

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ICA**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Ica, 01 de diciembre del 2021.

OFICIO N° 042-2021-CTVC/ICA

Señor:

YACKZON FROILAN YNGA VIDAL

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional CUNA MÁS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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 (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de 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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 111-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 112-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 113-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 114-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 115-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 116-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 117-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 118-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 119-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 120-2021-CTVC/ICA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente.



.....
Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 118-2021-CTVC/ICA

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	27/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ANGULO DE DEL AGUILA DORA	3. NÚMERO-DNI:	22263320
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE PUEBLO NUEVO	5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA:	CHINCHA
9. DISTRITO:	PUEBLO NUEVO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AAHH KEIKO SOFIA MZ A LT 08-B
11. PROCESO:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	72019029 CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01

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 Programa Nacional Cuna MAS, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Angela Cunya Martinez, identificada con DNI N° 72019029, madre cuidadora principal de la niña de iniciales H.H.T.H.C. Atendida por el Comité de Gestión (CG) "León de Vivero", en el cual se registra el siguiente punto crítico:

- NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO).** La niña usuaria del Programa actualmente no consume suplemento de hierro, la madre indica que su hija consumió sulfato ferroso desde 2 años de edad, luego de eso le suspendieron y en el Puesto de Salud le indicaron que "ya no le corresponde porque se encuentra bien de hemoglobina, ya lo supero". Debe considerarse para la evaluación del punto crítico, lo siguiente:
 - 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 la niña usuaria 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.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

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

- Se solicita pueda informar las acciones de seguimiento con la familia usuaria que garanticen que la menor usuaria del programa tenga acceso a tratamiento preventivo de la anemia y se nos pueda informar sobre las acciones de coordinación intersectorial que vienen realizando en virtud del cumplimiento de las estrategias de control y prevención de la anemia de la niña usuaria, como lo establecen los lineamientos y directivas vigentes.

- Se solicita haga la verificación del caso alertado y según corresponda nos informe las medidas correctivas adoptadas.

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

1. Anexo 01: Ficha de Vigilancia N° V-090-2021-ICA-C (01 folio)



.....
Rosario Córdova Pérez de Muñoz
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
Teléfono Regional: 942159108 Teléfono Nacional: 945095602			FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-090-2021-ICA-C				
SEDE REGIONAL ICA											
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 encuesta)											
1	FECHA de la entrevista: 27 / 10 / 2021				2	HORA de la entrevista:		INICIAL 10:40	FINAL 12:10		
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.											
3	DNI del Cuidador Principal: 72019029				4	NOMBRE y APELLIDOS:		ANGELA CUNYA MARTINEZ			
5	DEPARTAMENTO: ICA				6	PROVINCIA:		CHINCHA			
7	DISTRITO: PUEBLO NUEVO				8	CCPP/Barrio/Dirección:		AAHH KEIKO SOFIA MZ A LY 08-B			
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:				a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:						
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:				CUNA MAS FE Y ALEGRIA						
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:				LEON DE VIVERO						
12	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											
13	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01										
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 2 Meses: 0 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:										
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI							SI	NO	NS/NR	
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)							SI	NO	NS/NR	
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: SETIEMBRE Niño 2: Niño 3:							NS/NR			
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)							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 han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año							SI	NO	NS/NR	
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, polvo)							SI	NO	NS/NR	
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
20.1	SOLO RECIBIO HASTA LOS 2 AÑOS LUEGO LE DIJERON QUE SUPERO SU HEMOGLOBINA										
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?							SI	NO	NS/NR	
21.1	Señale su nombre: ANA MONTOYA SAAVEDRA										
22	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	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 2 DIAS							NS/NR NA			
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?							SI	NO	NS/NR	
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos							SI	NO	NS/NR	
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:							Muy Bueno	Buena	Malo	Muy malo
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:										
	a) Lactancia materna (X) b) Le doy agua hervida o clorada (X) c) Le doy agua hervida o clorada (X) d) Le llevo a sus controles CRED/vacunas (X) e) Otros							NS/NR			
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione:										
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 (X) b) Antes de comer (X) c) Después de ir al baño (X) d) Después de cambiar el pañal (X) e) Antes de cambiar al bebé (X) f) Otros							NS/NR			
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:										
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 LECHE Alimento 2 ARROZ Alimento 3 ACEITE Alimento 4 ATUN Alimento 5 CONSERVA DE C							NS/NR NA			
	Alimento 6 LENTEJA Alimento 7 QUAKER Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10										
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:							Muy Bueno	Buena	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendación le da para que los alimentos de la Canasta mejoren?:										
	AGREGAR QUINUA										
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	Buena	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	Buena	Malo	Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?:										
	MAS LIBROS DE CUENTOS										
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:							Muy Bueno	Buena	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	Buena	Malo	Muy malo
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:										
33	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 (X) Ninguna () Otros										
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?										
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué										
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?							SI	NO	NS/NR	
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?							SI	NO	NS/NR	
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?							SI	NO	NS/NR	
38	OBSERVACIONES (o dificultades)										
39	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: DORA ANGULO DE DEL AGUILA					Nombres y Apellidos: ROSARIO CORDOVA PEREZ						
DNI: 22263320					DNI: 41527481						
Cargo: SECRETARIA					Cargo: RESPONSABLE DE CAMPO						
Correo electrónico: doraangulo48@hotmail.com					Correo electrónico: ica.1rctvcperu@gmail.com						