

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, 11 de marzo de 2022

OFICIO N°010-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:

Mariela Vela Tipa

Jefa de la Unidad Territorial San Martín
Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA UN (01) CASO.

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 el siguiente CASO¹:

- CASO N°0013-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del caso y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar los resultados del mismo.

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

Atentamente,




.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

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	CASO	N° 0013-2022-CTVC/SAN
---	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	24/02/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	LÓPEZ DEL CASTILLO EDUARDO	3. Número-DNI:	00921473
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SAN ROQUE DE CUMBAZA	5. Cargo:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	24/02/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	SAN ROQUE DE CUMBAZA	10. CCPP/Dirección:	AUCALOMA
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	40152803 – CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	1
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 24/02/2022 se realizó una entrevista telefónica a la Sra. Llerith Isuiza Amasifuen, identificada con DNI N°40152803, madre -cuidadora principal del usuario del programa Cuna Más, registrada mediante ficha de vigilancia V-0009-2022-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 madre -cuidadora principal menciona que su niño de 1 año 5 meses consumió suplemento de hierro hasta el mes de enero del presente año, por ese periodo se acabó su suplemento, actualmente ya no cuenta con el jarabe. Indica además que llevó a su niño al establecimiento de salud en el presente mes de febrero, pero no le han entregado ningún suplemento de hierro.

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 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-0009-2022-SAN-C. (01 folio).

The image shows a handwritten signature in blue ink on the left. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text: "Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana" around the perimeter, "Equipo Técnico" in the center, "Unidad Territorial" below it, and "SAN MARTÍN" at the bottom.

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-009-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
Teléfono Regional: 942158973 - 920033057		FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional: 945095602		HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS	
		CODIGO N° V-0009-2022-SAN-C	
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:	24/02/2022	2 HORA de la entrevista: INICIAL 17:30 FINAL 17:45
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.			
3	DNI del Cuidador Principal:	40152803	4 NOMBRE y APELLIDOS: LLERITH ISUIZA AMASIFUEN
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTÍN	6 PROVINCIA: LAMAS
7	DISTRITO:	SAN ROQUE DE CUMBAZA	8 CCPP/Barrio/Dirección: AUCALOMA
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:	ESTRELLITAS DEL SABER	
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:	1	
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más:	Niño 1: Años: 1 Meses: 5 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: febrero, Niño 2: _____ Niño 3: _____ NS/NR	
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: <u>El año pasado si le han realizado una prueba de tamizaje de hemoglobina en el mes de agosto</u>			
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: <u>Su hijo tomó suplemento con hierro hasta el mes de enero, de ahí ya no lo entregaron en el centro de salud.</u>			
20	¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	SI	NO NS/NR
20.1 Señale su nombre: <u>Kelv Amasifuen Isuiza</u>			
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
21.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: <u>cuatro veces</u> NS/NR NA			
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			
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) <u>X</u> Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros <u>X</u> NS/NR			
23.1 Si la respuesta es Otros, mencione: <u>Cuidarlo en todo momento, darle frutas</u>			
24	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:		
<u>X</u> Antes de preparar los alimentos <u>X</u> Antes de comer c) Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros <u>X</u> NS/NR			
24.1 Si la respuesta es Otros, mencione: <u>A cada momento.</u>			
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? <u>Que sean de textura mas suaves los juguetes.</u>			
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 Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?: Muy Bueno Bueno Malo Muy mala NA			
30.2 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
31	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?		
a) Lavado de manos (<u>X</u>) b) Uso de mascarilla () c) Distanciamiento-1.5metros () Ninguna () Otros <u>X</u> <u>limpiar todo</u> NS/NR			
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (<u>X</u>) NS/NR	
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)	<u>La Sra. Llerith cuenta con la tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19</u>	
37	RECOMENDACIONES		
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION	
Nombres y Apellidos:	Eduardo López Del Castillo	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz
DNI:	00921473	DNI:	46024131
Cargo:	Presidente - CLTVC San Roque de Cumbaza	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:	-----	Correo electrónico:	sanmartin.rctvcperu@gmail.com