

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

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

Huánuco, 17 de noviembre de 2021

OFICIO N° 141-2021-CTVC/HUANUCO

Señora

JANINA FELICITAS VARGAS ROSAS

Jefe de Unidad Territorial

Programa Nacional Cuna Mas

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 (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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 188-2021-CTVC/HUA

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



JUAN JOSE PARDAVE TREJO

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 188-2021-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	
				19/10/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		DIAZ ZAMORA FRANCISCA		3. NÚMERO-DNI:	
				47261038	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE LA MORADA		5. CARGO:	
				FISCAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
				19/10/2021	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA:	
				MARAÑON	
9. DISTRITO:		LA MORADA		10. CCPP/DIRECCIÓN:	
				BARRIO 3 DE AGOSTO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	
				72581537-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	
				02 Puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 19/10/2021, en el distrito de la Morada la Sra. Francisca Diaz Zamora identificada con DNI N° 47261038 Fiscal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de La Morada, entrevistó vía telefónica a la Sra. Lucia Damaris Piñan Huarauispe identificada con DNI N° 72581537 Cuidadora Principal del niño J.S.S.M.P usuario del Comité de Gestión “Los Tres Reyes del Alto Huallaga”, Servicio de Acompañamiento a Familias del programa Cuna Mas, registrándose la información en la Ficha de Vigilancia N° V-176-2021-HUA-C, donde se identificó los siguientes puntos críticos:

1. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO TIENEN PRUEBA DE DESCARTE DE ANEMIA ESTE AÑO.-** En entrevista realizada a la cuidadora principal la Sra. Lucia Damaris Piñan Huarauispe manifiesta que no le ha realizado la prueba de descarte de anemia este año a su menor hijo debido a que en el centro de salud no se encuentra el personal encargado del laboratorio. Este hecho podría vulnerar la **RDE N° 000785-2021-MIDIS/PNCM-DE “Entrada, Permanencia y Egreso de Usuarías y Usuarios a los Servicios del Programa Nacional Cuna Más”** que establece en el numeral 5.5.1 en el inciso (b) que a la letra dice: En el caso de niñas y niños que están recibiendo tratamiento contra la anemia, la presentación de los resultados de los sucesivos tamizajes de hemoglobina es al mes, a los tres (3) meses y a los seis (6) meses de iniciado el tratamiento, según los dispone la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP y en el inciso (c) indica: En el caso de niñas y niños sin anemia, la presentación del tamizaje de hemoglobina al PNCM se realizara a los 6 meses de edad, y en adelante cada 6 meses hasta que cumpla 2 años. A partir de los 2 años de edad se realizará cada año conforme a la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP.
2. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS,JARABE, TABLETAS,POLVO).-** Durante la entrevista telefónica a la cuidadora principal del usuario refirió que a la fecha no recibe ningún suplemento de hierro para que pueda consumir su menor hijo. Este hecho estaría incumpliendo la **RDE N° 0766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Mas en Contextos no Presenciales”**, que establece en el punto 4.1.39 **Suplementación Preventiva y terapéutica**, que a la letra dice: Es una estrategia de intervención que promueve el PNCM a través de la promoción del consumo de suplementos con hierro (en sus diferentes presentaciones) y que es prescrito y entregado en los establecimientos de salud con las indicaciones del personal de salud; con la finalidad de prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños usuarios del PNCM, de acuerdo a la norma técnica de salud para el manejo preventivo y terapéutico de anemia del MINSA.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al Programa Social se promueva el cumplimiento del **RDE N° 000785-2021-MIDIS/PNCM-DE “Entrada, Permanencia y Egreso de Usuarías y Usuarios a los Servicios del Programa Nacional Cuna Más”**.

2. Se sugiere al Programa Social se promueva el cumplimiento del **RDE N° 0766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Mas en Contextos no Presenciales”**.
3. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la citada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Vigilancia V-176-2021-HUA-C (01 folio).



Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

Teléfono Regional: 942101922 Teléfono Nacional: 942105511		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA FECHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO DAF-CUNA MÁS		CÓDIGO N° 14176-2021-144A-C	
BODE REGIONAL HUARAZO 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	
1. FECHA de la entrevista: 19/10/2021				2. HORA de la entrevista: INICIAL 09:40 FINAL 09:30	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista:					
3. DNI del Cuidador Principal:	72581534	4. NOMBRE y APELLIDOS:	LUCIA DANIELIS PINAN HUABAGUISPE		
5. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	6. PROVINCIA:	HARACON		
7. DISTRITO:	LA HORADA	8. COPP/Barrío/Dirección:	BARRIO 3 DE AGOSTO		
9. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre () c) Otro/a () d) Prorog ()				
10. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece/Nombre:	LOS TRES REYES DEL AITO HUALLAGA				
11. IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Asháninka () e) Awajit () f) Otro ()				
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: 2 Meses: 10 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:				
14. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios/as del programa, cuentan con DNI	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
14.1 Si la respuesta es NO, ¿cómo cuáles son los motivos?					
15. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios/as del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CREDS)	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
16. Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario/a del programa a su Comité de Crecimiento y Desarrollo:	Niño 1: Septiembre Niño 2: Niño 3:				
17. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios/as del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otro)	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
17.1 Si la respuesta es NO, ¿cómo cuáles son los motivos?					
18. A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	☐ SI ☒ NO ☐ NSMR				
18.1 Si la respuesta es NO, ¿cómo cuáles son los motivos?					
19. A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, pastillas)	☐ SI ☒ NO ☐ NSMR				
19.1 Si la respuesta es NO, ¿cómo cuáles son los motivos?					
20. ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
20.1 Señale su nombre: HARY ARANGO MAYTA					
21. La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o llamadas o alto parlante?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
21.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? 3 DIAS					
22. La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
22.1 ¿La llamada telefónica duró más o menos entre 15 a 20 minutos					
22.2 ¿Cómo valora usted estas orientaciones?					
22.2.1 Muy Buena Buena Mala Muy mala					
23. Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:					
a) Lavado de manos: SI La doy baño: SI La doy agua hervida o hervida: SI La llevo a sus comités CREDS/charcutas: SI Otros:					
23.1 Si la respuesta es Otros, mencione:					
24. Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y los 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 al pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros:					
24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:					
25. Por favor, diga usted de a su niño/a agua hervida o hervida?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
26. El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y aseo/higiene, como: jabón líquido (1 unid), papel toalla (2 unid), mascarilla KN95 (4 unid)?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
26.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?					
26.2.1 Muy Buena Buena Mala Muy mala					
27. A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (22 cuentos) y juguetes (22 juguetes) para su hijo/a?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
27.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?					
27.2.1 Muy Buena Buena Mala Muy mala					
27.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?					
MEJORAR LA CALIDAD DEL JUGUETE					
28. ¿Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
29. ¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (vídeos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
30. ¿Alguna vez ha visto algún video sobre: alimentación, consejos de crianza ofrecido por Cuna Más?	☒ SI ☐ NO ☐ NSMR				
30.1 Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?					
30.2 Si la respuesta es NO, ¿cómo cuáles son los motivos?					
31. En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?					
a) Lavado de manos: SI Uso de mascarilla: SI c) Distanciamiento 1.5 metros: SI Ninguna () Otros:					
32. ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis () c) Ninguna (X)				
32.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué					
33. ¿La facilitadora le pide dinero, regalos o favores a cambio de brindar el servicio?	☐ SI ☒ NO ☐ NSMR				
34. ¿La facilitadora le pide que apoye o vote a favor de algún candidato?	☐ SI ☒ NO ☐ NSMR				
35. ¿La facilitadora le pide que invite alguna reunión a más de algún candidato?	☐ SI ☒ NO ☐ NSMR				
36. OBSERVACIONES (o dificultades)					
37. 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		
Nombre y Apellidos:	FRANCISCO DEAR ZANGRA		Nombre y Apellidos:	FIDELIA LAURA LORENZO SANTA CRUZ	
Cel:	9726 10 38		DNI:	43520341	
Cargo:	FISCAL CLTVC		Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO CLTVC	
Correo electrónico:			Correo electrónico:	huliblan.arts@pccp.org.pe	