Pedro Pérez Flores	40288170	Jefe	
50	José Luis Gómez Gómez	40282074	Jefe	
51	Justo Muñoz Vizcarra	40284949	Jefe	
52	Guillermo Chávez Maturana	40284951	Jefe	
53	Edwin Jhonny Flores	40284952	Jefe	
54	Adrián Daniel Gómez Vizcarra	40284953	Jefe	
55	Edwin Gómez Apaza	40284954	Jefe	
56	Edwin Gómez Apaza	40284955	Jefe	
57	Edwin Gómez Apaza	40284956	Jefe	
58	Shirley Colina Túro	40284957	Jefe	
59	Edwin Gómez Apaza	40284958	Jefe	
60	Edwin Gómez Apaza	40284959	Jefe	
61	Edwin Gómez Apaza	40284960	Jefe	
62	Edwin Gómez Apaza	40284961	Jefe	
63	Edwin Gómez Apaza	40284962	Jefe	
64	Edwin Gómez Apaza	40284963	Jefe	
65	Edwin Gómez Apaza	40284964	Jefe	
66	Edwin Gómez Apaza	40284965	Jefe	
67	Edwin Gómez Apaza	40284966	Jefe	
68	Edwin Gómez Apaza	40284967	Jefe	
69	Edwin Gómez Apaza	40284968	Jefe	
70	Edwin Gómez Apaza	40284969	Jefe	
71	Edwin Gómez Apaza	40284970	Jefe	
72	Edwin Gómez Apaza	40284971	Jefe	
73	Edwin Gómez Apaza	40284972	Jefe	
74	Edwin Gómez Apaza	40284973	Jefe	
75	Edwin Gómez Apaza	40284974	Jefe	
76	Edwin Gómez Apaza	40284975	Jefe	
77	Edwin Gómez Apaza	40284976	Jefe	
78	Edwin Gómez Apaza	40284977	Jefe	
79	Edwin Gómez Apaza	40284978	Jefe	
80	Edwin Gómez Apaza	40284979	Jefe	
81	Edwin Gómez Apaza	40284980	Jefe	
82	Edwin Gómez Apaza	40284981	Jefe	
83	Edwin Gómez Apaza	40284982	Jefe	
84	Edwin Gómez Apaza	40284983	Jefe	
85	Edwin Gómez Apaza	40284984	Jefe	
86	Edwin Gómez Apaza	40284985	Jefe	
87	Edwin Gómez Apaza	40284986	Jefe	
88	Edwin Gómez Apaza	40284987	Jefe	
89	Edwin Gómez Apaza	40284988	Jefe	
90	Edwin Gómez Apaza	40284989	Jefe	
91	Edwin Gómez Apaza	40284990	Jefe	
92	Edwin Gómez Apaza	40284991	Jefe	
93	Edwin Gómez Apaza	40284992	Jefe	
94	Edwin Gómez Apaza	40284993	Jefe	
95	Edwin Gómez Apaza	40284994	Jefe	
96	Edwin Gómez Apaza	40284995	Jefe	
97	Edwin Gómez Apaza	40284996	Jefe	
98	Edwin Gómez Apaza	40284997	Jefe	
99	Edwin Gómez Apaza	40284998	Jefe	
100	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
101	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
102	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
103	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
104	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
105	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
106	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
107	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
108	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
109	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
110	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
111	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
112	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
113	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
114	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
115	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
116	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
117	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
118	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
119	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
120	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
121	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
122	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
123	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
124	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
125	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
126	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
127	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
128	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
129	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
130	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
131	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
132	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
133	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
134	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
135	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
136	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
137	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
138	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
139	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	
140	Edwin Gómez Apaza	40284999	Jefe	

Por otro lado, la normativa vigente establece que todos los establecimientos de salud deben elaborar cinco (5) documentos técnicos administrativos obligatorios, cada documento cumple una función específica, por ejemplo: el Diagnóstico Basal evalúa la cantidad, características y condiciones técnicas del manejo de residuos cada cinco años; el Plan y el Programa de Manejo de Residuos Sólidos No Municipales/ Programa de Manejo Residuos Sólidos establecen las acciones de minimización y control según la existencia o no de un Instrumento de Gestión Ambiental (IGA); la Declaración Anual sobre Minimización y Gestión de Residuos Sólidos reporta las actividades de gestión realizadas; y el Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos - MRSP permite el seguimiento de los residuos peligrosos desde su generación hasta su disposición final.

Sin embargo, la comisión de control advierte que el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos de la Entidad, solo elaboró el "Plan Integral de Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios"<sup>17</sup>, incumpliendo con los demás documentos exigidos por la norma; es de precisar, que dicha omisión genera deficiencias en la planificación, seguimiento y control del manejo integral de los residuos sólidos.

Ahora bien, de los ítems 9 al 23 del formato n.º 8: Gestión de Residuos Sólidos, se advierte que el Comité de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos de la Entidad no cuenta acondicionamiento adecuado de los recipientes para el depósito de residuos, ya que se constató en la inspección realizada que los tachos no tenían tapas y se encontraban sin rótulos que permitan la identificación de la peligrosidad de los residuos biocontaminados, conforme se muestra a continuación:

**Imagen n.º 36**  
**Contenedores y tachos sin tapas**



Fuente: Formato n.º 8: Gestión de Residuos Sólidos aplicado los días 13 y 14 de octubre de 2025

Además, se tiene que exponer que durante la inspección realizada a la Entidad, se constató que dicho establecimiento no presenta una señalización adecuada en las rutas establecidas para el transporte interno de los residuos sólidos; la falta de señalización interna impide una adecuada orientación del personal responsable del traslado de los residuos sólidos desde los puntos de almacenamiento intermedio hacia el ambiente final, esto podría generar confusión en la circulación, demoras en el proceso de recolección y traslado, pérdida de eficiencia operativa y un incremento en el riesgo de accidentes laborales, especialmente durante la manipulación y transporte de residuos biocontaminados o peligrosos; conforme se observa a continuación:

<sup>17</sup> Aprobado mediante Resolución Directoral n.º 080-2025-GOREMAD/HSRP de 1 de abril de 2025.

Imagen n.º 37

Falta de señalización de las rutas establecidas para el transporte de residuos sólido



Fuente: Tomas fotográficas del dia 13 de octubre de 2025 capturadas en las instalaciones del Hospital Santa Rosa

Por otro lado, la infraestructura del ambiente destinado al almacenamiento central o final de residuos sólidos de la Entidad presenta deficiencias estructurales significativas, dicha infraestructura se encuentra deteriorada, construida en parte de material de madera, sin puertas de protección, con mallas rotas, sin revestimiento lavable y sin señalización por tipo de residuo, se adjunta imagen:

Imagen n.º 38

Ambiente de almacenamiento central o final de madera, sin puertas, mallas rotas y sin señalización



Fuente: Tomas fotográficas del dia 13 de octubre de 2025 capturadas en las instalaciones del Hospital Santa Rosa



Firmado digitalmente por  
 PINTO ESPINOZA Nohely  
 Vanessa FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
 CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
 BEDREGAL FERRO Edith Flor  
 FAU 20131378972 soft  
 Motivo: Doy Visto Bueno  
 Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

**Imagen n.º 39**

**Falta de señalización por tipo de residuo, no tiene revestimiento que facilite su limpieza y residuos no se encuentran debidamente separado**



Fuente: Tomas fotográficas del día 13 de octubre de 2025 capturadas en las instalaciones del Hospital Santa Rosa

El hecho advertido inobserva lo establecido en la normativa siguiente:

- ✓ Resolución Ministerial n.º 1295-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud n.º 144-MINSA/2018/DIGESA “Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación”, de 11 de diciembre de 2018

“[...]”

#### IV. DISPOSICIONES GENERALES

[...]

##### 4.2. CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

*Los residuos generados en los EESS, SMA y CI se basan en la naturaleza y en riesgos asociados, clasificándose en:*

##### *Clase A: Residuos Biocontaminados*

*Son aquellos residuos peligrosos generados en el proceso de la atención e investigación médica y científica, que están contaminados con agentes infecciosos, o que pueden contener concentraciones de microorganismos que son de potencial riesgo para la persona que entre en contacto con dichos residuos. El símbolo internacional de riesgo biológico es el siguiente:*

[...]

#### IV. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

[...]

##### 5.2. CONFORMAR EL COMITÉ DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

*Todos los EESS de la categoría II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, deben contar con un Comité de Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos. [...] los miembros del Comité como el responsable deben ser designados con un documento firmado por el responsable del EESS [...]”*

*Una vez conformado el “Comité de gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos” o designado el responsable en el EESS, SMA y CI, éste inicia un proceso de capacitación a sus miembros.”*



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

[...]

### 5.5. DOCUMENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS QUE DEBE ELABORAR TODO EESS, SMA y CI

Los documentos técnicos administrativos que a continuación se señalan son de obligatorio cumplimiento para todos los EESS, SMA y CI:

#### Diagnóstico Basal o Inicial

Documento que contiene el informe de estudio acerca de la cantidad, características, composición, clase, volumen, peso y de las condiciones técnico-operativas del manejo de residuos sólidos en el EESS, SMA y CI.

[...]

#### Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos No Municipales/Plan de Manejo Residuos Sólidos.

Documento de planificación de los generadores de residuos no municipales, que describe las acciones de minimización y gestión de los residuos sólidos que el generador debe seguir, con la finalidad de garantizar un manejo ambiental y sanitariamente adecuado.

[...]

#### Programa de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos No Municipales/ Programa de Manejo Residuos Sólidos

Documento de planificación de los generadores de residuos no municipales, (EESS, SMA y CI) que describe las acciones las acciones de minimización y gestión de los residuos sólidos.

[...]

#### Declaración Anual sobre Minimización y Gestión de Residuos Sólidos

Documento técnico administrativo con carácter de declaración jurada, suscrita por el generador, mediante el cual declara cómo ha manejado los residuos que están bajo su responsabilidad.

[...]

#### Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos – MRSP

Documento técnico administrativo que facilita el seguimiento de todos los residuos sólidos peligrosos transportados desde el lugar de generación hasta su disposición final.

[...]

### 5.6. ETAPAS DE MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN EESS, SMA y CI

Las etapas establecidas para el manejo de los residuos sólidos en EESS, SMA y CI son las siguientes:

#### ACONDICIONAMIENTO

Consiste en la preparación de los servicios u áreas del EESS, SMA y CI con materiales: Recipientes (contenedores, tachos, recipientes rígidos, entre otros), e insumos (bolsas) necesarios y adecuados para la recepción o el depósito de las diversas clases de residuos que generen dichos servicios o áreas. Para realizar el acondicionamiento es necesario tener en cuenta la información del diagnóstico basal o inicial de residuos sólidos.

Requerimientos para el acondicionamiento:

#### Características de los recipientes:

Los recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos de EESS, SMA y CI, deben tener las siguientes características:

Recipientes con tapa en forma de medialuna, embudo invertido, con pedal o tapa vaivén (únicamente para residuos comunes).

Bolsas de polietileno según especificaciones técnicas.

Recipientes rígidos e impermeables resistentes a fracturas y a pérdidas del contenido.

Los recipientes rígidos para residuos punzocortantes biocontaminados deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad.

Los recipientes rígidos para residuos sólidos punzocortantes químicos citostáticos deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad. El cual se acondicionará en los EESS, SMA y CI según corresponda.

[...]



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:04:25 -05:00

*Color de Bolsa y Símbolo según clase de Residuo:*

*Los residuos sólidos que se generen en los EESS, SMA y CI, deben ser segregados en cada bolsa y recipiente según su clase, debiendo considerar:*

*Residuos Biocontaminados: Bolsa Roja.*

*Residuos Comunes: Bolsa Negra.*

*Residuos Especiales: Bolsa Amarilla.*

[...]

**5) RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO.**

*Consiste en trasladar los residuos al almacenamiento intermedio o central, según sea el caso, considerando la frecuencia de recojo de los residuos establecidos para cada servicio, utilizando vehículos apropiados (coches, contenedores o tachos con ruedas preferentemente hermetizados).*

[...]

**5.2 Procedimiento para la recolección y transporte interno:**

[...]

*k. Las rutas de transporte interno, deben contar con la señalización respectiva en el EESS, SMA y CI, cuyo rótulo debe consignar: "RUTA DE TRANSPORTE DE RESIDUOS SÓLIDOS".*

[...]

**6) ALMACENAMIENTO CENTRAL O FINAL**

*Es el ambiente donde se almacenan los residuos provenientes del almacenamiento intermedio o del almacenamiento primario. En este ambiente los residuos son depositados temporalmente en espera de ser transportados al lugar de tratamiento, valorización o disposición final. [...]*

*Requerimientos para el almacenamiento central o final:*

*Las dimensiones del almacenamiento final deben estar en función al diagnóstico de las cantidades generadas en el establecimiento de salud y son diseñadas para almacenar el equivalente a dos (2) días de generación de residuos.*

*Ubicación que permita fácil acceso, maniobra y operación del vehículo colector externo y los coches de recolección interna. [...]*

*Construido de material noble, para su fácil limpieza y desinfección, protegido de la interperie y temperaturas elevadas, dotado de ductos de ventilación o de aberturas cubiertas con mallas.*

*Revestido internamente (piso y paredes) con material liso, resistente, lavable, impermeable y de color claro y contar con canaletas de desagüe de ser el caso.*

*Piso con pendiente del 2% dirigida al sumidero y para el lado opuesto de la entrada.*

*El almacenamiento final debe estar delimitado mediante señalización, para cada clase de residuo, de la siguiente manera:*

*Área para residuos comunes.*

*Área para residuos biocontaminados.*

*Área para residuos especiales.*

*Puerta dotada de protección interior y superior, según corresponda, y ventanas protegidas con malla fina, para evitar el acceso de los vectores.*

*Colocar símbolos de identificación de acuerdo a la naturaleza del residuo, puesto en un lugar de fácil visualización.*

[...]"

*El hecho expuesto podría generar riesgos sanitarios, ocupacionales y ambientales, exponiendo al personal y pacientes a agentes peligrosos.*



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:06:04 -05:00

## VI. DOCUMENTACION VINCULA A LA VISITA DE CONTROL

La información y documentación que la comisión de control ha revisado y analizado durante el desarrollo del servicio de Visita de Control a la “Operatividad integral del funcionamiento y condiciones técnicas del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado”, se encuentra detallada en el Apéndice n.º 1.

Las situaciones adversas identificadas en el presente informe se sustentan en la revisión y análisis de la documentación e información obtenida por la Comisión de Control, la cual ha sido señalada en la condición y se encuentra en el acervo documentario del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

## VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS

Durante la ejecución del presente servicio de Visita de Control, la comisión de control no emitió Reporte de Avance ante Situaciones Adversas.

## VIII. CONCLUSIÓN

Durante la ejecución del servicio de Visita de Control a la “Operatividad integral del funcionamiento y condiciones técnicas del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado”, se han advertido ocho (8) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos las cuales han sido detalladas en el presente informe.



## IX. RECOMENDACIONES

1. Hacer de conocimiento al Titular del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado el presente Informe de Visita de Control, el cual contiene las situaciones adversas identificadas como resultado de la Visita de Control a la “Operatividad integral del funcionamiento y condiciones técnicas del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado”, con la finalidad que se adopten las acciones preventivas y correctivas que correspondan, en el marco de sus competencias y obligaciones en la gestión institucional, con el objeto de asegurar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos.
2. Hacer de conocimiento al Titular del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, que debe comunicar al Órgano de Control Institucional de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles, las acciones preventivas o correctivas adoptadas o por adoptar respecto a las situaciones adversas contenidas en el presente Informe de Visita de Control, adjuntando la documentación de sustento respectiva.



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00

Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:06:40 -05:00

Madre de Dios, 22 de octubre de 2025



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMAMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 22-10-2025 17:33:57 -05:00

---

**Ruth Choquemamani Vera**  
Supervisor



Firmado digitalmente por PINTO  
ESPINOZA Nohely Vanessa FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 22-10-2025 17:29:33 -05:00

---

**Nohely Vanessa Pinto Espinoza**  
Jefe de Comisión



Firmado digitalmente por BEDREGAL  
FERRO Edith Flor FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 22-10-2025 18:05:28 -05:00

---

**Edith Flor Bedregal Ferro**  
Jefe del Órgano de Control Institucional  
Dirección Regional de Salud de Madre de Dios

## APÉNDICE n.º 1

### DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA “OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO”

- ENTIDAD PRESENTA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA CON DEFICIENCIAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES, FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, PRESENCIA DE HUMEDAD Y FILTRACIONES DE AGUA EN LOS AMBIENTES DE LAS UPSS; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA VIDA ÚTIL DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD - UPSS

Nº	Documento
1	Acta n.º 003-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025
2	Acta de Inspección Física n.º 003-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025

- ENTIDAD NO CUMPLE CONDICIONES MÍNIMAS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD REDUCIDA

Nº	Documento
1	Acta n.º 003-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025
2	Acta de Inspección Física n.º 003-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025

- FALTA DE EQUIPAMIENTO ADECUADO E INOPERATIVIDAD DE EQUIPOS, GENERA EL RIESGO DE AFECTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD-UPSS

Nº	Documento
1	Formato n.º 9: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS
2	Formato n.º 10: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS
3	Formato n.º 11: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS
4	Formato n.º 12: Equipos para ambientes prestacionales y complementarios de la UPSS

- AMBULANCIAS DE LA ENTIDAD INOPERATIVAS, SE ENCUENTRAN NO IDENTIFICADAS Y SIN EQUIPAMIENTO BÁSICO; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA OPORTUNA ATENCIÓN DE EMERGENCIA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO Y LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DE ESTE

Nº	Documento
1	Formato n.º 13: Ambulancias
2	Acta n.º 002-2025-CG/GRMD-SVC de 15 de octubre de 2025

- ENTIDAD NO CUENTA CON RECURSOS HUMANOS NECESARIOS Y SUFICIENTES PARA COBETURAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, ASI COMO, PERSONAL MEDICO MANEJA ROL DE TURNO DISTINTO A LO APROBADO; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA CALIDAD, COBERTURA Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD - UPSS

Nº	Documento
1	Formato n.º 1: Información de recursos humanos
2	Formato n.º 2: Información adicional de recursos humanos
3	Formato n.º 7: Información complementaria de recursos humanos

6. ENTIDAD CUENTA CON PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DESABASTECIDOS, EN SUBSTOCK Y SOBRESTOCK, ADEMÁS DE INSTALACIONES DEFICIENTES PARA SU USO COMO ALMACENES; SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A INSUMOS MEDICOS, Y QUE ESTOS SEAN CONSERVADOS Y MANIPULADOS DE FORMA NO ADECUADA

Nº	Documento
1	Formato n.º 3: Almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios
2	Acta n.º 001-2025-Acta de visita de inspección de 14 de octubre de 2025

7. ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA ENTIDAD NO GARANTIZAN LA CONSERVACIÓN, CONFIDENCIALIDAD Y TRAZABILIDAD DE LOS DATOS MÉDICOS; SITUACIÓN QUE PODRÍA GENERAR DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN, PÉRDIDA O MAL MANEJO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS

Nº	Documento
1	Acta n.º 04-2025-Acta de visita de inspección de 16 de octubre de 2025

8. COMITÉ DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LA ENTIDAD PRESENTA PARCIALMENTE CAPACITACIONES EN EL ÁREA, ADEMÁS REGISTRA AUSENCIA DE DOCUMENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS Y SEÑALIZACIÓN NO ADECUADA PARA EL TRANSPORTE DE RESIDUOS SOLIDOS; SITUACIÓN QUE PODRÍA GENERAR RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, EXPONIENDO AL PERSONAL Y PACIENTES A AGENTES PELIGROSOS

Nº	Documento
1	Formato n.º 8: Gestión de residuos solidos



Firmado digitalmente por  
PINTO ESPINOZA Nohely  
Vanessa FAU 20131378972  
soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:28:48 -05:00



Firmado digitalmente por  
CHOQUEMANI VERA Ruth FAU  
20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 17:33:35 -05:00



Firmado digitalmente por  
BEDREGAL FERRO Edith Flor  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 22-10-2025 18:06:13 -05:00

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana

Tambopata, 22 de Octubre de 2025

## OFICIO N° 000191-2025-CG/OC0825

Señora:

**Benedicta Emperatriz Morales Valdivia**

Directora Ejecutiva

**Hospital de Apoyo Departamental Santa Rosa Puerto Maldonado**

Jr. Cajamarca N°171

**Madre De Dios/Tambopata/Tambopata**

**Asunto** : Notificación de Informe de Visita de Control n.º 015-2025-OCI/0825-SVC

**Referencia** : a) Artículo 8º de la Ley n.º 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y sus modificatorias.  
b) Directiva n.º 013-2022-CG/NORM, "Servicio de Control Simultáneo", aprobada con Resolución de Contraloría n.º 218-2022-CG, del 30 de mayo de 2023 y sus modificatorias.

Me dirijo a usted en el marco de la normativa de la referencia, que regula el Servicio de Control Simultáneo y establece la comunicación al Titular de la entidad o responsable de la dependencia, y de ser el caso a las instancias competentes, respecto de la existencia de situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso, a fin de que se adopten oportunamente las acciones preventivas y correctivas que correspondan.

Sobre el particular, de la revisión de la información y documentación vinculada a la "OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO", comunicamos que se ha identificado ocho (8) situaciones adversas contenida en el Informe de Visita de Control n.º 015-2025-OCI/0825-SVC, que se adjunta al presente documento.

En tal sentido, solicitamos que una vez adoptadas las acciones que correspondan, éstas sean informadas a este Órgano de Control Institucional en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados desde la comunicación del presente informe, adjuntando la documentación de sustento respectiva.

Es propicia la oportunidad para expresarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

**Edith Flor Bedregal Ferro**

Jefe del Órgano de Control Institucional de la  
Dirección Regional De Salud Madre De Dios(e)  
Contraloría General de la República



Firmado digitalmente por  
RODRIGUEZ LOAYZA Sandra  
FAU 20131378972 soft  
Motivo: Doy Visto Bueno  
Fecha: 23-10-2025 12:04:49 -05:00

(EBF)

Nro. Emisión: 00361 (0825 - 2025) Elab:(U10123 - 5240)



Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Contraloría General de la República, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://verificadoc.contraloria.gob.pe/verificadoc/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: AJNTEPN



  
**CONTRALORÍA**  
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

**CÉDULA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA N° 00000012-2025-CG/0825**

**DOCUMENTO** : OFICIO N° 000191-2025-CG/OC0825  
**EMISOR** : EDITH FLOR BEDREGAL FERRO - JEFE DE OCI - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS - ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL  
**DESTINATARIO** : BENEDICTA EMPERATRIZ MORALES VALDIVIA  
**ENTIDAD SUJETA A CONTROL** : HOSPITAL SANTA ROSA  
**DIRECCIÓN** : CASILLA ELECTRÓNICA N° 20350526073  
**TIPO DE SERVICIO**  
**CONTROL GUBERNAMENTAL O PROCESO ADMINISTRATIVO** : SERVICIO DE CONTROL SIMULTÁNEO - INFORME DE VISITA DE CONTROL  
**N° FOLIOS** : 54

---

Sumilla: Me dirijo a usted en el marco de la normativa de la referencia, que regula el Servicio de Control Simultáneo y establece la comunicación al Titular de la entidad o responsable. Sobre el particular, de la revisión de la información y documentación vinculada a la "OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO", comunicamos que se ha identificado ocho (8) situaciones adversas contenida en el Informe de Visita de Control n.º 015-2025-OCI/0825-SVC, que se adjunta. En tal sentido, solicitamos que una vez adoptadas las acciones que correspondan, éstas sean informadas a este Órgano de Control Institucional en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados desde la comunicación del presente informe.

Se adjunta lo siguiente:

1. OFICIO-000191-2025-OC0825[F]
2. Informe 015-2025-OCI-0825-SVC





**CONTRALORÍA**  
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

## CARGO DE NOTIFICACIÓN

Sistema de Notificaciones y Casillas Electrónicas - eCasilla CGR

**DOCUMENTO** : OFICIO N° 000191-2025-CG/OC0825  
**EMISOR** : EDITH FLOR BEDREGAL FERRO - JEFE DE OCI - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS - ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL  
**DESTINATARIO** : BENEDICTA EMPERATRIZ MORALES VALDIVIA  
**ENTIDAD SUJETA A CONTROL** : HOSPITAL SANTA ROSA

---

Sumilla:

Me dirijo a usted en el marco de la normativa de la referencia, que regula el Servicio de Control Simultáneo y establece la comunicación al Titular de la entidad o responsable. Sobre el particular, de la revisión de la información y documentación vinculada a la "OPERATIVIDAD INTEGRAL DEL FUNCIONAMIENTO Y CONDICIONES TÉCNICAS DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO", comunicamos que se ha identificado ocho (8) situaciones adversas contenida en el Informe de Visita de Control n.º 015-2025-OCI/0825-SVC, que se adjunta. En tal sentido, solicitamos que una vez adoptadas las acciones que correspondan, éstas sean informadas a este Órgano de Control Institucional en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados desde la comunicación del presente informe.

Se ha realizado la notificación con el depósito de los siguientes documentos en la **CASILLA ELECTRÓNICA N° 20350526073**:

1. CÉDULA DE NOTIFICACIÓN N° 00000012-2025-CG/0825
2. OFICIO-000191-2025-OC0825[F]
3. Informe 015-2025-OCI-0825-SVC

**NOTIFICADOR** : SANDRA RODRIGUEZ LOAYZA - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Contraloría General de la República, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://verificadoc.contraloria.gob.pe/ecasilla> e ingresando el siguiente código de verificación: 9PH0ZL0

