CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ÁNCASH

INFORME DE VISITA DE CONTROL N° 002-2026-OCI/0830-SVC

VISITA DE CONTROL HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE - SANTA - ÁNCASH

"VERIFICACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y A LA GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN HOSPITAL LA CALETA"

PERÍODO DE EVALUACIÓN:
DEL 6 AL 12 DE MARZO DE 2026

TOMO I DE I

HUARAZ, 17 DE MARZO DE 2026

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

INFORME DE VISITA DE CONTROL N° 002-2026-OCI/0830-SVC

"VERIFICACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y A LA GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN HOSPITAL LA CALETA"

ÍNDICE

N° Pág.

I. ORIGEN 3
II. OBJETIVOS 3
III. ALCANCE 3
IV. INFORMACIÓN RESPECTO DE LA VISITA DE CONTROL 3
V. SITUACIONES ADVERSAS 7
VI. DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA ACTIVIDAD 37
VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS 37
VIII. CONCLUSIÓN 37
IX. RECOMENDACIÓN 37

APÉNDICES

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

INFORME DE VISITA DE CONTROL N° 002-2026-OCI/0830-SVC

"VERIFICACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y A LA GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN HOSPITAL LA CALETA"

I. ORIGEN

El presente informe se emite en mérito a lo dispuesto por el Órgano de Control Institucional de la Dirección Regional de Salud de Ancash, mediante el Oficio n.° 000045-2026-CG/OC0830 de 5 de marzo de 2026 y recepcionado el 6 de marzo de 2026, registrado en el Sistema de Control Gubernamental - SCG con la orden de servicio n.° 0830-2026-002, en el marco de lo previsto en la Directiva n.° 013-2022-CG/NORM "Servicio de Control Simultáneo" aprobada mediante Resolución de Contraloría n.° 218-2022-CG de 30 de mayo de 2022, y sus modificatorias.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar si la prestación de servicios de salud y la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta, se ejecutan cumpliendo con lo establecido en la normativa aplicable vigente.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar la calidad de atención de salud que el Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.2 Determinar la calidad de atención de salud que el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.3 Determinar la calidad de atención de salud que el Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta brinda a los usuarios, en relación a la disponibilidad de personal, equipamiento e infraestructura, según la normativa aplicable.

2.2.4 Verificar las actividades administrativas y técnicas operativas de manejo de residuos sólidos en el Hospital de Apoyo La Caleta, conforme lo establece la normativa aplicable y disposiciones vigentes

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

III. ALCANCE

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

La visita de control se realizó en el Servicio de Patología Clínica, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes, el Departamento de Odontoestomatología y la Unidad de Saneamiento Ambiental del Hospital La Caleta, ubicado en la avenida Malecón Grau s/n - urbanización La Caleta, distrito Chimbote, provincia Santa, departamento Áncash, del 6 al 12 de marzo de 2026. Este establecimiento es un centro hospitalario público de segundo nivel de atención, el cual cuenta con categoría II-2 y con dependencia administrativa de la Dirección Regional de Salud Áncash.

IV. INFORMACIÓN RESPECTO A LA ACTIVIDAD

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

El Hospital La Caleta es un establecimiento público que pertenece al segundo nivel de atención de salud y cuenta con categoría II-2[1], pertenece a la red de establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y depende administrativamente de la Dirección Regional de Salud Áncash (DIRESA), perteneciente al Gobierno Regional de Áncash (GRA).

[1] Asignación concedida mediante Resolución Directoral n.° 739-2006-REGION-ANCASH-DIRES/DIPER de 31 de julio de 2006, por la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de Áncash.

Al respecto, el Hospital La Caleta tiene por finalidad proporcionar servicios de salud especializados a la población de su jurisdicción, con equidad, eficiencia y calidad, con un enfoque integral en la atención de salud de las personas en todos sus ciclos de vida. Para el cumplimiento de su misión, el Hospital La Caleta cuenta con diversos Departamentos, tales como: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia, **Odontoestomatología**, Emergencia y Cuidado Crítico, Enfermería, Anestesiología y Centro Quirúrgico, **Patología Clínica** y Anatomía Patológica, **Diagnóstico por Imágenes** y Apoyo al Tratamiento; y sus respectivos Servicios.

Es así que, la visita de control comprendió al Departamento de Odontoestomatología, Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Patología Clínica y la Unidad de Saneamiento Ambiental del Hospital La Caleta, ubicado en la avenida Malecón Grau s/n - urbanización La Caleta, distrito Chimbote, provincia Santa, departamento Áncash, siendo necesario brindar la información que se muestra a continuación:

4.1. Unidades orgánicas de la Entidad a cargo de las actividades que forman parte de la Visita de Control

Unidad de Saneamiento Ambiental

Es la unidad orgánica técnica y normativa en los aspectos relacionados al saneamiento básico, salud ocupacional, higiene alimentaria, zoonosis y protección del ambiente; depende de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental y tiene los siguientes objetivos funcionales:

a) Establecer y adecuar las normas de bioseguridad existentes en relación a los riesgos ambientales químicos, físicos, biológicos, ergonómicos y de seguridad física, en los diferentes ambientes hospitalarios, para disminuir o evitar su probable impacto en la salud de los pacientes y/o usuarios, familiares de los pacientes, trabajadores y comunidad en general.
b) Vigilar el cumplimiento de las buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos por las unidades orgánicas de nutrición y dietética y en el expendio de alimentos que se produzca en el Hospital.
c) Proponer y aplicar protocolos de evaluación higiénica sanitaria de los diferentes ambientes hospitalarios para recomendar mejoras en los mismos.
d) Identificar grupos de riesgo en función de niveles de exposición de acuerdo al perfil ocupacional.
e) Determinar el perfil epidemiológico de las enfermedades más frecuentes del personal y proponer medidas de intervención.
f) Diseñar e implementar programas de prevención y control de accidentes laborales y enfermedades profesionales que tengan impacto en la salud de los trabajadores.

Unidad Orgánica: Departamento de Odontoestomatología

Es la unidad orgánica encargada de brindar atención integral al sistema odontoestomatológico de los pacientes; depende de la Dirección Ejecutiva y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

a) Brindar atención integral de la salud bucal, con la participación coordinada de los órganos competentes.
b) Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes con patología odontoestomatológica en el ámbito de su competencia y con proyección a la familia y a la comunidad, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
c) Realizar atención y tratamiento especializado en odontología, estomatología y cirugía bucal.

V°B°
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

d) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención odontoestomatológica especializada, orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz.
e) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
f) Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
g) Programar y evaluar la atención de la salud bucal, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

Unidad Orgánica: Servicio de Patología Clínica

Es la unidad orgánica encargada de la toma, recepción, procesamiento y emisión de resultados de los exámenes clínicos patológicos y captar, recolectar, conservar y aprovisionar unidades de sangre y/o derivados a los pacientes que lo soliciten; depende del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

a) Realizar procedimientos y pruebas analíticas hematológicas, bioquímicas, inmunológicas y microbiológicas en los diferentes fluidos corporales, en apoyo al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
b) Lograr la captación de donantes de sangre, la recolección, el procesamiento, el almacenamiento y la provisión de sangre y sus derivados a los pacientes que requieran los hemoderivados, debidamente tipificados y evaluados.
c) Contribuir con el manejo y tratamiento hematológico de los pacientes en hospitalización y emergencia.
d) Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos del departamento, orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz.
e) Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad correspondientes.
f) Programar y evaluar el servicio en el horario establecido y las 24 horas en emergencia, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
g) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de la patología clínica, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Unidad Orgánica: Departamento de Diagnóstico por Imágenes

Es la unidad orgánica encargada de brindar la ayuda para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la investigación mediante el empleo de radiaciones ionizantes, no ionizantes y otros; depende de la Dirección Ejecutiva y tiene asignados los siguientes objetivos funcionales:

a) Realizar exámenes y estudios radiológicos y de imágenes con fines de diagnóstico y tratamiento, en apoyo al manejo clínico quirúrgico de los pacientes.
b) Hacer uso de las radiaciones para la determinación correcta del diagnóstico.
c) Realizar acciones de diagnóstico mediante la utilización de imágenes.
d) Efectuar pruebas y procedimientos mediante la utilización de radiactivos.
e) Efectuar y participar con otras especialidades en la realización de pruebas específicas e invasivas, en apoyo al diagnóstico o tratamiento.
f) Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, brindando a los pacientes la protección respectiva.
g) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
h) Velar por el mantenimiento de los equipos y material médico asignado al Departamento, promoviendo su adecuado manejo por el personal encargado.
i) Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención anestesiológica, orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz.

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

j) Programar y evaluar el servicio en el horario establecido y las 24 horas de emergencia, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.

4.2. Actividades que forman parte de la Visita de Control

- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Infraestructura del Servicio de Patología Clínica.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Equipamiento e Implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Servicio de Patología Clínica.
- ✓ Verificación del cumplimiento de la programación del personal asistencial del Servicio de Patología Clínica.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Infraestructura del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Equipamiento e Implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- ✓ Verificación del cumplimiento de la programación del personal asistencial del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Infraestructura del Departamento de Odontoestomatología.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones específicas de Equipamiento e Implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Departamento de Odontoestomatología.
- ✓ Verificación del cumplimiento de la programación del personal asistencial del Departamento de Odontoestomatología.
- ✓ Verificación de la documentación técnica, relacionada a la gestión y manejo de residuos sólidos, en el Área de Salud Ambiental.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Norma Técnica Sanitaria de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud.

V°B°
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Toma fotográfica N° 1
Vista del frontis del Hospital La Caleta

Fuente: Inspección del 6 de marzo de 2026.

V. SITUACIONES ADVERSAS

De la verificación efectuada a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta, se ha identificado cinco (5) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos institucionales, las cuales se exponen a continuación:

1. EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y EN LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, AFECTANDO ADEMÁS LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS.

a) Condición:

El Hospital La Caleta es un centro hospitalario público que pertenece al segundo nivel de atención de salud, cuenta con categoría II-2 y tiene por finalidad proporcionar a la población de su jurisdicción servicios de salud especializados con equidad, eficiencia y calidad, con un enfoque integral en la atención de salud de las personas en todos sus ciclos de vida.

El Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, el cual pertenece al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, es la unidad orgánica encargada de la toma, recepción, procesamiento y emisión de resultados de los exámenes clínicos patológicos.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 003, de 9 de marzo de 2026, suscrita por el jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica[2], evidenciando lo siguiente:

- **Organización y funcionamiento**

Durante la Visita de Control al Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, registrada en el Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que cuenta con un ambiente para Toma de muestras y ambientes para los Laboratorios de Hematología, Inmunología, Bioquímica y Microbiología; sin embargo, también se identificó que **no cuenta con sala de espera**, ambiente complementario considerado en el numeral 6.4.7 de la Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01.

En relación a los instrumentos de gestión técnico asistenciales, se detectó que el Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta **no cuenta con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos** y **tampoco con registro de accidentes de trabajo**, incumpliendo lo dispuesto el numeral 5.9 de la Norma Técnica de Salud n.° 072-MINSA/DGSP.V.01.

Respecto al responsable del Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, se identificó que **no cuenta con médico especialista en Patología Clínica**, según corresponde[3] a establecimientos de salud desde la categoría II-1 hasta III-2.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[2] Miguel Angel Bernal Nureña, Biólogo.
[3] Norma Técnica de Salud n.° 072-MINSA/DGSP.V.01.

- **Equipamiento e implementación**

Durante la visita al Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, y también mediante Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que el ambiente de Toma de muestras **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: lavadero, canastilla para transporte de muestras, cubo para desperdicios con tapa accionada a pedal, destructor de agujas hipodérmicas, mesa rodable y taburete fijo con asiento giratorio; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 2 **Sala de Toma de Muestras**
La Sala de Toma de Muestras no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 9 de marzo de 2026.

Además, mediante Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que el Laboratorio de Hematología e Inmunología **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: puerta con sistema hidráulico de cierre automático, coagulómetro, cubo para desperdicios con tapa accionada a pedal, cronómetro, silla giratoria rodable y taburete con asiento giratorio rodable; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 3 **Equipos biomédicos del Laboratorio de Hematología e Inmunología**	**Toma fotográfica N° 4** **Refrigeradora del Laboratorio de Hematología e Inmunología**
El Laboratorio de Hematología e Inmunología no cuenta con el equipamiento mínimo normado.	Se encontró una botella de consumo personal junto a las muestras e insumos para procesamientos.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 9 de marzo de 2026.

Asimismo, mediante Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que el Laboratorio de Bioquímica **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: puerta con sistema hidráulico de cierre automático, equipo baño María, espectofotómetro, rotador serológico, silla giratoria rodable y taburete con asiento giratorio rodable; tal como se muestra a continuación:

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Toma fotográfica N° 5 Equipos biomédicos del Laboratorio de Bioquímica	Toma fotográfica N° 6 Bienes del Laboratorio de Bioquímica
El Laboratorio de Bioquímica no cuenta con el equipamiento mínimo normado.	Se encontró un casillero para pertenencias del personal de salud dentro del Laboratorio de Bioquímica.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 9 de marzo de 2026.

En relación a los equipos baño María y espectofotómetro, el jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, mediante Acta de Visita de Control n.° 003, manifestó no requerirlos para las actividades que realiza el Laboratorio de Bioquímica del Hospital La Caleta.

Finalmente, mediante Acta de Visita de Control n.° 003, se identificó que el Laboratorio de Microbiología **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: puerta con sistema hidráulico de cierre automático, equipo analizador automático de hemocultivo, analizador automático para microbiología, biodestilador de agua, canastilla de coloración de 20 láminas, cubo para desperdicios con tapa accionada a pedal, silla giratoria rodable y taburete con asiento giratorio rodable; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 7 Equipos biomédicos del Laboratorio de Microbiología
El Laboratorio de Microbiología no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 003, de 9 de marzo de 2026.

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes prestacionales del Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta no cuentan con el equipamiento mínimo según la categoría II-2 del establecimiento, pese a que las Normas Técnicas de Salud n.° 072-MINSA/DGSP.V.01 y n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 disponen y especifican el equipamiento e implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Servicio de Patología Clínica.

CONTRALORÍA V°B°
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

CONTRALORÍA V°B°
Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

CONTRALORÍA V°B°
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Al respecto, las Normas[4] y [5] respectivamente, establecen los criterios para la organización y el funcionamiento de la UPS de Patología Clínica y establecen el adecuado dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud; pese a ello, el Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Norma Técnica de Salud n.° 072-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 627-2008/MINSA de 11 de septiembre de 2008.**

"5. DISPOSICIONES GENERALES
(…)
***5.9** Las UPSS de Patología Clínica deben contar con los siguientes instrumentos de gestión:*
(…)
Técnico Asistencial
(…)
4. Registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos
5. Registro de control y calibración de equipos
6. Registro de control de calidad
7. Registro de accidentes de trabajo

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

- *El Médico Patólogo Clínico será responsable de la UPSS Patología Clínica en los establecimientos de salud desde la categoría II-1 hasta III-2 (…)*

6.2 DEL PERSONAL

Del Responsable de la UPSS de Patología Clínica

Médico especialista en Patología Clínica con título y registro de especialista, certificado y habilitado por el Colegio Médico del Perú, con experiencia en la especialidad no menor de 5 años y como responsable de área no menor de 3 años en el nivel correspondiente. Capacitación en Gestión Administrativa, conocimientos de informática y experiencia en investigación y/o docencia.

Del Responsable de Área

Médico especialista en Patología Clínica con título y registro de especialista y habilitado por el Colegio Médico del Perú. Experiencia en la especialidad no menor de 3 años en el nivel correspondiente, capacitación en Gestión Administrativa, conocimientos de informática básica y experiencia en investigación y/o docencia.
(…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[4] Norma Técnica de Salud n.° 072-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 627-2008/MINSA de 11 de septiembre de 2008.
[5] Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

ANEXO 01

EQUIPAMIENTO MÍNIMO DE LA UPSS DE PATOLOGÍA CLÍNICA SEGÚN CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

(…)
CATEGORÍA II-2
1. BIOQUÍMICA
(…)
Baño María
Espectrofotómetro / fotómetro digital
(…)
Rotador serológico
(…)
2. HEMATOLOGÍA
(…)
Coagulómetro semiautomático
(…)
Cronómetros
(…)"

- **Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.**

"6.4.7 UPSS Patología Clínica
(…)

A. Ambientes prestacionales
a) Toma de muestras
Es el ambiente destinado a la toma de muestras de sangre y otras muestras biológicas para el desarrollo de procedimientos analíticos de patología clínica con el propósito de brindar información para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, contribuyendo con la salud de los pacientes.

Contará con lavadero de una poza con grifería modelo cuello de ganso con control de codo y/o muñeca empotrado en mueble fijo.
(…)

B. Ambientes complementarios
a) Zona pública
- *Sala de espera*
  Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación deberán tener contrazólaco sanitario para permitir su limpieza y asepsia.
  (…)

6.4.7.5 Aspectos relacionados a la bioseguridad
a. Los laboratorios deben mantener una presión negativa con respecto al exterior, es decir, con respecto a los pasillos u otras zonas de la UPSS, de manera que exista un flujo de aire desde las zonas menos contaminadas hacia las de mayor riesgo de contaminación.
b. Las puertas y ventanas de los laboratorios serán fijas con el fin de mantener presión negativa en el ambiente. No es aconsejable la recirculación del aire.
c. Las puertas de los laboratorios contarán con sistema hidráulico de cierre automático a fin de mantener las puertas permanentemente cerradas y con acceso restringido para el público permitiendo únicamente el ingreso del personal autorizado.
(…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

6.4.7.6 Equipamiento mínimo

El equipamiento mínimo para el funcionamiento de la UPSS será de acuerdo a lo señalado en el Anexo N° 15 de la presente Norma Técnica de Salud.

CUADRO N° 7
AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA Y ÁREAS MÍNIMAS

(…)		
AMBIENTES COMPLEMENTARIOS		
ZONA	***DENOMINACIÓN***	***ÁREA MÍNIMA (m²)***
Pública	*Sala de Espera*	*12.00*
	(…)	

(…)

ANEXO N° 15
EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA

UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA			
AMBIENTE	***CÓDIGO***	***DESCRIPCIÓN***	***CANTIDAD***
TOMA DE MUESTRAS	*D-153*	*Canastilla (gradilla) para transporte de muestras*	*2*
	M-114	*Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal*	*2*
	D-92	*Destructor de agujas hipodérmicas*	*1*
	M-91	*Mesa de acero inoxidable rodable para múltiples usos*	*1*
		(…)	
	M-48	*Taburete metálico fijo con asiento giratorio*	*1*
		(…)	
LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA / INMUNOLOGÍA		*(…)*	
	D-270	*Coagulómetro automatizado*	*1*
		(…)	
	M-114	*Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal*	*2*
		(…)	
	D-287	*Refrigeradora para laboratorio de 14 pies cúbicos*	*1*
	D-156	*Reloj cronómetro para laboratorio*	*1*
		(…)	
	M-39	*Silla metálica giratoria rodable*	*1*
	M-47	*Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable*	*1*
		(…)	
LABORATORIO DE BIOQUÍMICA		*(…)*	
	D-248	*Baño María de 10 a 15 litros*	*1*
		(…)	
	D-258	*Espectrofotómetro*	*1*
		(…)	
	D-262	*Rotador Serológico*	*1*
		(…)	
	M-37	*Silla metálica confortable giratoria rodable*	*1*
		(…)	
	M-47	*Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable*	*1*
		(…)	
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA	*D-368*	*Analizador automático de hemocultivo*	*1*
	D-243	*Analizador automático para microbiología*	*1*
		(…)	
	E-130	*Biodestilador de agua 4 litros/h*	*1*
		(…)	
	D-234	*Canastilla (gradilla) de coloración de 20 láminas*	*1*
		(…)	
	M-114	*Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal*	*1*

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA			
AMBIENTE	**CÓDIGO**	**DESCRIPCIÓN**	**CANTIDAD**
		(…)	
	M-37	*Silla metálica confortable giratoria rodable*	*1*
	M-47	*Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable*	*3*
		(…)"	

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, vienen poniendo en riesgo la organización y funcionamiento del servicio, afectando además la calidad y seguridad de atención a las personas.

2. EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS PARA EL MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES, AFECTANDO ADEMÁS LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN, ASÍ COMO LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS ANTE RADIACIONES IONIZANTES.

a) Condición:

El Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta brinda ayuda para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la investigación mediante el empleo de radiaciones ionizantes, no ionizantes y otros.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 002, de 7 de marzo de 2026, suscrita por la responsable encargada del Departamento de Diagnóstico por Imágenes[6], evidenciando lo siguiente:

- **Ambientes prestacionales y complementarios**

Durante la inspección de los ambientes del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta, se identifica que cuenta con Sala de Rayos X, Sala de Ecografía y Sala de Tomografía[7]; sin embargo, **no cuenta con Sala de mamografía**, ambiente prestacional considerado en el numeral 6.4.9.3 de la Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01., en el cual se pueda realizar el estudio radiológico bilateral (de ambas mamas) para detectar el cáncer de mama, incluso antes de que sea palpable, aumentando las tasas de supervivencia.

Asimismo, mediante Acta de Visita de Control n.° 002, se identificó que la Sala de Rayos X del Hospital La Caleta **no cuenta con sala de espera**; además, se detectó que una de las paredes de la sala en la que se encuentra el equipo de rayos X **cuenta con una comunicación al exterior** en la cual se ha colocado un extractor de aire de aproximadamente 16"; asimismo, se identificó que el área de mando **no cuenta con cabina cerrada** para el operador del equipo de rayos X; y también, la sala del equipo de rayos X tiene acceso directo a un baño mediante una **puerta que no tiene protección de plomo**; tal como se muestra a continuación:

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

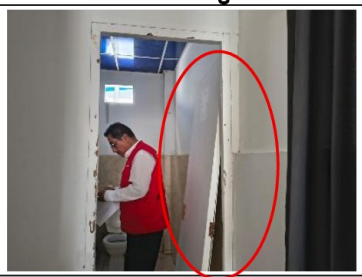
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[6] Elsa Aldave Paredes, Técnica de Rayos X.
[7] El Servicio de Tomografía se encuentra tercerizado.

Toma fotográfica N° 8 Sala de Rayos X	Toma fotográfica N° 9 Sala de Rayos X
La sala de rayos X cuenta con comunicación al exterior.	El área de mando no cuenta con cabina cerrada.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 002, de 7 de marzo de 2026.

Así también, durante la Visita de Control también se identificó que la Sala de Ecografía del Hospital La Caleta **no cuenta con sala de espera**; además, se detectó que el ambiente en el cual se realizan los exámenes ultrasonográficos **cuenta con un área de 11 m²** aproximadamente, **no cuenta con aire acondicionado** y **tampoco cuenta con aislamiento acústico**; asimismo, se identificó que la puerta del servicio higiénico de la Sala de ecografía **ha sido retirada**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 10 Sala de Ecografía	Toma fotográfica N° 11 Sala de Ecografía
	
La sala de Ecografía no cuenta con aire acondicionado ni aislamiento acústico.	La puerta del servicio higiénico ha sido retirada.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 002, de 7 de marzo de 2026.

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes prestacionales del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta presentan características estructurales deficientes, pese a que la Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone la caracterización general de los ambientes prestacionales y complementarios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.

- **Equipamiento**

Durante la visita al Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta, y también mediante Acta de Visita de Control n.° 002, se identificó que la Sala de Rayos X **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: biombo, negatoscopio, mesa rodable, taburete fijo con asiento giratorio y cubo para desperdicios con tapa.

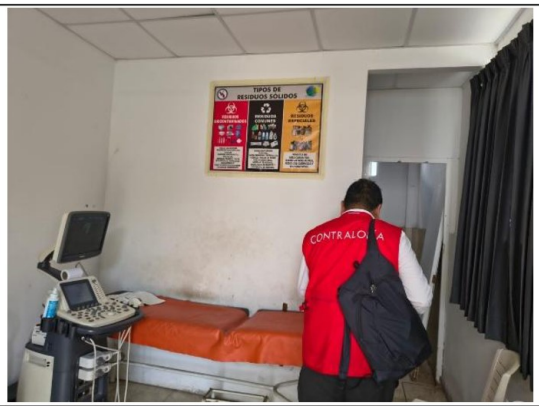
Asimismo, durante la Visita de Control, se detectó que la Sala de Ecografía **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: biombo, silla giratoria rodable, taburete con asiento giratorio y cubo para desperdicios con tapa accionada a pedal. La Sala de Ecografía del Hospital La Caleta cuenta con un equipo ecógrafo convencional el cual **no permite realizar examen Doppler color 3D**; además, el **transductor de partes blandas no se encuentra operativo**; tal como se muestra a continuación:

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Toma fotográfica N° 12
Equipamiento de la Sala de Ecografía



La Sala de Ecografía no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 002, de 7 de marzo de 2026.

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes prestacionales del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta no cuentan con el equipamiento mínimo según la categoría II-2 del establecimiento, pese a que la Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone y especifica el equipamiento e implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.

- **Control de calidad del equipo de rayos X**

Durante la visita al Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta, registrada en el Acta de Visita de Control n.° 002, se identificó que la Sala de Rayos X cuenta con un equipo de rayos X estacionario digital; sin embargo, durante la visita **no se acreditó que cuente con control de calidad**, consistente en pruebas realizadas a dicho equipo, siguiendo procedimientos técnicos aprobados por la OTAN[8].

Al respecto, la Norma[9], establece el adecuado dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud, pese a ello, el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital La Caleta Sala no cumple con lo dispuesto.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

b) Criterio:

- **Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.**

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

"VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
(…)
6.4 DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)
(…)
6.4.9 UPSS Diagnóstico por Imágenes
(…)

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[8] Norma IR.003.2024 "Requisitos de Protección Radiológica en Diagnóstico Médico con Rayos X", aprobada mediante Resolución de Presidencia n.° D000033-2024-IPEN-PRES de 28 de mayo de 2024.
[9] Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

6.4.9.3 Caracterización general de los ambientes
(…)

A. Ambientes prestacionales

a) Salas de Radiología

(…)

Las salas de Radiología no tienen ventanas por lo que deberán contar con aire acondicionado y ventilación mecánica.

(…)

El área de mando contará con una cabina cerrada que proteja al operador de los rayos dispersos, donde se colocará el tablero de control.

(…)

b) Salas de Ecografía

(…)

La sala de Ecografía deberá contar con aire acondicionado.

La sala dispondrá de un área para lavamanos con grifería modelo cuello de ganso y control de codo y/o muñeca.

La sala debe disponer de un aislamiento acústico con una atenuación de sonido hasta los 40 dB, que aseguren la privacidad y confidencialidad.

Cuenta con servicio higiénico de 2.50 m² cuya puerta gira hacia afuera. Asimismo, en la Sala de Ecografía cuenta con un área para vestidor.

(…)

c) Sala de Mamografía

Es el ambiente donde se realizan los procedimientos radiológicos para la obtención de una imagen radiológica de la mama para fines diagnósticos.

(…)

A. Ambientes complementarios

a) Zona pública

(…)

- *Sala de espera*

  Tanto la Sala de Espera como los corredores internos de circulación deberán tener contrazócalo sanitario para permitir su limpieza y asepsia. La Sala de espera podrá ser compartida con otras UPSS de Atención de Soporte dependiendo de la funcionalidad del diseño arquitectónico.

  (…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

6.4.9.4 Acabados
(…)

- *Todas las puertas que acceden a la Sala de Rayos X estarán protegidas con plomo (hoja, marco, bisagra y cerradura).*

  (…)

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

CUADRO N° 9
AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Y ÁREAS MÍNIMAS

AMBIENTES PRESTACIONALES			
PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	***CÓDIGO DE AMBIENTE***	***DENOMINACIÓN***	***ÁREA MÍNIMA (m²)***
Radiología convencional (sin contraste)	*SRX1b*	*Sala de Radiología Convencional Digital*	*25.00*
	(…)		
Ecografía General y Doppler	*ECO1*	*Sala de Ecografía General*	*20.00*
	(…)		

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

(…)

ANEXO N° 17
EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			
AMBIENTE	***CÓDIGO***	***DESCRIPCIÓN***	***CANTIDAD***
SALA DE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL DIGITAL	*M-72*	*Biombo de acero inoxidable de 2 cuerpos*	*1*
		(…)	
	M-114	*Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal*	*2*
		(…)	
	D-150	*Negatoscopio de 4 campos*	*1*
	M-91	*Mesa de acero inoxidable rodable para múltiples usos*	*1*
		(…)	
	M-48	*Taburete metálico fijo con asiento giratorio*	*1*
		(…)	
SALA DE ECOGRAFÍA GENERAL + SH	*M-72*	*Biombo de acero inoxidable de 2 cuerpos*	*1*
		(…)	
	M-114	*Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa accionada a pedal*	*1*
	D-99	*Ecógrafo doppler color 3D*	*1*
		(…)	
	M-39	*Silla metálica giratoria rodable*	*1*
	M-47	*Taburete de acero inoxidable con asiento giratorio rodable*	*1*
		(…)"	

- **Norma IR.003.2024 "Requisitos de Protección Radiológica en Diagnóstico Médico con Rayos X", aprobada mediante Resolución de Presidencia n.° D000033-2024-IPEN-PRES de 28 de mayo de 2024.**

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

*"**ANEXO N° 2***

Pruebas de control de calidad en diagnóstico médico con rayos X según equipos

i) Tipo de radiografía
Colimación (Ortogonalidad del haz de rayos X y del receptor de imagen, Alineación y centrado campo de luz-campo de radiación-campo de registro)
Tensión del tubo (exactitud, repetibilidad, reproducibilidad)
Tiempo de exposición (exactitud, repetibilidad)
Control automático de exposición (repetibilidad del CAE, compensación del CAE para distintos espesores y diferentes tensiones)
Rendimiento y tasa de kerma en aire (repetibilidad, linealidad)
Filtración (capa hemirreductora)
Dosis en la superficie del/a paciente (Tórax P.A., Cráneo P.A. Columna lumbar AP)

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

ii) Equipos digitales
Se debe realizar adicionalmente la prueba de resolución y distorsión geométrica"

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, vienen poniendo en riesgo la realización de exámenes diagnósticos para el manejo clínico quirúrgico de los pacientes, afectando además la oportunidad y calidad de atención, así como la protección a las personas ante radiaciones ionizantes.

3. **EL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA PROGRAMACIÓN DE TURNOS DE TRABAJO, LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LA LEY DE REGULACIÓN DEL USO DE FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL MANEJO INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL, AFECTANDO ADEMÁS LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS.**

a) Condición:

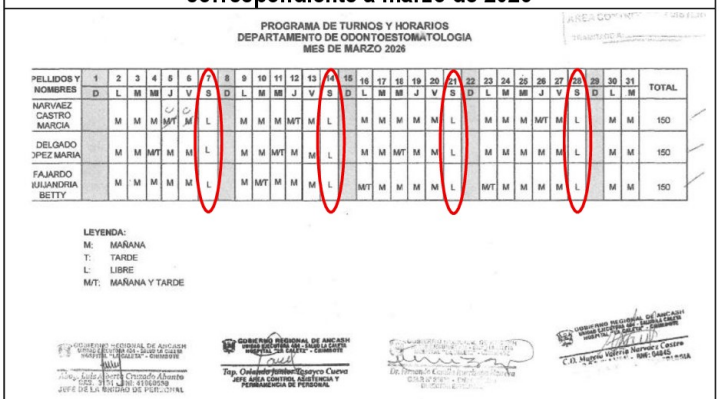
El Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta es la unidad orgánica encargada de brindar atención integral al sistema odontoestomatológico de los pacientes.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026, suscrita por el responsable encargado del Departamento de Odontoestomatología [10] y en el Acta de Visita de Control n.° 005, de 12 de marzo de 2026, suscrita por el director ejecutivo del Hospital La Caleta[11]evidenciando lo siguiente:

- **Programación y ejecución de turnos de trabajo**

Durante la revisión de la programación de turnos y horarios del Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta, cuyo objetivo funcional es programar y evaluar la atención de la salud bucal para el cumplimiento de los objetivos del Hospital, en relación a la programación[12] de **marzo de 2026**, se identificó que el Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta **cuenta con cuatro (4) cirujanos dentistas** y **ninguno está programado para atención odontoestomatológica los días sábados**; además, se identifcó que **en once (11) días**[13], los cuatro (4) cirujanos dentistas **se encuentran todos programados a la vez en el turno mañana; pese a que, sólo se dispone de tres (3) consultorios dentales**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 13
Programación del Departamento de Odontoestomatología correspondiente a marzo de 2026


PROGRAMA DE TURNOS Y HORARIOS
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
MES DE MARZO 2026

APELLIDOS Y NOMBRES	1 D	2 L	3 M	4 MI	5 J	6 V	7 S	8 D	9 L	10 M	11 MI	12 J	13 V	14 S	15 D	16 L	17 M	18 MI	19 J	20 V	21 S	22 D	23 L	24 M	25 MI	26 J	27 V	28 S	29 D	30 L	31 M	TOTAL
NARVAEZ CASTRO MARCIA		M	M	M	M/T	M	L		M	M	M	M/T	M	L		M	M	M	M	M	L		M	M	M	M/T	M	L		M	M	150
DELGADO OPEZ MARIA		M	M	M/T	M	M	L		M	M	M/T	M	M	L		M	M	M/T	M	M	L		M	M	M	M	M	L		M	M	150
FAJARDO UJUANDRIA BETTY		M	M	M	M	M	L		M	M/T	M	M	M	L		M/T	M	M	M	M	L		M/T	M	M	M	M	L		M	M	150

LEYENDA:
M: MAÑANA
T: TARDE
L: LIBRE
M/T: MAÑANA Y TARDE

Ningún Cirujano Dentista está programado para atención los días sábados.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 005, de 12 de marzo de 2026.

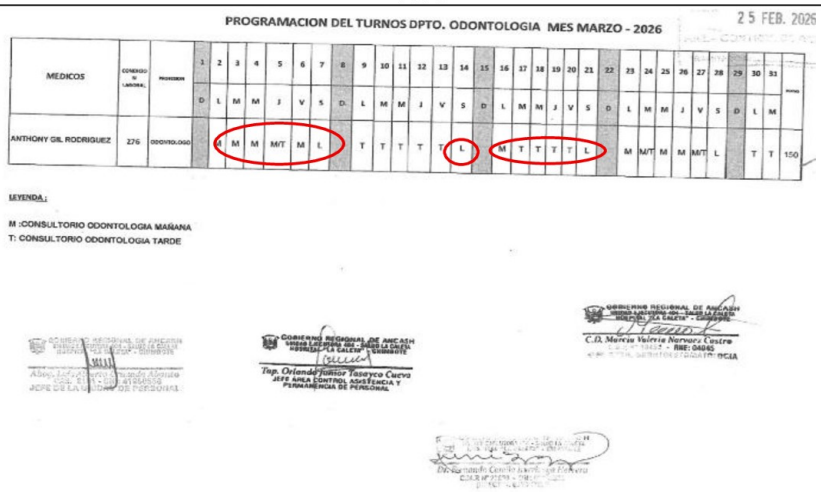
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[10] Anthony Alberto Gil Rodríguez, Cirujano Dentista.
[11] Fernando Camilo Iturrizaga Herrera, Médico Cirujano.
[12] Programación de turnos y horarios del Departamento de Odontoestomatología, firmada por la Jefatura del Departamento, por la Jefatura del Área de Control de Asistencia y Permanencia de Personal, por la Jefatura de la Unidad de Personal y por la Dirección Ejecutiva del Hospital La Caleta.
[13] Los días 2, 3, 4, 5, 6, 16, 23, 24, 25, 26 y 27 de marzo de 2026.

Toma fotográfica N° 14
Programación del Departamento de Odontoestomatología correspondiente a marzo de 2026

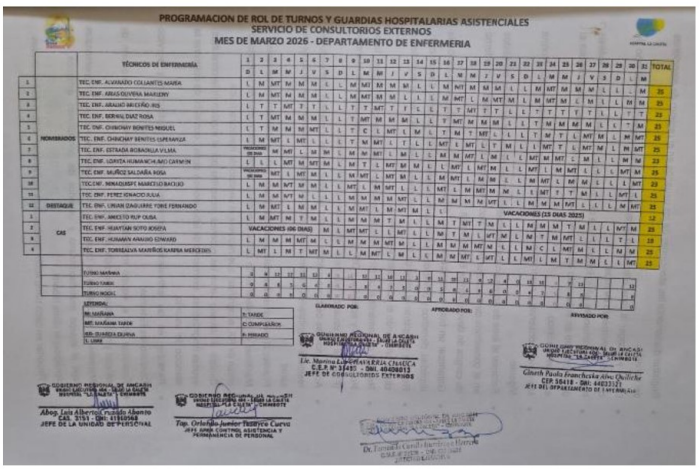


En once días, los cuatro Cirujanos Dentistas están todos programados para atención en el turno mañana.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 005, de 12 de marzo de 2026.

Asimismo, durante la inspección a los consultorios dentales, registrada en Acta de Visita de Control n.° 001, se detectó que la Cirujano Dentista programada en el turno mañana del 6 de marzo de 2026, en el Consultorio Dental 1 y durante su horario de trabajo, estuvo atendiendo al señor Yone Fernando Linian Izaguirre[14], **Técnico de Enfermería que se encontraba programado para laborar ese mismo día y en el turno mañana en el Servicio de Consultorios Externos**; el Técnico de Enfermería Yone Fernando Linian Izaguirre **no solicitó permiso ni comunicó que iba a suspender sus labores para recibir atención odontológica**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 15
Programación del Servicio de Consultorios Externos correspondiente a marzo de 2026



El Técnico en Enfermería Yone Fernando Linian Izaguirre estuvo programado para laborar el 6 de marzo de 2026 en el turno mañana.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[14] Técnico de Enfermería desplazado por destaque al Hospital La Caleta.

Al respecto, la cirujano dentista programada en el Consultorio Dental 1 confirmó **haber atendido "de favor", sin mediar historia clínica ni ticket de cita** y durante su turno de trabajo, al señor Yone Fernando Linian Izaguirre, a quien le **diagnosticó caries profunda** y le realizó el **tratamiento de recubrimiento pulpar**, con **empleo de los materiales: hidróxido de calcio, óxido de zinc y eugenol**; dicha atención odontológica concluyó aproximadamente a las 10:05 am, la cual fue evidenciada durante la presente Visita de Control.

- **Ambientes prestacionales**

Durante la inspección de los ambientes del Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta, el cual brinda atención integral de la salud bucal con la participación coordinada de los órganos competentes, se identificó que cuenta con tres consultorios dentales, **cada uno de 15 m²** aproximadamente; y, una Sala de rayos X dental **de 7.5 m²** aproximadamente, la cual **no cuenta con licencia de operación**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 16 **Sala de Rayos X Dental**	**Toma fotográfica N° 17** **Sala de Rayos X Dental**
La puerta de la Sala de Rayos X dental presenta rotura.	La Sala de Rayos X dental cuenta con ventana al exterior.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026.

- **Equipamiento**

Durante la visita al Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta, y también mediante Acta de Visita de Control n.° 001, se identificó que el Consultorio dental 1, **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: destartarizador ultrasónico, esterilizador, mesa de acero inoxidable tipo mayo, computadora personal y dispensador de papel toalla; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 18 **Consultorio Dental 1**
El Consultorio Dental 1 no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Además, mediante Acta de Visita de Control n.° 001, se identificó que el Consultorio dental 2, **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: destartarizador ultrasónico, lámpara de luz halógena dental, esterilizador, mesa de acero inoxidable tipo mayo, maqueta de higiene bucal, computadora personal y dispensador de papel toalla; tal como se muestra a continuación:

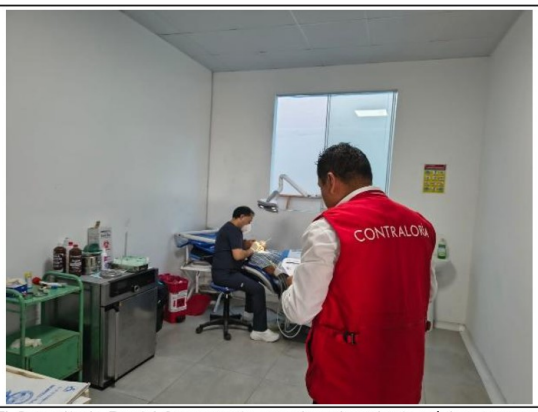
Toma fotográfica N° 19
Consultorio Dental 2

El Consultorio Dental 2 no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026.

Asimismo, mediante Acta de Visita de Control n.° 001, se identificó que el Consultorio dental 3, **no cuenta con el equipamiento** que se detalla a continuación: destartarizador ultrasónico, mesa de acero inoxidable tipo mayo, maqueta de higiene bucal, computadora personal y dispensador de papel toalla; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 20
Consultorio Dental 3



El Consultorio Dental 3 no cuenta con el equipamiento mínimo normado.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026.

Finalmente, mediante Acta de Visita de Control n.° 001, se identificó que la Sala de rayos X dental cuenta con un **equipo de rayos X dental convencional**; además, se advirtió que **ninguno** de los tres cirujanos dentistas, programados para atención odontoestomatológica el día de la Visita de Control realizada, **cuenta con licencia individual de operador de equipo de rayos X dental**.

De lo expuesto, se pudo advertir que los ambientes prestacionales del Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta presentan características estructurales deficientes y no cuentan con el equipamiento mínimo, pese a que la Norma Técnica de

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 dispone y especifica la caracterización general y el equipamiento e implementación de los ambientes prestacionales y complementarios del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.

Al respecto, las Normas[15, 16 y 17] respectivamente, establecen disposiciones técnico administrativas para la programación de turnos de trabajo de los profesionales de la salud; establecen el adecuado dimensionamiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sector salud; y establecen el régimen de autorizaciones, fiscalización, control, infracciones y sanciones a que deben someterse todas las actividades con fuentes de radiación ionizante; pese a ello, el Departamento de Odontoestomatología del Hospital La Caleta no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Directiva Administrativa n.° 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", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 432-2025/MINSA de 27 de junio de 2025.**

*"**V. DISPOSICIONES GENERALES***
(…)
***5.3.** La programación de turnos de trabajo del profesional de la salud parte de un análisis previo de la brecha oferta demanda, con el propósito de atender la demanda de las necesidades de salud de la población objetivo y de optimizar la oferta existente en la IPRESS.*

Para dicho análisis se tiene en cuenta los siguientes elementos:
- *Las prestaciones de la cartera de servicios de salud para atender la demanda de las necesidades de salud de la población objetivo.*
- *Las horas del profesional de la salud requeridas en las URSS para el periodo a programar aplicando los indicadores de producción y de calidad.*
- *Las horas del profesional de la salud disponibles en las URSS para el periodo a programar.*

***5.4.** La programación aprobada de turnos de trabajo del profesional de la salud es de cumplimiento obligatorio y se ejecuta en el lugar, servicio, horario y turno programado.*

***5.5.** El incumplimiento de la programación de turnos de trabajo del profesional de la salud está sujeto a la normativa específica que rige a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, y de corresponder, a las sanciones dispuestas en los procedimientos administrativos disciplinarios.*
(…)
***5.15.** La jornada laboral del profesional de la salud es de seis (6) horas diarias ininterrumpidas o su equivalente semanal de treinta y seis (36) horas o mensual de ciento cincuenta (150) horas(…).*

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
(…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[15] Directiva Administrativa n.° 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", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 432-2025/MINSA de 27 de junio de 2025.

[16] Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.

[17] Reglamento de la Ley n.° 28028, Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante, aprobado mediante Decreto Supremo n.° 039-2008-EM de 18 de julio de 2008.

6.4 DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CIRUJANO (A) DENTISTA

- *La programación de turnos de trabajo del profesional de la salud cirujano(a) dentista, se realiza en jornadas laborales de 6 horas en turnos mañana, tarde o mañana-tarde; la programación del turno de 12 horas se realiza conforme a lo establecido en la normativa específica.*
- *El turno de trabajo del profesional de la salud cirujano(a) dentista en consultorio externo no puede exceder de cuatro (04) horas ininterrumpidas, completándose la jornada laboral de seis (06) horas con actividades de trabajo relacionadas a la gestión clínica de acuerdo a la oferta y demanda.*

(…)"

➢ **Norma Técnica de Salud n.° 110-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 660-2014-MINSA de 1 de septiembre de 2014.**

"VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

(…)

6.4 DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)

6.4.1 UPSS Consulta Externa

(…)

6.4.1.3 Caracterización general de los ambientes

(…)

A. Ambientes prestacionales

a) Consultorios externos

(…)

Los consultorios de odontología que requieren la realización de exámenes de radiología dental, deben cumplir con las disposiciones de seguridad radiológica.

(…)

CUADRO N° 1
AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS CONSULTA EXTERNA Y ÁREAS MÍNIMAS

AMBIENTES PRESTACIONALES			
PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	**CÓDIGO DE AMBIENTE**	**DENOMINACIÓN**	**ÁREA MÍNIMA (m^2)**
(…)			
Atención ambulatoria por cirujano dentista	*ODN1*	*Consultorio de Odontología general*	*17.00*
(…)			

(…)

ANEXO N° 15
EQUIPOS PARA AMBIENTES PRESTACIONALES Y COMPLEMENTARIOS DE LA UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA

UPSS CONSULTA EXTERNA			
AMBIENTE	**CÓDIGO**	**DESCRIPCIÓN**	**CANTIDAD**
CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA GENERAL		*(…)*	
	T-50	*Computadora personal*	*1*
		(…)	
	D-39	*Destartarizador ultrasónico*	*1*
	O-2	*Dispensador de papel toalla*	*1*
		(…)	
	D-212	*Esterilizador con generador eléctrico de vapor de 20 lt*	*1*

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

UPSS CONSULTA EXTERNA			
AMBIENTE	**CÓDIGO**	**DESCRIPCIÓN**	**CANTIDAD**
		(…)	
	D-40	Lámpara de luz halógena dental	1
	O-28	Maqueta de higiene bucal	1
	M-94	Mesa de acero inoxidable tipo mayo	1
		(…)	
CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA GENERAL CON SOPORTE DE RADIOLOGÍA ORAL		(…)	
	D-21	Equipo de rayos x dental rodable digital	1
		(…)"	

- **Reglamento de la Ley n.° 28028, Ley de regulación del uso de fuentes de radiación ionizante, aprobado mediante Decreto Supremo n.° 039-2008-EM de 18 de julio de 2008.**

"TÍTULO III
INSTALACIONES RADIACTIVAS Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Capítulo I
Categorización y autorizaciones
Artículo 22°.- Autorizaciones
Las autorizaciones a tramitar serán las siguientes:
a) Registro de instalación: Para las prácticas incluidas en la Categoría D.
(…)
c) Licencia individual.- Para personas que realizan actividades que extrañan exposición a radiaciones ionizantes o servicios relacionados con fuentes de radiación, excepto para personal que desarrolle actividades en las prácticas: D3, D4, D5, D6, D7, D9, E5, E6 y E7.
(…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

ANEXO I
CATEGORÍA DE LAS PRÁCTICAS Y VIGENCIA DE LAS AUTORIZACIONES
(…)

CATEGORÍA D		
PRÁCTICA	***CÓDIGO***	***VIGENCIA***
Diagnóstico dental con rayos X	*D1*	*5 años*
(…)		

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Capítulo III
Licencias de instalación radiactiva
Artículo 26°.- Procedimiento de obtención de la licencia de operación
La licencia de operación debe ser solicitada a la OTAN adjuntando información, según sea aplicable, sobre las características de la instalación o práctica, descripción de las fuentes de radiación a utilizarse o fabricarse, resultados de pruebas, calibraciones y control de calidad de equipos y fuentes así como el programa de garantía de calidad, medidas y sistema de seguridad física, organización, procedimientos y plan de emergencia, previsiones para el cierre de la actividad o instalación, así como la relación de personal con licencia individual.
La solicitud de licencia debe ser presentada conjuntamente con el pago por derecho de licencia según el TUPA.
El plazo de resolución de la solicitud no será mayor a veinte (20) días hábiles de la fecha de presentación."

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, vienen poniendo en riesgo el manejo integral de la salud bucal, afectando además la calidad y oportunidad de atención a las personas.

4. EL ÁREA DE SALUD AMBIENTAL DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE GENERA RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, AFECTANDO ADEMÁS LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.

a) Condición:

El Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta, es la unidad orgánica técnica y normativa en los aspectos relacionados al saneamiento básico, salud ocupacional, higiene alimentaria, zoonosis y protección del ambiente.

Siendo así, la Comisión de Control efectuó una Visita de Control al Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta, que fue registrada en el Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026, suscrita por el jefe del Área de Salud Ambiental [18], evidenciando lo siguiente:

- **Documentos técnicos administrativos**

Durante la Visita de Control al Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta, registrada en el Acta de Visita de Control n.° 004, se identificó que las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) del Hospital La Caleta generan residuos biocontaminados, residuos especiales y residuos comunes, para lo cual se cuenta con almacenamientos primarios en las UPSS y un almacenamiento final.

En relación a los documentos técnico administrativos, se detectó que el Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta **no cuenta con Diagnóstico Basal o inicial de residuos sólidos**, incumpliendo lo dispuesto el numeral 5.5 de la Norma Técnica de Salud n.° 144-MINSA/2018/DIGESA.

- **Acondicionamiento y Segregación**

Durante la inspección de los Servicios y Áreas del Hospital La Caleta, en relación a su acondicionamiento para el manejo de los residuos sólidos, mediante Acta de Visita de Control n.° 004, se identificó lo siguiente: recipientes de residuos biocontaminados no cuentan con tapa[19]; el pedal para destapar el recipiente no funciona[20]; la ubicación del recipiente de residuos biocontaminados no es de fácil acceso para la segregación[21]; los recipientes no cuentan con rótulo o símbolo del tipo de residuo[22]; y recipientes de residuos biocontaminados ubicados en áreas donde se realizan procedimientos relacionados a cateterismo venoso[23]; tal como se muestra a continuación:

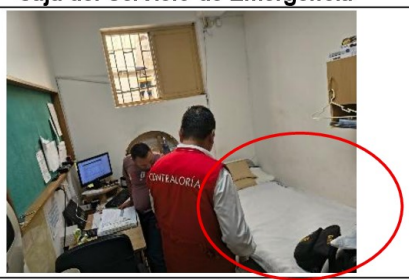
…….tomas fotográficas en la página siguiente……..

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[18] Julio Esmundo Lopez Guzman.
[19] Situación encontrada en el Tópico de Gineco Obstetricia del Servicio de Emergencia.
[20] Situación encontrada en el Servicio de Hospitalización de Cirugía.
[21] Situación encontrada en el Laboratorio de Microbiología.
[22] Situación encontrada en Caja del Servicio de Emergencia y en pasadizos hospitalarios.
[23] Situación encontrada el Tópico de Gineco Obstetricia del Servicio de Emergencia.

Toma fotográfica N° 21 Tópico de Gineco Obstetricia del Servicio de Emergencia	Toma fotográfica N° 22 Tópico de Gineco Obstetricia del Servicio de Emergencia
Recipiente de residuos biocontaminados sin tapa.	Recipiente de residuos biocontaminados en área donde se realiza procedimientos de catetetrismo venoso.
Toma fotográfica N° 23 Pasadizo del Hospital La Caleta	**Toma fotográfica N° 24 Caja del Servicio de Emergencia**
Recipiente de residuos sólidos sin rótulo ni imagen del tipo de residuo.	Recipiente de residuos sólidos sin rótulo ni imagen del tipo de residuo y personal de turno sin vestimenta laboral..
Toma fotográfica N° 25 Caja del Servicio de Emergencia	**Toma fotográfica N° 26 Consultorio de Pediatría**
	
Durante la inspección se encontró una cama con ropa hospitalaria y un somier metálico en el ambiente de Caja.	Se encontró medicamentos comerciales (potenciales residuos especiales) en la vitrina del consultorio, con fecha de vencimiento desconocida.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026.

En relación a la segregación de residuos sólidos, durante la visita de control se detectó residuos biocontaminados en recipientes para residuos comunes, así como también, residuos comunes en recipientes para residuos biocontaminados; tal como se muestra a continuación:

…….tomas fotográficas en la página siguiente……..

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

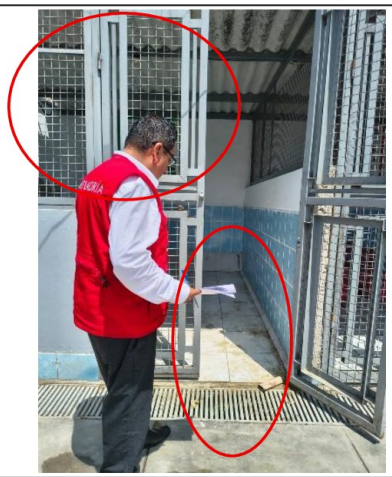
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Toma fotográfica N° 27 Segregación de residuos sólidos
Se encontró residuo biocontaminado (frasco de suero fisiológico) en recipiente para residuos comunes.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026.

- **Almacenamiento final**

Durante la inspección al almacenamiento final de residuos sólidos del Hospital La Caleta, registrada en el Acta de Visita de Control n.° 004, se identificó lo siguiente: los pisos de los ambientes del almacenamiento final de residuos sólidos cuentan con pendiente dirigida al sumidero y para el lado de la entrada; las ventanas de los ambientes no están protegidas con malla fina para evitar el acceso de los vectores; y, no cuenta con símbolos de identificación de acuerdo a la naturaleza del residuo; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 28 Almacenamiento final de residuos sólidos	Toma fotográfica N° 29 Almacenamiento final de residuos sólidos
	
Ambiente sin malla fina y piso con pendiente dirigida hacia la entrada;	Se identificó residuo biocontaminado (jeringa) fuera del ambiente del Almacenamiento final.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

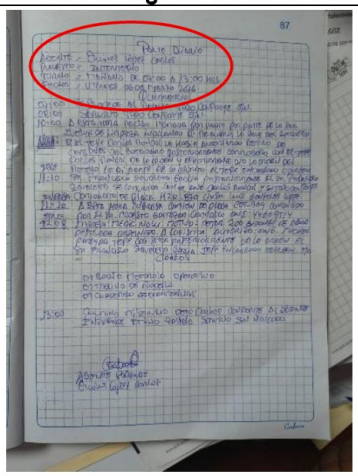
- **Recolección y Transporte**

Durante la visita a las instalaciones hospitalarias, mediante Acta de Visita de Control n.° 004, se identificó que el Hospital La Caleta no cuenta con rutas señalizadas para el transporte interno de residuos sólidos; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 30 **Pasadizos del Hospital La Caleta**	**Toma fotográfica N° 31** **Recolección de residuos sólidos**
El Hospital La Caleta no cuenta con rutas señalizadas para el trasnporte interno de residuos sólidos	Se identificó bolsa con residuos biocontaminados colocada sobre el mobiliarios hospitalario.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026.

El relación al recojo, transporte y disposición final de residuos sólidos del Hospital La Caleta, este se realiza tres veces por semana[24] a cargo de la empresa Corporación de Servicios y Desarrollo Ambiental Loayza-Caldas S.A.C.; así, durante la visita de control se tuvo acceso a la Guía de Remisión - Transportista n.° 0001-0082426, de 6 de marzo de 2026, la cual consigna 98.5 Kg de residuos especiales en 31 bolsas; sin embargo, en la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento[25] (USERGEM) del Hospital La Caleta **no obra registro ni reporte de dicha diligencia, señalándose que no se realizó recolección y transporte externo de residuos sólidos el 6 de marzo de 2026**; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 32 **Guía de Remisión - Transportista**	**Toma fotográfica N° 33** **Cuaderno de registro de la USERGEM**
	
Guía del transporte de 98.5 kg de residuos especiales, de 6 de marzo de 2026.	No existe registro del ingreso de vehículo para recojo y traslado externo de residuos sólidos el 6 de marzo de 2026.

Fuente: Acta de Visita de Control n.° 004, de 10 de marzo de 2026.

[24] Los días lunes, miércoles y viernes, de 08:00 a 10:00 am, según Contrato n.° 001-2026-HLC-CH/UND.LOG de 4 de marzo de 2026.
[25] Oficina orgánica encargada de lograr que el Hospital cuente con el soporte de servicios de asepsia, seguridad, mantenimiento, y los servicios generales necesarios.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

De lo expuesto, se pudo advertir que en los Servicios y Áreas del Hospital La Caleta no se maneja adecuadamente los residuos sólidos generados, pese a que la Norma Técnica de Salud n.° 144-MINSA/2018/DIGESA dispone específicamente los procedimientos para la gestión y manejo de los residuos sólidos generados en establecimientos de salud.

Al respecto, la Norma[26] establece los lineamientos y procedimientos para una gestión y manejo de los residuos sólidos generados en establecimientos de salud, de manera integrada, sanitaria y ambientalmente adecuada; pese a ello, el Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Norma Técnica de Salud n.° 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 1295-2018/MINSA de 11 de diciembre de 2018.**

"V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
(…)
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:

a) 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 los residuos sólidos en el EESS, SMA y CI.
El Diagnóstico Basal o Inicial debe ser elaborado cada cinco (5) años y/o cada vez que se hagan cambios en el EESS, SMA y CI, sustentado mediante el informe de estudio correspondiente.
En el Anexo 5 se incluye el contenido que debe tener todo Diagnóstico Basal o Inicial.
(…)

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:

1) 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:

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

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[26] Norma Técnica de Salud n.° 144-MINSA/2018/DIGESA "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", aprobada mediante Resolución Ministerial n.° 1295-2018/MINSA de 11 de diciembre de 2018.

a. *Recipientes con tapa en forma de media luna, embudo invertido, con pedal o tapa vaivén (únicamente para residuos comunes).*
b. *Bolsas de polietileno según especificaciones técnicas.*
c. *Recipientes rígidos e impermeables resistentes a fracturas y a pérdidas del contenido.*
d. *Los recipientes rígidos para residuos punzocortantes biocontaminados deben tener el símbolo que identifique su peligrosidad.*
e. *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.*
f. *Únicamente para ambientes estériles: sala de operaciones, sala de partos, unidad de cuidados intensivos - UCI, unidad de cuidados intermedios - UCIN y semejantes, se puede utilizar recipientes de acero inoxidable con o sin tapa según el tipo de procedimiento que se realiza.*

(…)

2) SEGREGACIÓN

Acción de agrupar determinados componentes o elementos físicos de los residuos sólidos para ser manejados en forma especial.
Consiste en la separación de los residuos en el punto de generación, ubicándolos de acuerdo a su clase en el recipiente, contenedor o deposito correspondiente y es de cumplimiento es obligatorio para todo el personal que labora en un EESS, SMA y CI.

2.1 Requerimientos para la segregación:

a. Servicios debidamente acondicionados para el manejo de residuos en el punto de origen.
b. Personal del EESS, SMA y CI debidamente sensibilizado y capacitado.

2.2 Procedimiento para la segregación:

a. Identificar y clasificar el residuo para disponerlo en el recipiente correspondiente, según clase.

(…)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

3) ALMACENAMIENTO PRIMARIO.

Es el almacenamiento temporal de residuos sólidos realizado en forma inmediata en el ambiente de generación; para efectos de esta Norma Técnica de Salud son los depósitos, contenedores o recipientes situados en las áreas o servicios del EESS, SMA y CI.
En esta etapa, los residuos sólidos se disponen en forma segregada para su posterior traslado al almacenamiento intermedio o central.

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

3.1 Requerimientos para el almacenamiento primario:

a. Servicios debidamente acondicionados para el manejo de residuos en el punto de origen.
b. Personal debidamente capacitado en el manejo de residuos sólidos.

3.2 Procedimiento para el almacenamiento primario:

a. El llenado en el recipiente destinado al almacenamiento primario no debe exceder las 3/4 partes de la capacidad del mismo.

(…)

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

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).

5.1 Requerimientos para la recolección y transporte interno:

a. Personal capacitado y con su equipo de protección personal (EPP).

b. Vehículos contenedores o coches, diferenciados por clases de residuos (comunes, biocontaminados y especiales o, en su defecto, por peligrosos-biocontaminado y especiales - y no peligrosos - comunes), con tapa articulada en el propio cuerpo del vehículo y ruedas de tipo giratorio. Son de material rígido, de bordes redondeados, lavables e impermeables, que faciliten un manejo seguro de los residuos sin generar derrames. Los utilizados para residuos peligrosos son identificados y de uso exclusivo para tal fin.

c. Rutas de transporte previamente determinadas, señalizadas y establecidas de acuerdo:

- *Al menor recorrido posible entre un almacenamiento y otro.*
- *A horarios donde exista un bajo flujo de personas.*
- *Evitando el cruce con las rutas de alimentos, ropa limpia, traslado de pacientes.*
- *Las rutas deben cubrir la totalidad de la institución.*
- *En caso de usar los ascensores para el transporte interno de los residuos, debe ser en horarios de menor afluencia de personas colocando un rótulo con el horario de su uso exclusivo.*

(…)

5.2 Procedimiento para la recolección y transporte interno:

a. Una vez que las bolsas de residuos lleguen hasta las ¾ partes de su capacidad, éstas deben ser amarradas torciendo el borde superior externo o borde sobrante procurando coger por la cara externa de la bolsa y haciendo un nudo con ella. Al cerrar la envoltura se debe eliminar el exceso de aire teniendo cuidado de no inhalar o exponerse a ese flujo de aire.

b. Luego de cada retiro de residuos debe colocarse una bolsa nueva en el recipiente.

c. En ningún caso deben vaciarse los residuos sólidos recolectados a otra bolsa o recipiente aunque éste no haya llegado a sus ¾ partes de capacidad.

d. En caso de ruptura de bolsa conteniendo residuos sólidos, introducir ésta en otra bolsa nueva y cerrarla como indica el procedimiento. Limpiar y desinfectar inmediatamente la superficie en donde hayan caído residuos. Para ello, se debe usar las medidas del plan de contingencias del EESS, SMA y CI contenidas en su Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos.

e. La recolección de los residuos sólidos se realiza diariamente. La frecuencia de la recolección interna depende de la capacidad de almacenamiento primario, de la clase de residuo, del volumen de generación y del servicio generador. La recolección debe efectuarse, en lo posible, en horas de menor circulación de pacientes, empleados o visitantes.

f. El personal de limpieza no debe arrastrar las bolsas ni "pegarlas" a su cuerpo, ni cargarlas; sino llevar las mismas en un coche de transporte o tacho con ruedas, sin interrumpir el paso de las personas.

g. En casos que la infraestructura y complejidad del EESS, SMA y CI no permita el uso de coche de transporte o tacho con ruedas, éste se realiza de manera manual, sin arrastrar las bolsas ni "pegarlas" a su cuerpo, ni cargarlas, teniendo en cuenta las medidas de bioseguidad y las rutas de transporte interno establecidas.

h. Los recipientes deben tener el peso suficiente para ser manipulados cómodamente por una sola persona no mayor a 25 kg para varones y no mayor de 15 kg para mujeres.

V°B°
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

i. Los residuos de alimentos provenientes de las salas de hospitalización son biocontaminados y, en ningún caso, deben ser destinados a la alimentación de animales.

j. Se elabora un esquema de la planta física del EESS, SMA y CI, identificando las rutas internas de transporte, las mismas que deben estar señalizadas y estar consideradas en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos.

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

l. Los residuos generados en servicios de cirugía, sala de partos, laboratorio, patología, hemodiálisis, banco de sangre y UCI deben de ser evacuados directamente al almacenamiento intermedio o al central o final.

(…)

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. El tiempo de almacenamiento final no debe ser superior a las cuarenta y ocho (48) horas para biocontaminados y comunes.

En casos excepcionales, el tiempo de almacenamiento central para biocontaminados será hasta setenta y dos (72) horas, lo cual debe estar sustentado mediante informe del Comité o Responsable de la Gestión Integral del Manejo de los Residuos Sólidos y consignado a su vez en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos, donde se detallan las medidas sanitarias, ocupacionales y ambientales de prevención, teniendo en cuenta las condiciones óptimas para el almacenamiento; evitando posibles riesgos a la salud pública y al ambiente.
(…)

6.1 Requerimientos para el almacenamiento central o final:

a. 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.

b. Ubicación que permita fácil acceso, maniobra y operación del vehículo colector externo y los coches de recolección interna. Además, debe estar contiguo al ambiente de tratamiento de residuos, según corresponda.

c. 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.

d. 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.

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

f. 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.*

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

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

i. Dotado de punto de agua y bajo presión, punto de registro, punto de evacuación de aguas residuales e iluminación artificial interna y externa.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

j. Destinar un área de higienización de los carros de recolección interna y demás equipos utilizados que tengan las siguientes características: Techado, iluminación artificial, punto de agua (preferentemente y bajo presión), piso impermeable con drenaje y punto de registro conectado a la red de alcantarillado.

k. Destinar un ambiente de servicios higiénicos y vestidores para el personal, de tal manera que permita su aseo personal.

l. Ubicación adecuada de tal manera que permite facilidad de acceso y operación de la recolección interna y externa.

m. El personal de limpieza cuenta con su EPP y los implementos de seguridad necesarios para dicho fin.

n. El almacenamiento final cuenta con sistema de drenaje del área de limpieza de materiales y ambientes.

o. En el caso de los EESS, SMA y CI que generen menos de ciento cincuenta (150) litros por día de residuos sólidos, se puede realizar el almacenamiento final o central en contenedores y en un área exclusiva para este fin; sí se generan más de ciento cincuenta (150) litros por día, se debe contar obligatoriamente con la infraestructura de almacenamiento final, debidamente señalizado y rotulado: "Almacenamiento Central - Final de Residuos Sólidos: Área Restringida. No compartida con otros usos".

p. De manera excepcional y por razones estructurales debidamente sustentadas, mediante informe técnico elaborado por el Comité o Responsable de la Gestión Integral del Manejo de los Residuos Sólidos y consignado a su vez en el Plan de Minimización y Manejo de Residuos Sólidos, aquellos EESS, SMA y CI que no cuenten con un área para el almacenamiento central o final de residuos sólidos que cumpla con las características indicadas en los literales anteriores debe acondicionar, asegurar y techar un área de uso exclusivo, en zonas alejadas de la atención de pacientes, servicios de alimentación, ropa limpia y oficinas; cumpliendo con impedir el libre acceso de cualquier persona y mantener el área aislada. El área debe estar señalizada en forma visible con la inscripción: "Almacenamiento Central Final de Residuos Sólidos: Área restringida".

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

6.2 Procedimiento para el almacenamiento central o final:

a. Almacenar los residuos de acuerdo a su clasificación en el ambiente o área dispuesta y acondicionada para cada tipo de residuo (biocontaminados, común y especial).

b. Colocar las bolsas de los residuos biocontaminados sin compactar dentro de contenedores del almacenamiento central o final.

c. Colocar los recipientes con los residuos punzocortantes dentro del área de residuos sólidos biocontaminados, en una zona debidamente identificada con un rótulo que indique "Residuos Punzocortantes" y con el símbolo internacional de Bioseguridad.

d. Limpiar y desinfectar el ambiente luego de la evacuación de los residuos.

e. El almacenamiento de residuos de sustancias químicas sólidas y semisólidas debe efectuarse teniendo en cuenta las siguientes medidas:

- *Antes de almacenados deben ser identificados, clasificados mediante la hoja de seguridad de materiales (MSDS), la cual es suministrada por el proveedor del producto y entregada al personal de limpieza por el área competente (laboratorio, rayos X, quimioterapia, entre otros).*
- *Deben manipularse por separado las sustancias químicas sólidas o semisólidas que sean incompatibles.*
- *Deben conocerse los factores que alteran la estabilidad del residuo tales como: Humedad, calor y tiempo.*
- *El almacenamiento debe realizarse de acuerdo a las características del riesgo, previniendo derrames.*
- *Las sustancias volátiles e inflamables deben almacenarse en lugares ventilados y seguros.*

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

- *Es responsabilidad del área competente que genere estos residuos comunicar la peligrosidad de los mismos y los cuidados y consideraciones a tener en su manipulación.*

(…)

9) RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE EXTERNO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS

Es la actividad que implica el recojo de los residuos sólidos por parte de la EO-RS debidamente registrada ante la autoridad competente, desde el EESS, SMA y CI hasta su disposición final, cuyos vehículos deben estar autorizados por la municipalidad correspondiente y/o del Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Los residuos peligrosos en ningún caso deben transportarse junto con los residuos municipales

9.1 Requerimientos para la recolección y transporte externo de los residuos sólidos:

a. Coches adecuados para transporte de residuos.
b. Balanza.
c. Registro diario de la cantidad de residuos recolectados concordante con el manifiesto de manejo de residuos peligrosos.
d. Personal que cuente con su debido EPP y entrenado para el manejo de residuos sólidos. La capacitación puede ser brindada por el responsable de residuos sólidos del EESS, SMA y CI, por la autoridad de salud de la jurisdicción o del nivel nacional.
e. Contar con una EO-RS debidamente registrada y autorizada por la autoridad competente, la cual debe contar con los vehículos adecuados, según lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y su Reglamento.
f. Contar con los formatos de manifiestos de manejo de residuos sólidos peligrosos.
(…)"

c) Consecuencia:

Los hechos expuestos, vienen generando riesgos sanitarios, ocupacionales y ambientales, afectando además la seguridad de los usuarios internos y externos.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

5. LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA, DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Y DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUENTAN CON REGISTROS DE MANTENIMIENTO, SEGÚN LO ESTABLECE EL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LOS LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN MULTIANUAL DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD; SITUACIÓN QUE GENERA EL RIESGO DE AFECTAR LA CALIDAD Y LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES.

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

a) Condición:

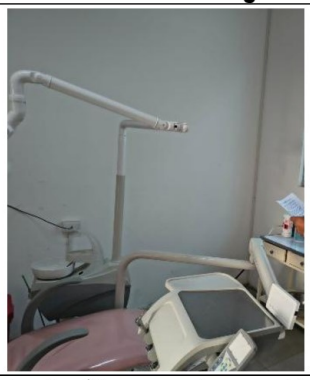
Los Departamentos y Servicios del Hospital La Caleta cuentan con equipamiento biomédico acorde a su nivel de complejidad con la finalidad de brindar prestaciones sanitarias integrales y de calidad a la población.

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

Siendo así, la Comisión de Control realizó la Visita de Control al Departamento de Odontoestomatología, al Departamento de Diagnóstico por Imágenes y al Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta, registrada en las Actas de Visita de Control 001, 002 y 003, en las cuales se identificó que el equipo de rayos X dental convencional[27]; el equipo de rayos X

[27] Del Departamento de Odontoestomatología.

digital, impresora digital y ecógrafo convencional[28]; y los equipos biomédicos del Servicio de Patología Clínica, no cuentan con registros de mantenimiento y el personal de turno no cuenta con OTMs[29] ni precisa fechas de último y/o próximo mantenimiento a realizar; lo cual compromete la operatividad y vida útil de los equipos biomédicos asignados a los Departamentos y Servicios; tal como se muestra a continuación:

Toma fotográfica N° 34 **Equipos biomédicos del Departamento de Odontoestomatología**	**Toma fotográfica N° 35** **Equipos biomédicos del Servicio de Patología Clínica**
	
Equipos biomédicos no cuentan con registro de mantenimiento.	Equipos biomédicos no cuentan con registro de mantenimiento.

Fuente: Actas de Visitas de Control n.° 001, de 6 de marzo de 2026, y n.° 003, de 9 de marzo de 2026.

Al respecto, la Guía Técnica para el Uso de la Orden Técnica de Mantenimiento en los establecimientos de salud señala que la OTM se utiliza para solicitar, programar, registrar y controlar las acciones del mantenimiento, y sirve como medio de comunicación entre el solicitante o usuario y la Oficina de Mantenimiento del establecimiento de salud; asimismo, permitirá programar acciones de mantenimiento de tipo preventivo o correctivo a los equipos que lo requieran; a pesar de ello, los equipos biomédicos del Departamento de Odontoestomatología, del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y del Servicio de Patología Clínica del Hospital La Caleta no cuentan con dicho registro, ni el personal de turno conoce sobre las OTM realizadas.

Al respecto, las Normas[30 y 31] respectivamente, establecen requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud, y establecen la metodología e instrumentos para la elaboración, ejecución, seguimiento y control de los planes multianuales de mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento de los establecimientos de salud; pese a ello, el Área de Salud Ambiental del Hospital La Caleta no cumple con lo dispuesto.

b) Criterio:

- **Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo n.° 013-2006-SA de 25 de junio de 2006.**

  "TÍTULO PRIMERO
  DISPOSICIONES GENERALES
  (...)

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

[28] Del Departamento de Diagnóstico por Imágenes.

[29] La Orden de Trabajo de Mantenimiento (OTM) es una herramienta Técnico Administrativa utilizada para solicitar, programar, registrar y controlar las acciones del mantenimiento de los Establecimientos de Salud del MINSA.

[30] Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo n.° 013-2006-SA de 25 de junio de 2006.

[31] Documento Técnico "Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud", aprobado mediante Resolución Ministerial n.° 533-2016/MINSA de 26 de julio de 2016.

Artículo 9°.- Garantía de la calidad y seguridad de la atención.
Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionales los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda.
(...)
CAPITULO 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:
(...)
e) Garantizar la existencia, disponibilidad, operatividad y buen estado de conservación del equipamiento e instrumental médico, electromédico, eléctrico y mecánico;
(...)
i) Supervisar que se realice el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, instrumentos e instalaciones;"

- **Documento Técnico "Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud", aprobado mediante Resolución Ministerial n.° 533-2016/MINSA de 26 de julio de 2016.**

"5.2 Lineamientos para la gestión del mantenimiento de la infraestructura y 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.*

(…)
5.3 Estrategias de intervención para la implementación del Plan Multianual de Mantenimiento de Infraestructura y Equipamiento en los establecimientos de salud
Se consideran las siguientes estrategias:
(…)
5.3.2 Mantenimiento del equipamiento en salud: *que comprende equipos médicos, electromecánicos, mobiliario clínico de las UPSS y UPS y vehículos asistenciales mantenimiento tomando como referencia las prioridades que se señalan en el Anexo N° 01 - formatos N° 1.4. que serán determinados por órgano de línea especializado y competente en la Gestión del Mantenimiento de Infraestructura y Equipamiento en Salud.*
(...)
VII. ANEXOS
(…)
ANEXO N° 9
(…)
Formato N° 9.2
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN 2: MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO
(..)
C) EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO EN EQUIPAMIENTO

	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	META	VALOR MÁXIMO DE CUMPLIMIENTO	RESULTADO	
						PARCIAL	TOTAL
(...)							
7.1	Relación entre OTMs ejecutadas de mantenimiento	Trimestral	Software de mantenimiento, OTMs,	(a/b) > (80/20) ó	2 ó		

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

	preventivo (a) Vs OTMs ejecutadas de mantenimiento correctivo, referidas a los equipos biomédicos y electromecánicos (b).		*programa de mantenimiento.*	*(a/b) > (60/40) y < (80/20)*	*1*		
(…)"							

c. Consecuencia:

La situación expuesta, viene poniendo en riesgo la calidad y la oportunidad en la atención integral de los pacientes.

VI. DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA ACTIVIDAD

La información y documentación que la Comisión de Control ha revisado y analizado durante el desarrollo de la Visita de Control "Verificación a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta", se encuentra detallada en el **Apéndice n.° 1**.

VII. INFORMACIÓN DEL REPORTE DE AVANCE ANTE SITUACIONES ADVERSAS

Durante la ejecución del presente servicio de Control Simultáneo en la modalidad de Visita de Control, no se emitió ningún reporte de avance ante situaciones adversas.

VIII. CONCLUSIÓN

Durante la ejecución de la Visita de Control "Verificación a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta", se ha advertido cinco (5) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos de la prestación de servicios de salud en el Departamento de Odontoestomatología, Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Patología Clínica y la Unidad de Saneamiento Ambiental del Hospital La Caleta, las cuales han sido detalladas en el presente informe.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

IX. RECOMENDACIONES

1. Hacer de conocimiento al Director del Hospital La Caleta el presente Informe de Visita de Control, el cual contiene las situaciones adversas identificadas como resultado de la Visita de Control "Verificación a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta", 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 de la prestación de servicios de salud en el Departamento de Odontoestomatología, Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Patología Clínica y la Unidad de Saneamiento Ambiental del Hospital La Caleta.

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

2. Hacer de conocimiento al Director de la Dirección Regional de Salud Áncash el presente Informe de Visita de Control, el cual contiene las situaciones adversas identificadas como resultado de la Visita de Control "Verificación a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta", 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 de la prestación de servicios de salud en el Departamento de Odontoestomatología, Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Patología Clínica y la Unidad de Saneamiento Ambiental del Hospital La Caleta.

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

3. Hacer de conocimiento al director del Hospital La Caleta que debe comunicar al Órgano de Control Institucional (OCI) de la Dirección Regional de Salud de Áncash (DIRESA), en el plazo 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.

Huaraz, 17 de marzo de 2026

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ
Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17-03-2026 17:10:55 -05:00

Luis Miguel Salazar Checa
Supervisor

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ
Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17-03-2026 17:16:10 -05:00

Franklin Rolando Farfan Alfaro
Jefe de Comisión

A LA SEÑORA JEFA DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL

La jefa del Órgano de Control Institucional que suscribe el presente informe, ha revisado su contenido y lo hace suyo, procediendo a su aprobación.

Huaraz, 17 de marzo de 2026

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17-03-2026 17:25:05 -05:00

Liz Magali Zuñiga Rojas
Jefe del Órgano de Control Institucional
Dirección Regional de Salud Áncash(e)

APÉNDICE n.° 1

DOCUMENTACIÓN VINCULADA A LA VISITA DE CONTROL

1. EL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y EN LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, AFECTANDO ADEMÁS LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS.

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 003 - Hospital La Caleta, de 9 de marzo de 2026

2. EL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS PARA EL MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES, AFECTANDO ADEMÁS LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN, ASÍ COMO LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS ANTE RADIACIONES IONIZANTES.

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 002 - Hospital La Caleta, de 7 de marzo de 2026

3. EL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA PROGRAMACIÓN DE TURNOS DE TRABAJO, LA NORMA TÉCNICA DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LA LEY DE REGULACIÓN DEL USO DE FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE, SITUACIÓN QUE PONE EN RIESGO EL MANEJO INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL, AFECTANDO ADEMÁS LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS.

Firmado digitalmente por FARFAN ALFARO Franklin Rolando FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 001 - Hospital La Caleta, de 6 de marzo de 2026
2	Acta de Visita de Control 005 - Hospital La Caleta, de 12 de marzo de 2026

4. EL ÁREA DE SALUD AMBIENTAL DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUMPLE DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SITUACIÓN QUE GENERA RIESGOS SANITARIOS, OCUPACIONALES Y AMBIENTALES, AFECTANDO ADEMÁS LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.

Firmado digitalmente por SALAZAR CHECA Luis Miguel FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 004 - Hospital La Caleta, de 10 de marzo de 2026

5. LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA, DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES Y DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL LA CALETA NO CUENTAN CON REGISTROS DE MANTENIMIENTO, SEGÚN LO ESTABLECE EL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y LOS LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN MULTIANUAL DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD; SITUACIÓN QUE GENERA EL RIESGO DE AFECTAR LA CALIDAD Y LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES.

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

N°	Documento
1	Acta de Visita de Control 001 - Hospital La Caleta, de 6 de marzo de 2026
2	Acta de Visita de Control 002 - Hospital La Caleta, de 7 de marzo de 2026
3	Acta de Visita de Control 003 - Hospital La Caleta, de 9 de marzo de 2026

Firmado digitalmente por
FARFAN ALFARO Franklin
Rolando FAU 20131378972
soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:17:17 -05:00

Firmado digitalmente por
SALAZAR CHECA Luis Miguel
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:11:27 -05:00

Firmado digitalmente por
ZUÑIGA ROJAS Liz Magali
FAU 20131378972 soft
Motivo: Doy Visto Bueno
Fecha: 17-03-2026 17:24:06 -05:00

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ
Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17-03-2026 17:35:47 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Huaraz, 17 de Marzo de 2026

OFICIO N° 000053-2026-CG/OC0830

Señor:
Fernando Iturrizaga Herrera
Director
Hospital la Caleta - Chimbote
Malecon Grau Sn
Ancash/Santa/Chimbote

Asunto : Notificación de Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC

Referencia : a) Artículo 8 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
b) Directiva N° 013-2022-CG/NORM "Servicio de Control Simultaneo" aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG de 30 de mayo de 2022 y modificatorias.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo, asimismo, 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 verificación de la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta, objeto de la Visita de Control, comunicamos que se han identificado cinco (5) situaciones adversas contenidas en el **Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC**, que se adjunta en cuarenta (40) folios.

En tal sentido, solicitamos comunicar a este Órgano de Control Institucional, en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles desde la comunicación del presente Informe, las acciones preventivas o correctivas adoptadas y por adoptar respecto a las situaciones adversas identificadas en el citado Informe, adjuntando la documentación de sustento respectiva.

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

Atentamente,

Documento firmado digitalmente
Liz Magali Zuñiga Rojas
Jefe del Órgano de Control Institucional de la
Dirección Regional de Salud Ancash(e)
Contraloría General de la República

(LZR)

Nro. Emisión: 00087 (0830 - 2026) Elab:(U71009 - L425)

96 AÑOS 1930 - 2026
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: **DXGGJCV**

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18-03-2026 16:14:45 -05:00

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CÉDULA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA N° 00000007-2026-CG/0830

DOCUMENTO	:	OFICIO N° 0000053-2026-CG/OC0830
EMISOR	:	LIZ MAGALI ZUÑIGA ROJAS - JEFE DE OCI - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH - ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
DESTINATARIO	:	FERNANDO CAMILO ITURRIZAGA HERRERA
ENTIDAD SUJETA A CONTROL	:	UNIDAD EJECUTORA 0743 REGIÓN ANCASH SALUD LA CALETA
DIRECCIÓN	:	CASILLA ELECTRÓNICA N° 20186206852
TIPO DE SERVICIO CONTROL GUBERNAMENTAL O PROCESO ADMINISTRATIVO	:	SERVICIO DE CONTROL SIMULTÁNEO - INFORME DE VISITA DE CONTROL
N° FOLIOS	:	41

Sumilla: De la revisión de la información y documentación vinculada a la verificación de la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta, objeto de la Visita de Control, comunicamos que se han identificado cinco (5) situaciones adversas contenidas en el Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC, que se adjunta en cuarenta (40) folios.

Se adjunta lo siguiente:

1. Oficio N° 000053-2026-CG-OC0830
2. Informe Visita de Control Hospital La Caleta[F][F]

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: **9RPLFT9**

Firmado digitalmente por Agente Automatizado CGR
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18-03-2026 16:16:04 -05:00

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Sistema de Notificaciones y Casillas Electrónicas - eCasilla CGR

DOCUMENTO	:	OFICIO N° 0000053-2026-CG/OC0830
EMISOR	:	LIZ MAGALI ZUÑIGA ROJAS - JEFE DE OCI - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH - ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
DESTINATARIO	:	FERNANDO CAMILO ITURRIZAGA HERRERA
ENTIDAD SUJETA A CONTROL	:	UNIDAD EJECUTORA 0743 REGIÓN ANCASH SALUD LA CALETA

Sumilla:

De la revisión de la información y documentación vinculada a la verificación de la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta, objeto de la Visita de Control, comunicamos que se han identificado cinco (5) situaciones adversas contenidas en el Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC, que se adjunta en cuarenta (40) folios.

Se ha realizado la notificación con el depósito de los siguientes documentos en la **CASILLA ELECTRÓNICA N° 20186206852**:

1. CÉDULA DE NOTIFICACIÓN N° 00000007-2026-CG/0830
2. Oficio N° 000053-2026-CG-OC0830
3. Informe Visita de Control Hospital La Caleta[F][F]

NOTIFICADOR : LIZ MAGALI ZUÑIGA ROJAS - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH - 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: **9XZCW4Y**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

CONTRALORÍA

Firmado digitalmente por ZUÑIGA ROJAS Liz Magali FAU 20131378972 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17-03-2026 17:50:29 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Huaraz, 17 de Marzo de 2026

OFICIO N° 000054-2026-CG/OC0830

Señor:
Ricardo Tomas Natividad Collas
Director Ejecutivo
Dirección Regional de Salud Ancash
Av. Confraternidad Internacional Oeste Nº 1544
Ancash/Huaraz/Huaraz

Asunto : Notificación de Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC - Hospital La Caleta – Chimbote – Santa – Áncash

Referencia : a) Artículo 8 de la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
b) Directiva N° 013-2022-CG/NORM "Servicio de Control Simultaneo" aprobada mediante Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG de 30 de mayo de 2022 y modificatorias.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo, asimismo, en el marco de la normativa de la referencia, que regula el Servicio de Control Simultáneo por parte de los Órganos del Sistema Nacional de Control, en virtud de la cual se ha llevado a cabo la Visita de Control "Verificación a la prestación de servicios de salud y a la gestión y manejo de residuos sólidos en el Hospital La Caleta".

Sobre el particular, como resultado del Servicio de Control Simultáneo, se ha emitido el **Informe de Visita de Control N° 002-2026-OCI/0830-SVC**, en el cual se ha identificado cinco (5) situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del proceso, el resultado o el logro de los objetivos institucionales, aspecto que resulta de interés de la instancia a su cargo; motivo por el cual, es pertinente remitirle el referido Informe en cuarenta (40) folios, para las acciones que correspondan en el marco de sus competencias.

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

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
Dirección Regional de Salud - Ancash
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 MAR 2026
Hora 3:55 Folios 41
RECEPCIÓN

Documento firmado digitalmente
Liz Magali Zuñiga Rojas
Jefe del Órgano de Control Institucional de la
Dirección Regional de Salud Ancash(e)
Contraloría General de la República

(LZR)

Nro. Emisión: 00088 (0830 - 2026) Elab:(U71009 - L425)

96 AÑOS 1930 - 2026

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: **OKPOXDM**