

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA**

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

Chachapoyas, 19 de noviembre del 2021.

OFICIO N° 083-2021-CTVC/AMAZONAS BAGUA

Señor:

RICHARD GARCÍA DÍAZ

Jefe de la Unidad Territorial – Amazonas

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto: FE DE ERRATAS AL CASO N° 124 -2021-CTVC/BAG

Ref: OFICIO N° 081-2021-CTVC/AMAZONAS BAGUA

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacer llegar un cordial saludo a nombre de los miembros Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (en adelante, el Comité), al mismo tiempo manifestar que el Comité tiene como función principal vigila 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, con fecha 12/11/2021 se remitió por mesa de partes del programa el **OFICIO N° 081-2021-CTVC/AMAZONAS BAGUA**, donde se adjuntó por error una ficha de caso en su versión preliminar, por lo que solicito se deje sin efecto y se tome en cuenta la ficha de **CASO N° 124-2021-CTVC/BAG** que adjuntamos presente documento.

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de este CASO y, concluido su procedimiento, le solicito a bien comunicar los resultados y la solución de estos

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

Atentamente,



Lic. YURI ANDREW PELÁEZ POCLIN
RESPONSABLE REGIONAL (R) DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS-BAGUA

Jr. Santo Domingo N°604-2do Piso-Chachapoyas-Amazonas
(Local de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza)

Celular: 942157610

correo electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / amazonas.1rrctvcperu@gmail.com

<http://www.ctvcperu.org.pe>

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Bagua: 942157610
Teléfono Nacional: 942160511

CASO

N° 124-2021-CTVC/BAG

PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO:		09/11/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:							
2. APELLIDOS NOMBRES:		PELAEZ POCLIN YURI ANDREW		3. NÚMERO-DNI:		70805902	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA		5. CARGO:		RESPONSABLE REGIONAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:		09/11/2021	
7. DEPARTAMENTO:		AMAZONAS		8. PROVINCIA:		BONGARA	
9. DISTRITO:		JAZÁN		10. CCPP/DIRECCIÓN:		A. 28 DE JULIO 395	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		SERVICIO DE CUIDADO DIURNO		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?		45489750- CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:		02	
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, el día **09/11/2021** se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Gabriela Jiménez Córdova identificada con DNI N° **45489750 cuidadora principal** y madre de la niña de iniciales R.G.L.C.J atendido por el Comité de Gestión “**Pasitos de Esperanza**”, donde se aplicó la ficha de veeduría **V-267-2021-BAG-C** evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- 1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO):** Durante la entrevista la señora Gabriela Jimenez Córdova manifestó que su menor hija actualmente no está consumiendo ningún tipo de suplemento de hierro (Gotas, Jarabe, tabletas o Polvo), porque en el establecimiento de salud no cuentan con suplemento de hierro para su niña porque en la prueba de descarte de anemia dio como resultado que no tiene anemia; no obstante, se estaría incumpliendo con suplementación preventiva de hierro. **(Ver ficha de veeduría)**

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 usaria 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

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO:** Durante la entrevista la señora Gabriela Jimenez Cordova manifestó que su hija ingreso al programa en el mes de abril del presente año y hasta la fecha no ha recibido por parte del programa el KIT-DIT que consta de (02 juguetes y 02 cuentos), limitando el fortalecimiento de sus aprendizajes en el desarrollo infantil de su hijo menor de 36 meses de edad. Esta situación podría contravenir a lo dispuesto en la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM. **(Ver ficha de vigilancia)**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a. Que el programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 0766-2021-MIDIS/PNCM, Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales en el siguiente numeral:

“(…)

4.2: De los objetivos del Acompañamiento no Presencial: (...)

b) Kit DIT: Busca reforzar la aplicación de las prácticas de aprendizaje de la/el cuidadora/or principal (madre, padre u otro cuidador) a fin de favorecer el desarrollo infantil de su hija o hijo. La entrega es por única vez a niñas y niños usuarios de los Servicios del PNCM. El material se sujetará a la disponibilidad según zonas de atención y considerando la meta programada para el año de ejecución. (...)”

“(…)

5.7. Dotación de bienes y materiales

5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT)

Los Kit DIT para niñas y niños usuarios de los servicios del PNCM están compuestos por 04 materiales educativos variados, con pertinencia cultural en el marco de la promoción del juego: 2 juguetes y 2 cuentos de acuerdo al grupo etario (Cuadro N° 03). El uso de dichos materiales permite el fortalecimiento de las distintas dimensiones del desarrollo infantil. (...)”

- b. Se recomienda al programa Cuna Más realizar la entrega del KIT del Desarrollo Infantil Temprano considerando el grupo etario en que se encuentra el hijo de la señora Gabriela Jiménez Córdova.
- c. Se solicita se nos pueda informar las acciones de seguimiento y asistencia técnica a la familia usuaria en mención, destinada a asegurar que el/la menor de 36 meses de edad usuario/a del programa sea atendido/a preventivamente frente a la anemia. Así como se nos pueda informar las acciones de coordinación intersectorial que viene realizando el programa en virtud del cumplimiento de las estrategias de control y prevención de la anemia del niño/a usuario/a, como establecen los lineamientos y directivas vigentes.
- d. Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se comuniquen las acciones adoptadas para dar solución al punto crítico alertado.

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

- Ficha de Vigilancia N° V-267-2021-BAG-C.


Lic. YURI ANDREW PELÁEZ POCLIN
RESPONSABLE REGIONAL (H) DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS-BAGUA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942 157 610

Teléfono Nacional: 942 160 511

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁSCODIGO Nº V-267-2021-BAG

SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA

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: 09.11.2021 2 HORA de la entrevista: INICIAL 12:05 FINAL 12:15

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

3 DNI del Cuidador Principal: 45489750 4 NOMBRE y APELLIDOS: Gabriel Jimenez Cordova
 5 DEPARTAMENTO: Amazonas 6 PROVINCIA: BONGARA
 7 DISTRITO: Sorata 8 CCPP/Barrio/Dirección: Av. 27 de Octubre 395.
 9 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria/a: a) Madre ☒ b) Padre ☐ c) Otros ☐ Precise:
 10 LOCAL DE CUIDADO DIFUNO al que pertenece: LOS CARINOSIOS
 11 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: PASTOR DE ESPERANZA
 12 IDIOMA que usa más (idioma predominante): a) Español ☒ 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 usuaria/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 01 Meses: 10 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 Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: Agosto Niño 2: Septiembre Niño 3:
 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: No dan en establecimiento de salud. Pero si este niño en su Hemoglobina.
 20.1
 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: Roselito Geron Comilio
 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? 03
 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 ☒ Bueno ☐ Malo ☐ Muy m
 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) Le llevo a sus controles CRED/vacunas ☐ f) Otros
 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?				NS/N
	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				
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/N
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	☒ SI	NO		NS/N
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				NS/NR
	Alimento 1 <i>concominos</i> Alimento 2 <i>dulce</i> Alimento 3 <i>arroz</i> Alimento 4 <i>leche</i> Alimento 5				NA
	Alimento 6 Alimento 7 Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10				
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados?	Muy Bueno	Bueno	Malo	M
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?				
	<i>Esto bien, café helado</i>				
28	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/N
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?	Muy Bueno	Bueno	Malo	M
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?	☒ SI	NO		NS/N
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?	Muy Bueno	Bueno	Malo	M
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?	Muy Bueno	Bueno	Malo	M
31	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	☒ SI	NO		NS/N
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	☒ SI	NO		NS/N
32.1	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy mal
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	<i>Porque se hizo este informe y no pude ir de tiempo de ingreso</i>			
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				NS/N
	a) Lavado de manos () b) Uso de mascarilla () c) Distanciamiento-1.5 metros () Ninguna () Otros <i>No salir de casa</i>				NS/N
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?				NS/N
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/N
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	☒ NO		NS/N
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	☒ NO		NS/N
38	OBSERVACIONES (o dificultades)	<i>No ingresado al programa en el mes de Abril - 2021</i>			
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:	<i>Yuri Andrew Velazquez Padua</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Yuri Andrew Velazquez Padua</i>		
DNI:	<i>70805902</i>	DNI:	<i>70805902</i>		
Cargo:	<i>Responsable Registro</i>	Cargo:	<i>Responsable Registro</i>		
Correo electrónico:	<i>amazona.tr@trp.gov.ec</i>	Correo electrónico:	<i>amazona.tr@trp.gov.ec</i>		