COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CARGO

Huaraz, 19 de noviembre de 2021

PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS
UNIDAD TERRITORIAL ANCASH
RECIBIDO
Fecha: 19 11 21
Hora: 5.19 pm

OFICIO N° 150-2021-CTVC/ANCASH

Señor (a)
NOELIA CUEVA ESCUDERO
Jefe de la Unidad Territorial – Ancash
Programa Nacional Cuna Más
Presente. –

Asunto : Se ALERTAN ocho (08) 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; asi como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.
En tal sentido, producto de las acciones de veeduria y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)[1]:

- CASO N° 369-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 370-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 371-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 372-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 373-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 374-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 375-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 376-2021-CTVC/ANC

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,

Virna Siobbhan S. Medina Figueroa
Responsable de Campo del Comité de
Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Ancash

[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.

Av. Gamarra N° 380 - Of. 201, Barrio San Francisco, Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP
Celular: 942154203
Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ancash.rrctvcperu@gmail.com
Página Web: www.ctvcperu.org.pe

41

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203 **Telf. LIMA: 945095602**	**CASO**	**N° 374-2021-CTVC/ANC**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**06/11/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MALLQUI AGUILAR MARITZA	**3. NÚMERO-DNI:**	31660360
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE ANCASH	**5. CARGO:**	RESPONSABLE REGIONAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**06/11/2021**
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	**8. PROVINCIA:**	BOLOGNESI
9. DISTRITO:	CHIQUIAN	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	JR. LEONCIO PRADO PSJE. CORDOVA
11. PROCESO:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?**	48069237 – CUIDADORA PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	01

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):

En el marco de la campaña a la Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales, se entrevistó a la Sra. Vanessa Filonila Balabarca Carhuachin, madre - cuidadora principal del Comité de Gestión (CG) "Espejito del Cielo", identificándose el siguiente punto crítico:

1. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO):** En la entrevista sostenida con la cuidadora principal refirió que NO le viene dando ningún suplemento de hierro a su niño debido a que "no tiene anemia".
   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", **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.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicos del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio no presencial, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar la dotación de hierro en niños/as de manera preventiva, siendo el Programa, la instancia rectora en la promoción y prevención para la reducción de la anemia en niños y niñas usarios del Programa, debiendo considerar el hecho que el niño usario 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 verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

1.- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-398-2021-ANC-C (03 folios).

Virna Siobbhan S. Medina Figueroa
Responsable de Campo del Comité de
Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Ancash

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V - 398 - 2021 - ANC - C

SEDE REGIONAL ANCASH
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad (si la respuesta es SI continue con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta) — SI X | NO

1	FECHA de la entrevista:	06 / 11 / 2021 /	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 10 : 05 FINAL 10 : 24

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

3	DNI del Cuidador Principal:	48069237	4	NOMBRE y APELLIDOS:	Vanessa Filonila Balabarca Cashuachin
5	DEPARTAMENTO:	ANCASH	6	PROVINCIA:	Bolognesi
7	DISTRITO:	Chiquian	8	CCPP/Barrio/Dirección:	Jr. Teancio Prado Pasje. Cordova
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:	C/AI Espejito del Cielo			
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Espejito del Cielo			
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español ( ) b) Quechua (X) 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: 7 Niño 2: Años: ___ Meses: ___ Niño 3: Años: ___ Meses: ___			
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	SI	NO X	NS/NR
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: Realizo los trámites en la Reniec, por la pandemia no lo han recogido el DNI en la ciudad de Barranca.			
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	SI X	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: 13/09/21 Niño 2: ___ 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 X	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 X	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 X	NS/NR
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: no tiene anemia.			
20.1				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V - 398 - 2021 - ANC - C

SEDE REGIONAL ANCASH
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	SI X	NO	NS/NR	
21.1	Señale su nombre: Luzvelinda Ramos				
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto **o** volantes o alto parlantes?	SI X	NO	NS/NR	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibio estos mensajes? : 3		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 X	NO	NS/NR	
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	SI X	NO	NS/NR	
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	Muy Bueno X	Bueno	Malo	Muy malo
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:				
	a) Lactancia materna X Le doy hierro X Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada X Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros			NS/NR	
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione: La alimentación balanceada				
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:				
	X Antes de preparar los alimentos X Antes de comer 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 X	NO	NS/NR	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	SI X	NO	NS/NR	
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				
	Alimento 1 leche Alimento 2 Sangrecita Alimento 3 Frejol Alimento 4 chuno Alimento5 Quinua	NS/NR		NA	
	Alimento 6 A. Avena Alimento 7 Aceite Alimento 8 atún Alimento 9 bofe Alimento 10				
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy Bueno X	Bueno	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:				
	—				
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	SI X	NO	NS/NR	
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno X	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 X	NO	NS/NR	
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno X	Bueno	Malo	Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/madre guía durante las consejerías?:	Muy Bueno X	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 X	NS/NR	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203 **Teléfono Nacional: 945095602**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V - 398 - 2021 - ANC - C**

SEDE REGIONAL ANCASH

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

32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?			SI X	NO	NS/NR	
32.1	Si la respuesta es Si ¿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 ( ) Ninguna ( ) Otros Desinfección antes de entrar en la casa					NS/NR	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis (X) b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ( )					NS/NR	
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué						
35	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?			SI	NO X	NS/NR	
36	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?			SI	NO X	NS/NR	
37	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?			SI	NO X	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:**	Maritza Malliqui Aguilar
DNI:		**DNI:**	31660360
Cargo:		**Cargo:**	RETVC
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ancash.retvcperu@gmail.com