

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 03 de noviembre de 2021

OFICIO N° 135-2021-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señor

KANEBO VARGAS CAMPOS

Jefe de la Unidad Territorial Lima Metropolitana

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Nueve (09) 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 204-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 205-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 206-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 207-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 208-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 209-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 210-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 211-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 212-2021-CTVC/LIP

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente


VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Se adjunta (27 folios)

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

Telf. de Lima Provincias: 984996604
Telf. Nacional: 942160416

CASO

N° 205-2021-CTVC/LIP

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	22/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SAMANTA GAMONAL REQUEZ	3. NÚMERO-DNI:	41391967
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURENCIA:	22/10/2021
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	CAÑETE
9. DISTRITO:	IMPERIAL	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MALVINAS Ñ 9
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	76865060-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

Se realizó la entrevista telefónica con cuidadora principal (CG. Josefina Ramos), aplicándose la Ficha de Vigilancia N° V264-2021-LIP-C, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Durante conversación telefónica, cuidadora principal manifestó que su niño ingresó al programa en el mes de mayo 2021, sin embargo, hasta la fecha no se le ha realizado la entrega del KIT DIT.

Esta situación estaría contraviniendo lo estipulado en la **RDE N° 076-2021-MIDIS/PNCM-DE Prestación de los Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales** En su numeral **5.7.4 Kit del Desarrollo Infantil Temprano (KIT DIT)** La dotación del kit DIT se enmarca en la promoción del juego y aprendizaje infantil que promueve el PNCM. El kit DIT comprende materiales educativos variados y versátiles; como juguetes y cuentos para niñas y niños; organizados según grupo etario, con la finalidad de que ellos/as usen los materiales en casa durante sus momentos de juego, en el período de atención no presencial frente al Estado de Emergencia Nacional por el coronavirus- COVID 19. Considerando ello, el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM 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.

2. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO TIENEN PRUEBA DE DESCARTE DE ANEMIA ESTE AÑO

Durante la entrevista telefónica, cuidadora principal manifestó que el 16/08/2021 llevó a su menor hija al centro de Salud Malvinas a fin de realizarle el tamizaje de hemoglobina, sin embargo, le dijeron el que establecimiento que no contaba con reactivos para realizar los tamizajes y que tampoco había suplemento de hierro; por lo que tuvo que buscar los medios para que estos exámenes puedan hacerle en un establecimiento particular de salud, ya que la madre cuidadora del programa le estaba exigiendo los resultados de hemoglobina a fin de conocer el estado del usuario. (Ver Foto N° 01)

Informante manifiesta que el resultado de Hb 10.9 Hb. Gr/dl, y ha tenido que comprar de forma particular el suplemento de hierro, ya que en el establecimiento de salud continuamente dicen que no hay insumos.

Lo descrito se estaría contraviniendo con lo estipulado en el **DS N° 003-2012-MIDIS Creación del Programa Nacional Cuna Mas, Art. 1.** (...) *El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, a través del Programa Nacional Cuna MAS, promueve la intervención articulada de sectores y niveles de gobierno, organismos y programas que compartan o complementen sus objetivos, reconociendo la rectoría de cada uno de ellos*.

Asimismo, en la RM 105-2021-MIDIS Manual de Operaciones PNCM ART. 4 d) *Promover la articulación articulada de sectores a nivel de gobierno, organismo y programas que **compartan o complementen los objetivos del programa***

A la vez, en la **RDE 668-2018-MIDIS/PNCM “Estrategia para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños usuarios del PNCM-MIDIS”**. Enciso 6.1.2 **En el Servicio de Cuidado Diurno** se han

priorizado las siguientes acciones: a) *Cumplimiento con el tamizaje oportuno de anemia: **El tamizaje oportuno permite identificar niñas y niños con anemia desde los 4 meses de edad.** Se realiza a través de los dosajes de hemoglobina, los cuales se realizan como parte del control CRED en las IPRESS con la frecuencia dispuesta con la normatividad vigente del MINSA.*

Continúa en el inciso 6.2 (...) “En los ámbitos de intervención del PNCM se hace necesario establecer flujos de coordinación y articulación entre el Programa y la IPRESS para que las niñas y niños y sus familias reciban las prestaciones correspondientes (...) esta coordinación entre el PNCM y el sector Salud, busca principalmente: (..)el **adecuado y oportuno dosaje de hemoglobina de niñas y niños usuarios del programa, la provisión de micronutrientes o de suplemento de hierro para el tratamiento de la anemia de acuerdo a la norma técnica del MINSA.**”.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Realizar las entregas de los KIT DIT a los usuarios continuadores del programa, a fin de fortalecer el proceso multidimensional integral y oportuno de los niños/as usuarios del programa
- Fortalecer la articulación con el sector salud, en el marco de “**Estrategia para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños usuarios del PNCM-MIDIS**”, A fin de asegurar el cumplimiento con el tamizaje oportuno y la adecuada provisión de suplementos de hierro para el tratamiento y prevención de la anemia en los usuarios/as del programa.

Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05)

1. Ficha de Vigilancia V-264-2021-LIP-C, (3 folios).
2. Anexo fotográfico 1



VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 984996604		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-264-2021-LIP-C			
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS									
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:		22 /10 /2021 /		2 HORA de la entrevista:		INICIAL 14:27		FINAL 14 :57	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.									
3 DNI del Cuidador Principal:		76865060		4 NOMBRE y APELLIDOS:		QUIQUIJANA QUISPE JENNY LIZBETH			
5 DEPARTAMENTO:		LIMA		6 PROVINCIA:		CANETE			
7 DISTRITO:		IMPERIAL		8 CCPP/Barrio/Dirección:		MALVINAS N° 9			
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:		DESCONOCE							
11 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:		JOSEFINA RAMOS							
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: 1									
14 Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 1 Meses: 8 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:									
15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI						~~SI~~		NO	
15.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						~~SI~~		NO	
16 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED) LE FALTA 02 VACUNAS, CS LE DIJO QUE NO HAABIA VACUNAS HACE 2 MESES						~~SI~~		NO	
17 ¿Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo? Niño 1: HACE 2 MESES Niño 2: Niño 3:						~~SI~~		NO	
18 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)						~~SI~~		NO	
18.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						~~SI~~		NO	
19 A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año. LO LLEVÓ A PARTICULAR PORQUE EL C.S MALVINAS NO TIENE REACTIVOS PARA TAMIZAJE						~~SI~~		NO	
19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						~~SI~~		NO	
20 A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)									
20.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: LE DIO INFECCION HACE 2 SEMANAS, LE QUITÓ EL HIERRO PARA COMPLETAR TTO DE INFECCION, ESTÁ A LA ESPERA DE QUE SE RECUPERE DE LA INFECCIÓN PARA RETOMAR CON EL CONSUMO DE HIERRO						~~SI~~		NO	
21 ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?						~~SI~~		NO	
21.1 Señale su nombre: JOSELYN						~~SI~~		NO	
22 La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?						~~SI~~		NO	
22.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 3						~~SI~~		NO	
23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?						~~SI~~		NO	
23.1 La llamada telefónica duró minimamente entre 15 a 20 minutos						~~SI~~		NO	
23.2 Cómo valora usted estas orientaciones:						Muy Bueno		Bueno	
24 Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:						~~SI~~		NO	
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						~~SI~~		NO	
24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:						~~SI~~		NO	
25 Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:									

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
Teléfono Regional: 984996604 Teléfono Nacional: 984056206		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° ____ V-264-2021-LIP-C _____					
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS											
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES											
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									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 Alimento 2 <u>LECHE</u> Alimento 3 <u>AVENA</u> Alimento 4 <u>ATUN</u> Alimento 5 <u>HIGADITO</u>							NS/NR		NA		
Alimento 6 <u>ARROZ</u> Alimento 7 Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10											
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>20/10/2021 LE ENTREGARON CANASTA DE PRODUCTOS, LA HICIERON FIRMAR EL ACTA, PERO NO LE EXPLICAN LAS CANTIDADES, PUES SOLO FIRMA, TIENE LA IMPRESIÓN QUE LE HAN DISMINUIDO PRODUCTOS A COMPARACION DE LAS PRIMERAS CANASTAS QUE LES ENTREGARON.</u>											
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/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? <u>No le han hecho entrega</u>							~~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?										
30	Cómo valora usted el trato de la madre cuidadora/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:										
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?										
a) Lavado de manos ~~SI~~ b) Uso de mascarilla ~~SI~~ c) Distanciamiento-1.5metros ~~SI~~ Ninguna () Otros											
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?							a) Primera dosis () b) Segunda dosis () c) Ninguna ~~SI~~			
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué <u>se encuentra resfriada hace 2 semanas</u>										
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)										
- <u>LE FALTA 2 VACUNAS A SU NIÑA, EN EL SALUD DE SALUD MALVINAS LE DICEN QUE NO LLEGA LAS VACUNAS Y QUE LA VACUNA DE 1 AÑO 6 MESES NO HABIA VACUNAS EN TODO EL PERU</u> - <u>EL 16/08/ LLEVÓ A SU NIÑA A LA POSTA MALVINAS, PERO LE DIJERON NO HABIA REACTIVOS PARA TAMIZJE DE HB. LA TUVO QUE HACER EN PARTICULAR EL CUAL DIO COMO RESULTADO HB. 10.9 Y TUVO QUE COMPRAR PARTICULARMENTE EL HIERRO PARA SU NIÑA YA QUE EN EL CENTRO DE SALUD CONTINUAMENTE DICEN QUE NO HAY INSUMOS</u> - <u>MANIFIESTA QUE CUANDO LE ENTREGAN LAS CANASTA DE PRODUCTOS ALIEMENTICIOS, SOLO LE HACEN FIRMAR Y NO LE EXPLICAN LAS CANTIDADES DE ALIMENTOS QUE ESTÁ RECIBIENDO, MENCIONA QUE EN UNA OPORTUNIDAD SU ESPOSO SOLICITÓ EL ACTA DE PRODUCTOS (A LAS PERSONAS QUE REPARTIAN LAS CANASTAS) SIN EMBARGO NO LE DIERON, PUES LE DIJERON QUE LA MADRE CUIDADORA ES QUIEN LE HARIA LLEGAR.</u>											
39	RECOMENDACIONES										
- <u>RECOMIENDA QUE AL MOMENTO DE ENTREGAS LAS CANASTAS DE PRODUCTOS, SE DETALLE LAS CANTIDADES DE PRODUCTOS ENTREGADOS, ASIMISMO DEJAR UNA COPIA O UNA FOTO DEL</u>											

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
Teléfono Regional: 984996604 Teléfono Nacional: 984056206		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS	
		CODIGO N° ____ V-264-2021-LIP-C ____	
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS			
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES			
ACTA QUE EVIDENCIE LAS CANTIDADES DE PRODUCTOS RECEPCIONADOS - RECOMIENDA QUE SE DEBERIA COORDINAR CON E MINSA PARA QUE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD TENGAN LOS INSUMOS DE VAUNAS PARA LOS NIÑOS, ASI COMO REACTIVOS PARA TAMIZAJE Y HIERRO PARA LOS NIÑOS QUE LO REQUIERAN,			
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:	SAMANTA GAMONAL REQUEZ	Nombres y Apellidos:	SAMANTA GAMONAL REQUEZ
DNI:	41391967	DNI:	41391967
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	Limaprovincias.1rctvcperu@gmail.com	Correo electrónico:	Limaprovincias.1rctvcperu@gmail.com

ANEXO 1

CONSULTORIO MEDICO "VIRGEN DE LA PUERTA" ECOGRAFIAS - CONSULTAS MEDICAS

DIAGNOSALUD LABORATORIO CLINICO

NOMBRE: LUYO QUIQUIJANA DARLINE EDAD: 1 Año 6 m

MUESTRA: Sangre

INDICACIÓN: Particular

FECHA: 06/08/21

RESULTADO

HEMOGLOBINA : 10,9 gr/dl

Valor referencial:

Recién nacido: 13,5 a 19,5 gr/dl

A los 3 meses: 9,5 a 12,5 gr/dl

Al año de edad: 11 a 13 gr/dl

Entre los 3 y 5 años: 12 a 14 gr/dl

De los 5 a los 15 años: 11,5 a 15 gr/dl

Hombre adulto: 13 a 16 gr/dl

Mujer adulta: 11,5 a 14,5 gr/dl

FOTO 1. Resultado de tamizaje de Hemoglobina de usuario del Programa, Cuidadora principal tuvo que acudir a centro particular, ya que el centro de salud Malvinas no está realizando tamizajes de hemoglobina por falta de reactivos