

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AREQUIPA
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Arequipa, 17 de noviembre de 2021

OFICIO N° 060-2021-CTVC/AREQUIPA

Señora:

Lic. Yelitza Linares Portilla

Jefa de la Unidad Territorial Arequipa

Programa Nacional Cuna Mas

Presente.-

Asunto: Se ALERTA (18) 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 realizada por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 115-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 143-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 144-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 145-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 146-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 147-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 148-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 149-2021-CTVC/ARE

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

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

Atentamente



.....
Lic. Jéssica Dilú Valdivia Huamaní
Responsable Regional Arequipa

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Arequipa: 942157595 Teléfono Nacional: 945095602	CASO	N°115-2021-CTVC/ARE
---	------	---------------------

PROGRAMA SOCIAL	CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	25/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	HILDA MAYTA ALIAGA		3. NÚMERO-DNI:	30854382
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE LA PUNTA DE BOMBÓN		5. CARGO:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	25/10/2021
7. DEPARTAMENTO:	AREQUIPA	8. PROVINCIA:	ISLAY	
9. DISTRITO:	LA PUNTA DE BOMBÓN	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PPJJ COSTANERA MZ I, LOTE 06, ALTO LA PUNTA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	42513705-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 Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Yessenia Angélica Condori Huamaní, identificada con DNI N°42513705, cuidadora principal y madre de la niña de iniciales Y.Y.C.C. atendida por el Comité de Gestión "ORNIADMU", evidenciándose el siguiente punto crítico

- 1. HOGAR DESCONOCE PRINCIPALES PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE PROMOVIDAS POR EL PROGRAMA.** De acuerdo a lo indicado por la madre de la niña de 02 años y 07 meses de edad, "sólo le está dando chocolate con hierro", producto que lo compra en la farmacia, por recomendación de la Posta de Salud, quien supo indicarle que "su niña ya no requiere la suplementación con hierro (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO)".

Del análisis se observa que el hogar en mención no conoce o tiene un débil conocimiento del derecho del niño, de recibir por parte del ministerio de salud un suplemento de hierro, por encontrarse en el rango de edad y cumplir con las condiciones establecidas, la preocupación surge por el incumplimiento de la posta de salud en la entrega de un suplemento de hierro, y el mensaje de que el hogar lo compre, susceptible a la situación de que el hogar no pueda comprar el suplemento por una falta de dinero, más aún en época de pandemia que ha afectado las economías familiares.

El programa al respecto considera que la estrategia de intervención que promueve el PNCM a través de la promoción del consumo de suplementos con hierro (en sus diferentes presentaciones) es prescrito y entregado en los Establecimientos de Salud con las indicaciones del personal de salud respectivas, de acuerdo a la norma técnica de salud. RDE.0766-2021-MIDIS-PNCM. en su numeral 4.1.39. suplementación preventiva y terapéutica.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos y normativos del Programa Cuna Mas, se sugiere lo siguiente:

- Fortalecer el abordaje de este caso coordinando de manera intersectorial la adecuada entrega del suplemento de hierro al hogar en virtud del cumplimiento de las estrategias de control y prevención de la anemia de la niña usuaria, como lo establecen los lineamientos del MINSA y directivas vigentes del programa.

- b) Acompañar de manera cercana la provisión del actual suplemento de hierro que permitan cumplir con los procedimientos adecuados para la edad del niño usuario del programa.
- c) Se solicita haga la verificación del caso alertado y según corresponda nos informe las medidas correctivas adoptadas.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (02))

1. Anexo 01: Ficha de Vigilancia V-110-2021-ARE-C



.....
Jéssica Dilú Valdivia Huamaní
Responsable Regional Arequipa

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942157595
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS
SEDE REGIONAL AREQUIPA

CODIGO N° V-110-2021-ARE-C

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 la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)

SI NO

1 FECHA de la entrevista: 25/10/2021 2 HORA de la entrevista: INICIAL 5:30 FINAL 5:48

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.

3 DNI del Cuidador Principal: 42513705
5 DEPARTAMENTO: Arequipa
7 DISTRITO: La Punta de Bombón
9 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria: a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:
10 LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece: Santa Monica
11 COMITÉ DE GESTION al que pertenece-Nombre: ORNIDMU
12 IDIOMA que usa más (idioma predominante): a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros:

4 NOMBRE y APELLIDOS: Jessenia Angelica Condori Huamani

6 PROVINCIA: de Colque - Islay

8 CCPP/Barrio/Dirección: PPII costanera HZ-I, lote 6 de la Punta

II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCION DEL HOGAR CON RELACION AL SERVICIO DE CUNA MÁS

13 Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 2 Meses: 7 años Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:
14 Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 2 Meses: 7 años Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:
15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI
15.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:
16 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED) *así*
17 Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento, Niño 1: 2 meses Niño 2: Niño 3:
18 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)
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 han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año 11.3.
19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:
20 A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvos) *yo se le voy dando*
20.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: *dando solo leche dando chocolate con hierro, lo compré en Ikaforma.*
20.1 *En la punta le han dicho que era motoréquin*
21 ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?
21.1 Señale su nombre: *Ender Samir*
22 La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?
22.1 La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? 3 veces (Lunes, Martes, miércoles)
23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal? (1 vez a la semana)
23.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos
23.2 Cómo valora usted estas orientaciones:
24 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) Llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros *así personal*
24.1 Si la respuesta es Otros, mencione: *alimentación con hierro*
25 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 *En cada momento*
25.1 Si la respuesta es Otros, mencione: *después de comer.*

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° <u>V-110-2021-DRE-C</u>	
Teléfono Regional: 942157595 Teléfono Nacional: 945095602		HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MAS SEDE REGIONAL AREQUIPA			
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES					
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				
	Alimento 1 <u>Leche</u> Alimento 2 <u>Leche</u> Alimento 3 <u>harinas</u> Alimento 4 <u>Sangreíta</u> Alimento 5	NS/NR		NA	
	Alimento 6 <u>galletas</u> Alimento 7 <u>conserva</u> Alimento 8 <u>aceite</u> Alimento 9				
27.2	¿Cómo valora usted estos alimentos entregados?	☐ Muy Bueno	☒ Bueno	☐ Malo	☐ Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren? <u>Que mejore la sangreíta, o que la reemplacen por otro producto porque su niño la consume poco</u>				
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
28.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?	☒ Muy Bueno	☐ Bueno	☐ Malo	☐ Muy malo
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
29.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?	☒ Muy Bueno	☐ Bueno	☐ Malo	☐ Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren? <u>Nada, está muy bien</u>				
30	¿Cómo valora usted el trato del madre cuidora/madre guía durante las consejerías?	☒ Muy Bueno	☐ Bueno	☐ Malo	☐ Muy malo
31	¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
32	¿Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
32.1	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?	☒ Muy Bueno	☐ Bueno	☐ Malo	☐ Muy malo
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: <u>—</u>				
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				
	a) Lavado de manos (☒) b) Uso de mascarilla (☒) c) Distanciamiento-1.5metros () Ninguna (☒) Otros <u>No saben</u>			NS/NR	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (☒) c) Ninguna ()		NS/NR	
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué				
35	¿La madre cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	☐ SI	☒ NO	NS/NR	
36	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	☐ SI	☒ NO	NS/NR	
37	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	☐ SI	☒ NO	NS/NR	
38	OBSERVACIONES (o dificultades)	<u>Ninguna</u>			
39	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: <u>Hilda Hayta Aliaga</u>			Nombres y Apellidos: <u>Jessica Dili Valdivia Huamán</u>		
DNI: <u>30854382</u>			DNI: <u>42110529</u>		
Cargo: <u>Presidenta del Comité Local de la Puntada</u>			Cargo: <u>Responsable Regional-CTVC Arequipa</u>		
Correo electrónico: <u>—</u>			Correo electrónico: <u>arequipa.yrctvcperu@gmail.com</u>		