



Resolución Ministerial

Lima, 27 de MAYO del 2016



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA

Visto, el Expediente N° 16-008565-006, que contiene el Informe N° 003-2016-EVN-DINEV-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud dispone que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la Ley antes citada disponen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 71 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, dispone que la Dirección General



J. Zavala G.

de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas; Salud Mental; Prevención y Control de la Discapacidad; Salud de los Pueblos Indígenas; Salud Sexual y Reproductiva, así como las correspondientes por Etapas de Vida;

Que, el numeral 6.3 de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, aprobada por Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, establece entre otras etapas para la certificación como Establecimiento Amigo de la Madre, la Niña y el Niño, la Evaluación interna y la Evaluación externa;

Que, a efecto de emitir dicha certificación, el Anexo 01 de la precitada Directiva Administrativa contempla como parte del proceso de medición para la certificación correspondiente, la entrevista al personal de la salud, así como a las usuarias (gestante, púerperas y madre de niños hasta 2 años), sin embargo no se cuentan con instrumentos estandarizados que permitan realizar las evaluaciones interna y externa;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto la incorporación de anexos a la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, aprobada por Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que contienen los instrumentos estandarizados que permiten realizar la evaluación interna y externa, a fin de certificar a Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre, la Niña y el Niño;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante Informe N° 497-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud ha emitido la opinión legal correspondiente;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud, de la Directora General de la Dirección General de Prestaciones de Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Incorporar a la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, aprobada por Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, los



A. Velásquez



P. GRILLO



F. MORALES



C. CAVAGNARO



N. Zerpa



DG



M. AYESTAS



C. AYESTAS



J. Zavala S.



Resolución Ministerial

Lima, 27 de MAYO del 2016

Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y, 7C, que forman parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la difusión y evaluación de lo establecido en la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud o la que haga sus veces, así como las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, según corresponda, son responsables de la implementación, monitoreo y evaluación de lo dispuesto en la presente Resolución Ministerial, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



P. GILLO



F. MINAYA



C. CAVAGNARO



N. Zerpa T.



M. MALLQUIO



C. AYESTAS



J. Zavala S.



Anibal Velásquez Valdivia

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

ANEXO 5

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA/EVALUACIÓN EXTERNA

I. SELECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Identificar los establecimientos de salud donde la atención del parto y del recién nacido estén incluidos en la cartera de servicios.

De los establecimientos de salud que no cuenten con los servicios para la atención del parto y del recién nacido, deben priorizarse aquellos que atiendan la mayor demanda de gestantes y niños menores de 24 meses.

CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	UNIDAD DE EVALUACIÓN	NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE DEBEN SER EVALUADOS
Establecimientos de salud públicos y privados que cuentan con servicios para la atención del parto y del recién nacido.	Establecimiento de salud	- Todos
Establecimientos de salud del ámbito público que no cuentan con servicios para la atención del parto y del recién nacido, pero atienden a madres en la etapa prenatal y a niñas y niños hasta los 2 años.	Establecimientos de salud de la Micro-red	- El número mínimo por evaluar son cinco (5) establecimientos de salud por micro red. - Si la Micro-red cuenta con menos de cinco (5) establecimientos de salud, se evaluará al total de estos establecimientos.

Terminada la selección de establecimientos, identifique los siguientes servicios:

1. Dirección / Jefatura del establecimiento de salud.
2. UPSS consulta externa o actividad:
 - a. Ginecología
 - b. Obstetricia
 - c. Pediatría
 - d. Neonatología
 - e. Enfermería: Crecimiento y desarrollo, inmunizaciones.
 - f. Nutrición y dietética.
 - g. Lactancia materna.
 - h. Otros
3. UPSS Centro Obstétrico / Actividad de atención de parto
 - a. Área de trabajo de partos o dilatación.
 - b. Área de parto.
 - c. Área de atención inmediata del recién nacido.
 - d. Área de puerperio inmediato
4. UPSS Centro Quirúrgico:
 - a. Sala de Operaciones.
5. UPSS Unidad de Cuidados Intensivos:
 - a. Unidades de cuidados intermedios neonatales.
 - b. Unidades de cuidados intensivos neonatales.
6. UPSS Hospitalización:
 - a. Sala de atención en maternidad (alojamiento conjunto).
 - b. Pediatría (en el primer nivel de atención se verificará en internamiento).
7. UPSS de Farmacia.
8. UPSS de Almacén.
9. Banco de leche humana, lugar de colección.
10. Lactario Institucional, si corresponde al establecimiento de salud, según lo establecido en la norma vigente (implementar el lactario institucional cuándo hay veinte o más mujeres en edad fértil que laboran en la institución).



II. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los instrumentos que se utilizarán para la certificación de los establecimientos de salud tienen como objetivo entrevistar dos tipos de muestras que incluyen: a) Usuarias de los servicios materno-infantiles (gestantes, puérperas, madres de bebés con cuidados especiales, madres de niños menores de 6 meses, madres de niños mayores de 6 meses hasta los 24 meses); y, b) personal de la salud y personal administrativo.

El siguiente cuadro señala los criterios de inclusión y el tamaño de la muestra, que es por azar simple:

GRUPOS	TAMAÑO DE LA MUESTRA	OBSERVACIONES
Personal de la Salud		
1. Personal de la Salud: Personal de la salud que participa en la atención directa de las usuarias: médico, obstetra, enfermera, nutricionista, técnico y/o auxiliar de enfermería.	El personal de la salud presente durante la evaluación y no más de 10 personas.	Según corresponda al establecimiento de salud.
2. Personal Administrativo: Personal que tiene relación indirecta con las usuarias: secretarías, personal de farmacia, portería, personal que labora en el Lactario institucional y otros (limpieza y similares).	El personal de atención indirecta presente durante la evaluación, no más de 5 personas. Todos los responsables de los servicios.	Se sugiere evaluar al personal de la salud en los cambios de turno mañana, tarde y noche.
Usuarias de los Servicios Materno-Infantiles		
3. Gestantes: Gestantes del tercer trimestre y con dos o más atenciones prenatales. Gestantes hospitalizadas.	Las que estén presentes en el momento de la evaluación: Para los establecimientos de salud con servicio de atención de parto y del RN: no más de 10, ni menos de 5. Para los establecimientos de salud que no cuenten con servicio de atención de parto y del RN: hasta 10 personas.	Según corresponda al establecimiento de salud
4. Puérperas: Puérperas de 6 horas o más, con recién nacidos a término y vigoroso. En las madres de parto gemelar o mayor, se seleccionará uno de los bebés al azar, para hacer las preguntas que conciernen a su bebé.	Las que estén presentes durante la evaluación: 10 madres con parto vaginal y 5 madres con cesárea, atendidas en el establecimiento de salud.	
5. Madres de bebés con cuidados especiales: Madres con niños de por lo menos 6 horas de vida y/o de permanencia en el establecimiento y que requieren una atención médica especial según sus necesidades.	Los que estén presentes en la evaluación y no más de 5 personas.	
6. Madres de niños menores de 6 meses: Madres de bebés que están siendo atendidos en el establecimiento de salud en el momento de la evaluación (UPSS de consultorio externo y hospitalización).	<u>En caso de consultorios :</u> Para los establecimientos de salud con servicio de atención de parto y del RN: <i>No más de 10, ni menos de 5 consultorios.</i> Para los establecimientos de salud que no cuenten con servicio de atención de parto y del RN: hasta 5 consultorios.	
7. Madres de niños mayores de 6 meses hasta los 24 meses: Madres de niños que reciben lactancia materna y alimentación complementaria y que están siendo atendidos en el establecimiento al momento de la evaluación (UPSS de consultorio externo y hospitalización).	<u>En caso de hospitalización</u> Las madres de niños que estén hospitalizados y no más de 5 madres.	



III. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de recolección de datos que se utilizarán en los procesos de certificación de establecimientos de salud son tres: 1) La observación, 2) La entrevista; y, 3) La revisión documentaria. A través de la aplicación de la Guía de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño (ANEXO 7A) que verifica los 3 criterios que se evaluarán (los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, publicidad y adquisición de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y lactario institucional). Para ello, se define líneas abajo, los procesos implicados en las evaluaciones.

DURANTE LA EVALUACIÓN INTERNA	DURANTE LA EVALUACIÓN EXTERNA
Entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - El equipo responsable (Comité Técnico Institucional) coordinará con las autoridades del establecimiento de salud. - Organizarán a los equipos de trabajo según los componentes a evaluar y capacitar sobre la calificación de criterios a tener en cuenta para la evaluación interna. - Determinar la selección de la muestras según grupo focal previamente descrito. - Se debe garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos en todas las entrevistas. 	Entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - El equipo evaluador (Numeral 6.3 de la Guía de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño) se presentará con las autoridades, del establecimiento de salud a evaluar. - Socializará su plan de visita con el personal del establecimiento de salud. - Solicitará la designación de un personal de apoyo para realizar las observaciones, entrevistas y la revisión documentaria. - Determinará la muestra según grupo focal previamente descrito. - Se debe garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos en todas las entrevistas.
Revisión documentaria: <ul style="list-style-type: none"> - Identificará la existencia y disponibilidad de los documentos que se especifican en las fuentes de verificación incluidas en la guía de evaluación (resoluciones, directiva, memorándum, resúmenes de política, plan e informe de capacitación en lactancia materna, pecosas, guías de adquisiciones directas, historias clínicas, entre otros). 	Revisión documentaria: <ul style="list-style-type: none"> - El equipo evaluador conjuntamente con el personal de apoyo identificará y recabará los documentos a revisar.
Producto: <ul style="list-style-type: none"> - Informe de resultados - Plan de mejora. 	Producto <ul style="list-style-type: none"> - Informe de resultados. - Acta final de calificación.
Culminación del proceso: <ul style="list-style-type: none"> - Después de haber aplicado la Guía de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño (ANEXO 7A), si se identificaron brechas, deberá realizarse planes de mejora y superadas las brechas se procederá con la evaluación externa. 	Culminación del proceso: <ul style="list-style-type: none"> - El equipo evaluador coordina con las autoridades del establecimiento de salud, para la socialización de los resultados de la evaluación externa.
<ul style="list-style-type: none"> - El personal de la salud de la institución evaluada podrá acompañar durante el momento de la recolección de datos, sin restar la autonomía de los equipos evaluadores. - Terminada la recolección de datos, la comisión de la evaluación facilitará la información que ayude a la elaboración participativa del plan de mejora si hubieran brechas identificadas. 	

IV. INSTRUMENTOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para la evaluación de la certificación de establecimientos de salud, deberá contarse con los datos del establecimiento de salud de los Anexos 5A y 5B; luego se aplicarán los instrumentos para las entrevistas, que a continuación se detallan:

1. Entrevista a gestante (Anexo 6A).
2. Entrevista a púrpura (Anexo 6B).
3. Entrevista a madres de niños lactantes menores de 6 meses (Anexo 6C).
4. Entrevista a madres de niños lactantes mayores de 6 meses y hasta los 24 meses (Anexo 6D).
5. Entrevista a madres de niños con cuidados especiales (Anexo 6E).
6. Entrevista a personal de la salud (Anexo 6F).
7. Entrevista a personal administrativo (Anexo 6G).



V. METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

Los formularios para entrevistar a los siete grupos focales previamente descritos, se pueden desarrollar de 2 formas:

Ejemplo 1:

A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto e incluso postparto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En este caso se marcará con una "X" la respuesta según corresponda, eligiendo entre 2 opciones "SÍ" y "NO".

Ejemplo 2:

P8	<p>¿Podría decirme las prácticas o pasos que el "establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño" debe brindar a la madre para una lactancia exitosa? Las prácticas incluyen: Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto temprano de piel a piel. <input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <input type="checkbox"/> No usar chupones. <input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <input type="checkbox"/> Referir la madre a grupos de apoyo. <input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
P9	<p>¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda para lograr una lactancia exitosa? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Asegura una buena producción de leche. <input type="checkbox"/> Evita la congestión mamaria. <input type="checkbox"/> Ayuda a asegurar la satisfacción del niño. <input type="checkbox"/> Reduce el llanto y la tentación de utilizar sucedáneos de la leche materna.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>

En este caso se marcará con una "X" la respuesta según corresponda, debiéndose respetar el número de puntos claves necesarios por pregunta; es decir para que la pregunta P8 obtenga la respuesta "SÍ" se debe contestar tres puntos claves y en el caso de la pregunta P9 se debe de contestar dos puntos claves, de no darse esta situación en ambas preguntas la respuesta sería "NO". Asimismo; cuando el entrevistado responde a la pregunta "¿Algo más?" correctamente, ésta debe ser considerada como un punto clave, que se sumará a las otras opciones para obtener como resultado "SÍ".

Luego de registrar cada una de las respuestas de las entrevistas, deben realizarse los resúmenes correspondientes, según como se muestra a continuación:

E1	¿Su bebé ha sido amamantado o ha recibido leche materna extraída? [Si es "SÍ" obvie la siguiente pregunta]	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
E2	¿Planea amamantar a su bebé después? [Si es "SÍ" o "No sé", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", vaya a la pregunta 6]	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
	El personal de la salud, le ofreció algún tipo de ayuda para que su leche comience a bajar y mantener el volumen de producción? Si es "SÍ" ¿Cuánto tiempo después del parto o de llegada a este establecimiento de salud le fue ofrecida la ayuda?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Resumen (E1-E3): La madre recibe ayuda del personal de la salud para iniciar o mantener la alimentación del bebé con leche materna, en menos de las 6 horas del parto</p>			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Una vez realizados todos los resúmenes, deberán transcribirse los resultados a la Matriz de Consolidación de Entrevistas (Anexo 7B) de cada una de las personas entrevistadas, según como se observa en el siguiente ejemplo:

RESUMEN		CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, NA										TOTAL CALIFICACIÓN			Resultado Final. (Sin contar "NA") (%)
		Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	Entr.	SI	NO	NA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Entrevista a Gestantes	Resumen A1-A2	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	6	4	0	60%
	Resumen A3-A6	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NA	5	4	1	67%

Luego, se aplicará la Guía de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño (Anexo 7A), en la cual se pueden identificar tres fuentes de verificación: 1) La observación; 2) La revisión documentaria; y, 3) La entrevista. En el caso de la última fuente se deberá extraer el resultado de la matriz de consolidación según como se detalle en la Guía de evaluación, teniendo en cuenta la siguiente consideración:

1. Si el resultado de cada uno de los resúmenes es menor de 80% la calificación será "NO".
2. Si el resultado de cada uno de los resúmenes es igual o mayor de 80% la calificación será "SI".
3. La calificación será "NA" (No Aplica) cuando la pregunta no corresponde a la categoría del establecimiento de salud.

PASO 3. ENTREGA DE INFORMACIÓN A GESTANTES

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	N.A.
El establecimiento de Salud tiene al menos un servicio de atención prenatal donde ofrece la consejería de lactancia materna.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe en la atención prenatal un registro de la consejería de Lactancia Materna (historia clínica, HIS, cuaderno, formato u otros).	SI: Existe el registro. NO: No existe el registro. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.		X	
En el consultorio de control prenatal, se brinda consejería a las gestantes y a su familia acerca de la importancia de la lactancia, de los riesgos de no amamantar, de proporcionar sucedáneos, biberones, chupones, suplementos alimenticios y materiales para la alimentación artificial. Asimismo, conocen la importancia de dar de lactar durante la primera hora de vida de su recién nacido, del contacto piel a piel, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, alojamiento conjunto y la lactancia materna a libre demanda.	ENTREVISTA Gestantes entrevistadas conocen la importancia de todo lo mencionado anteriormente. (Resumen (A3-A6) del ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE)	SI: Conocen la importancia y los riesgos de no amamantar y reciben ayuda. NO: Desconocen y no reciben ayuda. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.		X	
Los registros prenatales incluyendo la historia clínica indican si dan consejería de lactancia materna a las gestantes.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Está registrada la consejería en lactancia materna en la historia clínica u otro documento de atención prenatal.	SI: Está registrado en historia clínica u otro documento. NO: No se encuentran registros prenatales. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		



Para la fase final del proceso de evaluación, los equipos de evaluadores seguirán las siguientes instrucciones:

- Concluido el registro de la Guía de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño (Anexo 7A), se identificará el Acta Final de Calificación para la certificación como establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño (Anexo 7C).
- Se ingresará en el Acta Final de Calificación los "SÍ", los "NO" y los "NA", según los tres criterios establecidos.
- Se realizará la suma de los subtotales de cada criterio, de los "SÍ", los "NO" y los "NA, para luego reemplazar solo los datos de los "SÍ" y "NO" en la fórmula del resultado final.
- Se calculará el resultado final expresado en porcentaje (%), respetando los pesos ponderados de cada criterio, según como se detalla a continuación:

CRITERIOS	PESO PONDERADO
1. 10 pasos para una Lactancia Materna Exitosa.	70%
2. Publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas	20%
3. Lactario Institucional.	10%
TOTAL	100%

Luego, para finalizar con el proceso de certificación, se deberá registrar en la conclusión "SÍ CERTIFICA" o "NO CERTIFICA", según el puntaje obtenido.

CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PUNTAJE PARA CERTIFICAR
1. Establecimientos de salud públicos y privados (clínicas y policlínicos) que cuentan con servicios para la atención del parto y del recién nacido.	"SÍ CERTIFICA" cuando el establecimiento de salud haya alcanzado un nivel de cumplimiento igual o mayor al 80% en el resultado final.
2. Establecimientos de salud del ámbito público que no cuentan con atención del parto y al recién nacido, pero atienden a madres en la etapa prenatal, a niñas y niños hasta los 2 años.	Cuando el 75% de establecimientos de salud que conforman la Micro red o Red de Salud, hayan alcanzado un nivel de cumplimiento igual o mayor a 80% de los tres criterios establecidos.

Asimismo, los evaluadores deberán registrar sus nombres y apellidos completos, firmas, DNI, profesión y cargo al final del acta.

En el caso que el establecimiento de salud, la Micro-red o Red de Salud, no alcanzara el puntaje necesario para ser certificado, se tendrá que realizar planes de mejora que le permitan superar sus brechas y solo así se podrá aplicar nuevamente a la certificación.

VI. RECOMENDACIONES GENERALES

Los equipos evaluadores, según sea el caso cumplirán las siguientes indicaciones:

- Leer con cuidado y familiarizarse desde el inicio con los instrumentos señalados en la presente Directiva Administrativa.
- Revisar con minuciosidad la fuente de verificación para cada componente y el umbral de calificación.
- Organizar las actividades y distribuir las tareas entre los miembros del equipo evaluador.
- Concluida la recolección de datos, trabajar en equipo para un análisis objetivo y neutral, con el fin de obtener resultados fiables.
- Registrar finalmente la conclusión: Sí Certifica / NO Certifica.
- De no certificar, deje sus recomendaciones de manera muy precisa y concreta.

Recuerde:

- *Saludos y presentación a las autoridades y explicación del objetivo de la visita.*
- *Para el caso de las observaciones, centre su atención en los aspectos a observar.*
 - *Para el caso de las entrevistas a personal y usuarias:*
 - *Usar un lenguaje sencillo y claro.*
 - *Garantizar la confidencialidad de sus opiniones.*
 - *Enfatizar el valor de sus opiniones para mejorar la atención a las madres y a los niños.*
 - *Agradezca la colaboración brindada.*
- *Para el caso de la revisión documentaria, si se considera necesario, recurra al responsable del servicio /área respectiva.*



ANEXO 5A: HOJA DE DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FECHA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		RED	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		MICRO RED	
CATEGORÍA		PROCEDENCIA	
EQUIPO EVALUADOR			

TIPO DE SERVICIOS OFERTADOS A LA MADRE, LA NIÑA Y AL NIÑO HASTA 24 MESES

[Marque X según corresponda]

1. Consulta externa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Crecimiento y Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Neonatología | <input type="checkbox"/> Lactancia Materna |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): | |

2. Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sala de trabajo de parto o dilatación. | <input type="checkbox"/> Unidades de cuidados intensivos neonatales. |
| <input type="checkbox"/> Sala de parto. | <input type="checkbox"/> Sala de atención en maternidad (Alojamiento Conjunto). |
| <input type="checkbox"/> Atención inmediata del Recién Nacido. | <input type="checkbox"/> Nutrición: Lactario de hospitalización. |
| <input type="checkbox"/> Sala de puerperio inmediato. | <input type="checkbox"/> Banco de leche humana. |
| <input type="checkbox"/> Sala de operaciones. | <input type="checkbox"/> Pediatría: hospitalización de niños lactantes de hasta 24 meses, según corresponda. |
| <input type="checkbox"/> Unidades de cuidados intermedios neonatales. | |

3. Otros servicios:

- Farmacia.
- Nutrición.
- Almacén.

4. Lactario Institucional: Sí NO NA



ANEXO 5B: PERSONAL DE LA SALUD DE LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En el siguiente cuadro se detallará el número total de personal de la salud que tiene responsabilidad directa en la atención de la madre, la niña y el niño hasta los 24 meses cumplidos y que laboran en las Unidad Productora de Servicios de Salud – UPSS de consulta externa, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, hospitalización, entre otros.

TIPO DE PERSONAL	NRO.	TIPO DE PERSONAL	NRO.
Médicos - Cirujanos Generales		Nutricionistas	
Médicos – Cirujanos Familiares/Integrales		Obstetras	
Ginecólogos		Enfermeras generales	
Pediatras		Enfermeras especializadas UCINT/UCIN	
Neonatólogos		Técnicas de enfermería	
Otro tipo de personal de la salud:			

Asimismo, se deberá detallar el resultado de los siguientes indicadores:

TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA (ULTIMO AÑO)	CANTIDAD	FUENTE DEL DATO
N° de mujeres atendidas en el servicio de atención prenatal.		HIS (*)
N° de nacimientos en el establecimiento.		HIS (*)
Proporción de cesáreas del total de partos atendidos.		Egresos hospitalarios. Registro Sala de Operaciones.
Proporción de cesárea sin anestesia general del total de cesáreas.		
Proporción de cesárea con anestesia general del total de cesáreas.		
Proporción de egresos de UCIN del total nacidos en el establecimiento de salud.		Registro de egresos UCIN
Proporción de recién nacidos que iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.		SIP. Registro de egreso.
Proporción de recién nacidos que fueron amamantados exclusivamente (o alimentados con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.		
Proporción de embarazadas que recibieron prueba y consejería para VIH.		HIS(*) Monitoreo EITS VIH/SIDA (**)
Proporción de madres VIH positivas al momento del parto.		

HIS: HEALTH INFORMATION SYSTEM = Sistema de Información de Salud.

EITS VIH/SIDA: Enfermedades e infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humano, Síndrome de inmuno-deficiencia adquirido.



N. Zerpá T.

ANEXO 6
FORMATO DE INSTRUMENTOS PARA LAS ENTREVISTAS

- ANEXO 6A ENTREVISTA A GESTANTE.
- ANEXO 6B ENTREVISTA A PUÉRPERA.
- ANEXO 6C ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS LACTANTES MENORES DE 6 MESES.
- ANEXO 6D ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS LACTANTES MAYORES DE 6 MESES Y HASTA LOS 24 MESES.
- ANEXO 6E ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS CON CUIDADOS ESPECIALES.
- ANEXO 6F ENTREVISTA A PERSONAL DE LA SALUD.
- ANEXO 6G ENTREVISTA A PERSONAL ADMINISTRATIVO.



N. Zerpa T.

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	<input type="text"/>
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			
Edad de la gestante: _____ ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: _____ <i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>[Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
A2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Resumen (A1-A2): Se reporta que el personal dijo que pueden tener acompañante: Los acompañantes brindan apoyo físico y emocional.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

A3	Durante estas consultas ¿habló el personal de la salud con usted (individualmente o en grupo) acerca de cómo alimentar a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
A4	¿El personal de la salud le ha informado por qué es importante el contacto piel a piel inmediatamente después del parto? Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input type="checkbox"/> Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. <input type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Estimula la lactancia materna a demanda. <input type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardiaca y la respiración.		
A5	¿El personal de la salud le ha informado por qué es importante tener cerca a su bebé todo el tiempo que le sea posible, tener un alojamiento conjunto las 24 horas del día? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerme. <input type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input type="checkbox"/> Puedo aprender pautas para su alimentación. <input type="checkbox"/> Puedo aprender cómo manejar y acomodar al bebé.		
A6	¿El personal de la salud le ha informado sobre dar agüitas, juguitos, mates, fórmulas u otros suplementos a su bebé en sus primeros meses si está amamantando y por qué? Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> No debería dar fórmulas en los primeros 6 meses si estoy amamantando. <input type="checkbox"/> Las fórmulas disminuyen el deseo del bebé para amamantar y disminuye la producción de leche. <input type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input type="checkbox"/> Las fórmulas reducen el efecto protector de la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Las fórmulas aumentan el riesgo de obesidad. <input type="checkbox"/> Si se usan biberones, es posible que sea por un patrón inadecuado de succión al mamar.		
Resumen (A3-A6): La gestante entrevistada puede recordar información básica presentada o discutida con el personal de la salud (responde tres preguntas adecuadamente).			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



N. Zerpa T.

ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			
Edad: _____	Tipo de Parto: _____		
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha _____ Hora aproximada: _____ Peso al nacer: _____ <i>[Averigüe la fecha y la hora. Si la madre no ha dado a luz por lo menos 6 horas antes, agradecer y no continuar con la entrevista]</i>			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	<i>[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general]</i> ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input type="checkbox"/> Inmediatamente. <input type="checkbox"/> Dentro de los primeros 5 minutos. <input type="checkbox"/> Dentro de la primera media hora. <input type="checkbox"/> Dentro de la primera hora. <input type="checkbox"/> Otros: (¿Cuánto tiempo después del nacimiento?) _____ <input type="checkbox"/> No lo recuerda. <input type="checkbox"/> Todavía no se lo han dado (precisar el tiempo transcurrido entre el parto y la entrevista).		
B2	Si tomó más de 5 minutos para que usted tuviera a su bebé después del nacimiento, ¿Sabe cuál fue la razón?: <i>[Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario]</i> <input type="checkbox"/> Mi bebé necesitó ayuda/observación. <input type="checkbox"/> Yo no quería tener a mi bebé o no tenía la energía. <input type="checkbox"/> No me entregaron a mi bebé, no sé por qué. ¿Algo más?: _____		
B3	¿Cómo sostuvo a su bebé la primera vez? <input type="checkbox"/> En contacto piel a piel. <input type="checkbox"/> Envuelto o con ropa.		
Resumen (B1-B3): El bebé fue entregado inmediatamente o en < 5 minutos después de dar a luz y hubo contacto piel a piel. En caso contrario el retraso está justificado médicamente.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
B4	Si fue cesárea con anestesia general, ¿Cuánto tiempo después de estar receptiva y alerta tardó para que le entregaran al bebé? _____ <i>[Verifique, si es necesario en la historia clínica]</i> ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]</i>		
B5	¿Conoce la razón por la que su bebé no le fue entregado inmediatamente después de que usted se encontrara alerta? <input type="checkbox"/> Sí (con justificación médica). <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", determinar por qué y si el retraso fue por una razón médicamente justificada, verifique con el personal de la salud más tarde, si fuese necesario]</i>		
Resumen (B4-B5): Si le fue entregado antes de los 10 minutos después de que la madre se encontrara receptiva y alerta o el retraso en el contacto fue justificado médicamente.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B6	¿Hubo contacto piel a piel entre su bebé y usted en ese tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Es "Sí", si él bebé no está envuelto sobre la madre]</i>		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? _____ min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]</i>		
B8	¿La razón para terminar este periodo de contacto de piel a piel antes de los 60 minutos fue por justificación médica?: <input type="checkbox"/> Sí (compruebe con el personal de la salud si fuese necesario). <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", describa: _____		
Resumen (B6-B8): La madre estuvo en contacto piel a piel por 60 minutos o más sin separación, o el bebé reparado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Durante el primer momento que el bebé estuvo con usted, alguien del personal de la salud la motivó a observar los signos de interés del bebé para amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la madre menciona que el personal de la salud ofreció ayudarla colocando al bebé de modo que pudiese moverse hacia su pecho para mamar cuando estuviese listo, marcar "Sí"]</i>			



B10	¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació? Leche materna..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Sí"]</i>
B11	Si está amamantando pero también recibe otros líquidos o alimentos, ¿Fue por una razón médica aceptable? <input type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input type="checkbox"/> No
Resumen (B9-B11): El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B12	Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí": ¿Cuándo planea comenzar? _____ [Si él bebé ha recibido algo de leche materna o la entrevistada planea amamantar, marque "LM", de lo contrario marque "NLM". Si la respuesta es "LM" continúe con la siguiente pregunta] <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM</i>
B13	Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i>
B14	Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda? _____ Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B12-B14): El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
B15	Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud le ha ofrecido ayuda sobre la posición y la forma de agarre del pezón de su bebé para que amamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B16	Si está amamantando, ¿Puede mostrarme y describir cómo se acomoda al bebé para amamantar? <i>[Haga esta pregunta a la madre incluso si ella no ha recibido consejo por el personal de la salud. Anime a la madre a demostrarlo alimentando a su bebé, si es necesario después, cuando su bebé esté hambriento. Si no es posible, pídale que sostenga a su bebé en la posición y que describa lo que se le pidió]</i> Puntos claves (necesario 3) <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B17	Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <input type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si está amamantando, ¿Hubo alguien del personal de la salud que le ofreciera ayuda para mostrarle cómo extraer su leche manualmente o que le haya dado información escrita y le haya dicho dónde puede conseguir ayuda, si es necesario?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si el personal de la salud ofreció mostrar la extracción de leche, pero la madre indicó que no necesitaba la ayuda, marque "Sí"]</i>	



N. Zerpa T.

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input type="checkbox"/> Sí, no le han dado chupón <input type="checkbox"/> No, si le han dado chupón
B21	Si está amamantando, ¿Qué le dijeron sobre cómo reconocer cuando su bebé está interesado en amamantar? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input type="checkbox"/> Hace gestos y sonidos de deglución, lame sus labios, saca la lengua. <input type="checkbox"/> Pone la mano en su boca. <input type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?: _____
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado “a demanda” o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado todo el tiempo que quiera. <input type="checkbox"/> Despierte al bebé si duerme mucho o los pechos se sobrellenan. <i>[Una respuesta como la de que el bebé debería ser alimentado en un horario estricto (por ejemplo, cada 2 ó 3 hs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>
Resumen (B15-B22): La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B23	Si no está amamantando, ¿Hubo alguien del personal de la salud que le haya ofrecido hablar con usted sobre las distintas opciones para alimentar a su bebé, ya sea ahora o antes de que su bebé haya nacido? <i>[Si es “Sí”, continúe con la siguiente pregunta, si es “No”, óbviela]</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B24	Si no está amamantando, ¿Puede decirme una o dos cosas que se hayan discutido con el personal de la salud para ayudarla a decidir lo que era más conveniente a su situación? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?: _____
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B25	Si no está amamantando, ¿Alguien se ofreció para mostrarle cómo preparar y dar la fórmula mientras estuvo el bebé aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es “Sí”, continúe con la siguiente pregunta, si es “No”, óbviela]</i>
B26	¿Qué información y ayuda se le dio? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input type="checkbox"/> Medidas para mantener la alimentación higiénica. <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentar en una taza abierta en vez de un biberón. <input type="checkbox"/> Como sostener al bebé en buena posición cuando se le alimenta. ¿Algo más?: _____
Si no está amamantando y se le mostró cómo preparar la fórmula, ¿Se le pidió a usted que prepare la fórmula con orientación del personal de la salud, después de haberle mostrado cómo se hace? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Resumen (B25-B27): La madre reportó que el personal de la salud se ofreció a mostrarle cómo preparar y dar la alimentación del bebé y pudo describir consejos adecuados que le fueron dados. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



[Nota: El resto de preguntas se aplica a madres LM y NLM]

B28	¿Ha permanecido su bebé en su habitación/ o en su cama todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Es "Sí" cuando el bebé estuvo siempre con la madre]</i> Si la respuesta es "No", preguntar: ¿Estuvo usted separada de su bebé después del parto? ¿Algún momento durante la(s) noche (s)? ¿Cuándo? _____
B29	¿Estuvo separada de su bebé por justificación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, explique por qué otras causas estuvo separada de su bebé y si fue más de una vez: _____ <i>[Si la madre no sabe, pregunte al personal de la salud y/o revise la historia clínica]</i>
Resumen (B28-B29): El bebé estaba con su madre todo el tiempo desde su nacimiento o, si fue separado, ¿fue por una razón justificada? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B30	¿Le han dado información sobre dónde o cómo conseguir ayuda si tiene preguntas sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B31	¿Qué información le fue dada? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda de un profesional de la salud. <input type="checkbox"/> Llamar a una línea de ayuda. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda a un grupo de apoyo a madres o a un consejero particular. ¿Algo más?: _____
B32	¿El personal de la salud explicó y utilizó material con palabras fáciles de comprender? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar. Menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



ANEXO 6C: ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS LACTANTES MENORES DE 6 MESES

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: _____ Edad madre: _____
 ¿Esta Ud. dando de lactar?: Sí No. ¿Desde cuándo no da de lactar? _____ ¿Por qué? _____
 [Si llegó al establecimiento ya habiendo suspendido LM. Agradezca y suspenda la entrevista]
 ¿Cuántas veces ha acudido usted a este establecimiento de salud? Consulta N°. Hospitalización en días
 [Si el niño tiene menos de 2 visitas al establecimiento de salud y/o menos de 24 horas de hospitalizado, no realice la entrevista]

C. Alimentación con lactancia materna del niño menor de 6 meses

C1 Durante este período ¿habló el personal de la salud con usted individualmente o en grupo acerca de cómo alimentar a su niño menor de los 6 meses? Sí No

C2 ¿Le dieron alguna información en los siguientes temas? **Puntos claves (3 necesarios)**
 La importancia de continuar con la lactancia materna.
 La importancia de no darle agüitas, juguitos, mates ni caldos.
 La importancia de darle leche materna en forma exclusiva.
 La importancia de mantener la lactancia materna exclusiva cuando el bebé se hospitaliza.

Resumen (C1-C2): Madre que amamanta recibió consejería en Lactancia Materna y conoce al menos tres puntos clave. Sí No No aplica

C3 ¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud, alguien del personal de salud la motivó a continuar con la lactancia materna? Sí No

C4 ¿Podría indicarme que ha recibido su bebé en este establecimiento de salud?
 Leche materna..... Sí No
 Fórmula o alguna leche diferente a LM (*)..... Sí No
 [Marque "SÍ", si recibió solo leche materna, también es aceptable la leche humana extraída, vitaminas, suplementos o medicinas con prescripción médica]

Resumen (C3-C4): El bebé menor de 6 meses que permanece en el establecimiento de salud, recibe lactancia materna exclusiva excepto en casos médicamente justificados. Sí No

C5 ¿Le han brindado facilidades en el establecimiento de salud para que usted pueda mantener la lactancia materna exclusiva? Sí No

C6 ¿Qué facilidades le fueron dadas en el establecimiento de salud? **Punto clave (1 necesario)**
 Horarios flexibles para dar de lactar a su bebé.
 Le brindan un espacio para dar de lactar o extraer su leche y poder ser administrada posteriormente a su bebé.
 Otras facilidades tales como: alimentación para usted, alojamiento, etc. (programa de madre acompañante).

Resumen (C5-C6): La madre refiere que le han dado información sobre cómo conseguir ayuda sobre la alimentación de su niño, cuando vuelva a su hogar (menciona al menos un tipo de ayuda). Sí No

Lactancia materna



N. Zeipa T.

**ANEXO 6D: ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS LACTANTES MAYORES
 DE 6 MESES Y HASTA 24 MESES CUMPLIDOS**

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño _____ Edad madre: _____
 ¿Está Ud. dando de lactar?: Sí No. ¿Cuándo dejo de lactar? _____ ¿Por qué? _____
[Si llegó al establecimiento ya habiendo suspendido Lactancia Materna. Agradezca y suspenda la entrevista]
 ¿Cuántas veces ha acudido usted a este establecimiento de salud? Consulta N°. Hospitalización en días
[Nota: Si el niño tiene menos de 2 visitas al establecimiento de salud y/o menos de 24 horas de hospitalizado, no realice la entrevista]

D. Alimentación con lactancia materna del niño desde los 6 meses hasta los 24 meses

D1 Durante este periodo ¿habló el personal de la salud con usted individualmente o en grupo acerca de cómo alimentar a su niño a partir de los 6 meses? Sí No

D2 ¿Le dieron alguna información en los siguientes temas? **Puntos claves (3 necesarios)**
 La importancia de continuar con la lactancia materna.
 La importancia de agregar algún alimento rico en hierro, de origen animal en la alimentación complementaria.
 La importancia de la higiene para preparar los alimentos.
 La importancia de dar alimentación de consistencia espesa y frecuencia según edad.

Resumen (D1-D2): Madre que amamanta recibió consejería en alimentación complementaria y conoce al menos 3 puntos claves. Sí No

D3 ¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud alguien del personal de la salud la motivó a continuar con la lactancia materna? Sí No

D4 ¿Podría indicarme qué ha recibido su bebé en este establecimiento de salud?
 Leche materna..... Sí No
 Fórmula o alguna leche diferente a LM Sí No
[Marque "SÍ", si recibió solo leche materna, también es aceptable la leche humana extraída, vitaminas, suplementos o medicinas con prescripción médica]

D5 ¿Podría indicarme si su niño ha recibido alimentación complementaria en este establecimiento de salud por indicación médica? Sí No
[Averigüe si hay justificación médica para suspender alimentación complementaria. Verificar esta información con el personal de la salud]

Resumen (D3-D5): El niño mayor de 6 meses que permanece en el establecimiento de salud, recibe lactancia materna y alimentación complementaria, excepto en casos médicamente justificados. Sí No

D6 ¿Le han dado información sobre dónde o cómo conseguir ayuda si tiene preguntas sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar? Sí No

¿Qué información le fue dada? **Punto clave (1 necesario)**
 Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio.
 Conseguir ayuda de un profesional de la salud.
 Conseguir ayuda a un grupo de apoyo a madres o a un consejero particular.

Resumen (D6-D7): La madre refiere que le han dado información sobre cómo conseguir ayuda sobre la alimentación de su niño, cuando vuelva a su hogar (menciona al menos un tipo de ayuda). Sí No



N. Zerpa T.

ANEXO 6E: ENTREVISTA A MADRE DE NIÑOS CON CUIDADOS ESPECIALES

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
EQUIPO EVALUADOR		
Cuándo nació su bebé? _____ [Averigüe la fecha y la hora. Si la madre no ha dado a luz por lo menos 6 horas antes, agradecer y no continuar con la entrevista]		
E. Preguntas acerca de la alimentación del bebé con cuidados especiales		
Nació en este establecimiento de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "Sí", continúe]		
Hace cuánto tiempo llegó su bebé?: _____ [Si llegó hace menos de 6 horas, agradecer y no continuar con la entrevista]		
E1	¿Su bebé ha sido amamantado o ha recibido leche materna extraída? [Si es "Sí" obvie la siguiente pregunta]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E2	¿Planea amamantar a su bebé después? [Si es "Sí" o "No sé", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", vaya a la pregunta E6]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
E3	El personal de la salud, le ofreció algún tipo de ayuda para que su leche comience a bajar y mantener el volumen de producción? Si es "Sí" ¿Cuánto tiempo después del parto o de llegada a este establecimiento de salud le fue ofrecida la ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (E1-E3): La madre recibe ayuda del personal de la salud para iniciar o mantener la alimentación del bebé con leche materna, en menos de las 6 horas del parto.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E4	Si está amamantando o tiene intenciones de hacerlo, ¿El personal de la salud le mostró cómo extraerse la leche? [Si es "Sí", continúe. Si es "No", vaya a la pregunta E6]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E5	Si estás amamantando o tiene intenciones de hacerlo, ¿Puede describir y demostrar cómo tiene que extraerse manualmente la leche? Puntos claves (3 necesarios) <input type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche a través de relajación, masaje. <input type="checkbox"/> Aplicando calor, pensando en el bebé, entre otros. <input type="checkbox"/> Encontrando los conductos lácteos. <input type="checkbox"/> Comprimiendo el pecho sobre los conductos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E6	Si está amamantando o tiene las intenciones de hacerlo, según el personal de la salud ¿Con qué frecuencia debería de amamantar o extraerse la leche para mantener su producción? _____ Punto clave: 8 veces o más en 24 horas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E7	Si no planea amamantar, ¿Ha hablado el personal de la salud con usted sobre los riesgos y beneficios de las distintas opciones alimenticias? No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
E8	¿Ha tenido la oportunidad de tener a su bebé piel a piel y/o en cuidado canguro? Si la respuesta es "No", ¿Fue por una razón justificada? [Investigue con la madre y si es necesario con el personal de la salud, las razones para que no haya el contacto piel a piel y si son justificadas]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (E4-E9): La madre tuvo oportunidad para tener a su bebé en contacto piel a piel o hubo una razón justificada para no hacerlo y el personal de la salud, le ofreció consejería en lactancia materna.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



N. Zerpa T.

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			

Servicio donde labora: _____ Profesión/Ocupación: _____
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: _____

Preguntas acerca de política y de su capacitación

P1 ¿Recibió algún tipo de orientación sobre la política de la lactancia materna y la alimentación infantil, su función en su implementación, cuando comenzó a trabajar aquí (o cuando la nueva política fue introducida)? Sí No

P2 ¿Alguna vez ha recibido cursos o capacitaciones en la lactancia materna y buenas prácticas de atención del bebé mientras estuvo trabajando en el establecimiento? Sí No

P3 ¿Cuántas horas de capacitación fueron en total, incluye horas de teoría y práctica?
 [Marque "Sí" si la capacitación fue más de 20 horas] Sí No

Resumen (P1-P3): Recibió por lo menos 20 horas de capacitación o si trabajó por menos de 6 meses recibió orientación en las políticas. Sí No

Preguntas acerca de la lactancia materna

P4 Podría mencionar buenas prácticas de atención en la sala de parto o puerperio que puedan ayudar a las madres para tener una lactancia materna exitosa? **Puntos claves (2 necesarios)**

- Contacto precoz piel a piel.
- Alojamiento conjunto.
- Inicio de la lactancia en la primera hora.
- Pinzamiento oportuno del cordón.
- Alimentación a demanda.
- Dar consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas y antes del alta.
- No biberones, ni chupones ni distractores.
- Ayudando a las madres en la posición y buen agarre del bebé.
- No fórmulas.
- Dar información de dónde y cuándo buscar ayuda relacionada a la alimentación de su bebé.

¿Algo más?: _____

P5 ¿Por qué es importante evitar la utilización de fórmulas y otros alimentos en bebés menores de los 6 meses que están amamantando, a menos que sea por una indicación médica? **Puntos claves (2 necesarios)**

- La leche materna es el mejor alimento para el niño.
- Desciende la motivación de amamantar.
- Ocasiona gastos innecesarios.
- Reduce la confianza de la madre en la lactancia.
- Genera alergias.
- Incrementa las posibilidades de infección.
- Disminuye la producción de leche.

¿Alguna más?: _____

¿Cuál es la mayor causa de la irritación de los pezones? **Punto clave (1 necesario)**

Mal agarre del pezón. Otra respuesta: _____

¿Cuál es la principal causa para una insuficiente producción de leche materna? **Punto clave (1 necesario)**

- No hay lactancia eficaz (extracción de leche ineficiente).
- No se alimenta a demanda o cuando el bebé lo solicita.
- No hay un agarre del pezón correcto del bebé para estimular la producción de leche.

¿Algo más?: _____



P7	<p>¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input type="checkbox"/> Calma a la madre o al bebé. <input type="checkbox"/> Crea un vínculo afectivo. <input type="checkbox"/> Buen comienzo para la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca y la respiración. ¿Algo más? _____</p>										
<p>Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>											
<p>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</p>											
P8	<p>¿Podría decirme las prácticas o pasos que el "establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño" debe brindar a la madre para una lactancia materna exitosa? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p>Las prácticas incluyen:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel.</td> <td><input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia.</td> <td><input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda.</td> <td><input type="checkbox"/> No usar chupones.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva.</td> <td><input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo.</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna</td> </tr> </table> <p>¿Algo más?: _____</p>	<input type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel.	<input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia.	<input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia.	<input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto.	<input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda.	<input type="checkbox"/> No usar chupones.	<input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva.	<input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo.	<input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna	
<input type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel.	<input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia.										
<input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia.	<input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto.										
<input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda.	<input type="checkbox"/> No usar chupones.										
<input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva.	<input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo.										
<input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna											
P9	<p>¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Asegura una buena producción de leche. <input type="checkbox"/> Evita la congestión mamaria. <input type="checkbox"/> Ayuda a asegurar la satisfacción del niño. <input type="checkbox"/> Reduce el llanto y la tentación de utilizar sucedáneos de la leche materna.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>										
P10	<p>¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <input type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>										
P11	<p>¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input type="checkbox"/> Madre aprende cómo reconocer los signos de interés del bebé para amamantar <input type="checkbox"/> La madre aprende cómo manejar y mantener cómodo al bebé. <input type="checkbox"/> Permite la alimentación a demanda. <input type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocer a su madre. <input type="checkbox"/> El bebé duerme mejor. <input type="checkbox"/> El bebé se expone a menos infecciones. ¿Algo más?: _____</p>										
P12	<p>¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input type="checkbox"/> Alivia la congestión mamaria. <input type="checkbox"/> Ayuda con los bloqueos de conductos. <input type="checkbox"/> Es lo mejor para extraer el calostro. <input type="checkbox"/> La madre podría necesitar la extracción de leche para mantener la producción de leche si ella y el bebé son separados. ¿Algo más?: _____</p>										
<p>Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>											
<p>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</p>											
P13	<p>¿Qué debería ser discutido con una mujer embarazada si ella indica que está considerando la opción de darle a su bebé algo distinto a la leche materna? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> La importancia/los beneficios la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Si se considera una alimentación artificial, determinar si es accesible, factible, asequible, sostenible y seguro. <input type="checkbox"/> Si ella decide no amamantar, cómo preparar los alimentos de manera segura en su propia situación. <input type="checkbox"/> Cómo preparar el alimento con fórmula u otro sucedáneo de la leche materna.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>										



P14	<p>¿Si un colega le pregunta por qué es importante no darle a la madre muestras gratuitas de fórmula de laboratorios comerciales, qué argumentos podría darle? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa. <input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?: _____</p>
P15	<p>¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i></p>
P16	<p>¿Puede mostrarme y describirme cómo enseñaría a una madre a colocar su bebé al pecho para amamantarlo? <i>[Es mejor, por ser lo más real posible, preguntar a un miembro del personal de la salud si puede enseñar a una madre con su bebé en la sala, con su consentimiento. De manera alternativa, el personal de la salud pueden enseñar a los evaluadores, como si fuera a una madre, usando una muñeca]</i></p> <p>Puntos claves: POSICIÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN:</p> <p><input type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves</p>
P17	<p>Si no se enseña a colocar y hacer el agarre del pezón, ¿A quién deriva a la madre durante su turno, si necesita ayuda con esto? <input type="checkbox"/> Sí deriva <input type="checkbox"/> No deriva</p>
<p>Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna</p>	
P18	<p>¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i></p>
P19	<p>¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i></p> <p><input type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
P20	<p>Si no enseña la extracción de la leche, ¿A quién deriva a la madre durante su turno para ayuda con la extracción de la leche? <input type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.</p>
<p>Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	



Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria? Puntos claves (3 necesarios) <input type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño. <input type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa". <input type="checkbox"/> Importancia de la higiene. ¿Algo más?: _____
Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan	
P22	¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Si", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P23	¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura? Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente. <input type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación. <input type="checkbox"/> Importancia de la higiene. <input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza. ¿Algo más?: _____ ¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? _____
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	¿Qué prácticas y procedimientos de trabajo de parto y post-parto aseguran que la lactancia tenga un buen inicio? <i>[No lea la lista y sólo marque los ítems mencionados]</i> Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado. <input type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible. <input type="checkbox"/> Alentar a la mujer a moverse durante el trabajo de parto y considerar sus deseos en lo que involucra la elección de posición para dar a luz. <input type="checkbox"/> Mantener procedimientos invasivos (como la inducción de trabajo de parto, ruptura de membrana, episiotomía, partos instrumentados, cesáreas, entre otros) a un mínimo. <input type="checkbox"/> Alentar a la madre a tener un contacto continuo de piel a piel con su bebé por lo menos la primera hora después de haber dado a luz mientras se la ayuda a reconocer los signos que indican que el bebé está listo para ser alimentado y ofrecerle ayuda. <input type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido. ¿Algo más?: _____
Resumen (P22-P24): Se reporta que el personal de la salud enseña a las madres que no están amamantando cómo preparar sus alimentos y describe adecuadamente qué es lo que discute. Si no enseña, describe a quien deriva a las madres durante su turno. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	FECHA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
EQUIPO EVALUADOR	

Servicio donde labora: _____ Profesión/Ocupación: _____
 Tiempo que trabaja en un servicio materno- infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: _____

A. Capacitación en lactancia materna

Pa.1	¿Recibió algún tipo de orientación o capacitación sobre la promoción y apoyo a la lactancia materna desde que comenzó a trabajar aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si se necesita, haga preguntas de control para ver si la política de lactancia y el papel del personal de la salud en la promoción y apoyo a la lactancia han sido discutidos]</i>
Pa.2	¿Puede decirme algunas razones por las cuales la lactancia materna es importante para el bebé o la madre? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Beneficios de salud para el bebé (específico). <input type="checkbox"/> Lazos afectivos. <input type="checkbox"/> Beneficios de salud para la madre (específico). <input type="checkbox"/> Buena nutrición. ¿Algo más?:
Pa.3	¿Puede mencionar algunas prácticas posibles que apoyen la lactancia materna en los servicios de la maternidad? Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Inicio temprano de la lactancia. <input type="checkbox"/> Enseñar a la madre a amamantar. <input type="checkbox"/> Alimentación a demanda o indicada por el niño. <input type="checkbox"/> Alentando la lactancia exclusiva. <input type="checkbox"/> No utilizar biberones o chupones de distracción. <input type="checkbox"/> No recibir donaciones de fórmulas. <input type="checkbox"/> Otros puntos relacionados a los 10 pasos. <input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. ¿Algo más?:
Pa.4	Qué tipo de cosas se pueden hacer para proveer apoyo a la mujer para que pueda alimentar bien a sus bebés? <i>[Variará, dependiendo del tipo de establecimiento de salud y la función que cumple]</i> Punto clave (1 necesario) Describa:
RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA
NIÑA Y EL NIÑO

ANEXO 7

FORMATO DE LA FASE FINAL DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

- ANEXO 7 A GUÍA DE EVALUACIÓN PARA PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO.
- ANEXO 7B MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ENTREVISTAS.
- ANEXO 7C ACTA FINAL DE CALIFICACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN COMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO



**ANEXO 7A: GUÍA DE EVALUACIÓN PARA PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
 AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO**

CRITERIO 1: LOS 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA					
CRITERIO 1 - PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	N.A.
1.1 La micro-red o el establecimiento de salud tiene política o documento normativo escrito sobre lactancia / alimentación infantil que incluya los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, el cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil y de Lactario Institucional.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Muestra documento escrito que formaliza la política (Resolución Jefatural, Resolución Directoral, Memorándum, entre otros).	SÍ: Existe documento que formaliza la política. NO: No existe documento que formalice la política.			
1.2 La política o documento normativo especifica la prohibición de la publicidad de los sucedáneos de leche materna (fórmulas), alimentación con biberón, chupones y tetinas.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA El documento contiene artículos que especifican la prohibición de publicidad. Resúmenes visuales y/o impresos de la política o documento normativo contienen artículos que especifican la prohibición de publicidad.	SÍ: Documento y los resúmenes de política especifican la prohibición. NO: Documentos y los resúmenes de política no especifican la prohibición de publicidad.			
1.3 La política o documento normativo prohíbe la donación y distribución de regalos, muestras comerciales y suministros o material de propaganda de estos productos al personal de la salud, mujeres embarazadas y madres que amamantan.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA La política o documento normativo contiene artículos que prohíben su donación y distribución. Resúmenes visuales y/o impresos de la política o documento normativo contienen artículos que prohíben la donación y distribución.	SÍ: Documentos y los resúmenes de política especifican la prohibición de la donación y distribución. NO: Documentos y los resúmenes de política no especifican la prohibición de la donación y distribución.			
1.4 La política o documento normativo está disponible y visible para que todo el personal de la salud que atiende a madres y sus bebés puedan revisarla, socializarla y aplicarla.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA La política o documento normativo se encuentra disponible y visible en los servicios materno-infantiles.	SÍ: Existe documento disponible y visible en los servicios materno-infantiles. NO: Documento no está disponible ni visible en los servicios materno-infantiles.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	N.A.
1.5 Existe algún resumen de la norma de lactancia/alimentación infantil, incluyendo temas relacionados con los 10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, el Reglamento de Alimentación Infantil y el Lactario Institucional, visible en todas las áreas del establecimiento que puede ayudar al personal de la salud, a las madres, lactantes y /o niños.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Resumen de la política visual o impresa se muestra especialmente en los servicios materno-infantiles (afiches, murales, video, banners, entre otros).	SÍ: Dispone de material visual o impreso en las áreas antes mencionadas. NO: Cuando no se expone el material visual o impreso que resume la política.			
1.6 Está el resumen de esta política expuesto en lenguaje (s) y escrito con palabras comúnmente comprendidos por las madres y el personal de la salud.	ENTREVISTA (B30-32 RESUMEN DEL ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA) Personal de la salud y madres entrevistadas, muestran que comprenden los mensajes claves contenidos en el material, visual o impresa que resume la política.	SÍ: El personal de la salud y las madres han comprendido los mensajes claves. NO: El personal y las madres refieren no comprender los mensajes claves.			
1.7 Existe un mecanismo para evaluar la efectividad de esta política.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Documentos y/o informes que evidencian reuniones de socialización y evaluación de la política con el personal de la salud; y, reuniones educativas con las madres.	SÍ: El personal de la salud participó en reuniones de socialización y evaluación de la política y las madres participaron en reuniones educativas. NO: El personal de la salud no ha participado en reuniones de socialización y evaluación de política y las madres no han participado en reuniones educativas.			
1.8 Todas las políticas o guías de prácticas clínicas relacionados con la lactancia materna / alimentación infantil están de acuerdo con los documentos normativos vigentes (10 Pasos, el Reglamento de Alimentación y Lactario Institucional) y basados en la evidencia.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Los artículos contenidos en el documento de política institucional están basados en los documentos normativos vigentes y basados en la evidencia, según corresponda.	SÍ: El documento de política institucional cumple con lo solicitado. NO: Hay uno o más artículos en el documento de política institucional que no son coherentes ni están alineados a lo solicitado.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLITICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	N.A.
1.9 Existe un Comité de Lactancia Materna conformado y en funcionamiento.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Resolución directoral o su equivalente de la formación de un Comité de Lactancia Materna. Actas de reuniones mensuales del comité de lactancia materna.	SÍ: Existe un Comité de Lactancia Materna en el establecimiento de salud con actas de reuniones. NO: No existe un Comité de Lactancia Materna, ni acta de reuniones.			
1.10 El establecimiento de salud tiene un programa de educación en salud dirigido al personal de la salud de los servicios materno-infantiles, las y los usuarios y sus familias, que incorpora contenidos de promoción y protección de lactancia materna; que se vincula con la comunidad y su gobierno local y/o regional, de acuerdo al cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Se evidencia en el POI y POA el programa de educación en salud dirigido al personal de la salud de los servicios materno-infantiles, las y los usuarios y sus familias, que incorpora contenidos de promoción y protección de lactancia materna. Existe acta de reuniones con la comunidad y su gobierno local y/o regional de acuerdo al Reglamento de Alimentación Infantil.	SÍ: Existe programas de educación en salud dirigido al personal de la salud de los servicios materno-infantiles, a las y los usuarios y sus familias insertados en el POI y POA. NO: No existe programas/planes de capacitación y Si existen no se realizan según programa.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 2: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	NA
2.1 Todo personal de la salud entrevistado que atiende a mujeres embarazadas, madres y niños menores de 24 meses, informan estar conscientes y sensibilizados de la importancia de la lactancia materna y al tanto de la política y servicios del establecimiento de salud para promover y proteger la lactancia materna.	ENTREVISTA (P4-P7 RESUMEN DEL ANEXO 6F) Personal de la salud de servicios materno-infantiles (profesional y no profesional), entrevistados, expresan la importancia, valor y beneficios; y evidencian que conocen la política y las actividades institucionales para promover y proteger la lactancia materna.	SI: El personal de la salud expresa la importancia, valor y beneficios de la lactancia materna y conoce la política y las actividades para promoverla y protegerla. NO: Desconoce la importancia, valor y beneficios de la lactancia materna; y desconoce la política y las actividades para promoverla y protegerla.			
2.2 La capacitación incluye los 10 Pasos para una lactancia materna exitosa, el Reglamento de Alimentación Infantil, la implementación y el funcionamiento de Lactarios Institucionales.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existen planes, programas, informes y otros, que incluyan los contenidos establecidos en las normas vigentes.	SI: Existen planes, programas, informes y otros que incluya los contenidos establecidos en las normas vigentes. NO: No existen planes, programas, informes y otros que no incluyan sus contenidos establecidos en las normas vigentes.			
2.3 El personal administrativo es capaz de contestar preguntas simples acerca de la lactancia materna y cómo proporcionar apoyo a madres en la alimentación de sus bebés.	ENTREVISTA (Pa.1-Pa.4 RESUMEN DEL ANEXO 6G) Personal administrativo al ser entrevistados responden correctamente preguntas simples acerca de la lactancia materna y sabe cómo apoyar a las madres en el tema de la alimentación de su bebé.	SI: Personal administrativo responde correctamente sobre lactancia materna y sabe cómo apoyar a las madres. NO: El personal administrativo no responde correctamente sobre lactancia materna y no sabe cómo apoyar a las madres.			
2.4 Existe un programa de inducción para personal de la salud nuevo relacionado a la política de lactancia/alimentación infantil.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (P1-P3 PRIMER RESUMEN ANEXO 6F) Existe un programa de inducción para personal de la salud nuevo en los servicios materno-infantiles. El personal de la salud nuevo en el servicio materno-infantil entrevistado, muestra que conoce la política y actividades de promoción y protección de la lactancia materna.	SI: Existe un programa de inducción y el personal de la salud nuevo conoce la política y actividades. NO: No existe un programa de inducción y el personal de la salud nuevo desconoce la política y sus actividades para implementarla.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSAJDGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 2: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	N.A.
2.5 El establecimiento de salud tiene un programa de capacitación permanente para la promoción y protección de la lactancia materna, una vez al año, con un mínimo de 20 horas presenciales y con 3 horas de práctica clínica, dirigido a todo el personal de la salud que trabaja con la madre y el niño.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe programas/ planes de capacitación inserto en el POI y POA, y se desarrolla una vez al año, con 20 horas presenciales y con 3 horas de práctica clínica, dirigido a todo el personal de la salud del establecimiento de salud que trabaja con la madre y el niño (documentos, informes, otros).	SÍ: Existe programas/planes de capacitación, se realizan una vez al año, con 20 horas presenciales y 3 horas de práctica clínica y está insertado en el POI y POA. NO: No existe programas/planes de capacitación al personal de servicios materno infantiles y si existen no se realizan según programa/plan.			
2.6 Se cuenta con personal de la salud competente en consejería en lactancia materna para apoyar a las madres adecuadamente.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Hay al menos un facilitador certificado en consejería en lactancia materna y/o consejero certificado en lactancia materna.	SÍ: Cuenta con un facilitador o consejero certificados en lactancia materna. NO: No cuenta con facilitador o consejero en lactancia materna.			
2.7 El establecimiento de salud propicia la actualización periódica de capacidades de sus facilitadores y/o consejeros (as).	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe documento escrito (resolución, memo, oficio) y está inserto en el POI y POA, que apoya la actualización de sus facilitadores y/o consejeros.	SÍ: Existe documento escrito con las características solicitadas. NO: No existe documento escrito.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 3: ENTREGA DE INFORMACIÓN A GESTANTES					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
3.1 El establecimiento de salud tiene al menos un servicio de atención prenatal donde ofrece la consejería de lactancia materna.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe en la atención prenatal registro de consejería de Lactancia Materna (historia clínica, HIS, cuaderno, formato u otros).	SÍ: Existe el registro. NO: No existe el registro. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.			
3.2 En el consultorio de control prenatal, se da consejería a las gestantes y a su familia acerca de la importancia de la lactancia, de los riesgos de no amamantar, de dar sucedáneos, biberones, chupones, suplementos alimenticios y materiales para la alimentación artificial. Asimismo, conocen la importancia de dar de lactar durante la primera hora de vida de su recién nacido, del contacto piel a piel, alojamiento conjunto y la lactancia materna a libre demanda.	ENTREVISTA (A3-A6 RESUMEN ANEXO 6A) Gestantes entrevistadas conocen la importancia de todo lo mencionado anteriormente.	SÍ: Conocen la importancia y los riesgos de no amamantar y reciben ayuda. NO: Desconocen y no reciben ayuda. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.			
3.3 Los registros prenatales incluyendo la historia clínica indican si dan consejería en lactancia materna a las gestantes.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Está registrada la consejería en lactancia materna en la historia clínica u otro documento de atención prenatal.	SÍ: Esta registrado en historia clínica u otro documento. NO: No se encuentran registros prenatales. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.			
3.4 La educación prenatal, tanto la que se da en forma oral como escrita, comprende los temas claves de la importancia y manejo de la lactancia materna de acuerdo a los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, el Reglamento de Alimentación Infantil y el Lactario Institucional.	ENTREVISTA (P13-P17 CUARTO RESUMEN DEL ANEXO 6F) Personal de la salud entrevistado que atiende gestantes demuestra en forma oral y escrita el material con contenidos claves sobre la lactancia materna.	SÍ: Demuestra conocer los temas claves de Lactancia Materna en forma oral y escrita. NO: No conocen. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 3: ENTREGA DE INFORMACION A GESTANTES					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
3.5 Están las gestantes protegidas, de la información y publicidad oral, escrita de los sucedáneos, biberones, chupones para la alimentación, suplementos alimenticios materiales y equipos para la atención y alimentación artificial.	OBSERVACIÓN En los consultorios de atención prenatal no hay publicidad, propagandistas de sucedáneos, material y equipos para la alimentación artificial	SI: No hay publicidad ni propagandistas de los sucedáneos. NO: Se encuentra publicidad, ingresan los propagandistas.			
3.6 La gestante sabe que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto y el parto; y, conoce la importancia de su ayuda.	ENTREVISTA (A1-A2 PRIMER RESUMEN ANEXO 6A) Gestantes entrevistadas conocen que puede tener un acompañante y sabe la importancia de su ayuda.	SI: La gestante conoce. NO: La gestante desconoce.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 4: REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
4.1 Está disponible la historia clínica prenatal de la madre en el momento del parto.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA Verificar si está disponible la historia clínica prenatal en el momento del parto, de ser posible. Personal de la salud entrevistado muestra la historia clínica prenatal en el momento del parto.	SÍ: En el momento del parto se dispone de la historia clínica prenatal. NO: En el momento del parto no se dispone de la historia clínica prenatal. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			
4.2 En el establecimiento de salud se toma en cuenta el consentimiento informado de la intención de las mujeres a amamantar cuando deciden el uso de un sedante, un analgésico o un anestésico, (si se usa alguno) durante el trabajo de parto y el parto.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA Hay al menos un registro del consentimiento informado de amamantar.	SÍ: Existe el registro. NO: No hay registro. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			
4.3 El médico cirujano, enfermera, obstetra, conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	ENTREVISTA (P8-P12) Personal de la salud entrevistado muestra que conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	SÍ: Cuando describe los medicamentos más importantes. NO: Desconoce.			
4.4 Los bebés que nacen por parto vaginal y por cesárea sin anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento y son sus madres animadas a continuar este contacto por lo menos durante la primera hora.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B1-B3) Los bebés que han nacido por parto vaginal y parto cesárea sin anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres durante la primera hora.	SÍ: En la entrevista/observación/registro se cumple. NO: No se cumple. NA: Sí el establecimiento de salud no cuenta con puerperio inmediato o sala de alojamiento conjunto.			
4.5 Los bebés que han nacido por cesárea con anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres tan pronto como ellas son capaces de responder y estar alertas y se continua con el contacto piel a piel.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B4-B5) y (B6-B8) Puerperas entrevistadas de bebés que han nacido por parto cesárea con anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres	SÍ: Madres con parto cesárea con anestesia general tiene contacto precoz piel a piel con su bebe tan pronto son capaces de responder y estar alertas. NO: No se realiza. NA: El establecimiento de salud no realiza cesáreas			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 4: REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL						
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN			
			SI	NO	N.A.	
4.6 Se ayuda a las madres a reconocer los signos de que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda, si la necesitan.	ENTREVISTA (B9-B11) Puérperas entrevistadas reconocen los signos de que sus bebés están listos para amamantar y refieren recibir ayuda del personal si la necesitan.	SI: Puérperas entrevistadas reconocen los signos de sus bebés cuando están listos para amamantar y reciben ayuda del personal de la salud. NO: Desconocen los Signos y refieren no recibir ayuda del personal de la salud si la necesitaran. NA: Establecimiento de salud no brinda servicio de atención del parto.				
4.7 Se facilita a las madres con bebés en unidades de cuidados neonatales al contacto precoz piel a piel y al cuidado canguro lo más pronto posible.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (E4-E9) Madres entrevistadas de niños de unidades de cuidados neonatales realizaron contacto precoz piel a piel y cuidado canguro lo más pronto posible.	SI: Se le facilita a la madre. NO: No se le facilita a la madre. NA: El establecimiento de salud no cuenta con unidad de cuidados neonatales.				
4.8 Se permite el acceso al padre o acompañante para apoyar a la mamá a dar de lactar.	ENTREVISTA (A1-A2 PRIMER RESUMEN ANEXO 6A) Puérperas entrevistadas refieren que se permite el acceso al padre u otra persona para acompañar y apoyarla a dar de lactar.	SI: Si se permite el acceso. NO: No se permite el acceso al padre u otra persona. NA: Establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.				
4.9 Existe en sala de atención en maternidad y centro obstétrico el flujograma de atención al recién nacido donde se especifica el contacto precoz piel a piel, el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la presencia del padre o acompañante en el periodo del trabajo de parto, parto y puerperio.	OBSERVACIÓN En el flujograma de atención del recién nacido donde está especificado poner al pecho al bebé para la lactancia materna, el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la presencia del padre o acompañante en el periodo de trabajo de parto, parto y puerperio.	SI: Esta especificado en el flujograma de atención del recién nacido. NO: No está especificado en el flujograma de atención del recién nacido. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio de atención del parto.				



N. Zeipa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 5: MOSTRAR A LAS MADRES COMO AMAMANTAR Y COMO MANTENER LA LACTANCIA AUN SI ELLAS DEBEN SEPARARSE DE SUS BEBÉS.					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N. A.
5.1 El personal de la salud ofrece ayuda con la lactancia materna a todas las madres que amamantan, para que alimenten a sus bebés dentro de las 6 horas después del parto.	ENTREVISTA (B9-B11) Madres entrevistadas refieren que el personal de la salud las ayuda con la lactancia materna de sus bebés la siguiente vez que los amamantan o dentro de las 6 horas del parto.	SÍ: Madres refieren que el personal de la salud las ayuda con la lactancia materna de sus bebés. NO: El personal de la salud no las ayuda. NA: El establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico y sala de alojamiento conjunto.			
5.2 El personal de la salud clínico describe la información y demuestra las habilidades y técnicas que proporciona a las madres que amamantan y a las que no lo hacen, para ayudarlas a una lactancia exitosa de sus bebés.	ENTREVISTA (P8-P12 y P13-P17) Personal de la salud entrevistado describe la información y demuestra las habilidades y técnicas que proporciona a las madres que amamantan y a las que no lo hacen, para ayudarlas a la lactancia exitosa de sus bebés.	SÍ: El personal de la salud entrevistado describe la información y demuestra las habilidades y técnicas. NO: No describe la información ni demuestra las habilidades y técnicas. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico y sala de alojamiento conjunto.			
5.3 El personal de la salud clínico capacitado o consejero en lactancia materna está disponible a tiempo completo para ayudar a las madres durante su estadía en los establecimientos de salud y para su preparación para el alta.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Revisar registro de codificación HIS; y, en la oficina de RRHH del establecimiento de salud, revisar el registro del personal de la salud capacitado en lactancia materna.	SÍ: Existe registro de personal de la salud capacitado y disponible a tiempo completo. NO: Personal de la salud o consejeros especializados comparten otras funciones y responsabilidades que afectan la dedicación o tiempo completo a las madres. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantiles.			
5.4 Las madres que amamantan pueden demostrar cuál es la posición y agarre correcto de sus bebés al pecho para que amamanten y reciben información y demostración de cómo extraer manualmente su leche, como almacenarla y como dársela, además se les dice dónde pueden conseguir ayuda si la necesitan.	OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B15-B22) Las madres que amamantan demuestran cuál es la posición y agarre correcto al pecho de sus bebés para que amamanten y reciben información y demostración de cómo extraer manualmente su leche, además se les dice dónde pueden conseguir ayuda si la necesitan.	SÍ: Madres que amamantan demuestran cuál es la posición y agarre correcto al pecho de sus bebés para que amamanten y reciben información y demostración de cómo extraer manualmente su leche, además se les dice dónde pueden conseguir ayuda si la necesitan. NO: Madres desconocen y no demuestran. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantiles.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 PASO 5: MOSTRAR A LAS MADRES COMO AMAMANTAR Y COMO MANTENER LA LACTANCIA AÚN SI ELLAS DEBEN SEPARARSE DE SUS BEBÉS.					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
5.5 Las madres que nunca han amamantado o que han tenido problemas con la lactancia materna, reciben atención especial y apoyo del personal de la salud del establecimiento de salud, tanto en el periodo prenatal como en el puerperio.	ENTREVISTA (A3-A6, B23-B24 y B25-B27) Gestantes y/o púerperas que nunca han amamantado o han tenido problemas previos refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.	SÍ: Gestantes y/o púerperas refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud. NO: Refieren que no reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.			
5.6 Se ayuda, dentro de las 6 horas del nacimiento, a las madres con bebés en cuidados especiales que planean amamantar, a establecer y mantener la lactancia mediante extracción frecuente de leche y se les enseña cómo hacerlo.	ENTREVISTA (E1-E3 y E4-E9) Madres de niños con cuidados especiales entrevistadas refieren que el personal de la salud les ayuda dentro de las 6 horas del nacimiento a establecer y mantener la lactancia mediante la extracción manual y frecuente de leche materna y les enseña cómo hacerlo.	SÍ: Madres refieren que el personal de la salud les ayuda dentro de las 6 horas del nacimiento a establecer y mantener la lactancia mediante la extracción frecuente de leche. NO: Refieren que el personal de la salud no les ayuda. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de atención del parto.			
5.7 El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistados maneja y aplica los puntos claves de habilidades de comunicación y buen trato: escucha, contacto físico apropiado, hace empatía y refuerza su confianza elogiando a la madre.	OBSERVACIÓN El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistado demuestra conocer y aplicar los puntos claves de comunicación y buen trato al atender a la gestante y a la madre.	SÍ: El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistado muestra conocer y aplica los puntos claves. NO: Desconoce y no aplica.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 6: NO DAR A LOS RECIÉN NACIDOS ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE NO SEAN LECHE MATERNA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
6.1 Los datos del establecimiento de salud indican que al menos 75% de los bebés a término dados de alta en el último año ha sido amamantado exclusivamente (o alimentado exclusivamente con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe registro de que al menos 75% de los bebés a término dados de alta en el último año ha sido amamantado exclusivamente (o alimentado exclusivamente con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.	SÍ: Existe registro. NO: No existe registro. NA: No registra este indicador o el establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.			
6.2 Los bebés amamantados no reciben ningún alimento o bebida diferente a la leche materna, a menos que haya razones médicamente aceptables o decisión totalmente informada y comprobada.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe registro en las historias clínicas de bebés que hubo razones médicas aceptables o decisión totalmente informada y comprobada para prescribir fórmulas.	SÍ: Existe prescripción médica respectiva. NO: No se encuentra prescripción médica. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.			
6.3 El establecimiento de salud cumple con no exhibir o distribuir materiales informativos o de publicidad de los sucedáneos de la leche materna, alimentación a horario y otras prácticas inapropiadas.	OBSERVACIÓN Se observa que en los establecimientos de salud no se exhibe ni distribuye equipos, materiales informativos o de publicidad de sucedáneos de la leche materna, alimentación a horario y otras prácticas inapropiadas a las madres y familiares.	SÍ: El establecimiento de salud no exhibe información de sucedáneos y otras prácticas inapropiadas a las madres y familiares. NO: El establecimiento de salud si exhibe información de sucedáneos y otras prácticas inapropiadas a las madres y familiares.			
6.4 Las madres de niños de casos especiales informan que el personal de la salud les informó sobre alternativas de alimentación en su caso.	ENTREVISTA (E4-E9) Las madres de niños de casos especiales entrevistadas refieren que el personal médico les dio información sobre alternativas de alimentación en su caso.	SÍ: madres entrevistadas refieren haber sido informadas por el personal médico. NO: La madres refieren no haber sido informadas. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantil.			
6.5 El establecimiento de salud cuentan con espacio adecuado y privado; y el equipo y los materiales necesarios para realizar demostraciones de cómo preparar la fórmula y otras opciones de alimentación lejos de las madres que amamantan.	OBSERVACIÓN Se confirma que el establecimiento de salud cuenta con espacios que impiden que las madres que amamantan puedan participar de demostraciones directa o indirectamente de preparación de fórmulas.	SÍ: Existe ambiente. NO: No existe ambiente. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantil.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 - MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 7: ALOJAMIENTO CONJUNTO DURANTE LA ESTANCIA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
7.1 La madre y el bebé se quedan juntos y/o empiezan el alojamiento conjunto inmediatamente después del nacimiento.	OBSERVACIÓN Existe alojamiento conjunto que empieza inmediatamente después del nacimiento hasta el alta.	SÍ: Existe alojamiento conjunto que empieza inmediatamente después del nacimiento hasta el alta. NO: No existe alojamiento conjunto. NA: El establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni sala de alojamiento conjunto.			
7.2 Las madres que han tenido cesárea u otros procedimientos con anestesia general se quedan junto a sus bebés y/o empiezan el alojamiento conjunto tan pronto son capaces de responder a las necesidades de sus bebés.	OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B4-B5) Madres entrevistada que han tenido cesárea u otros procedimientos con anestesia general refieren que les entregaron a sus bebés tan pronto son capaces de responder a las necesidades de lactancia de su bebé.	SÍ: Se observa bebé junto a la madre y ella refiere que le entregaron a su bebé de inmediato y permanecen con él. NO: No se implementa el alojamiento conjunto con las madres cesareadas. NA: Si el establecimiento de salud no realiza cesáreas.			
7.3 Las madres y los recién nacidos se quedan juntos (alojamiento conjunto o co-lecho 24 horas al día) a menos que la separación sea completamente justificada con evidencia y registrada en la historia clínica.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B28-B29) Madres entrevistadas refieren que su bebé permanece junto a ellas durante las 24 horas. De no ser posible el alojamiento conjunto la causa está registrada en la historia clínica.	SÍ: Permanece junto a ellas durante las 24 horas, de no permanecer con la madre se cuenta con registro en la historia clínica. NO: No se implementa el alojamiento conjunto ni está justificado. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 8: LACTANCIA MATERNA A DEMANDA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
8.1 El personal de la salud enseña a las madres cómo reconocer los signos de interés cuando sus bebés están listos para amamantar.	ENTREVISTA (B9-B11, B15-B22 y P15-P22) Madres entrevistadas y personal de la salud describen los signos de interés para amamantar.	SI: Madres y personal de la salud describen los signos de interés para amamantar. NO: Madres y personal de la salud no describen los signos. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			
8.2 Se anima a las madres a amamantar a sus bebés tan frecuentemente y tanto tiempo como los bebés quieran.	ENTREVISTA (B15 – B22 y E4 – E9) Madres entrevistadas refieren que el personal de la salud les indica que amamanten frecuentemente y a demanda del bebé.	SI: Madres refieren que el personal de la salud les indica que amamanten frecuentemente y a demanda del bebé. NO: Personal de la salud no les indica que amamanten frecuentemente y a demanda del bebé. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			
8.3 Se aconseja a las madres que amamantan que si sus bebés duermen demasiado tiempo, deben despertarlos y tratar de amamantarlos y si sus pechos se llenan mucho y/o congestionan deben también tratar de amamantar.	ENTREVISTA (B15 – B22) Madres entrevistadas refieren que el personal de la salud les informa que si sus bebés duermen demasiado tiempo deben despertarlos y tratar de amamantarlos y si sus pechos se llenan mucho y/o congestionan deben también de amamantar.	SI: Madres refieren que el personal de la salud les indica que si sus bebés duermen demasiado tiempo deben despertarlos y si sus pechos se llenan mucho y/o congestionan deben también tratar de amamantar. NO: Madres desconocen este consejo. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.			



M. Zepa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 9: NO DAR CHUPONES NI BIBERONES A LOS RECIÉN NACIDOS					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
9.1 Los bebés son atendidos sin recibir tomas con biberones.	OBSERVACIÓN Y ENTREVISTAS (B15 – B22) Se observa que en los servicios no se alimenta con biberones a los bebés. Las madres entrevistadas refieren que sus bebés no son alimentados con biberón	SÍ: No se encuentran biberones, ni las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones. NO: Hay biberones en el servicio y las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico y atención en maternidad (alojamiento conjunto).			
9.2 Madres informadas acerca de los riesgos de administrar leche y otros líquidos con biberones, chupones y tetinas.	ENTREVISTA (A3-A6, B23-B24, C1-C2 y E4-E9) Madres entrevistadas conocen los riesgos de administrar sucedáneos de la leche materna (incluye biberones, tetinas y chupones).	SÍ: Madres conocen los riesgos. NO: Madres no conocen los riesgos. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni atención en maternidad (alojamiento conjunto).			
9.3 Se atiende a los bebés sin usar chupones de distracción.	OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B15 – B22) En los servicios maternos infantiles los bebés no usan chupones de distracción. Las madres entrevistadas refieren que sus bebés no usan chupones de distracción.	SÍ: No se encuentran chupones de distracción en los servicios y las madres refieren que sus bebés no los usan. NO: Se encuentran chupones de distracción en los servicios y las madres refieren que el personal de la salud da a sus bebés chupones de distracción. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni atención en maternidad (alojamiento conjunto).			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 10 EL ESTABLECIMIENTO TIENE CONTACTOS CON GRUPOS DE APOYO					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
10.1 Se ha puesto a disposición de las madres antes del alta, algún material impreso informativo, educativo, apropiado y factible, sobre lactancia materna y dónde conseguir apoyo y seguimiento lactancia materna.	ENTREVISTA (B30 - B31 y D6 - D7) Madres entrevistadas de alta refieren conocer donde conseguir apoyo y seguimiento en lactancia materna.	SÍ: Madres de alta refieren conocer donde conseguir apoyo y seguimiento en lactancia materna. NO: Éstas desconocen haber recibido información. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de maternidad (alojamiento conjunto).			
10.2 De acuerdo al establecimiento de salud, se ha generado un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dados de alta y que incluye el control post natal, el consultorio de consejería de lactancia materna, control de crecimiento y desarrollo, espacios comunes para dar de lactar, estrategia de madre acompañante, llamadas por teléfono, entre otros.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (P8 – P12 y Pa.1 – Pa.4) El personal de la salud y administrativo refiere que existe un sistema de apoyo y seguimiento en lactancia para las madres que son dadas de alta. (Registro en el HIS de la consulta de consejería de lactancia, en programa informático, reportes fotográficos, actas e informes).	SÍ: Existe un sistema de apoyo y seguimiento en lactancia para las madres de alta. NO: En el establecimiento de salud no existe un sistema de apoyo y seguimiento. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de maternidad (alojamiento conjunto).			
10.3 El establecimiento de salud permite que los grupos de apoyo entrenados por el personal de la salud presten ayuda en lactancia materna y alimentación infantil.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA El establecimiento de salud demuestra que se permite la ayuda de los grupos de apoyo entrenados por el personal de la salud (voluntarios). (Informes, reportes fotográficos, actas e informes).	SÍ: El establecimiento de salud demuestra que se permite la ayuda de grupos de apoyo entrenados por el personal de la salud. NO: Establecimiento de salud no demuestra que se permite la ayuda por grupos de apoyo. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de maternidad.			
10.4 El establecimiento de salud fomenta la implementación y/o coordina con grupos de apoyo y otros espacios comunitarios que promuevan y protejan la lactancia materna exitosa y la alimentación infantil adecuada.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Hay evidencia que demuestra que el establecimiento de salud fomenta y coordina con grupos de apoyo y otros espacios comunitarios (Informes, reportes fotográficos, actas e informes).	SÍ: Madres refieren que el personal de la salud les da consejería en alimentación complementaria. NO: Madres refieren que el personal de la salud no les da consejería en alimentación complementaria.			
10.5 El personal de la salud está capacitado en los procesos de implementación de grupos y metodología de las sesiones de grupos de apoyo	REVISIÓN DOCUMENTARIA Hay registro de capacitaciones (informes, actas, lista de participantes).	SÍ: El personal de la salud si está capacitado NO: El personal de la salud no está capacitado.			
10.6 El personal de la salud coordina con los centros de promoción y de vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño y con las juntas vecinales comunales para la promoción y protección de la lactancia materna exitosa.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Hay registro en actas o informes que demuestran que el personal de la salud coordina con los centros de promoción y de vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño y con las juntas vecinales comunales para la promoción y protección de la lactancia materna exitosa.	SÍ: Personal de la salud tiene registro de coordinar con los centros de promoción y de vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño. NO: Personal de la salud no coordina. NA: Establecimiento de salud no cuenta con grupos de apoyo implementados y en funcionamiento.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS.					
2.1 NO HAY PUBLICIDAD NI SE DISTRIBUYEN MUESTRAS GRATUITAS DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
1. Atención Prenatal.	OBSERVACIÓN Se encuentra en los consultorios de atención prenatal algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.	SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con el servicio.			
2. Atención CRED.	OBSERVACIÓN Se encuentra en los consultorios de CRED algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.	SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con el servicio.			
3. Consultorio de Pediatría.	OBSERVACIÓN Se encuentra en los consultorios de pediatría algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.	SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con consultorios de pediatría.			
4. Hospitalización Pediatría.	OBSERVACIÓN Se encuentra la administración de fórmulas a los recién nacidos y menores de dos años sin contar con prescripción médica.	SI: No hay evidencias de la administración de fórmulas a los recién nacidos y menores de 2 años sin contar con prescripción médica. NO: Si hay evidencias de la administración de fórmulas a los recién nacidos y menores de dos años sin contar con prescripción médica. NA: Si no cuenta con hospitalización de pediatría.			
5. Hospitalización Neonatología.	OBSERVACIÓN Se encuentra la administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica.	SI: No hay evidencias de la administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica. NO: Si hay evidencias de la administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica. NA: Si no cuenta con servicio de neonatología.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 2 - 2.1 NO HAY PUBLICIDAD NI SE DISTRIBUYEN MUESTRAS GRATUITAS DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
6. Maternidad (alojamiento conjunto).	OBSERVACIÓN Se encuentra en los servicios de maternidad (alojamiento conjunto) algún material de publicidad y administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica.	SI: El establecimiento de salud ofrece alojamiento conjunto y no hay administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica ni se encuentra publicidad a los sucedáneos. NO: El establecimiento de salud no ofrece alojamiento conjunto y/o hay administración de fórmulas, sin contar con prescripción médica y se encuentra publicidad a los sucedáneos. NA: Si no cuenta con servicio de maternidad (alojamiento conjunto).			
7. Nutrición (consultorio de nutrición y servicio de nutrición).	OBSERVACIÓN No hay evidencia suficiente del ofrecimiento y/o preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica.	SI: No hay evidencias de la preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica. NO: Hay evidencias de la preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica. NA: Si no cuenta con consultorio de nutrición.			
8. Farmacia	OBSERVACIÓN Se encuentra en el servicio de farmacia: sucedáneos de la leche materna, biberones y/o tetinas para venta y/o para obsequios a las madres.	SI: No se encuentra en el servicio de farmacia: sucedáneos de la leche materna, biberones y/o tetinas para venta y/o para obsequios a las madres. NO: Se encuentra en el servicio de farmacia: sucedáneos de la leche materna, biberones y/o tetinas para venta y/o para obsequios a las madres. NA: Si no cuenta con farmacia.			



N. Zerpa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS.					
CRITERIO 2 - 2.2 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO RECIBE DONACIONES NI ADQUIERE SUCEDÁNEOS A PRECIOS REBAJADOS					
2.2.1 Adquisición directa					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
Se cumple con la disposición de no adquirir sucedáneos de la leche materna a precios rebajados.	REVISION DOCUMENTARIA Existe documentos de adquisición directa a precios rebajados en el servicio de farmacia, área de logísticas, etc. (pecosas, facturas).	SÍ: No existen documentos de adquisición directa a precios rebajados en los servicios de farmacia, área de logística. NO: Existen documentos de adquisición directa en los servicios de farmacia, área de logística. NA: Establecimiento de salud no hace adquisiciones directas.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 2 - 2.2 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO RECIBE DONACIONES NI ADQUIERE SUCEDÁNEOS A PRECIOS REBAJADOS					
2.2.2 Donaciones y otros					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION		
			SÍ	NO	N.A.
1. Se cumple con la disposición de no aceptar donaciones de sucedáneos de la leche materna y publicidad o material informativo	OBSERVACION Y ENTREVISTA (P13-P17 y Pa.1 – Pa.4) Personal de la salud y personal administrativo entrevistados hacen evidente el cumplimiento de no aceptar donaciones. Hay evidencias de la restricción de propagandistas de sucedáneos, biberones y tetinas en el establecimiento y en servicios materno-infantiles.	SÍ: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud no recibe donaciones y hay restricción de propagandistas en los servicios. NO: El personal de la salud y el personal administrativo reciben donaciones y no hay restricción de propagandistas en los servicios. NA: Establecimiento de salud no es visitado por los representantes de las empresas de sucedáneos, biberones y tetinas.			
2. Se cumple con la disposición de no aceptar que la madre y/o familiar ingresen fórmulas, biberones, ni chupones.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Personal de la salud y administrativo entrevistados hacen evidente el cumplimiento de no aceptar que la madre ingrese fórmulas, biberones ni chupones. Esta por escrito en la norma y/o política del establecimiento de salud dicha restricción.	SÍ: Hay restricción de ingreso de fórmulas, biberones y chupones, y en el establecimiento de salud no se encuentra niños tomando fórmulas salvo los que tienen prescripción médica, además está por escrito su restricción. NO: El personal de la salud y el personal administrativo del establecimiento de salud permite ingresar fórmulas, biberones y chupones.			
3. Se cumple con la disposición que el personal de la salud no impulse y difunda el uso de fórmulas y fortificadores entre sus compañeros y madres.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (P13 – P17 y Pa.1 – Pa.4) Personal de la salud y personal administrativo entrevistados cumplen con no impulsar el uso de fórmulas y fortificadores entre sus compañeros y las madres. Esta por escrito en la norma y/o política del establecimiento dicha restricción.	SÍ: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud cumple con no impulsar y difundir las fórmulas y fortificadores en los niños y está por escrito en las normas y/o políticas. NO: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud impulsa y difunde las fórmulas y fortificadores entre sus compañeros y las madres			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 3: LACTARIO INSTITUCIONAL					
CRITERIO 3 – 3.1 EXISTENCIA DE LACTARIO					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
1. El establecimiento cuenta con lactario institucional funcional	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe la infraestructura física, cuenta con registro de usuarias y reglamento de funcionamiento.	SÍ: El establecimiento de salud cuenta con un lactario institucional operativo. NO: El establecimiento de salud no cuenta con un lactario institucional operativo. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			
2. El lactario tiene un área no menor de 10 m2 y cuenta con la privacidad necesaria para la extracción y almacenamiento de la leche.	OBSERVACIÓN En la inspección el área cumple con la norma establecida.	SÍ: El establecimiento de salud cuenta con un lactario de área establecida según norma vigente. NO: El establecimiento de salud no cuenta con lactario y sí cuenta no cumple con la norma vigente. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 3 – 3.2 CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO SEGÚN NORMA VIGENTE					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
1. El lactario cuenta con un refrigerador.	OBSERVACIÓN Se encuentra el refrigerador en estado operativo y adecuadas condiciones de higiene y solo almacena leche extraída.	SÍ: El lactario cuenta con refrigerador operativo y en adecuadas condiciones de higiene. NO: El lactario no cuenta con refrigerador operativo ni en adecuadas condiciones de higiene. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			
2. El lactario cuenta con un lavabo dentro o cerca del área y se dispone de jabón líquido.	OBSERVACIÓN El lactario cuenta con lavabo o se encuentra a una distancia aceptable.	SÍ: El lactario cuenta con un lavabo o se encuentra a una distancia aceptable y dispone de jabón. NO: El lactario no cuenta con un lavabo o no se encuentra a una distancia aceptable, ni dispone de jabón. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			
3. El lactario garantiza privacidad y seguridad.	ENTREVISTA A TRABAJADORA USUARIA DEL LACTARIO INSTITUCIONAL El lactario ofrecer privacidad y seguridad (pestillo en la puerta, biombos, ambiente limpio, entre otros). Una usuaria al azar al ser entrevistada manifiesta que el lactario le da seguridad y privacidad.	SÍ: La usuaria del lactario lo percibe como seguro y privado. NO: La usuaria del lactario no lo percibe como seguro y privado NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil			
4. El lactario garantiza comodidad a la mujer para la extracción de la leche.	OBSERVACIÓN El lactario se encuentra limpio, suficientemente iluminado y cuenta con mesa, sillones y mensajes educativos (folletería sobre métodos de extracción y conservación de la leche materna).	SÍ: El lactario se encuentra limpio, suficientemente iluminado y cuenta con mesas, sillas cómodas y mensajes educativos, y las usuarias manifiestan sentirse cómodas. NO: El lactario no garantiza la comodidad y las usuarias no se sienten cómodas. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			



N. Ze:pa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 3 – 3.2 CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO SEGÚN NORMA VIGENTE					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
5. El lactario está ubicado en un lugar accesible para las usuarias.	OBSERVACIÓN Lactario ubicado en primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.	SÍ: El lactario se encuentra en un lugar accesible. NO: El lactario no se encuentra en un lugar accesible. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.			



N. Zerpa T.

ANEXO 7B: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ENTREVISTAS

RESUMEN		CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, N.A.										TOTAL CALIFICACIÓN			Resultado Final. (Sin contar "N.A.") (%)
		Entrevista N°										SÍ	NO	N.A.	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Entrevista a Gestantes	Resumen A1-A2														
	Resumen A3-A6														
Entrevistas a puérperas	Resumen B1-B3														
	Resumen B4-B5														
	Resumen B6-B8														
	Resumen B9-B11														
	Resumen B12- B14														
	Resumen B15-B22														
	Resumen B23-B24														
	Resumen B25-B27														
	Resumen B28-B29														
	Resumen B30-B32														
	Entrevistas a madres de niños lactantes menores de 6 meses	Resumen C1-C2													
Resumen C3-C4															
Resumen C5-C6															



N. Zeipa T.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

RESUMEN		CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, N.A.										TOTAL CALIFICACIÓN			Resultado Final. (Sin contar "N.A.") (%)
		Entrevista N°										SÍ	NO	N.A.	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Entrevista a madres de niños lactantes menores de 6 meses y hasta 24 meses	Resumen D1-D2														
	Resumen D3-D5														
	Resumen D5-D7														
Entrevistas a madre de bebés con cuidados especiales	Resumen E1-E3														
	Resumen E4-E9														
Entrevista a personal de la salud	Resumen P1-P3														
	Resumen P4-P7														
	Resumen P8-P12														
	Resumen P13-P17														
	Resumen P18-P20														
	Resumen P21														
	Resumen P22-P24														
Entrevista a personal administrativo	Resumen Pa.1-Pa.3														



ANEXO 7C: ACTA FINAL DE CALIFICACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN COMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
Siendo el día _____, se levanta el acta con los resultados de la evaluación externa para la certificación como establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño.					
CRITERIO	COMPONENTES	N° criterios	N° criterios evaluados		
			SÍ	NO	N.A.
C1: 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA	Paso 1: Existencia de una Política escrita de Promoción y Protección de la lactancia	10			
	Paso 2: Capacitación del personal de la salud	7			
	Paso3: Entrega de información a gestantes	6			
	Paso 4: Realización del contacto piel a piel	9			
	Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijos.	7			
	Paso 6: No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.	5			
	Paso 7: Alojamiento conjunto durante la estancia en el establecimiento de salud	3			
	Paso 8: Lactancia materna a demanda	3			
	Paso 9: No dar chupones ni biberones a recién nacidos	3			
	Paso 10: El establecimiento tiene contacto con Grupos de Apoyo	6			
	Sub total C1:				
C2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS	I. No hay publicidad ni se distribuye muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna	8			
	II. El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados	Adquisición directa 1			
		Donaciones 3			
Sub total C2:					
C3: IMPLEMENTACION DEL LACTARIO	I. Existencia del lactario	2			
	II. Características del lactario según normatividad	5			
	Sub total C3:				
RESULTADO FINAL	$C1 = \frac{(N^{\circ} \text{ SÍ})}{(N^{\circ} \text{ SI} + N^{\circ} \text{ NO})} \times (100) \times (0.75)$	$C2 = \frac{(N^{\circ} \text{ SÍ})}{(N^{\circ} \text{ SI} + N^{\circ} \text{ NO})} \times (100) \times (0.15)$	$C3 = \frac{(N^{\circ} \text{ SÍ})}{(N^{\circ} \text{ SI} + N^{\circ} \text{ NO})} \times (100) \times (0.10)$		
	TOTAL (C1+C2+C3):				
CONCLUSION:					
RECOMENDACIONES:					
FIRMAS:					

