

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 14 de enero de 2022

OFICIO N°001-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:

Mariela Vela Tipa

Jefa de la Unidad Territorial San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA cuatro (04) CASOS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- CASO N°001-2022-CTVC/SAN
- CASO N°002-2022-CTVC/SAN
- CASO N°003-2022-CTVC/SAN
- CASO N°004-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,



Iris Gandy Vásquez Huaman
Responsable Regional (e)

¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602



N° 002-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	04/01/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	JEANETTE FLORES RUIZ	3. Número-DNI:	46024131
4. Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	31/12/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	EL DORADO
9. Distrito:	SANTA ROSA	10. CCPP/Dirección:	JR. JUANJUI S/N - CP SANTA MARTHA
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	73544673- CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en Contextos No Presenciales, el día 31/12/2021 se realizó una entrevista telefónica la Sra. Mabel Didiana Mendoza Mozombite, identificada con DNI N°73544673, madre -cuidadora principal del usuario del programa, registrada mediante ficha de vigilancia V-321-2021-SAN-C, registrándose los siguientes puntos críticos:

- 1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO):** La cuidadora principal menciona que en el establecimiento de salud del distrito donde se atiende su menor hijo de 02 años y 02 meses, no le habían entregado el suplemento de hierro porque su niño no tiene anemia, y que por dicha razón su menor hijo no está consumiendo un suplemento de hierro. Menciona además que consumió suplemento de hierro hasta los dos años.
- 2. HOGAR RECIBE INCOMPLETO KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN:** La Sra. Mabel Mendoza refiere que el mes pasado recibió jabón líquido (1unidad) y mascarilla KN95 (4 unidades), faltando el papel toalla (2 unidades). Menciona además que hace 4 meses que no viene recibiendo dicho producto.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- **De acuerdo a lo establecido por el Programa Cuna Mas en la RDE N°766-2021-MIDIS/PNCM** "Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales", se señala como uno de los objetivos del Acompañamiento Familiar no Presencial que el Programa realice el seguimiento a la entrega del paquete integrado de atención a las gestantes o al paquete integrado de servicios priorizados para niñas y niños según corresponda.

La misma norma establece respecto a la suplementación con hierro que es una estrategia de intervención preventiva y terapéutica que promueve el Programa Cuna Más, a través de la promoción del consumo de hierro, con la finalidad de

prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños usuarios del programa.

La norma en mención cita en su base legal a la Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 099-MINSA-2020-DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del Covid-19” que en atención al punto alertado señala en su numeral 6.2.4. y 6.2.5. el cumplimiento de la dosis estandarizada para situaciones de emergencia **según sea el caso del esquema preventivo**, y que en el numeral 6.2.2. Tabla N° 01 “estimación de dosis estandarizada de suplementos de hierro y otros suplementos de hierro y micronutrientes para situaciones de emergencia – niños de 4 a 35 meses”, señala que la suplementación preventiva “sin anemia/sin medición de hemoglobina y con anemia” se entrega a niños desde los 04 meses de edad a los 35 meses de edad.

Por lo expuesto, siendo el Programa, la instancia rectora en la promoción y prevención para la reducción de la anemia en niños y niñas usuarios del Programa, debe considerar el hecho que el niño usuario no viene recibiendo la suplementación con hierro, pese a que se encuentra en el rango de edad correspondiente según lo considerado en las directivas del Programa y las directivas de Salud vigentes, hecho que contraviene y pone en riesgo las estrategias preventivas de control y tratamiento de la anemia en la región.

- Se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la RDE N° 766-2021 MIDIS/PNCM “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”, que contempla en su numeral 5.7.2. Kit de higiene y protección. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a usuarias/os y cuidador principal del SCD y familias usuarias del SAF, para uso de la niña/niño, gestante y/o cuidador principal, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. El Kit de higiene y protección está compuesto por los siguientes materiales: jabón líquido (1 unidad), papel toalla (2 unidades), mascarilla KN95 (4 unidades).
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios:01)

1. Ficha de Vigilancia: V-321-2021-SAN-C. (01 folio).



Equipo Técnico
Unidad Territorial
SAN MARTÍN

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-321-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA					
Teléfono Regional: 942158973 - 920033057		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-321-2021-SAN-C	
Teléfono Nacional: 945095602		HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS			
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN					
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES					
Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad				SI	NO
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)					
1	FECHA de la entrevista:	31/12/2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 14:46 FINAL 15:00
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.					
3	DNI del Cuidador Principal:	73544673	4	NOMBRE y APELLIDOS:	MABEL DIDIANA MENDOZA MOZOMBITE
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTÍN	6	PROVINCIA:	EL DORADO
7	DISTRITO:	SANTA ROSA	8	CCPP/Barrio/Dirección:	JR. JUANJUI S/N - CP SANTA MARTHA
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise: _____			
10	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	CRECIENDO CON AMOR DE SANTA MARTHA			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros: _____			
II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS					
12	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:	Niño 1: Años: 2 Meses: 10 Niño 2: Años: _____ Meses: _____ Niño 3: Años: _____ Meses: _____			
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más:	Niño 1: Años: 2 Meses: 10 Niño 2: Años: _____ Meses: _____ Niño 3: Años: _____ Meses: _____			
14	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	SI	NO	NS/NR	
14.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	SI	NO	NS/NR	
16	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento	Niño 1: noviembre Niño 2: _____ Niño 3: _____			
17	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)	SI	NO	NS/NR	
17.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
18	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	SI	NO	NS/NR	
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
19	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)	SI	NO	NS/NR	
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	En el centro de salud no le dieron porque a su hijo porque no tiene anemia, le dieron hasta los dos años de edad.			
20	¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	
20.1	Señale su nombre:	Nailith			
21	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?	SI	NO	NS/NR	NA
21.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? :	tres veces			
22	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?	SI	NO	NS/NR	
22.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	SI	NO	NS/NR	
22.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
23	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:				
	a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros				
23.1	Si la respuesta es Otros, mencione:				
24	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:				
	a) Antes de preparar los alimentos b) Antes de comer c) Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros				
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione: Antes de agarrar cualquier objeto.				
25	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?	SI	NO	NS/NR	
26	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	SI	NO	NS/NR	
26.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?	SI	NO	NS/NR	
27.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?	Esta bien la entrega			
28	Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
29	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	
30	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	
30.1	Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
30.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	No tengo celular con whatsapp, no cuenta con celular smartphone			
31	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				
	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5metros () Ninguna () Otros X Alcohol				
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()			
32.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué				
33	¿ La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO	NS/NR	
34	¿ La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/NR	
35	¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO	NS/NR	
36	OBSERVACIONES (o dificultades)	No recibe Papel toalla hace más de cuatro meses			
37	RECOMENDACIONES				
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
Nombres y Apellidos:		Jeanette Flores Ruiz		Nombres y Apellidos:	
DNI:		46024131		DNI:	
Cargo:		Responsable Regional		Cargo:	
Correo electrónico:		sanmartin.rctvcperu@gmail.com		Correo electrónico:	