COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

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

Morales, 30 de noviembre de 2021

OFICIO N°093-2021-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:
Mariela Vela Tipa
Jefa de la Unidad Territorial San Martín
Programa Nacional Cuna Más.
Presente. -

Asunto: Se ALERTA siete (07) 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 CASOS[1]:

- CASO N°181-2021-CTVC/SAN
- CASO N°182-2021-CTVC/SAN
- CASO N°183-2021-CTVC/SAN
- CASO N°184-2021-CTVC/SAN
- CASO N°185-2021-CTVC/SAN
- CASO N°186-2021-CTVC/SAN
- CASO N°187-2021-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,

.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

[1] Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:
5) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
6) 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.
7) 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.
8) 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.

Jr. Urbanización Jaime Baltazar Martínez de Compagñón (FONAVI) Mz. A Lt. N° 1 Distrito de Morales -San Martín
Cel. 920033057 - Email. mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / sanmartin.1rctvcperu@gmail.com ;
http:// www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. SAN MARTÍN: 942158973 - 920033057 Telf. LIMA: 945095602	**CASO**	**N° 187-2021-CTVC/SAN**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	**1. Fecha de REGISTRO:**	12/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	VÁSQUEZ HUAMAN IRIS GANDY	**3. Número-DNI:**	74401616
4.Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE SAN MARTIN.	**5. Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. Fecha de OCURRENCIA:**	12/11/2021

7. Departamento:	SAN MARTÍN	**8. Provincia:**	RIOJA
9. Distrito:	ELIAS SOPLIN VARGAS	**10. CCPP/Dirección:**	AV. SAN ANDRES S/N
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	PRESTACION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?**	41711082-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 del Programa Cuna Más en Contextos No Presenciales, el día 12/11/2021 se realizó una entrevista mediante llamada telefónica, a la Sra. Lilia Arribasplata Correa de de La Cruz, identificada con DNI N° 41711082, madre - cuidadora principal de usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión "Joyitas de Segunda Jerusalén" del distrito de Elías Soplin Vargas; registrándose la ficha de vigilancia V-307-2021-SAN-C, donde se identificó el siguiente punto crítico:

1. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO).**
   La Madre de usuaria, manifestó que una de sus menores hijas, no viene recibiendo suplemento de hierro, porque que en el establecimiento de salud donde se atiende, le dijeron que no era necesario, ya en su resultado de hemoglobina obtuvo 12.5.

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-307-2021-SAN-C. (01 folio).

.....

Iris Gandy Vasquez Huaman
Responsable de Campo
Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Sede San Martin

1. Ficha de vigilancia: V-307-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional:942 158 973 - 920 033 Teléfono Nacional: 945 095 602	**FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-307-2021-SAN-C**

SEDE REGIONAL SAN MARTIN
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 continue con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)								
1	**FECHA de la entrevista:**	12 / 11 / 2021 /	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 16:30	**FINAL** 16:54		

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

3	**7659**	41711082	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	LILIA ARRIBASPLATA CORREA DE DE LA CRUZ
5	**DEPARTAMENTO:**	SAN MARTIN	**6**	**PROVINCIA:**	RIOJA
7	**DISTRITO:**	ELIAS SOPLIN VARGAS	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	AV. SAN ANDRES S/N
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:**	CIAI SINAI II			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	JOYITAS DE SEGUNDA JERUSALEN			
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: **02 HIJAS**				
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: **Niño 1:** Años: 02 Meses: 06 **Niño 2:** Años: 02 Meses:06 **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 **Niño 1**: AGOSTO **Niño 2**: AGOSTO **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	***TIENE 12.5 DE HEMOGLOBINA, LE DIJERON QUE NO ERA NECESARIO***				
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: ESTHER MEDINA HUAMAN				
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 recibio estos mensajes? 03 VECES POR SEMANA		**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 Buen**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**
24	Por favor, díga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:				
	a) Lactancia materna b)Le doy hierro c)X Lavado de manos d)X Le doy agua hervida o clorada e)X Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) 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 b)Antes de comer c)X Después de ir al baño d)Después de cambiar el pañal e)Antes de cambiar al bebé 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, díga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				
	Alimento 1: AVENA Alimento 2: LECHE Alimento 3: PALLARES Alimento 4: HIGADO DE POLLO Alimento5: ENLATADO DE BOFFE			**NS/NR**	**NA**
	Alimento 6: ACEITE Alimento 7: ARROZ Alimento 8:_____ Alimento 9: _____ Alimento 10_____				
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	**Muy Buen**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:				
	Mejorar en el higado de pollo, tiene un olor muy fuerte.				
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 Buen**	**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 Buen**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**
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 Buen**	**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 Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	**Muy Bueno**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**	**NA**
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:			**NS/NR**	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis (X) **b)** Segunda dosis ( ) **c)** Ninguna ( )			**NS/NR**	
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 TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:		**Nombres y Apellidos:**	IRIS GANDY VASQUEZ HUAMAN
DNI:		**DNI:**	74401616
Cargo:		**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	sanmartin.1rctvcperu@gmail.com