

**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, 30 de noviembre de 2021

OFICIO N° 153-2021-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señor

JULIO CESAR VARGAS NAJAR

Jefe de la Unidad Territorial Lima Provincias

Programa Nacional Cuna Más

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 el siguiente CASO¹:

- CASO N° 263-2021-CTVC/LIP

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

Se adjunta (05 folios)


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

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: 984056206

CASO

N° 263-2021-CTVC/LIP

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	26/10/ 2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	RUIZ PALOMINO LUIS HERNESTO	3. NÚMERO-DNI:	46328376
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 OCURRENCIA:	26/10/ 2021
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	HUARAL
9. DISTRITO:	CHANCAY	10. CCPP/DIRECCIÓN:	LOS ALAMOS MZ Ñ
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	46784142-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	3
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 26/10/ 2021 el responsable de campo del CTVC realizó la entrevista telefónica a la Sra. Maldonado Pariona Amelia Identificada con DNI N° 46784142 cuidador principal con usuario/a en el Comité de Gestión “ROSAS DE SARÓN”, donde se aplicó la ficha de veeduría V-363-2021-LIP-C evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN AFILIADOS A UN SEGURO DE SALUD

La madre durante la entrevista manifestó que le habían suspendido el seguro de Salud en el ESSALUD debido a que su pareja en la actualidad labora de forma independiente. Por lo tanto a la fecha de la entrevista, el hogar no contaba con un seguro de salud limitando el acceso a servicios de salud oportunamente.

2. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO).

Según la manifestación de la mama cerca de 3 meses no recibe la suplementación de hierro por costos altos en las boticas y por el limitado acceso a un servicio de salud por consecuencia de la suspensión del seguro en el ESSALUD del hogar.

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.

Numeral 4.1.42, RDE N° D000785-2021-MIDIS/PNCM-DE Suplementación Preventiva y Terapéutica: 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 el Establecimiento 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 emitida por el Ministerio de Salud.

3. NIÑOS Y NIÑAS NO CUENTAN CON CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACTUALIZADO

Con relación al cumplimiento de los controles CRED, según la manifestación de la mama, no pudo llevar a su menor hijo al último control CRED porque actualmente no tiene acceso a un servicio de salud por la suspensión del seguro de salud en el ESSALUD.

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.

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:

- ❖ Mayor acompañamiento a los actores comunales y al hogar usuario para garantizar el acceso al paquete integrado de servicios Priorizados

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: 04)

1. Copia de Ficha de Vigilancia V-363-2021-LIP-C (3 folios).



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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
FICHA DE VIGILANCIA		08-03-2021	
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS		CODIGO N° 2020-HP-C	
SEDE REGIONAL			
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:	26/10/2021	2 HORA de la entrevista: INICIAL 12:14 FINAL 12:42
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.			
3	DNI del Cuidador Principal:	6784142	4 NOMBRE y APELLIDOS: Emelia Maldonado Parino
5	DEPARTAMENTO:	Lima	6 PROVINCIA: Huaral
7	DISTRITO:	Chancay	8 CCPP/Barrio/Dirección: Los Olivos 147 N
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre ☒ b) Padre ☐ c) Otros ☐ Precise:	
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:	Asunción	
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Roxo de Suron	
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:	1	
14	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:	
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	Niño 1: 01/2021 Niño 2: 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: El motivo de retiro, porque el papa trabaja ayudante de albañil independiente, no aceptar la visita al centro de salud ya pandemia		
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: 3 meses que no suplementa con hierro por costos elevados de los suplementos (ácido fólico)		

Teléfono Regional:

Teléfono Nacional: XXX

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE VIGILANCIA

HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N°

SEDE REGIONAL XXX

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

20.1

21 ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?

21.1 Señale su nombre: Cristina Ramirez

SI NO NS/NR

22 La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?

22.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: diariamente

SI NO NS/NR

23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?

23.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos

SI NO NS/NR

23.2 Cómo valora usted estas orientaciones:

SI NO NS/NR

24 Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:

a) Lactancia materna b) Le doy hierro ☒ Lavado de manos ☒ Le doy agua hervida o clorada ☒ Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros un año c/2

Muy Bueno Bueno Malo Muy malo

24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:

NS/NR

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) 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?

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:

SI NO NS/NR

Alimento 1 Arroz Alimento 2 Sangre de toro Alimento 3 Arroz Alimento 4 Leche condensada Alimento 5 Arroz
Alimento 6 Arroz Alimento 7 Arroz de leche Alimento 8 Arroz Alimento 9 Arroz Alimento 10

NS/NR NA

27.2 Cómo valora usted estos alimentos entregados:

27.3 ¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?: Ninguno

Muy Bueno Bueno Malo Muy malo

28 El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?

28.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?

SI NO NS/NR

29 A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?

Muy Bueno Bueno Malo Muy malo

29.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?

SI NO NS/NR

29.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?: Ninguno

Muy Bueno Bueno Malo Muy malo

Teléfono Regional:

Teléfono Nacional: XXX

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE VIGILANCIA

HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N°

SEDE REGIONAL

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/madre guía durante las consejerías?	Muy Buena	Buena	Mala	Muy mala	
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 Buena	Buena	Mala	Muy mala	
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 ☒ b) Uso de mascarilla ☒ c) Distanciamiento-1.5metros ☒ Ninguna () Otros <u>Evitar la visita</u>	NS/NR				
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	NS/NR				
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué	NS/NR				
35	¿La madre cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO	NS/NR		
36	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/NR		
37	¿La madre cuidora/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

Nombres y Apellidos: Luis Hernando Ruiz Palomino
DNI: 46328376
Cargo: Responsable de campo
Correo electrónico: lima.provincia.21CTV@gmail.com

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: Luis Hernando Ruiz Palomino
DNI: 46328376
Cargo: Responsable de campo del CTUC-L10
Correo electrónico: lima.provincia.21CTV Peru@gmail.com