



GOBIERNO REGIONAL  
PUNO

REDES AZANGARO

REDESS AZANGARO

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZA Y EL DESARROLLO"

Azángaro, 20 de noviembre del 2023.

DIRESA- P./-REDESS- AZ/C.S.ASILLO- OFICIO N°70- 2023.

SEÑOR : M.C. ISMAEL CORNEJO-ROSELLO DIANDERAS  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ASUNTO : SOLICITO EVALUACION EXTERNA PARA LA CERTIFICACION DE  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, EL NIÑO Y LA  
NIÑA DEL C.S. ASILLO

ATENCION : COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION DE LA  
LACTANCIA MATERNA DE LA DIRESA

Es grato dirigirme a su digna autoridad, con previo saludo cordial; con la finalidad de solicitar la Evaluación Externa por parte de la Dirección Regional de Salud Puno, al C.S. Asillo de la Red de salud Azángaro a fin de obtener la Certificación como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño.

Para lo cual adjunto:

Copia Fedateada de la Evaluación Interna

Copia Fedateada del Anexo 7C Acta final de calificación para la Certificación como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Atentamente,



  
ELENA M. CUMPA SERENO  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 057887



c.c. Archivo



PERÚ

Ministerio  
de Salud

REDESS AZANGARO  
REDES DE SALUD



"AÑO DE LA UNION, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Asillo 22 de Noviembre del 2023

INFORME N°11-2023DIRESA-P./-REDES-AZ/-PROMS-MR.ASILLO

SEÑOR(A) : YESSENIA SILVA CONTRERAS  
DIRECTORA RED DE SALUD AZANGARO  
DE : COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA CERTIFICACION  
DEL CENTRO DE SALUD ASILLO  
ASUNTO : EVALUACION INTERNA PARA LA CERTIFICACION DE  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, EL  
NIÑO Y LA NIÑA  
ATENCION: LIC. DEYSI HUANCA MAMANI  
AREA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO  
FECHA : ASILLO 22 DE NOVIEMBRE 2023

PRESENTE:

Es grato dirigirme a usted, con previo saludo cordial; con la finalidad de solicitar la evaluación externa por parte de la DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO, a fin de obtener la certificación como **ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO.**

Para lo cual adjunto:

- 6 formatos de entrevista realizadas a gestantes
- 6 formatos de entrevistas realizadas a puerperas
- 7 formatos de entrevista realizados a niños lactantes menores de 6 meses
- 7 formatos de entrevista realizados a niños lactantes mayores de 6 a 24 meses de edad
- 7 formatos de entrevista realizada al personal de salud
- 1 formato de entrevista realizada al personal administrativo





PERÚ

Ministerio  
de Salud

REDESS AZANGARO

R.F. N.º 1-4-001110



- Matriz de consolidación de entrevistas
- Guía de evaluación para proceso de certificación del establecimiento de salud Amigos de la madre, la niña y el niño.
- -Acta final de calificación para la certificación del establecimiento de salud Amigos de la Madre, la niña y el niño.
- Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Atentamente,



ELENA P. CURPA SEVILLA  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P.: 057067







# Resolución Directoral

Azángaro, 18 de Julio del 2023

Visto el documento adjunto; OF. N° 023-2023/DIRESA P/REDESS-AZ/PROMS. con registro N° 6526.

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo a los Artículos 25°, 26° y 27° del Decreto Supremo N° 005-90-PCM, reglamento del Decreto Legislativo N° 276, "Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público Nacional", en concordancia con el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establecen los procedimientos, condiciones y niveles para Asignar funciones al Personal en la Administración Pública;

Que, mediante documento de visto, la coordinación de gestión de la calidad en salud, ha visto por conveniente solicitar proyectar Resolución Directoral para la aprobación de la conformación del comité TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, de la Red de Salud Azángaro, para el cumplimiento de los planes y proyectos para la mejora continua;

Que, de conformidad con los numerales I y II del título preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, en su Artículo 10 de la Ley N° 26842 Ley General de salud, establece que toda persona tiene derecho de recibir una alimentación sana y suficiente para cubrir sus necesidades biológica, la alimentación de las personas es responsabilidad primaria de la familia, en los programas de nutrición y asistencia alimentaria, el Estado brinda atención preferente al niño, a la madre gestante, al adolescente y al anciano en situación de abandono social;

Que, mediante Decreto Supremo N° 018-2008-SA, se crea Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, mediante Resolución Ministerial N° 245-2020MINSa, se aprueba la Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y de Recién Nacido con Riesgo o Infección por COVID-19;

Que, de acuerdo a la Ley N° 29896, Ley que establece la obligación de implementar lactarios en todas las insinuaciones públicas y privadas promoviendo la lactancia materna, se precisó que en adelante la referida implementación se llevara a cabo no solo en las instituciones del sector publico sino también en el sector privado;

Que, por su parte el inciso b) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, señala que el Director médico del Establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783 Ley de Bases de Descentralización modifica por Ley N° 28379; Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modifica y complementa por las Leyes Nos, 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053, Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSa, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en Salud en cada Región, y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Puno;

Estando a la delegación de funciones y atribuciones establecido en la Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO, de fecha 18 de julio del 2019.

Con opinión favorable de la Dirección de la Red de Salud- Azángaro, y estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos;



INFORMACION PARA SOLICITANTES  
RESPONSABILIDAD  
El presente documento es copia fiel de original

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calcinot  
FEDATARIO



SÉ RESUELVE:

ARTICULO 1º.- CONFORMACION, de Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna, de la Red de Salud Azángaro, para que actúe con plenos facultades y responsabilidades inherentes al cargo a los Taps. Que a continuación se detalla;

**COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA RED DE SALUD AZANGARO**

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. CHAMPI APAZA, Bernardino Pedro	Director de la Red de Salud Azángaro	PRESIDENTE
M.C. MANDAMIENTO PEREZ, Lucio Ignacio	Jefe de Salud de las Personas	VICE-PRESIDENTE
TAP. MERMA BEJAR, Nicacio	Jefe de Recursos Humanos	SUB VICE-PRESIDENTE
LIC. ENF. CAHUNA CONDORI, Katia Yamile	Resp. AIS Neonatal	SECRETARIO TECNICO
A.S. NIETO CASAS, Ninfa	Área de Bienestar Social	1er VOCAL
LIC. ENF. ABARCA ITO, Catherine keney	Coord. Desarrollo Infantil Temprano	2do VOCAL
OBST. PANIAGUA CAIRA, Glenda Beatriz	Coord. Programa Materno Neonatal	3er VOCAL
LIC. NUT. PINEDA GONZALES, Clorinda	Coord. Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable	4to VOCAL
LIC. ENF. HERRERA QUISPE, Elizabeth	Coord. Promoción de la Salud	5to VOCAL
LIC. ENF. MAMANI PEREZ, Gian Carlos	Resp. Participación Comunitaria	6to VOCAL
Obst. LUNA LLANOS, LIZ ROSMERY	Resp. Educación Para la Salud	7mo VOCAL
LIC. ENF. CHOQUEHUANCA CALSINA, Delia Concepción	Coord. Calidad	8vo VOCAL
LIC. ENF. ALIAGA QUISPE, Patricia Gasdaly	Coord. Servicios de Salud	9no VOCAL
MVZ. CRUZ MOLINA, Abraham	Coord. Salud Ocupacional	10mo VOCAL
Q.F. QUISPE JUSTO, Celia	Coord. Farmacia	11vo VOCAL
LIC. ENF. RETAMOZO FLORES, Sara Agustina	Jefe Unidad de Epidemiología	12vo VOCAL
M.C. CRISPIN OSCO, Pamela	Jefe Unidad de Seguros	13vo VOCAL
LIC. COMUN. MACHACA GUTIERREZ, Abel Luján	Jefe Comunicaciones	14vo VOCAL
A.S. CALSINA ARENAS, Hipólita	Jefe Área de Capacitaciones	15vo VOCAL
Ing. BENIQUE VALERO, Bladimiro Plácido	Jefe de Unidad de Estadística	16vo VOCAL
Lic. Enf. LIPA GOMEZ, Jéssica Ibeth	Jefe de Seguridad del Trabajo	17vo VOCAL
Ing. CONDORI CARI, Erika Beatriz	Jefe de Salud Ambiental	18vo VOCAL

**COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO Y VIZCARDO DE LA RED DE SALUD AZANGARO**

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
Obst. SILVA CONTRERAS, Yessenia Henry	Director del Hospital Carlos Cornejo Roselló y Vizcardo Azángaro	PRESIDENTE
M.Pediat. MAMANI CCAMA, Lizbeth Zulma	Jefe de Pediatría	VICE-PRESIDENTE
TAP. MERMA BEJAR, Nicacio	Jefe de Recursos Humanos	SUB VICE-PRESIDENTE
Lic. Enf. ALCOS QUISPE, Yaneth Rocío	Enfermera Especialista en Neonatología y Lactancia Materna	SECRETARIO TECNICO
M. Ginec. Obs. FLORES COILA Walter	Jefe de Gineco - Obstetricia	1er VOCAL
Lic. Enf. CHOQUEHUANCA MACEDO, Zulema	JEFE DE ENFERMERAS (OS)	2do VOCAL
Lic. Enf. GONZALEZ CARI, Yanet Yasmina	Resp. AIS NIÑO - Recién Nacido	3er VOCAL
Obst. PAPI LOPEZ, Eva Margarita	JEFE DE OBSTETRAS	4to VOCAL
OBST. OBLITAS LARICO, Nauria Brichith	Resp. Materno Neonatal	5to VOCAL
Asit. Soc. BLANCO VELASQUEZ, Gladys	Jefe de Servicio Social	6to VOCAL
Lic. Enf. RAMOS MAMANI, Maritza E.	Resp. Promoción de la Salud	7mo VOCAL
Lic. Enf. HUANCA SUAÑA, Yeny Marleny.	Resp. Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable	8vo VOCAL
Lic. Nut. HUAYNAPATA CAYLLAHUA, Flora Nancy	Resp. Calidad	9no VOCAL
Lic. Enf. QUISPE PARRA, Delia	Resp. Epidemiología	10mo VOCAL
Lic. Enf. GUTIERREZ ACROTA, Ana Marleny	Resp. Farmacia	11vo VOCAL
Q.F. CHAQUILLA COTACALLAPA, Thalía	Resp. Comunicaciones	12vo VOCAL
TAP. PERALTA ILLANES, Severo	Resp. Unidad de Estadística	13vo VOCAL
Téc. Enf. MACHACA LUQUE, Anelia	Resp. Seguridad del Trabajo	14vo VOCAL
Lic. Enf. LIPA GOMEZ, Jessica Ibeth	Jefe de Seguridad del Trabajo	14vo VOCAL



INSTRUMENTO PÚBLICO  
 El presente documento es copia fiel del original.  
 22 NOV 2023  
 Mauro M. Larico Colantuoni  
 FEDATARIO



COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED ARAPA

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. DELGADO CORRALES, Elton Hassan	Jefe de la MICRORED ARAPA	PRESIDENTE
Lic. Enf. MAYTA SOLORZANO, Loyola	Responsable AIS NIÑO	VICE-PRESIDENTE
Obst. BELTRAN GODOY, Saul	Responsable Materno Neonatal	SECRETARIO
Lic. Nut. GARAMBEL VILCA, Richard Eduardo	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	1er VOCAL
A.S. ROJAS GALLEGOS, Doris Josefina	Responsable Promoción de la Salud	2do VOCAL

COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED CHUPA

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. PARI QUISPE, Elvis Javier	Jefe de la MICRORED CHUPA	PRESIDENTE
Lic. Enf. PALLI CHAMBI, Loyola	Responsable AIS NIÑO	VICE-PRESIDENTE
Obst. TITI PILCO, Rocío Diana	Responsable Materno Neonatal	SECRETARIO
Lic. Nut. CALISAYA VERA, María Elena	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	1er VOCAL
Lic. T.S. FLORES MENDOZA, Lisdenia	Responsable Promoción de la Salud	2do VOCAL

COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRO RED MUÑANI

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. CCILLO VALERO, Ollis	Jefe de la Micro Red Muñani	PRESIDENTE
Lic. Enf. CHACON HOFFMEISTER, Yulemy	Resp. AIS niño	VICEPRESIDENTE
Lic. Nut. QUISPE CEREZO, Luz Yanet	Resp. Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable	SECRETARIO
Obst. TRIVENO SUPHO, Marizol	Resp. Programa Materno Neonatal	1er VOCAL
Lic. Enf. QUISPE PERALTA, Maritza Maribel	Apoyo AIS niño	2do VOCAL
T.S. ANCASI LIMA, BRIST CHAVELY	Responsable Promoción de la Salud	3er VOCAL
C.D. LUQUE YANQUI, Yudy	Resp. Odontología	4to VOCAL
Psic. NEYRA AQUINO, Lizet Marveli	Resp. Psicología	5to VOCAL


  
 MINISTERIO DE SALUD
   
 DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA TÉCNICA
   
 El presente documento es copia del original.
   
 22 NOV 2023
   
 Mauro M. Larico Calsina
   
 PEDATARIO



COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED ASILLO

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M. C. CLMPA SERENO, Elena Masha	Jefe de la MICRORED ASILLO	PRESIDENTE
Lic. Enf. MAMANI APAZA, Nélica	Responsable AIS NIÑO	VICE-PRESIDENTE
Obst. MAMANI MAMANI, Yolanda	Responsable Materno Neonatal	SECRETARIO
Lic. Nut. TURPO CASTILLO, Elmer	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	1er VOCAL
Lic. T.S. ENRIQUEZ MAMANI, Armida	Responsable Promoción de la Salud	2do VOCAL

COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED JOSE DOMINGO CHOQUEHUANCA

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. TICO TORRES, Edgardo	Jefe de la MICRORED J.D. CHOQUEHUANCA	PRESIDENTE
Lic. Enf. QUISPE HUANCA, Joherly	Responsable AIS NIÑO	VICE-PRESIDENTE
Obst. MERUVIA SALAZAR, Flor Azucena	Responsable Materno Neonatal	SECRETARIO
Lic. Nut. DUEÑAS CALISAYA, Willian E.	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	1er VOCAL
Lic. Enf. QUIEPE BUSTINZA, Janeth	Jefatura de Enfermería	2do VOCAL

COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED SAN ANTON

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. HILARI VILLANUEVA, Kriss	Jefe de la MICRORED SAN ANTON	PRESIDENTE
M.C. HILARI VILLANUEVA, Kriss Kary	Médico	VICE-PRESIDENTE
Lic. Enf. LAURA VEGA, Yesenia Sumen	Responsable AIS NIÑO	SECRETARIO
Obst. SUAÑA RIVERA, Vanessa Zarina	Responsable Materno Neonatal	1er VOCAL
T.S. ZAFATA HUMPIRE, Lourdes L.	Responsable Promoción de la Salud	2do VOCAL
Lic. Nut. CRUZ SOSA, Sthefany	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	3er VOCAL
Psic. COAQUIRA ADRIAN, Shirley J.	Responsable Salud Mental	4to VOCAL
C.D. QUISPE ALVAREZ, Helar L.	Responsable Salud Bucal	5to VOCAL

COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, DE LA MICRORED ALIANZA

APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FUNCIONES
M.C. COAQUIRA ALANIA, Yezon Rene	Jefe de la MICRORED ALIANZA	PRESIDENTE
Lic. Enf. QUISPE QUISPE, Rossi	Responsable AIS NIÑO	VICE-PRESIDENTE
Lic. Enf. ORTIZ QUILLA, Paola	Responsable AIS NIÑO - Recién Nacido	SECRETARIO
Obst. ARAPA LARICO, Laly	Responsable Materno Neonatal	1er VOCAL
Lic. Nut. CUTIPA QUISPE, Yesenia Yulemi	Responsable Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable	2do VOCAL

ARTICULO 2º.- Transcribir la presente Resolución, a los interesados, Legajo Personal e instancias administrativas pertinentes.

Regístrese y Comuníquese.

(Fdo.) M.C. Bernardino Pedro, CHAMPI APAZA, Director de la REDESS Azángaro.  
Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento y demás fines de Ley.

Atentamente.

TRANSCRIBO PARA LOS  
FINES PERTINENTES  
OGP/ MINSA ( )  
SERVIDIO ( )  
GUBERNACIÓN ( )  
REDAZ ( )  
INTELIGADO ( )  
MUTUAL ( ) LEGAJO ( )  
ARCHIVO ( ) AZANGARO ( )



NICACIO MERMA BEJAR  
JEFE (e) RECURSOS HUMANOS  
RED DE SALUD AZÁNGARO



**INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA  
CERTIFICACION DEL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
I-4 ASILLO**

**“AMIGOS DE LA MADRE, LA  
NIÑA Y EL NIÑO”**



**MIEMBROS INTEGRANTES DEL COMITÉ:**

- ❖ **PRESIDENTE:** M.C. Elena Cumpa Sereno
- ❖ **VICEPRESIDENTE:** Lic. Enf. Nelida Mamani Apaza
- ❖ **SERETARIA:** Obst. Yolanda Mamani Mamani
- ❖ **1ER VOCAL:** Lic. Nutric. Elmer Turpo Castillo
- ❖ **2DO VOCAL:** Llc. T.S. Armida Enrieuez Mamani

2023



ELENA M. CUMPA SERENO  
MEDICINA CIRUJANO  
C.M.P.: 057867



### I.- PRESENTACIÓN

La Leche Materna es el mejor alimento para el Bebe, lo protege de Enfermedades Infecciosas, asegura su desarrollo (principalmente del sistema nervioso y del cerebro), es una de las medidas más eficaces para garantizar la Salud y la Supervisión del niño, también promueve un mayor vinculo y relación entre la Madre y el Hijo. Cabe destacar que a largo plazo potencia su capacidad en cuanto al aprendizaje y rendimiento escolar.

El Ministerio de Salud considera la Lactancia Materna, como una Práctica fundamental y necesaria en la nutrición infantil, con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños. De acuerdo a las consideraciones del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, se ha revisado y actualizado el Reglamento de Alimentación Infantil, se ha oficializado con D.S. nro. 201-MINSANDGSP-V.O1 " Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud "Amigos de la Mare el niño y la niña", aprobada por Resolución Ministerial Nro. 609-2014/MINSA INCORPORANDO A DICHA Resolución los Anexos.

### II.- FINALIDAD

Favorecer el Desarrollo Integral del Niño, Prevenir la DCI, la Anemia y la Mortalidad del Niño y la Niña en el Centro de Salud- Asillo. Todas las actividades a desarrollar buscan Promover y Proteger la Lactancia Materna para contribuir a mejorar la salud y el desarrollo integral, en la población Infantil que acude al Establecimiento de Salud.

### III.- OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Lograr la Certificación como "ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO EN EL AÑO 2023.

#### OBJETIVO ESPECIFICO

- ❖ Difusión de los Criterios Técnicos y Metodológicos a través de las Capacitaciones para la Certificación del Establecimiento "Amigos de la Madre y el Niño, entre los Trabajadores Asistenciales de Salud.



- ❖ Implementación de Acciones con los documentos normativos establecidas por el Ministerio de Salud, para lograr la Certificación como Establecimiento de Salud "Amigo de la Madre el niño y la niña".

**IV.- AMBITO DE EVALUACIÓN**

El proceso de **Evaluación Interna**, tiene su alcance a todos los Trabajadores, que se encuentran en contacto directo e Indirecto, al binomio Madre Niño, y es abordada según los Anexos de Evaluación.

**V.- METODOLOGIA DE EVALUACION**

La Auto Evaluación fue llevada a cabo, siguiendo los 10 pasos recomendados por la Directiva Administrativa Nro. 201-MINSNDGSP-V.01. Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud y sus anexos.

**METODOLOGIA PARA LA EVALUACION INTERNA**

**SELECCIÓN:**

CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UNIDAD DE EVALUACIÓN
Centro de Salud I -4	Coordinación con responsables del Binomio Madre y Niño
Hospitalización para el Alojamiento conjunto puérpera y RN. Farmacia Lactario Institucional Otros	



**VI.- SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Los Instrumentos que se utilizaron para la Certificación de los Establecimiento de Salud tienen como objetivo entrevistar dos tipos de muestras que incluyen:

- a) Usuarías de los Servicios Materno Infantiles (gestantes, puérperas de 6 horas a más, madres niños menores de 6 meses, mayores de 6 meses hasta 24 meses
- b) Personal de Salud y Personal Administrativo

RECEPCIONADO EN EL REGISTRO DE DOCUMENTOS  
 El presente documento es copia fiel del original  
 -----  
**22 NOV 2023**  
 -----  
*Mauro M. Larico Calaña*



El siguiente cuadro señala los criterios de inclusión y el tamaño de muestra:

GRUPOS	TAMANO DE LA MUESTRA
<b>Personal de Salud</b> Participa en la atención directa de las usuarias del Binomio Madre y Niño	7
<b>Personal Administrativo</b> Participa en la atención indirecta de las Usuarías: Farmacia, SIS, Admisión y otros	1
<b>Gestantes del III Trimestre, con 2 o más atenciones</b> Prenatales y Hospitalizados.	6
<b>Puérperas de 6 horas a más, con RN a término y vigoroso</b>	6
<b>Madres de niños menores de 6 meses, que están siendo atendidos en el Establecimiento</b>	7
<b>Madres de niños de 6 - 24 meses, que están siendo atendidos en el Establecimiento</b>	7

## VII.- RECOLESCION DE INFORMACIÓN

Se utilizo las siguientes Técnicas: Observación, Entrevista y la Revisión Documentaria de la Guía de Evaluación para el proceso de Certificación del Establecimiento de Salud "Amigos de la Madre y el Niño" Anexo 7 A (10 Pasos de la Lactancia Materna Exitosa)

## VIII.- DURANTE LA EVALUACIÓN INTERNA

### 1. ENTREVISTA



- ✓ Por el Personal de Salud, responsable de cada uno de los grupos y/o Estrategias, a partir del 15 al 30 de octubre del 2023. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en todas las entrevistas, al mismo tiempo se verificó, el área de implementación de la Lactancia Materna
- ✓ Se organizan a los equipos de trabajo
- ✓ Todos los integrantes del Comité Institucional de la Lactancia Materna, reconocidos bajo Resolución, llevaron a cabo la aplicación de Encuestas y recolección de información según Guía de Evaluación, para el Proceso de Certificación del Establecimiento de Salud "Amigos de la Madre y el Niño"
- ✓ Mediante acuerdo en Libro de Actas, en reunión decidimos que las Encuestas sean aplicadas por el Gremio y/o Integrantes de Psicología.

## 2. APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS

- ✓ Personal de Salud:
  - 01 MEDICO
  - 01 CIRUJANO DENTISTA
  - 01 OBSTETRA
  - 01 LIC. ENFERMERIA
  - 01 LIC. NUTRICION
  - 01 LIC. TRABAJADORA SOCIAL
  - 01 TEC. ENFERMERIA
- ✓ Personal Administrativo:
  - 01 PERSONAL DE LIMPIEZA
- ✓ PUERPERAS (06)
- ✓ MADRES DE NIÑOS LACTANTES (07), las cuales llegan al establecimiento de salud, para su control de CRED e inmunizaciones.
- ✓ MADRES DE NIÑOS DE 6-24 MESES (07), las cuales llegan al establecimiento de salud, para su control de CRED e inmunizaciones y consulta externa.

## 3. FASE FINAL DEL PROCESO DE EVALUACIÓN





**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	DIRESA PUNO-AZÁNGARO - ASILLO					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO 3-4					
Siendo el día <u>12-11-2023</u> , 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.	
<b>C1: 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA</b>	Paso 1: Existencia de una Política escrita de Promoción y Protección de la lactancia	10	8	2	-	
	Paso 2: Capacitación del personal de la salud	7	7	-	-	
	Paso 3: Entrega de información a gestantes	6	6	-	-	
	Paso 4: Realización del contacto piel a piel	9	9	-	-	
	Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijos.	7	7	-	-	
	Paso 6: No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.	5	4	-	1	
	Paso 7: Alojamiento conjunto durante la estancia en el establecimiento de salud	3	2	-	1	
	Paso 8: Lactancia materna a demanda	3	3	-	-	
	Paso 9: No dar chupones ni biberones a recién nacidos	3	3	-	-	
	Paso 10: El establecimiento tiene contacto con Grupos de Apoyo	6	6	-	-	
	<b>Sub total C1:</b>			55	2	2
<b>C2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS</b>	I. No hay publicidad ni se distribuye muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna	8	3	2	3	
	II. El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados	Adquisición directa	1	1	-	-
		Donaciones	3	3	-	-
<b>Sub total C2:</b>			7	2	3	
<b>C3: IMPLEMENTACION DEL LACTARIO</b>	I. Existencia del lactario	2	2	-	-	
	II. Características del lactario según normatividad	5	5	-	-	
	<b>Sub total C3:</b>			7	-	-
<b>RESULTADO FINAL</b>	$C1 = \frac{72.4}{(N^{\circ} SI)} \times (100) \times (0.75)$	$C2 = \frac{11.7}{(N^{\circ} SI)} \times (100) \times (0.15)$	$C3 = \frac{10}{(N^{\circ} SI)} \times (100) \times (0.1)$	94.10		
	<b>TOTAL (C1+C2+C3):</b>					

**CONCLUSION:**

**RECOMENDACIONES:**

**FIRMAS:**



*Luciana M. Chimpa Sereno*  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.R. 057867

*A.S. Amado Enriquez Momen*  
S. A. S. P. 4874

*Karen Paola Bermejo Escobar*  
OBSTETRA  
COP. 43013

*Lic. Nelissa Mamant Apaza*  
ENFERMERA  
GEP. 58025

*Lic. Elmer Torpo Castillo*  
NUTRICIONISTA  
C.N.R. 5616





**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				
PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA				
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Muestra documento escrito que formaliza la política (Resolución Jefatural, Resolución Directoral, Memorándum, entre otros).	<b>SÍ:</b> Existe documento que formaliza la política. <b>NO:</b> No existe documento que formalice la política.	X	
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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	<b>SÍ:</b> Documento y los resúmenes de política especifican la prohibición. <b>NO:</b> Documentos y los resúmenes de política no especifican la prohibición de publicidad.	X	
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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	<b>SÍ:</b> Documentos y los resúmenes de política especifican la prohibición de la donación y distribución. <b>NO:</b> Documentos y los resúmenes de política no especifican la prohibición de la donación y distribución.	X	
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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> La política o documento normativo se encuentra disponible y visible en los servicios materno-infantiles.	<b>SÍ:</b> Existe documento disponible y visible en los servicios materno-infantiles. <b>NO:</b> Documento no está disponible ni visible en los servicios materno-infantiles.	X	

  
 22 NOV 2023  
 Mónica M. Torres Cullina  
 Jefa de Oficina

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



CRITERIO 1 - PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA				
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Resumen de la política visual o impresa se muestra especialmente en los servicios materno-infantiles (afiches, murales, video, banners, entre otros).	<b>SÍ:</b> Dispone de material visual o impreso en las áreas antes mencionadas. <b>NO:</b> Cuando no se expone el material visual o impreso que resume la política.	X	
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.	<b>ENTREVISTA (B30-32 RESUMEN DEL ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA)</b> Personal de la salud y madres entrevistadas, muestran que comprenden los mensajes claves contenidos en el material, visual o impresa que resume la política.	<b>SÍ:</b> El personal de la salud y las madres han comprendido los mensajes claves. <b>NO:</b> El personal y las madres refieren no comprender los mensajes claves.	X	
1.7 Existe un mecanismo para evaluar la efectividad de esta política.	<b>REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	<b>SÍ:</b> El personal de la salud participó en reuniones de socialización y evaluación de la política y las madres participaron en reuniones educativas. <b>NO:</b> 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.	X	
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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Los artículos contenidos en el documento de política institucional están basados en los documentos normativos vigentes y basados en la evidencia, según corresponda.	<b>SÍ:</b> El documento de política institucional cumple con lo solicitado. <b>NO:</b> Hay uno o más artículos en el documento de política institucional que no son coherentes ni están alineados a lo solicitado.	X	

MINSAUDGSP  
 El presente documento es copia fiel del original  
 22 NOV 2023  
 Mauro M. Larico Colina  
 FOLIO



CRITERIO 1 - PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	N.A.
<p>1.9 Existe un Comité de Lactancia Materna conformado y en funcionamiento.</p>	<p><b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b>                      Resolución directoral o su equivalente de la formación de un Comité de Lactancia Materna.                      Actas de reuniones mensuales del comité de lactancia materna.</p>	<p><b>SI:</b> Existe un Comité de Lactancia Materna en el establecimiento de salud con actas de reuniones.   <b>NO:</b> No existe un Comité de Lactancia Materna, ni acta de reuniones.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<p>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.</p>	<p><b>REVISIÓN DOCUMENTARIA</b>                      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.</p>	<p><b>SI:</b> 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.   <b>NO:</b> No existe programas/planes de capacitación y Si existen no se realizan según programa.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>		

CRITERIO 1 - PASO 2: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD			CALIFICACION		
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACION	UMBRAL DE CALIFICACION	SI	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.	X		
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 incluyen 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.	X		
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.	X		
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.	X		

2.2 NOV 2023  
 Monty M. Larrea Calatua



CRITERIO 1 - PASO 2: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			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.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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).	SI: 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.	X		
2.6 Se cuenta con personal de la salud competente en consejería en lactancia materna para apoyar a las madres adecuadamente.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Hay al menos un facilitador certificado en consejería en lactancia materna y/o consejero certificado en lactancia materna.	SI: Cuenta con un facilitador o consejero certificados en lactancia materna. NO: No cuenta con facilitador o consejero en lactancia materna.		X	
2.7 El establecimiento de salud propicia la actualización periódica de capacidades de sus facilitadores y/o consejeros (as).	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Existe documento escrito (resolución, memo, oficio) y está inserto en el POI y POA, que apoya la actualización de sus facilitadores y/o consejeros.	SI: Existe documento escrito con las características solicitadas. NO: No existe documento escrito.		X	

CRITERIO 1 - PASO 3. ENTREGA DE INFORMACIÓN A GESTANTES			CALIFICACIÓN		
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	SI	NO	N.A.
3.1 El establecimiento de salud tiene al menos un servicio de atención prenatal donde ofrece la consejería de lactancia materna.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Existe en la atención prenatal registro de consejería de Lactancia Materna (historia clínica, HIS, cuaderno, formato u otros).	<b>SI:</b> Existe el registro. <b>NO:</b> No existe el registro. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		
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.	<b>ENTREVISTA (A3-A6 RESUMEN ANEXO 6A)</b> Gestantes entrevistadas conocen la importancia de todo lo mencionado anteriormente.	<b>SI:</b> Conocen la importancia y los riesgos de no amamantar y reciben ayuda. <b>NO:</b> Desconocen y no reciben ayuda. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		
3.3 Los registros prenatales incluyendo la historia clínica indican si dan consejería en lactancia materna a las gestantes.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Está registrada la consejería en lactancia materna en la historia clínica u otro documento de atención prenatal.	<b>SI:</b> Esta registrado en historia clínica u otro documento. <b>NO:</b> No se encuentran registros prenatales. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		
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.	<b>ENTREVISTA (P13-P17 CUARTO RESUMEN DEL ANEXO 6F)</b> Personal de la salud entrevistado que atiende gestantes demuestra en forma oral y escrita el material con contenidos claves sobre la lactancia materna.	<b>SI:</b> Demuestra conocer los temas claves de Lactancia Materna en forma oral y escrita. <b>NO:</b> No conocen. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		

  
 22 NOV 2023  
 Maura M. Lopez Calsina



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.	<b>OBSERVACIÓN</b> En los consultorios de atención prenatal no hay publicidad, propagandistas de sucedáneos, material y equipos para la alimentación artificial	<b>SI:</b> No hay publicidad ni propagandistas de los sucedáneos. <b>NO:</b> Se encuentra publicidad, ingresan los propagandistas.	X	
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.	<b>ENTREVISTA (A1-A2 PRIMER RESUMEN ANEXO 6A)</b> Gestantes entrevistadas conocen que puede tener un acompañante y sabe la importancia de su ayuda.	<b>SI:</b> La gestante conoce. <b>NO:</b> La gestante desconoce.	X	

CRITERIO 1 - PASO 4: REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL		UMBRAL DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN	
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN			SI	NO N.A.
4.1 Está disponible la historia clínica prenatal de la madre en el momento del parto.	<b>OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA</b> 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.	SI: 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: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.		X	
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.	<b>OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA</b> Hay al menos un registro del consentimiento informado de amamantar.	SI: Existe el registro. NO: No hay registro. NA: Si 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.	<b>ENTREVISTA (P8-P12)</b> Personal de la salud entrevistado muestra que conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	SI: Cuando describe los medicamentos más importantes. NO: Desconoce.		X	
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.	<b>OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B1-B3)</b> 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.	SI: En la entrevista/observación/registro se cumple. NO: No se cumple. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con puerperio inmediato o sala de alojamiento conjunto.		X	
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 continúa con el contacto piel a piel.	<b>OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B4-B5) y (B6-B8)</b> Puerperas entrevistadas de bebés que han nacido por parto cesárea con anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres	SI: 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			X

22/12/2023  
 Mónica M. Larios Galina



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 - MINSAUDGSP. 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		UMBRAL DE CALIFICACIÓN		CALIFICACIÓN	
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN			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) Puerperas entrevistadas reconocen los signos de que sus bebés están listos para amamantar y refieren recibir ayuda del personal si la necesitan.	SI: Puerperas 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.		<input checked="" type="checkbox"/>	
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.			<input checked="" type="checkbox"/>
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) Puerperas 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.		<input checked="" type="checkbox"/>	
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 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.		<input checked="" type="checkbox"/>	

**CRITERIO 1 - PASO 5: MOSTRAR A LAS MADRES COMO AMAMANTAR Y CÓMO MANTENER LA LACTANCIA AUN SI ELLAS DEBEN SEPARARSE DE SUS BEBÉS.**

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			SI	NO
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.	<b>ENTREVISTA (B9-B11)</b> 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.	SI: 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.	X	
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.	<b>ENTREVISTA (P8-P12 y P13-P17)</b> 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.	SI: 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.	X	
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.	<b>REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	SI: 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.		X
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.	<b>OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B15-B22)</b> 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.	SI: 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.	X	

22 NOV 2023  
 Mónica M. Larico Calina  
 (810)



CRITERIO 1 PASO 5: MOSTRAR A LAS MADRES CÓMO AMAMANTAR Y CÓMO MANTENER LA LACTANCIA AÚN SI ELLAS DEBEN SEPARARSE DE SUS BEBÉS.				
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			SI	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 período prenatal como en el puerperio.	<b>ENTREVISTA (A3-A6, B23-B24 y B25-B27)</b> Gestantes y/o puérperas que nunca han amamantado o han tenido problemas previos refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.	<b>SI:</b> Gestantes y/o puérperas refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud. <b>NO:</b> Refieren que no reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	
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.	<b>ENTREVISTA (E1-E3 y E4-E9)</b> 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.	<b>SI:</b> 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. <b>NO:</b> Refieren que el personal de la salud no les ayuda. <b>NA:</b> Establecimiento de salud no cuenta con servicio de atención del parto.		<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	<b>SI:</b> El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistado muestra conocer y aplica los puntos claves. <b>NO:</b> Desconoce y no aplica.		<input checked="" type="checkbox"/>

CRITERIO 1 - PASO 6: NO DAR A LOS RECIÉN NACIDOS ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE NO SEAN LECHE MATERNA			CALIFICACIÓN		
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	SI	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.	<b>REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	SI: Existe registro. NO: No existe registro. NA: No registra este indicador o el establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.	X		
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.	<b>REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> Existe registro en las historias clínicas de bebés que hubo razones médicas aceptables o decisión totalmente informada y comprobada para prescribir fórmulas.	SI: Existe prescripción médica respectiva. NO: No se encuentra prescripción médica. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.	X		
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.	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	SI: 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.	X		
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.	<b>ENTREVISTA (E4-E9)</b> Las madres de niños de casos especiales entrevistadas refieren que el personal médico les dio información sobre alternativas de alimentación en su caso.	SI: 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.			X
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.	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	SI: Existe ambiente. NO: No existe ambiente. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantil.	X		

22/03/2023  
 Ministro de Salud Carlos Galdames



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

CRITERIO 1 - PASO 7: ALOJAMIENTO CONJUNTO DURANTE LA ESTANCIA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
7.1 La madre y el bebé se quedan juntos y/o empiezan el alojamiento conjunto inmediatamente después del nacimiento.	<b>OBSERVACIÓN</b> Existe alojamiento conjunto que empieza inmediatamente después del nacimiento hasta el alta.	<b>SI:</b> Existe alojamiento conjunto que empieza inmediatamente después del nacimiento hasta el alta. <b>NO:</b> No existe alojamiento conjunto. <b>NA:</b> El establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni sala de alojamiento conjunto.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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.	<b>OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B4-B6)</b> Madres entrevistadas 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.	<b>SI:</b> Se observa bebé junto a la madre y ella refiere que le entregaron a su bebé de inmediato y permanecen con él. <b>NO:</b> No se implementa el alojamiento conjunto con las madres cesareadas. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no realiza cesáreas.			<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<b>REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B28-B29)</b> 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.	<b>SI:</b> Permanece junto a ellas durante las 24 horas, de no permanecer con la madre se cuenta con registro en la historia clínica. <b>NO:</b> No se implementa el alojamiento conjunto ni está justificado. <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.	<input checked="" type="checkbox"/>		

**CRITERIO 1 - PASO 8: LACTANCIA MATERNA A DEMANDA**

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	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.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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.	<input checked="" type="checkbox"/>		

2-2 NOV 2023  
 Mando M. Larroca Cifuentes



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSU/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
<p>9.1 Los bebés son atendidos sin recibir tomas con biberones.</p>	<p><b>OBSERVACIÓN Y ENTREVISTAS (B15 – B22)</b>                      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</p>	<p><b>SÍ:</b> No se encuentran biberones, ni las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones.  <b>NO:</b> Hay biberones en el servicio y las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones.  <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico y atención en maternidad (alojamiento conjunto).</p>	<p style="text-align: right;">X</p>	
<p>9.2 Madres informadas acerca de los riesgos de administrar leche y otros líquidos con biberones, chupones y tetinas.</p>	<p><b>ENTREVISTA (A3-A6, B23-B24, C1-C2 y E4-E9)</b>                      Madres entrevistadas conocen los riesgos de administrar sucedáneos de la leche materna (incluye biberones, tetinas y chupones).</p>	<p><b>SÍ:</b> Madres conocen los riesgos.  <b>NO:</b> Madres no conocen los riesgos.  <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni atención en maternidad (alojamiento conjunto).</p>	<p style="text-align: right;">X</p>	
<p>9.3 Se atiende a los bebés sin usar chupones de distracción.</p>	<p><b>OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B15 – B22)</b>                      En los servicios maternos infantiles los bebés no usan chupones de distracción.                      Las madres entrevistadas refieren que sus bebés no usan chupones de distracción.</p>	<p><b>SÍ:</b> No se encuentran chupones de distracción en los servicios y las madres refieren que sus bebés no los usan.  <b>NO:</b> 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.  <b>NA:</b> Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico ni atención en maternidad (alojamiento conjunto).</p>	<p style="text-align: right;">X</p>	

CRITERIO 1 - PASO 10. EL ESTABLECIMIENTO TIENE CONTACTOS CON GRUPOS DE APOYO					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	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 dónde conseguir apoyo y seguimiento en lactancia materna.	SI: Madres de alta refieren conocer dónde conseguir apoyo y seguimiento en lactancia materna. NO: Estas desconocen haber recibido información. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de maternidad (alojamiento conjunto).	<input checked="" type="checkbox"/>		
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).	SI: 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).	<input checked="" type="checkbox"/>		
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).	SI: 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.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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).	SI: 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.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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).	SI: El personal de la salud si está capacitado. NO: El personal de la salud no está capacitado.	<input checked="" type="checkbox"/>		
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.	SI: 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.	<input checked="" type="checkbox"/>		

22 NOV 2023  
 Mónica E. Torres Calistina



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		
			SÍ	NO	NA
1. Atención Prenatal.	<p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra en los consultorios de atención prenatal algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.</p> <p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra en los consultorios de CRED algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.</p>	<p>SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con el servicio.</p>		X	
2. Atención CRED.	<p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra en los consultorios de pediatria algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.</p>	<p>SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con el servicio.</p>		X	
3. Consultorio de Pediatría.	<p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra en los consultorios de pediatria algún material y equipo con publicidad y muestras de fórmulas, biberones, tetinas y otros.</p>	<p>SI: No se encuentra publicidad ni muestras. NO: Si se encuentra publicidad y muestras. NA: Si no cuenta con consultorios de pediatria.</p>			X
4. Hospitalización Pediatría.	<p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra la administración de fórmulas a los recién nacidos y menores de dos años sin contar con prescripción médica.</p>	<p>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 pediatria.</p>			X
5. Hospitalización Neonatología.	<p><b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra la administración de fórmulas a los recién nacidos sin contar con prescripción médica.</p>	<p>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.</p>			X

CRITERIO 2 - 2.1 NO HAY PUBLICIDAD NI SE DISTRIBUYEN MUESTRAS GRATUITAS DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA		CALIFICACIÓN			
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	SÍ	NO	NA
6. Maternidad (alojamiento conjunto).	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	<b>SÍ:</b> 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. <b>NO:</b> 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. <b>NA:</b> Si no cuenta con servicio de maternidad (alojamiento conjunto).		X	
7. Nutrición (consultorio de nutrición y servicio de nutrición).	<b>OBSERVACIÓN</b> No hay evidencia suficiente del ofrecimiento y/o preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica.	<b>SÍ:</b> No hay evidencias de la preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica <b>NO:</b> Hay evidencias de la preparación de fórmulas en cantidad superior a los casos que tienen prescripción médica. <b>NA:</b> Si no cuenta con consultorio de nutrición.		X	
8. Farmacia	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	<b>SÍ:</b> 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. <b>NO:</b> 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. <b>NA:</b> Si no cuenta con farmacia		X	

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD  
 EL FIRMANTE AUTORIZA Y GARANTIZA  
 El presente documento es copia fiel del original.

22 NOV 2023

Mario A. Larico Calista  
 FEDATARIO



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						
Se cumple con la disposición de no adquirir sucedáneos de la leche materna a precios rebajados.	<b>REVISION DOCUMENTARIA</b> Existe documentos de adquisición directa a precios rebajados en el servicio de farmacia, área de logísticas, etc. (pecosas, facturas).	<p>SI: No existen documentos de adquisición directa a precios rebajados en los servicios de farmacia, área de logística.</p> <p>NO: Existen documentos de adquisición directa en los servicios de farmacia, área de logística.</p> <p>NA: Establecimiento de salud no hace adquisiciones directas.</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	NA		X	
SI	NO	NA							
	X								

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	CALIFICACIÓN	
			SI	NO N.A.
1. Se cumple con la disposición de no aceptar donaciones de sucedáneos de la leche materna y publicidad o material informativo	<b>OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA</b> (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.	<b>SI:</b> El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud no recibe donaciones y hay restricción de propagandistas en los servicios. <b>NO:</b> El personal de la salud y el personal administrativo reciben donaciones y no hay restricción de propagandistas en los servicios. <b>NA:</b> Establecimiento de salud no es visitado por los representantes de las empresas de sucedáneos, biberones y tetinas.	X	
2. Se cumple con la disposición de no aceptar que la madre y/o familiar ingresen fórmulas, biberones, ni chupones.	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	<b>SI:</b> 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. <b>NO:</b> El personal de la salud y el personal administrativo del establecimiento de salud permite ingresar fórmulas, biberones y chupones.	X	
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.	<b>OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA</b> (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.	<b>SI:</b> 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. <b>NO:</b> 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	X	


  
 22 NOV 2023  
 Maribel Larco Cabrera  
 COORDINADORA



<b>CRITERIO 3: LACTARIO INSTITUCIONAL</b>				
<b>CRITERIO 3 – 3.1 EXISTENCIA DE LACTARIO</b>				
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			SÍ	NO N.A.
1. El establecimiento cuenta con lactario institucional funcional	<b>OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA</b> 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.	<input checked="" type="checkbox"/>	
2. El lactario tiene un área no menor de 10 m <sup>2</sup> y cuenta con la privacidad necesaria para la extracción y almacenamiento de la leche.	<b>OBSERVACIÓN</b> 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.	<input checked="" type="checkbox"/>	

CRITERIO 3 - 3.2 CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO SEGÚN NORMA VIGENTE					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	N.A.
1. El lactario cuenta con un refrigerador.	<b>OBSERVACIÓN</b> Se encuentra el refrigerador en estado operativo y adecuadas condiciones de higiene y solo almacena leche extraída.	<b>SI:</b> El lactario cuenta con refrigerador operativo y en adecuadas condiciones de higiene. <b>NO:</b> El lactario no cuenta con refrigerador operativo ni en adecuadas condiciones de higiene. <b>NA:</b> Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.	X		
2. El lactario cuenta con un lavabo dentro o cerca del área y se dispone de jabón líquido.	<b>OBSERVACIÓN</b> El lactario cuenta con lavabo o se encuentra a una distancia aceptable.	<b>SI:</b> El lactario cuenta con un lavabo o se encuentra a una distancia aceptable y dispone de jabón. <b>NO:</b> El lactario no cuenta con un lavabo o no se encuentra a una distancia aceptable, ni dispone de jabón. <b>NA:</b> Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.	X		
3. El lactario garantiza privacidad y seguridad.	<b>ENTREVISTA A TRABAJADORA USUARIA DEL LACTARIO INSTITUCIONAL</b> El lactario ofrece 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.	<b>SI:</b> La usuaria del lactario lo percibe como seguro y privado. <b>NO:</b> La usuaria del lactario no lo percibe como seguro y privado <b>NA:</b> Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.	X		
4. El lactario garantiza comodidad a la mujer para la extracción de la leche.	<b>OBSERVACIÓN</b> 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).	<b>SI:</b> El lactario se encuentra limpio, suficientemente iluminado y cuenta con mesas, sillas cómodas y mensajes educativos, y las usuarias manifiestan sentirse cómodas. <b>NO:</b> El lactario no garantiza la comodidad y las usuarias no se sienten cómodas. <b>NA:</b> Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.	X		

NO SE RECONSIDERA LA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO SI SE COPIA DEL ORIGINAL

22 NOV 2023

Mano M. Lariveo Calina  
 PEDATARIO



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

Comisión Multisectorial de Lactarios - Decreto Supremo Nº 001-2016-MIMP

**FORMATO 01 - A: DATOS CUANTITATIVOS SOBRE EL PERSONAL CON O SIN VÍNCULO LABORAL QUE BRINDA SERVICIOS EN LA ENTIDAD PÚBLICA**

ENTIDAD:  
RUC:  
CENTRO DE TRABAJO O SEDE:  
DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO  
REFERENCIA DE LA DIRECCIÓN:  
DISTRITO - PROVINCIA - REGIÓN  
PERSONA ENCARGADA DEL LACTARIO:  
ÁREA EN LA QUE LABORA:  
FECHA DE CREACIÓN DEL LACTARIO

PERSONAL DE LA ENTIDAD PÚBLICA																		
CONDICIÓN LABORAL																		
CON VÍNCULO LABORAL				SIN VÍNCULO LABORAL				Mujeres										
D.LEG. 276 - CAP		D.LEG. 728		D.LEG. 1057 - CAS		SERVICIOS DE TERCEROS <sup>a/</sup>		PRACTICANTES <sup>b/</sup>		SERVICES		Mujeres EDAD FÉRTIL (15 - 49 AÑOS)		Mujeres EN PERIODO DE GESTACIÓN <sup>b/</sup>		Mujeres CON HIJOS/AS DE 0 A 2 AÑOS		
Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Licencia Post-parto	Usan Lactario	No Usan Lactario	Sub Total
11	5	16				07	03	10	1		01	28	12	40			1	

a/ Incluir a practicantes pre-profesionales y profesionales  
b/ Considerar a las trabajadoras que se encuentran en gestación y se encuentran gozando de su licencia de pre-parto  
c/ Se refiere a las trabajadoras que se han reincorporado de su licencia de post-parto y se encuentran en ejercicio de sus funciones.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA DIRECCIÓN / OFICINA DE RECURSOS HUMANOS A LA FECHA:

DOCUMENTO FUENTE:

Persona que llena el formato:  
Función o cargo:  
Fecha que llena el formato:

22 NOV 2023  
Mónica M. Larrea Cárdena  
SECRETARÍA



ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna.		
Edad:	26	Tipo de Parto:	Vaginal
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>06-10-23</u> Hora aproximada: <u>18:30</u> Peso al nacer: <u>3100</u> [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]			
¿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	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez?: <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [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]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>15</u> min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
B8	¿La razón para terminar este periodo de contacto de piel a piel antes de los 60 minutos fue por justificación médica? <input checked="" type="checkbox"/> Sí (compruebe con el personal de la salud si fuese necesario). <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", describa: <u>Aún estaba recuperándome</u>		
Resumen (B6-B8): La madre estuvo en contacto piel a piel por 60 minutos o más sin separación, o el bebé fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada. <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

22 NOV 2023 11  
 Mónica A. Larrea Córdova



B10	¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació? Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B9-B11):</b> El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
B12	Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí": ¿Cuándo planea comenzar? _____]</i> <i>[Si el 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 checked="" 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 checked="" 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? <u>Inmediato</u> Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B12-B14):</b> El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica</span>	
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 checked="" 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> <b>Puntos claves (necesario 3)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>
B17	Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión? <b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b> <input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé. <b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b> <input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución. <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>
B18	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 checked="" 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>



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

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input checked="" 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 checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" 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?: _____
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" 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 dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input checked="" type="checkbox"/> Medidas para mantener la alimentación higiénica. <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentar en una taza abierta en vez de un biberón. <input checked="" type="checkbox"/> Como sostener al bebé en buena posición cuando se le alimenta. ¿Algo más?: _____
B27	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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

22 NOV 2023  
 Mónica M. Larico Calina  
 GERENTARIO

[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? <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? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B29	¿Estuvo separada de su bebé por justificación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



## ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	08-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad: 38	Tipo de Parto: VAGINAL		
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>26-10-23</u> Hora aproximada: <u>10:00</u> Peso al nacer: <u>3120</u> [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]			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input checked="" type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez?: <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [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]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>60</u> min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
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 fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

22 NOV 2023

Mauricio M. Larios Calsina



B10	<p>¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació?</p> <p>Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>¿Algo más? _____</p> <p><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></p>
B11	<p>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 checked="" type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B9-B11):</b> El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
B12	<p>Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí"]: ¿Cuándo planea comenzar? _____</i></p> <p><i>[Si el 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]</i> <input checked="" type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM</p>
B13	<p>Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i></p>
B14	<p>Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda?</p> <p><u>inmediato</u></p> <p>Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B12-B14):</b> El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica</p>	
B15	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B16	<p>Si está amamantando, ¿Puede mostrarme y describir cómo se acomoda al bebé para amamantar?</p> <p><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></p> <p><b>Puntos claves (necesario 3)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B17	<p>Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B18	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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></p>



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

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input checked="" 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 checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <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?:
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí," continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela]</i>
B26	¿Qué información y ayuda se le dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <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?:
B27	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 checked="" type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Es "Si" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	08-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad: 36	Tipo de Parto: Vaginal		
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>22:10</u> Hora aproximada: <u>7:36</u> Peso al nacer: <u>3190</u> [Averigüe la fecha y la hora. Si la madre no ha dado a luz por lo menos 5 horas antes, agradecer y no continuar con la entrevista]			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input checked="" type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón medicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [Si es "Sí", determinar por qué y si el retraso fue por una razón medicamente justificada, verifique con el personal de la salud más tarde, si fuese necesario]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>60</u> min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
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 fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón medicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

11

22 NOV 2023

Margarita Larrea Calsina



B10	<p>¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació?</p> <p>Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>¿Algo más? _____</p> <p><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 "Si"]</i></p>
B11	<p>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 checked="" type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B9-B11):</b> El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
B12	<p>Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí"]:</i> ¿Cuándo planea comenzar? <u>Después de la ayuda del personal.</u></p> <p><i>[Si el 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]</i> <input checked="" type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM</p>
B13	<p>Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i></p>
B14	<p>Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda?</p> <p><u>Inmediato</u></p> <p>Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B12-B14):</b> El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica</p>	
B15	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B16	<p>Si está amamantando, ¿Puede mostrarme y describir cómo se acomoda al bebé para amamantar?</p> <p><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></p> <p><b>Puntos claves (necesario 3)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B17	<p>Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B18	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si el personal de la salud ofreció mostrar la extracción de leche, pero la madre indicó que no necesitaba la ayuda, marque "Si"]</i></p>



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

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>	
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente.		<input checked="" 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 checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <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?: _____	
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí," continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela]</i>	
B26	¿Qué información y ayuda se le dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <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?: _____	
B27	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 checked="" type="checkbox"/> No	
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" type="checkbox"/> No

El presente documento es copia del original.  
 22 NOV 2023  
 Mauro M. Larico Cuelina  
 REGISTRO

[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? <i>[Es "Si" 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?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B29	¿Estuvo separada de su bebé por justificación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	10-11-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Asulla		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad:	24a	Tipo de Parto:	VAGINAL
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>09-11-23</u> Hora aproximada: <u>14:28</u> Peso al nacer: <u>3250</u> [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]			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input checked="" type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón: medicamento justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [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]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>65</u> min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
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 fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

22 NOV 2023  
Marta M. Llanos Córdova  
ESPECIALISTA



B10	¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació? Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No
Resumen (B9-B11): El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B12	Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí": ¿Cuándo planea comenzar? _____]</i> <i>[Si el 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 checked="" 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 checked="" 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? <u>inmediato</u> Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <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 checked="" 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> <b>Puntos claves (necesario 3)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). <input checked="" 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? <b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b> <input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé. <b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b> <input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B18	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 checked="" 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>



B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>	
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente.		<input checked="" 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 checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <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?: _____	
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí," continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela]</i>	
B26	¿Qué información y ayuda se le dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <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?: _____	
B27	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 checked="" type="checkbox"/> No	
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" type="checkbox"/> No

INSTITUCIÓN DE SALUD AMIGA DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO  
 El presente documento es copia fiel del original  
**22 NOV 2023**  
 Maestro M. Larcio Calera  
 PROFESOR

[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 checked="" 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>
<b>Resumen (B28-B29):</b> El bebé estaba con su madre todo el tiempo desde su nacimiento o, si fue separado, ¿fue por una razón justificada? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B30-B32):</b> La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



**ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA**

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	9-11-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Asillo		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad:	26	Tipo de Parto:	Vaginal
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>25-10-23</u> Hora aproximada: <u>17:00</u> Peso al nacer: <u>3140</u> [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]			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input checked="" type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [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]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>60</u> min./_____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
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 fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

22 NOV 2023  
 Mauro M. Larico Calsina  
 REGISTRARIO



B10	<p>¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació?</p> <p>Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>¿Algo más? _____</p> <p><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></p>
B11	<p>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 checked="" type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B9-B11):</b> El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
B12	<p>Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí"]: ¿Cuándo planea comenzar? _____</i></p> <p><i>[Si el 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]</i> <input checked="" type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM</p>
B13	<p>Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i></p>
B14	<p>Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda? <u>inmediato</u></p> <p>Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B12-B14):</b> El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica</p>	
B15	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B16	<p>Si está amamantando, ¿Puede mostrarme y describir cómo se acomoda al bebé para amamantar?</p> <p><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></p> <p><b>Puntos claves (necesario 3)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.  <input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.  <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B17	<p>Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.  <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.  <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.  <input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b></p> <p><input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.  <input type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B18	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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></p>



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

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input checked="" 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 checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <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?: _____
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí," continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela]</i>
B26	¿Qué información y ayuda se le dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <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?: _____
B27	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 checked="" type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" type="checkbox"/> No	

  
 22 NOV 2023  
 Mauro A. Lavín Cárdena  
 FIDATARIO

[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? <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?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B29	¿Estuvo separada de su bebé por justificación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA**

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	09-11-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad:	24a	Tipo de Parto:	Vaginal
<b>B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio</b>			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>05-11-23</u> Hora aproximada: <u>12:35</u> Peso al nacer: <u>3100</u> [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]			
¿Qué tipo de parto tuvo usted? <input checked="" type="checkbox"/> Normal (vaginal). <input type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general] ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input checked="" 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?: [Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario] <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 checked="" 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 checked="" 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? _____ [Verifique, si es necesario en la historia clínica] ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]		
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 [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]		
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? <u>70</u> min./ _____ hora(s) ¿Fueron 60 minutos o más? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]		
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 fue separado de la madre o el contacto terminó por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
B9	¿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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [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"]		

22 NOV 2023  
 Manya M. La Cruz Córdova  
 11



B10	<p>¿Podría indicarme que ha recibido su bebé desde que nació?</p> <p>Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          Agua..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Agua azucarada o con sabor ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No          Leche fresca enlatada, en polvo o fresca ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>¿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></p>
B11	<p>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 checked="" type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B9-B11):</b> El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
B12	<p>Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí": ¿Cuándo planea comenzar? _____          [Si el 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]</i> <input checked="" type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM</p>
B13	<p>Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i></p>
B14	<p>Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda?  <u>inmediato</u></p> <p>Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvió a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>Resumen (B12-B14):</b> El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aplica</p>	
B15	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B16	<p>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></p> <p><b>Puntos claves (necesario 3)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.  <input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.  <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B17	<p>Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.  <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.  <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.  <input checked="" type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.  <input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
B18	<p>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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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></p>



[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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No [Es "Sí" cuando el bebé estuvo siempre con la madre] 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 checked="" type="checkbox"/> No, explique por qué otras causas estuvo separada de su bebé y si fue más de una vez: _____ [Si la madre no sabe, pregunte al personal de la salud y/o revise la historia clínica]
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B31	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre dónde y cómo conseguir ayuda si tiene alguna duda sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar y menciona por lo menos un tipo de ayuda disponible. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD  
 DEL SERVICIO DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO  
 Dirección General de Regulación y Control de Calidad  
  
**22 NOV 2023**  
 \_\_\_\_\_  
 Marisa M. Muñoz Callesina  
 SECRETARÍA

B19	Si está amamantando, ¿Su bebé ha sido alimentado con biberón? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Le dieron en biberón leche materna extraída manualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
B20	Si está amamantando, ¿A su bebé no le han dado chupones de entretenimiento? <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input checked="" 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? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input checked="" 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. [Una respuesta como la de que el bebé debería ser alimentado en un horario estricto (por ejemplo, cada 2 ó 3 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]
<b>Resumen (B15-B22):</b> La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input checked="" 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? [Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela] <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <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?: _____
<b>Resumen (B23-B24):</b> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No [Si es "Sí," continúe con la siguiente pregunta, si es "No", óbviela]
B26	¿Qué información y ayuda se le dió? <b>Puntos clave (2 necesarios)</b> <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?: _____
B27	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 checked="" type="checkbox"/> No
<b>Resumen (B25-B27):</b> La madre reporta 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 checked="" type="checkbox"/> No	



## ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	09-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Servicio donde labora:	MEDICINA	Profesión/Ocupación:	Médico Cirujano
Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil:	<6 meses:	>6 meses:	5 años
<b>Preguntas acerca de política y de su capacitación</b>			
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)? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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] <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Preguntas acerca de la lactancia materna</b>			
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? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input checked="" type="checkbox"/> Inicio de la lactancia en la primera hora. <input checked="" type="checkbox"/> Pinzamiento oportuno del cordón. <input checked="" type="checkbox"/> Alimentación a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> Dar consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas y antes del alta. <input checked="" type="checkbox"/> No biberones, ni chupones ni distractores. <input type="checkbox"/> Ayudando a las madres en la posición y buen agarre del bebé. <input checked="" type="checkbox"/> No fórmulas. <input type="checkbox"/> 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? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> La leche materna es el mejor alimento para el niño. <input checked="" type="checkbox"/> Desciende la motivación de amamantar. <input checked="" type="checkbox"/> Ocasiona gastos innecesarios. <input type="checkbox"/> Reduce la confianza de la madre en la lactancia. <input type="checkbox"/> Genera alergias. <input type="checkbox"/> Incrementa las posibilidades de infección. <input checked="" type="checkbox"/> Disminuye la producción de leche. ¿Alguna más?: ¿Cuál es la mayor causa de la irritación de los pezones? <i>Punto clave (1 necesario)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Mal agarre del pezón. Otra respuesta:		
P6	¿Cuál es la principal causa para una insuficiente producción de leche materna? <i>Punto clave (1 necesario)</i> <input checked="" type="checkbox"/> No hay lactancia eficaz (extracción de leche ineficiente). <input checked="" type="checkbox"/> No se alimenta a demanda o cuando el bebé lo solicita. <input checked="" type="checkbox"/> No hay un agarre del pezón correcto del bebé para estimular la producción de leche. ¿Algo más?:		



p7	¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Calma a la madre o al bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Crea un vínculo afectivo. <input checked="" type="checkbox"/> Buen comienzo para la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca y la respiración.
¿Algo más?	
Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</b>	
p8	¿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? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> Las prácticas incluyen: <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input checked="" type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <input checked="" type="checkbox"/> No usar chupones. <input checked="" type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <input checked="" type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo. <input checked="" type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna
¿Algo más?:	
p9	¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Asegura una buena producción de leche. <input checked="" type="checkbox"/> Evita la congestión mamaria. <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda a asegurar la satisfacción del niño. <input checked="" type="checkbox"/> Reduce el llanto y la tentación de utilizar sucedáneos de la leche materna.
¿Algo más?:	
P10	¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.
¿Algo más?:	
P11	¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende cómo reconocer los signos de interés del bebé para amamantar <input checked="" type="checkbox"/> La madre aprende como manejar y mantener cómodo al bebé. <input checked="" 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?:	
P12	¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input checked="" type="checkbox"/> Alivia la congestión mamaria. <input checked="" 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?:	
Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</b>	
P13	¿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? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> La importancia/los beneficios la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Si se considera una alimentación artificial, determinar si es accesible, factible, asequible, sostenible y seguro. <input checked="" 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.
¿Algo más?:	



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? <b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales.</p> <p><input type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa.</p> <p><input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas.</p> <p>¿Algo más?:</p>
P15	<p>¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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><b>Puntos claves: POSICIÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p>¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves: SUCCIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" 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? <u>Lic. Enf.</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva <input type="checkbox"/> No deriva</p>
<p><b>Resumen (P13-P17):</b> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna</b></p>	
P18	<p>¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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? <b>Puntos claves (4 necesarios)</b></p> <p><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 checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho. <input checked="" 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? <u>Lic. Enf.</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.</p>
<p><b>Resumen (P18-P20):</b> Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	


  
 22 NOV 2023
   
 María del Rosario Cabello
   
 SECRETARIO

Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	<p>¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?  <b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna.  <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".  <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la higiene.                      ¿Algo más?: _____</p>
Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan	
P22	<p>¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i></p>
P23	<p>¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?  <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.  <input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.  <input checked="" type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación.  <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la higiene.  <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza.                      ¿Algo más?: _____                      ¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? <u>Medicamento</u></p>
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	<p>¿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> <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.  <input checked="" type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.  <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.                      ¿Algo más?: _____</p>
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 quién deriva a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



## ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ASIRLO.		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Evaluador para la promoción y protección de la lactancia materna		
Servicio donde labora:	Odontología		Profesión/Ocupación: Cirujano Dentista
Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil:	<6 meses:	≥6 meses: 5 años.	
<b>Preguntas acerca de política y de su capacitación</b>			
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)? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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] <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Preguntas acerca de la lactancia materna</b>			
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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input checked="" type="checkbox"/> Inicio de la lactancia en la primera hora. <input checked="" type="checkbox"/> Pinzamiento oportuno del cordón. <input checked="" type="checkbox"/> Alimentación a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> Dar consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas y antes del alta. <input checked="" type="checkbox"/> No biberones, ni chupones ni distractores. <input type="checkbox"/> Ayudando a las madres en la posición y buen agarre del bebé. <input checked="" type="checkbox"/> No fórmulas. <input type="checkbox"/> 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> La leche materna es el mejor alimento para el niño. <input checked="" type="checkbox"/> Desciende la motivación de amamantar. <input checked="" type="checkbox"/> Ocasiona gastos innecesarios. <input type="checkbox"/> Reduce la confianza de la madre en la lactancia. <input type="checkbox"/> Genera alergias. <input type="checkbox"/> Incrementa las posibilidades de infección. <input checked="" type="checkbox"/> Disminuye la producción de leche. ¿Alguna más?: ¿Cuál es la mayor causa de la irritación de los pezones? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Mal agarre del pezón. Otra respuesta:		
P6	¿Cuál es la principal causa para una insuficiente producción de leche materna? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> No hay lactancia eficaz (extracción de leche ineficiente). <input checked="" type="checkbox"/> No se alimenta a demanda o cuando el bebé lo solicita. <input checked="" type="checkbox"/> No hay un agarre del pezón correcto del bebé para estimular la producción de leche. ¿Algo más?		

ONACES  
 Oficina Nacional de Acreditación y Certificación  
 22 Nov 2023  
 María M. Larrea Colina  
 FEDATARIO

Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	<p>¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?  <i>Puntos claves (3 necesarios)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna.  <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.  <input checked="" type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".  <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la higiene.                      ¿Algo más?: _____</p>
Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan	
P22	<p>¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i></p>
P23	<p>¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?  <i>Puntos claves (2 necesarios)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.  <input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.  <input checked="" 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? _____</p>
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	<p>¿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> <i>Puntos claves (2 necesarios)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.  <input checked="" type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.  <input checked="" 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?: _____</p>
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	





Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	<p>¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?</p> <p><b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan	
P22	<p>¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</p>
P23	<p>¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?</p> <p><b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza.</p> <p>¿Algo más?: _____</p> <p>¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? _____</p>
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	<p>¿Qué prácticas y procedimientos de trabajo de parto y post-parto aseguran que la lactancia tenga un buen inicio? [No lea la lista y sólo marque los ítems mencionados] <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.</p> <p><input checked="" 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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	<u>P. D. D.</u>	FECHA	<u>07-11-23</u>
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	<u>C. D. A. S. T. U. C. O.</u>		
EQUIPO EVALUADOR	<u>Comité Técnico Institucional, para la promoción y protección de la lactancia materna</u>		

Servicio donde labora: ENFERMERIA Profesión/Ocupación: Teo. Espinoza  
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: \_\_\_\_\_ ≥6 meses: 3 años

**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?  Sí  No  
 [Marque "Si" si la capacitación fue más de 20 horas]

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: \_\_\_\_\_

P6 ¿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?: \_\_\_\_\_

22 NOV 2023

Mariany M. Larrea Cabrera  
EVALUADORA

Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	<p>¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?</p> <p><b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna.</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
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	<p>¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</p>
P23	<p>¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?</p> <p><b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza.</p> <p>¿Algo más?: _____</p> <p>¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? _____</p>
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	<p>¿Qué prácticas y procedimientos de trabajo de parto y post-parto aseguran que la lactancia tenga un buen inicio? [No lea la lista y sólo marque los ítems mencionados] <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.</p> <p><input type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
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 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	17-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. AILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna.		

Servicio donde labora: ENFERMERIA Profesión/Ocupación: Lic. Enf.  
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: 1 ≥6 meses: 5 años

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?  Sí  No  
 [Marque "Sí" si la capacitación fue más de 20 horas]

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.
- Recuce 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:

P6 ¿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?:

22 NOV 2023  
 María B. Larrea Culebra  
 FOTOGRAFIA

p7	¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input checked="" 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? _____
<b>Resumen (P4-P7):</b> Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</b>		
p8	¿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? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> Las prácticas incluyen: <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna.	¿Algo más?: _____ <input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input type="checkbox"/> No usar chupones. <input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo.
p9	¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Asegura una buena producción de leche. <input checked="" 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.	¿Algo más?: _____
P10	¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente.	¿Algo más?: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.
P11	¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende cómo reconocer los signos de interés del bebé para amamantar. <input type="checkbox"/> La madre aprende como 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?: _____
P12	¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input checked="" type="checkbox"/> Alivia la congestión mamaria. <input checked="" 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?: _____
<b>Resumen (P8-P12):</b> Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</b>		
P13	¿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? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> La importancia/los beneficios la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Si se considera una alimentación artificial, determinar si es accesible, factible, asequible, sostenible y seguro. <input checked="" 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.	¿Algo más?: _____



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? <b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna.</p> <p><input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas.</p> <p><input type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más difícil.</p> <p><input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas.</p> <p>¿Algo más?:</p>
P15	<p>¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</p>
P16	<p>¿Puede mostrarme y describirme cómo enseñaría a una madre a colocar su bebé al pecho para amamantarlo? [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]</p> <p><b>Puntos claves: POSICIÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p>¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.</p> <p><input type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves: SUCCIÓN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.</p> <p><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí deriva <input type="checkbox"/> No deriva</p>
<p><b>Resumen (P13-P17):</b> 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><b>Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna</b></p>	
P18	<p>¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</p>
P19	<p>¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? <b>Puntos claves (4 necesarios)</b></p> <p>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones.</p> <p><input type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.</p>
<p><b>Resumen (P18-P20):</b> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	


  
 22 NOV 2013
   
 María M. Larrea Galeano
   
 20

**Preguntas acerca de la alimentación complementaria**

<b>P21</b>	¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria? <b>Puntos claves (3 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna. <input checked="" 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?: _____
------------	---

<b>Resumen (P21):</b> Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

**Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan**

<b>P22</b>	¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Si", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
------------	---

<b>P23</b>	¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente. <input checked="" 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**

<b>P24</b>	¿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 items mencionados]</i> <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado. <input checked="" 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 checked="" 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?: _____
------------	--

<b>Resumen (P22-P24):</b> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--



## ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Servicio donde labora:	Obstetricia	Profesión/Ocupación:	Obstetra
Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil:	<6 meses:	≥6 meses:	Siempre
<b>Preguntas acerca de política y de su capacitación</b>			
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)? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
P3	¿Cuántas horas de capacitación fueron en total, incluye horas de teoría y práctica? [Marque "Si" si la capacitación fue más de 20 horas] <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Preguntas acerca de la lactancia materna</b>			
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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input checked="" type="checkbox"/> Inicio de la lactancia en la primera hora. <input type="checkbox"/> Pinzamiento oportuno del cordón. <input type="checkbox"/> Alimentación a demanda. <input type="checkbox"/> Dar consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas y antes del alta. <input type="checkbox"/> No biberones, ni chupones ni distractores. <input type="checkbox"/> Ayudando a las madres en la posición y buen agarre del bebé. <input type="checkbox"/> No fórmulas. <input type="checkbox"/> 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> La leche materna es el mejor alimento para el niño. <input checked="" type="checkbox"/> Desciende la motivación de amamantar. <input checked="" type="checkbox"/> Ocasiona gastos innecesarios. <input type="checkbox"/> Reduce la confianza de la madre en la lactancia. <input type="checkbox"/> Genera alergias. <input type="checkbox"/> Incrementa las posibilidades de infección. <input type="checkbox"/> Disminuye la producción de leche. ¿Alguna más?: ¿Cuál es la mayor causa de la irritación de los pezones? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Mal agarre del pezón. Otra respuesta:		
P6	¿Cuál es la principal causa para una insuficiente producción de leche materna? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> No hay lactancia eficaz (extracción de leche ineficiente). <input checked="" type="checkbox"/> No se alimenta a demanda o cuando el bebé lo solicita. <input type="checkbox"/> No hay un agarre del pezón correcto del bebé para estimular la producción de leche. ¿Algo más?:		

22 NOV 2023  
 Mónica M. Latorre Calvo  
 PSICÓLOGA

P7	¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Calma a la madre o al bebé. <input checked="" 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? _____	
Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
<b>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</b>	
P8	¿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? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> Las prácticas incluyen: <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia.</span> <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto.</span> <input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> No usar chupones.</span> <input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo.</span> <input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna ¿Algo más?: _____
P9	¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Asegura una buena producción de leche. <input checked="" type="checkbox"/> Evita la congestión mamaria. <input checked="" 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. ¿Algo más?: _____
P10	¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.</span> ¿Algo más?: _____
P11	¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input checked="" type="checkbox"/> Madre aprende cómo reconocer los signos de interés del bebé para amamantar. <input checked="" type="checkbox"/> La madre aprende como 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?: _____
P12	¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input checked="" 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?: _____
Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas. <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
<b>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</b>	
P13	¿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? <i>Puntos claves (2 necesarios)</i> <input checked="" type="checkbox"/> La importancia/los beneficios la lactancia materna. <input checked="" 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. ¿Algo más?: _____



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? <b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones).</p> <p><input type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna.</p> <p><input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas.</p> <p><input type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más difícil.</p> <p><input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
P15	<p>¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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><b>Puntos claves: POSICIÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados.</p> <p><input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido).</p> <p>¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión?</p> <p><b>Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera.</p> <p><input type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé.</p> <p><b>Puntos claves: SUCCIÓN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución.</p> <p><input checked="" 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><b>Resumen (P13-P17):</b> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna</b></p>	
P18	<p>¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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? <b>Puntos claves (4 necesarios)</b></p> <p><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 checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones.</p> <p><input type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho.</p> <p><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 checked="" type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.</p>
<p><b>Resumen (P18-P20):</b> 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	<p>¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?</p> <p><b>Puntos claves (3 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.</p> <p><input type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan	
P22	<p>¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</p>
P23	<p>¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?</p> <p><b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la higiene.</p> <p><input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza.</p> <p>¿Algo más?: _____</p> <p>¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? _____</p>
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	<p>¿Qué prácticas y procedimientos de trabajo de parto y post-parto aseguran que la lactancia tenga un buen inicio? [No lea la lista y sólo marque los ítems mencionados] <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.</p> <p><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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mantener procedimientos invasivos (como la inducción de trabajo de parto, ruptura de membrana, episiotomía, partos instrumentados, cesáreas, entre otros) a un mínimo.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNA	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna		

Servicio donde labora: Logística Profesión/Ocupación: Personal de Limpieza  
 Tiempo que trabaja en un servicio materno- infantil: <6 meses: \_\_\_\_\_ ≥6 meses: Justo

**A. Capacitación en lactancia materna**

Pa.1	<p>¿Recibió algún tipo de orientación o capacitación sobre la promoción y apoyo a la lactancia materna desde que comenzó a trabajar aquí? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><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></p>
Pa.2	<p>¿Puede decirme algunas razones por las cuales la lactancia materna es importante para el bebé o la madre? <b>Punto clave (1 necesario)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Beneficios de salud para el bebé (específico).  <input checked="" type="checkbox"/> Lazos afectivos.  <input type="checkbox"/> Beneficios de salud para la madre (específico).  <input type="checkbox"/> Buena nutrición.          ¿Algo más?: _____</p>
Pa.3	<p>¿Puede mencionar algunas prácticas posibles que apoyen la lactancia materna en los servicios de la maternidad? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inicio temprano de la lactancia.  <input checked="" type="checkbox"/> Enseñar a la madre a amamantar.  <input checked="" type="checkbox"/> Alimentación a demanda o iniciada por el niño.  <input checked="" 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?: _____</p>
Pa.4	<p>¿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>  <b>Punto clave (1 necesario)</b>          Describa: _____</p>
<p>RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	



ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	28-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Asilo		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la Lactancia Materna		
Edad de la gestante: 21	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: 34 semanas		
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
<b>A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo</b>			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? 7 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. <input type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Estimula la lactancia materna a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerse. <input type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> No debería dar fórmulas en los primeros 6 meses si estoy amamantando. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

  
 22 NOV 2023  
 Muro La ...



**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.

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad de la gestante: <u>47</u>	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: <u>39 semanas</u>		
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
<b>A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo</b>			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? <u>4</u> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. <input type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Estimula la lactancia materna a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocermé. <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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No


  
 22 NOV 2023  
 Mónica M. Luján Colina



**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.

## ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	21-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad de la gestante: <u>27</u>	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: <u>29 semanas</u> [Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]		
<b>A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo</b>			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? <u>3</u> consultas. [Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]			
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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante? <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input checked="" type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas reducen el efecto protector de la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Las fórmulas aumentan el riesgo de obesidad. <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No





**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.

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	01/11/23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Asilo		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad de la gestante:	19	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	34 semanas

[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]

**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 2 consultas.  
 [Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b>	
	<input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. <input type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Estimula la lactancia materna a demanda. <input checked="" 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b>	
	<input type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocermelo. <input type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input type="checkbox"/> Puedo aprender pautas para su alimentación. <input checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b>	
	<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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas aumentan el riesgo de obesidad. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

  
 22 NOV 2023  
 Marivale Lora Chelva  
 COORDINADORA



**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.

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	20/10/23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna		
Edad de la gestante: 26	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: 31 semanas		
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
<b>A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo</b>			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? 5 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
A2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b>	<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 checked="" type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Estimula la lactancia materna a demanda. <input type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b>	<input checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b>	<input type="checkbox"/> No debería dar fórmulas en los primeros 6 meses si estoy amamantando. <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22 NOV 2023  
 Marco A. Lario Colina  
 COORDINADOR



**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.

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	19-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ASILLO		
EQUIPO EVALUADOR	Comité técnico institucional para la promoción y protección de la lactancia materna.		
Edad de la gestante:	29	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	32 semanas
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
<b>A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo</b>			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? 6 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 checked="" type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No		
	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <input type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca 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? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input checked="" 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? <b>Puntos claves (2 necesarios)</b> <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas reducen el efecto protector de la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Las fórmulas aumentan el riesgo de obesidad. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22 OCT 2023  
 Mónica L. Luján Córdova



**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.

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS Pueblo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control cep Edad del niño 1 a 5 m Edad madre: 27 a  
 ¿Está Ud. dando de lactar?:  Sí  No. ¿Cuándo dejó 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
D2	¿Le dieron alguna información en los siguientes temas? <b>Puntos claves (3 necesarios)</b> <input checked="" type="checkbox"/> La importancia de continuar con la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> La importancia de agregar algún alimento rico en hierro, de origen animal en la alimentación complementaria. <input checked="" type="checkbox"/> La importancia de la higiene para preparar los alimentos. <input type="checkbox"/> 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.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
D3	¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud alguien del personal de la salud la motivó a continuar con la lactancia materna? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
D4	¿Podría indicarme qué ha recibido su bebé en este establecimiento de salud? Leche materna..... <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula o alguna leche diferente a LM ..... <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <i>[Marque "SI", si recibió solo leche materna, también es aceptable la leche humana extraída, vitaminas, suplementos o medicinas con prescripción médica]</i>	
D5	¿Podría indicarme si su niño ha recibido alimentación complementaria en este establecimiento de salud por indicación médica? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Averigüe si hay justificación médica para suspender alimentación complementaria. Verificar esta información con el personal de la salud]</i>	
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.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
D7	¿Qué información le fue dada? <b>Punto clave (1 necesario)</b> <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input checked="" type="checkbox"/> Conseguir ayuda de un profesional de la salud. <input type="checkbox"/> 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).		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22 NOV 2023

Maira L. Lavica Córdova  
SECRETARIA



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Cs Aullo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: No Asesora Edad del niño 1a Edad madre: 40a  
 ¿Está Ud. dando de lactar?:  Sí  No. ¿Cuándo dejó 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° 12 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 "SI", 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

D7 ¿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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INIA)  
 DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA TÉCNICA  
 El presente documento es copia fiel del original.  
 22 NOV 2023  
 María M. Lucero Calina  
 FIDATARIA



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS Nulle		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control c/220 Edad del niño 15 m Edad madre: 35 a  
 ¿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 a  Sí  No menos 3 puntos claves.

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 con 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

D7 ¿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

22 NOV 2023  
 Mary M. Luján Calaña  
 EDATARIO



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Andino		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control (REED) Edad del niño 10 añ Edad madre: 26 añ  
 ¿Está Ud. dando de lactar?:  Sí  No. ¿Cuándo dejó 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 "SI", si recibió solo leche materna, también es aceptable la leche humana extraída, vitaminas, suplemento 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

D7 ¿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

22 NOV 2023  
 Mónica M. Latorre Córdova  
 FODIARIO



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA <u>11-11-23</u>
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
EQUIPO EVALUADOR		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control CREO Edad del niño 1a Edad madre: 40a  
 ¿Está Ud. dando de lactar?:  Sí  No. ¿Cuándo dejó 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 a  Sí  No  
 menos 3 puntos claves.

D3 ¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud alguien del personal de la salud la motivó 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 con 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

D7 ¿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

El personal de salud es capacitado en lactancia materna  
 22 NOV 2023  
 Mtro. M. Larco Quiroga  
 ESODARIO



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ASUG		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Contd caso Edad del niño 15.5m Edad madre: 20m  
 ¿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

D7 ¿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

El presente Certificado es válido por un periodo de 12 meses.  
 22 NOV 2023  
 Mónica Larrea Córdova  
 COORDINADORA



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS ASIRU		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: control CREO Edad del niño 9 m Edad madre: 40 a  
 ¿Está Ud. dando de lactar?:  Sí  No. ¿Cuándo dejó 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

D7 ¿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

  
 22 NOV 2023  
 Mariana Lucero Cármona



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C-S. Asillo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: control (red) Edad del niño: 4m Edad madre: 20a  
 ¿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

El presente documento es propiedad de la OMS y no debe ser reproducido sin el consentimiento expreso de la OMS.

22 NOV 2023

Maraela Larrea Galerna  
 COORDINADORA



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	11-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control CREO Edad del niño: 5m Edad madre: 25a

¿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 Nº.  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





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

SERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS Dillo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control CREO Edad del niño: 3 m Edad madre: 15 a  
 ¿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]*

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

1 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

2 ¿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

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

4 ¿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

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

6 ¿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



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

SERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS Dnullo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Cuental caso Edad del niño: 6m Edad madre: 35 a  
 ¿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]*

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

1. 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

2. ¿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

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

4. ¿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

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

6. ¿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

El presente documento es válido hasta el día 22 NOV 2023  
 Mónica M. Larrea Cabello



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

BERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	10-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Asillo		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Leche materna Edad del niño: 4 D Edad madre: 18 años  
 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]*

## 2. Alimentación con lactancia materna del niño menor de 6 meses

1 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

2 ¿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 calcos.  
 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

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

4 ¿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

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

6 ¿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



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

PERSONA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	12-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Brilló		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: control CRESO Edad del niño: 210 Edad madre: 36

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°. 3 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]*

**Alimentación con lactancia materna del niño menor de 6 meses**

1 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

2 ¿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

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

4 ¿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

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

6 ¿Qué facilidades le fueron dadas en el establecimiento de salud? **Punto clave (1 necesario)**  
 Horarios flexibles para dar de lactar a su bebé.  
 Le brindar 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



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

PERSONA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA	12-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS DULLO		
EQUIPO EVALUADOR			

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control CREO Edad del niño: 70 Edad madre: 27  
 ¿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]*

**2. Alimentación con lactancia materna del niño menor de 6 meses**

1 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

¿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

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

4 ¿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

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

¿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



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	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen D3-D5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	6			85.7%	
	Resumen D5-D7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NO	6			85.7%	
	Resumen E1-E3															
	Resumen E4-E9															
Entrevistas a madre de bebés con cuidados especiales	Resumen P1-P3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen P4-P7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen P8-P12	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen P13-P17	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen P18-P20	Sí	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6			85.7%	
Entrevista a personal de la salud	Resumen P21	Sí	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	6			85.7%	
	Resumen P22-P24	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	7			100%	
	Resumen Pa.1-Pa.3	Sí										1			100%	

  
 22 NOV 2023  
 Mavis M. López Calina



ANEXO 7B: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ENTREVISTAS

RESUMEN	CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, N.A.										TOTAL CALIFICACIÓN			Resultado Final. (Sin contar "N.A.") (%)					
	Entrevista Nº										SÍ	NO	N.A.						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
Entrevistas a Gestantes	Resumen A1-A2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								6			100 %	
	Resumen A3-A6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									6		100 %	
	Resumen B1-B3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									6		100 %	
	Resumen B4-B5																		
	Resumen B6-B8	NO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									5		71.4 %	
	Resumen B9-B11	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									6		100 %	
	Resumen B12-B14	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									6		100 %	
	Resumen B15-B22	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí									6		100 %	
	Resumen B23-B24	Sí	NO	NO	NO	NO	NO									1		14.3 %	
	Resumen B25-B27	Sí	NO	NO	NO	NO	NO									1		14.3 %	
Entrevistas a puérperas	Resumen B28-B29	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								6			100 %	
	Resumen B30-B32	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								6			100 %	
	Resumen C1-C2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								7			100 %	
	Resumen C3-C4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								6			85.7 %	
	Resumen C5-C6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí								6			85.7 %	
	Entrevistas a madres de niños lactantes menores de 6 meses																		

# PLAN ANUAL DEL LACTARIO INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 ASILLO



## MIEMBROS INTEGRANTES DEL COMITÉ:

- ❖ PRESIDENTE: M.C. Elena Cumpa Sereno
- ❖ VICEPRESIDENTE: Lic. Enf. Nelida Mamani Apaza
- ❖ SERETARIA: Obst. Yolanda Mamani Mamani
- ❖ 1ER VOCAL: Lic. Nutric. Elmer Turpo Castillo
- ❖ 2DO VOCAL: Llc. T.S. Armida Enrieuez Mamani

2023



ELENA CUMPA SERENO  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 057867





# PLAN ANUAL DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2023

## I. PRESENTACION

En las últimas décadas ha aparecido a nivel mundial un cumulo de evidencias científicas sobre las ventajas que ofrece la Lactancia Materna, durante los primeros 6 meses de vida del ser humano, tanto para las madres como para los Recién Nacidos y para la sociedad en general, constituyéndose en un objetivo de salud pública y en una de las principales políticas a nivel Institucional.

La Lactancia materna es una decisión importante en lo que se refiere a Salud, ya que su práctica protege a niños y niñas; de infecciones respiratorias, diarreas, y otros; ya que a través de la lecha la madre transmite sus defensas al bebe, durante una etapa vital de su desarrollo, protegiéndolo contra enfermedades futuras como: asma, alergias, diabetes, sobrepeso obesidad, dermatitis atópica, leucemia y afecciones cardiovasculares, además de favorecer su desarrollo intelectual, emocional y su crecimiento físico.

La madre por su parte intensifica el vínculo emocional con su niño (a), se beneficia con una recuperación post parto más rápida y previene hemorragias, disminuye la depresión post parto y mejora su perfil metabólico. A largo Plazo disminuye la Incidencia de Cáncer de Mama y de ovario y la protege contra las osteoporosis.

Al existir un menor número de niños enfermos, se incide positivamente en la economía familiar, no sola porque la alimentación con Lactancia Materna es gratuita, sino por que evitará gastos por concepto de atención médica y sus repercusiones en el ausentismo laboral de los padres.

La participación de la mujer en el ámbito laboral ha traído múltiples beneficios a la sociedad, pero también a creados algunas barreras que afectan esta importante acción de salud. Consciente de esta situación el Ministerio de Salud, viene impulsando distintas estrategias que buscan



El presente documento es copia fiel del original.  
22 Nov 2023  
Mano M. Lario Calina  
FEDATARI

favorecer la Lactancia Materna, a través de su Promoción, Educación e implementación de un espacio con las condiciones propias para el Desarrollo del Lactario Institucional, incidiendo en que este lugar se constituya en un medio para el desarrollo de la Lactancia Materna, orientada a la nutrición infantil, la salud y el desarrollo socio afectivo de la madre y el niño.

Por todo ello bajo la coordinación de Promoción de la Salud de la Red de Salud Azángaro, la IPRESS I-4 de Asillo, ha conformado el Comité de Institucional de Lactancia Materna, quienes elaboran el presente Plan Anual del Comité Institucional de Lactancia Materna para el presente año.

## II. INTRODUCCION

La leche humana es el alimento principal para los bebés en todo el mundo desde el comienzo de la humanidad. Sin embargo, la tendencia a la lactancia artificial surgida en los años 40 a través de las leches mal llamadas maternizadas, fue una alternativa posible y al alcance de la población, con una disminución paralela de la lactancia materna. Este mal llamado avance de la Industria, unido a una serie de factores sociales, culminó en lo que hoy se conoce como el experimento más grande del mundo a gran escala en una especie animal: la especie humana cambió su forma de alimentación natural, por leche modificada de una especie distinta.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, no solo por los componentes beneficiosos que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable. Los beneficios de la lactancia materna no sólo favorecen al bebé, sino que también aporta numerosas ventajas a la madre.

Estudios revelan que si se aumentara la lactancia materna a niveles casi universales se podrían salvar cada año las vidas de más de 820.000 niños menores de 5 años y 20.000 mujeres. Aumentar las tasas de lactancia materna reduciría significativamente los costos a las familias y a los gobiernos en el tratamiento de enfermedades infantiles como la neumonía, la diarrea y el asma.





En el Perú, actualmente uno de cada tres niños peruanos no recibe lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Los datos preliminares de la ENDES 2015 registran que la práctica de la lactancia materna exclusiva en los niños hasta los seis meses de edad, habría descendido de 68,4 a 65,9 %. Una comercialización inadecuada de los sucedáneos de la leche materna sigue socavando los esfuerzos para mejorar las tasas de lactancia materna y permanencia en todo el mundo

El Centro de Salud I V Asillo, ha venido trabajando a favor de la lactancia materna desde hace más de 20 años, viene promoviendo y protegiendo la lactancia materna como elemento básico del cuidado de la salud del binomio madre - niño. La D.A. N°201-MINSA/DGSP V.01 para la Certificación de "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, establece que la certificación debe ser actualizada cada tres años; por lo que en cumplimiento al primero de los "Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa" el presente documento describe la política de este hospital con respecto a la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna. Esta política elaborada en consenso resume nuestro compromiso y forma de trabajo para otorgar una atención de calidad centrada en las personas.



### III. JUSTIFICACION

Haciendo un análisis de la causa del porque no se logran todavía los estándares óptimos por encima del 80 % en LME, a pesar de ser una práctica cultural ancestral, encontramos que los Recién Nacidos inician la LME después de horas, convirtiéndose en un riesgo para la introducción de biberón. Este problema ocurre en nuestro Establecimiento de Salud I-4 Asillo, donde nacen los niños y no se cumple el cuarto paso de la LACTANCIA MATERNA EXITOSA (Ayudar a la madre a iniciar la Lactancia durante la primera hora, después del parto. En el marco de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño).

"Los niños que son amamantados por períodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, menor número de mal oclusiones



dentales, y una inteligencia más alta, que aquellos amamantados por períodos más cortos o no son amamantados"

En esta situación el Personal del Centro de Salud Asillo, en el marco de la Política Nacional del Fortalecimiento de la Lactancia Materna, a través del Comité Institucional de Lactancia Materna, debe implementar Estrategias para el cumplimiento del Objetivo propuesto como Promoción de la Salud.

La leche materna es el alimento ideal para los bebés, es reconocida su superioridad en todos los aspectos: nutricional, bioquímico, inmunológico, psicológico, incluso económico, garantizando el óptimo desarrollo y crecimiento del niño. El Ministerio de Salud (MINSA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como las asociaciones profesionales de expertos del Perú, recomiendan la alimentación exclusiva al pecho durante los 6 primeros meses de vida, iniciándola en la primera hora del nacimiento y continuándola hasta más allá de los 2 años con alimentación complementaria apropiada; como la manera óptima de alimentar al lactante y niño pequeño.

#### Principios:

- El Centro de Salud Asillo, reconoce que la lactancia materna es un derecho fundamental del ser humano que debe ser promovido y protegido por el Estado, la Sociedad, las Familias y la Comunidad, en la medida que contribuye al desarrollo integral de las niñas y niños, mejora la salud de la madre y fortalece los vínculos familiares.
- Todos los niños tienen el derecho a recibir leche materna como el mejor alimento que existe.
- Todas las madres tienen el derecho de ser bien informadas para alimentar de la manera más adecuada a sus hijos. Por tanto, este hospital se ha propuesto basar su política de lactancia materna, teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS y de UNICEF contenidas en su declaración conjunta "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna" (1989), respetar el Código Internacional de sucedáneos de la leche materna (OMS, 1981) y cumplir con los "Diez pasos para una





Lactancia Materna Exitosa" base de la Iniciativa Hospital Amigo de La Madre Y el Niño. En nuestro país el Reglamento de Alimentación Infantil D.S. N°009-2006-SA, traduce el espíritu del código al no permitir la donación de sucedáneos o venta a precios reducidos y limitar el acceso de promotores de sustitutos artificiales de la leche materna en los Servicios de Salud. Esta política de lactancia, constituye el primero de los "Diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa" y pretende ser el punto de partida para lograr los cambios adecuados en las prácticas de este hospital para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

#### IV. OBJETIVOS

##### a. OBJETIVO GENERAL

- Promover, proteger y apoyar la Lactancia Materna como la alimentación natural de los niños(as) menores de 6 meses con exclusividad y menores de dos años como complementario, y llegar a la Calificación conforme los criterios normativos.

##### b. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Proporcionar los criterios normativos para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna más alimentación complementaria hasta los 2 años de edad; en el Centro de Salud Asillo, involucrados con la atención de la madre y el niño.
- Difundir los lineamientos del MINSA, relacionados a la alimentación infantil
- Sensibilizar en los 10 pasos de la Lactancia Materna Exitosa, a los trabajadores del Establecimiento "Amigos de la Madre y el Niño"
- Establecer y unificar los criterios normativos para la atención de las madres embarazadas, puérperas, niños y niñas de 0 a 2 años de edad, sobre como promover, proteger y apoyar la lactancia materna en el Hospital Belén de Trujillo.



- Implementar los diez pasos para una lactancia materna exitosa, de la Iniciativa de Establecimientos de salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.
- Promover la capacitación y actualización del personal de salud que labora en el centro de Salud Asillo para fortalecer las competencias necesarias para prestar una atención eficaz y asesoramiento competente en lactancia materna, así como en el manejo clínico de cualquier situación que pueda comprometer la lactancia materna.
- Promover el uso del Lactario Institucional como un espacio para que las mujeres puedan ejercer su derecho de lactancia materna durante la jornada laboral.

#### V. FINALIDAD

- Implementación del Lactario Institución, para contribuir a Reducir la Morbimortalidad Infantil, es decir de la Madre y el Niño,
- Contribuir a mejorar el estado de salud y el desarrollo integral de la niña y el niño usuarios del Centro de Salud Asillo

#### VI. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú
- Ley Nro. 26842, Ley General de Salud
- Ley Nro. 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley Nro. 29896, Ley que establece la implementación de Lactarios en las Instituciones del sector público y del sector privado, promoviendo la Lactancia Materna.
- Ley Nro. 27240, Ley que otorga permiso por Lactancia Materna
- Ley nro. 28731, Ley que amplía la duración del Permiso por Lactancia Materna
- Resolución Ministerial Nro. 959-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerios de Salud.





- R.M. 609-2014/MINSA
- Directiva Administrativa. Nro. 201 Aprobada por el Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial Nro. 527-2013, que aprueba la Norma Técnica Nro. 105 MINSA "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna"

## VII. DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

Están orientado a que todo Establecimiento que cuente con un servicio de maternidad y de cuidados del Recién Nacido debe:

1. Existencia de una Política de Lactancia Materna considerada en un Plan de Trabajo, y comunicar al personal
2. Sensibilizar y entrenar a todo el personal para cumplir dicha política, a través de Visitas Domiciliarias y/o Tele orientación, en Lactancia Materna Exclusiva y Preparación de Alimentos
3. Informar a todas las gestantes sobre los beneficios y la práctica de la Lactancia Materna
4. Ayudar a las madres a iniciar la Lactancia, durante la primera hora después del parto
5. Enseñar a las Madres como amamantar y como mantener la lactancia si se separan de sus bebés.
6. No dar a los Recién Nacidos ningún alimento o bebida que no sea leche materna, salvo por indicación medica
7. Practicar el alojamiento conjunto, dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar que la Lactancia Materna se dé cada vez que el bebé lo pida
9. No dar tetinas chupones u otros objetos artificiales para la succión de los bebés amamantados
10. Promover la creación de los grupos de apoyo a la Lactancia Materna y remitir a las madres a los mismos.

## VIII. CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD



La Capacitación a todo el personal asistencial en su conjunto, cualquiera sea su disciplina, sea este profesional, técnico, así como al personal no asistencial es fundamental para que esté en condiciones de poner en práctica la política institucional a favor de la lactancia materna dentro del marco de los derechos humanos.

**Acciones:**

- Todo el personal asistencial y de apoyo que tenga contacto con embarazadas y madres recibirán formación en lactancia materna a un nivel apropiado a su categoría profesional. El personal de reciente contratación recibirá formación en los primeros 6 meses de iniciar su trabajo.
- La Capacitación del personal es responsabilidad comité de lactancia y servicios correspondientes. Es su responsabilidad proporcionar la formación necesaria a todo el personal, así como evaluar la eficacia de la formación recibida.
- El plan de capacitación debe considerar los programas de capacitación, inducción y educación continua dirigidos al personal asistencial y no asistencial, incluyendo al personal de nueva incorporación y al personal que se encuentra en entrenamiento.
- El programa de capacitación debe incluir cursos de capacitación anual en lactancia materna, los cuales tendrán un mínimo de 20 horas.
- Los cursos serán dictados en forma periódica de acuerdo a un cronograma establecido, teniendo en cuenta el número de participantes designado por los servicios. Se dará prioridad al personal recientemente ingresado al Centro de Salud Asillo.
- Los contenidos del curso de capacitación incluirán los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, el Reglamento de alimentación infantil (RAI), la implementación de lactarios institucionales, y otros contenidos específicos que se consideren oportunos según los diferentes niveles del personal, que les permita fortalecer sus conocimientos y habilidades, así como el cambio de actitud.





- La capacitación anual en lactancia materna es obligatoria para todo el personal que trabaja con la madre y el niño. Los jefes de departamentos y de servicios deberán garantizar la asistencia de todo el personal a cada uno de los cursos de capacitación programados.
- El programa de capacitación también deberá contemplar la participación del personal profesional médico, de enfermería y obstetricia a cursos de "Consejeros en Lactancia Materna". El consejero/a en lactancia materna participara activamente en las actualizaciones anuales para todo el personal del hospital.
- Las reuniones de inducción deben incluir la información individual/grupal sobre la política institucional en Lactancia Materna y los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa al nuevo personal en el momento de su ingreso a los servicios materno infantiles. Para tal efecto una copia de la política de Lactancia Materna y sus normas debe estar disponible para su uso por el responsable de la inducción, así como en cada uno de los servicios.
- El personal de nuevo ingreso deberá realizar y aprobar el curso de lactancia materna de 20 horas de duración, dentro de los seis meses posteriores a su ingreso. Lo mismo corresponde para los residentes médicos de las distintas especialidades que atienden a la madre y al niño. El cumplimiento de esta norma será evaluado como parte de los logros en la formación de este personal.
- Las actividades de inducción para el personal que realiza internado de las diferentes disciplinas de salud y que corresponden a universidades e institutos que colaboran en la tarea asistencial en los servicios maternos infantiles, deberá incluir aspectos relacionados con la lactancia materna y la política institucional.
- Para el caso de los estudiantes de práctica de las diferentes disciplinas de salud, la Unidad de docencia diseñara los mecanismos para que antes del ingreso a la institución se realice en sus respectivas instituciones la evaluación y el reforzamiento de contenidos sobre lactancia materna.



- Todo el personal no asistencial (secretarías, vigilancia, limpieza, mantenimiento) que cumpla sus funciones en los servicios materno infantiles, recibirán información y charlas de sensibilización sobre lactancia materna con el propósito de motivarlas a que colaboren para ayudar a las madres a amamantar a sus hijos en los distintos sectores del Hospital.

## IX. TECNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Mostrar a las Madres como se debe de dar de mamar al niño y como mantener la Lactancia, cuando tengan que separarse de sus hijos.

### a. TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO

- El equipo Multidisciplinario inmerso en la atención materna infantil, deberá orientar, apoyar y evaluar la lactancia materna y como solucionar problemas.
- Verificación y registro en la Historia Clínica de la observación de por lo menos 02 sesiones correctas de Amamantamiento.
- Asegurar que la Madre conozca la técnica de Lactancia Materna adecuada, y es a libre demanda, como extraerse leche materna, los peligros del uso del chupón y biberón.
- Apoyo continuo del personal para las madres que nunca han amantado o que han tenido problemas previos para amantar.

### b. TECNICA DE EXTRACCION DE LECHE MATERNA

- Debe de ayudarse a las madres a poner en práctica las técnicas de extracción de la Leche materna, iniciando la acción con un adecuado lavado de manos.
- Asegurarse que la madre conozca cuales son los pasos para un adecuado lavado de manos, las indicaciones para extraerse leche materna, como almacenar, transportar, guardar y calentar su leche en condiciones seguras.
- Cuando se separan Madre e Hijo, por razones médicas, es responsabilidad de todos los profesionales de asegurar que a la madre, se le proporcione y se le anime a extraer la leche y mantener su Lactancia durante el periodo de separación.





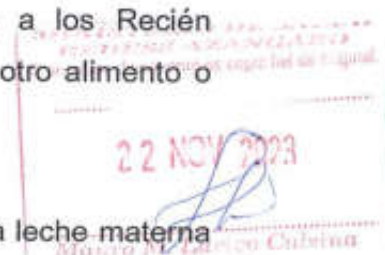
- Se debe extraer la leche al menos 8 veces al Día.

#### X. EXCLUSIVIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA

Ofrecer a los Recién Nacidos más que Leche Materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este Medicado.

##### Lactancia Materna Exclusiva

- La indicación de otra leche artificial distinta a la leche materna debe ser prescrita por el Medico, quien bajo responsabilidad deberá registrar la indicación debidamente sustentada en la Historia Clínica.
- Se debe brindar las facilidades a la madre del niño(a), a fin de favorecer la continuidad de la lactancia materna.
- Las madres de los Lactantes Hospitalizados y que aún son amamantados, recibirán facilidades de ingreso para que los acompañe y continúe con su Lactancia Materna, durante el tiempo que dure su estadía, siempre y cuando se encuentre en condiciones de recibir vía oral.
- Si la Madre que da de lactar es Hospitalizado y el problema Médico no es una contraindicación para la Lactancia materna, se debe brindar las facilidades correspondientes para el ingreso temporal o permanente del lactante, si esto no es posible, se ayudará a la madre para que continúe con la extracción de leche y mantener su producción.
- Las madres VIH positivas y otras enfermedades no pueden amantar a sus niños(as) en una contraindicación medicada aceptable, estas madres deberán ser orientadas para disminuir los riesgos de la alimentación con fórmulas lácteas artificiales y se les enseñara individualmente como deben de preparar la formula láctea artificial. Ofrecer a los Recién Nacidos más que Leche Materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este Medicado.
- Lactancia Materna Exclusiva
- La indicación de otra leche artificial distinta a la leche materna debe ser prescrita por el Medico, quien bajo responsabilidad



deberá registrar la indicación debidamente sustentada en la Historia Clínica.

- Se debe brindar las facilidades a la madre del niño(a), a fin de favorecer la continuidad de la lactancia materna.
- Las madres de los Lactantes Hospitalizados y que aún son amamantados, recibirán facilidades de ingreso para que los acompañe y continúe con su Lactancia Materna, durante el tiempo que dure su estadía, siempre y cuando se encuentre en condiciones de recibir vía oral.
- Si la Madre que da de lactar es Hospitalizado y el problema Médico no es una contraindicación para la Lactancia materna, se debe brindar las facilidades correspondientes para el ingreso temporal o permanente del lactante, si esto no es posible, se ayudará a la madre para que continúe con la extracción de leche y mantener su producción.
- Las madres VIH positivas y otras enfermedades no pueden amantar a sus niños(as) en una contraindicación medicada aceptable, estas madres deberán ser orientadas para disminuir los riesgos de la alimentación con fórmulas lácteas artificiales y se les enseñara individualmente como deben de preparar la formula láctea artificial.



#### **XI. ALOJAMIENTO CONJUNTO DE MADRE Y RECIEN NACIDO**

Practicar el alojamiento conjunto, permite a las madres y sus niños (as) permanecer juntos las 24 horas día.

1. Se fomentará en todo momento el contacto físico cercano entre la madre y el hijo, para favorecer el reconocimiento de signos tempranos de hambre del bebe, facilitar el agarre y mejorar el vínculo. No deben ser separados las 24 horas en niños amamantados y alimentados con fórmula láctea artificial.

#### **LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA**

Fomentar la Lactancia Materna a Libre Demanda





2. Se apoyará la lactancia materna exclusiva a libre demanda, (cuando el niño de señales de hambre) durante los 6 primeros meses de vida, a menos que haya otras indicaciones médicas. El personal de salud debe enseñar a las madres a reconocer los signos de hambre de niño y la importancia de responder a ellos.
3. Se debe informar a la Madre que debe despertar a su hijo para alimentarlo, si nota que su pecho está lleno y/o si duerme por más de 3 horas. Debe explicárseles la importancia de la toma nocturna para la producción de leche.
4. A la Madre se les debe ofrecer ayuda con la Lactancia materna, las 6 primeras horas de nacimiento.
5. El personal de Salud, debe estar disponible para ayudar a la madre con lactancia materna durante su estancia de hospitalización.
6. En la Historia Clínica del niño debe registrarse el tipo de lactancia que se le ofrece al niño.
7. Todos los Profesionales deberán interesarse y observar el progreso de la Lactancia materna cada vez que entren en contacto con una madre que este amantando a su hijo.

## XII. DE LA PROHIBICION

### Acciones:

- No se permitirá el uso de biberones, tetinas y chupones que desestimulan la práctica de la lactancia materna en la institución. En los RN normales, durante el período inicial de la lactancia, es fundamental que toda necesidad de succión sea satisfecha con el pecho materno.
- Los padres deben ser informados de los riesgos y efectos perjudiciales del uso de biberón y chupones sobre la lactancia para que tomen una decisión informada. Esta actividad debe quedar registrada.
- No se recomienda el uso de pezoneras, excepto en circunstancias extremas y sólo por periodos de tiempo lo más cortos posible. Se deberá



explicar a las madres las desventajas de su uso, antes de que empiece usarlas.

### XIII. BENEFICIOS

#### a. BENEFICIOS PARA LA MADRE

- Le permite ejercer su derecho a continuar con la lactancia materna.
- Fortalece el apego.
- Le permite conciliar su vida familiar con sus actividades laborales.
- Le permite tener mejores condiciones para continuar laborando.
- Le permite lograr la lactancia materna exclusiva y la óptima prolongada.
- La lactancia materna, brinda muchos beneficios a la salud de las madres como a prevenir enfermedades y a recuperar el peso

#### b. BENEFICIOS PARA EL BEBE

- Recibe el mejor alimento con todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo físico, intelectual, psicomotriz y emocional de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y de manera óptima hasta los 2 años de edad.

### XIV. CONTACTO CON LOS GRUPOS DE APOYO

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo

- Integrar a los familiares directos para el proceso de continuidad de la Lactancia Materna en el hogar, brindando apoyo emocional
- No pueden entregarse muestras gratuitas de sucedáneos a las madres, solo con Receta Medica
- Informar sobre el Lactario Institucional
- No está permitido que los trabajadores de salud reciban regalos de empresas

### XV. DEL COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL DE LACTANCIA MATERNA





El reglamento de Alimentación Infantil establece que los Establecimientos de Salud, públicos y privados que cuenten con servicios de atención de parto del recién nacido, están obligados de contar con un **Comité de Lactancia Materna**, el cual **debe** estar reconocido por Resolución Jefatura/Directoral, conformado por 3 personas designadas por la autoridad, que atienden a la Madre y al Niño menor de 2 años.

#### **Funciones del Comité de Lactancia Materna**

- Realizar el análisis integral de la situación de la Lactancia materna en el EE.SS.
- Elaborar el Plan de Trabajo para la promoción y protección de la Lactancia Materna
- Participar en los procesos de mejora para la **Certificación**, como **Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño**
- Capacitación al Personal de Salud, para su Evaluación
- Monitorea la promoción y protección de la Lactancia Materna en el EE.SS.
- Realizar reuniones periódicas entre el personal
- Promueve y fortalece el Lactario Institucional, según normatividad vigente
- Evaluación Interna y Externa, para la Calificación, con el nombre de "Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño" Promoción y Protección.
- Metodología para la Evaluación Interna, es llegar al 100 por ciento. (Entrevista a las Madres, Entrevista al personal de Salud)
- Entrega de Acta final de Calificación

#### **XVI. DEL LACTARIO INSTITUCIONAL**

El lactario es un ambiente apropiadamente implementado en el centro de Salud, para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante la jornada laboral, y para madres gestantes que llegar a alumbrar en el Establecimiento.

Características conforme el D.S. Nro. 001-2016-MIMP



# POLITICA DE PROMOCION, PROTECCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA ESTABLECIMIENTO DE SALUD

## I-4 ASILLO



### MIEMBROS INTEGRANTES DEL COMITÉ:

- ❖ PRESIDENTE: M.C. Elena Cumpa Sereno
- ❖ VICEPRESIDENTE: Lic. Enf. Nelida Mamani Apaza
- ❖ SERETARIA: Obst. Yolanda Mamani Mamani
- ❖ 1ER VOCAL: Lic. Nutric. Elmer Turpo Castillo
- ❖ 2DO VOCAL: Llc. T.S. Armida Enrieuez Mamani

2023


 MINISTERIO DE SALUD  
 CENTRO DE SALUD  
 JEFATURA  
 REDESS AZUAY  
 ELIENA CUMPA SERENO  
 MEDICO CIRUJANO  
 C.M.P: 057867

El presente documento es copia fiel del original.  
 22 NOV 2023  
 Mónica M. Larico Calvina  
 SECRETARIA



## PLAN ANUAL DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2023

### I. PRESENTACION

En las últimas décadas ha aparecido a nivel mundial un cumulo de evidencias científicas sobre las ventajas que ofrece la Lactancia Materna, durante los primeros 6 meses de vida del ser humano, tanto para las madres como para los Recién Nacidos y para la sociedad en general, constituyéndose en un objetivo de salud pública y en una de las principales políticas a nivel Institucional.

La Lactancia materna es una decisión importante en lo que se refiere a Salud, ya que su práctica protege a niños y niñas; de infecciones respiratorias, diarreas, y otros; ya que a través de la leche la madre transmite sus defensas al bebe, durante una etapa vital de su desarrollo, protegiéndolo contra enfermedades futuras como: asma, alergias, diabetes, sobrepeso obesidad, dermatitis atópica, leucemia y afecciones cardiovasculares, además de favorecer su desarrollo intelectual, emocional y su crecimiento físico.

La madre por su parte intensifica el vínculo emocional con su niño (a), se beneficia con una recuperación post parto más rápida y previene hemorragias, disminuye la depresión post parta y mejora su perfil metabólico. A largo Plazo disminuye la Incidencia de Cáncer de Mama y de ovario y la protege contra las osteoporosis.

Al existir un menor número de niños enfermos, se incide positivamente en la economía familiar, no sola porque la alimentación con Lactancia Materna es gratuita, sino por que evitará gastos por concepto de atención médica y sus repercusiones en el ausentismo laboral de los padres.

La participación de la mujer en el ámbito laboral ha traído múltiples beneficios a la sociedad, pero también a creados algunas barreras que afectan esta importante acción de salud. Consciente de esta situación el Ministerio de Salud, viene impulsando distintas estrategias que buscan favorecer la Lactancia Materna, a través de su Promoción, Educación e implementación de un espacio con las condiciones propias para el Desarrollo del Lactario Institucional, incidiendo en que este lugar se constituya en un medio para el



desarrollo de la Lactancia Materna, orientada a la nutrición infantil, la salud y el desarrollo socio afectivo de la madre y el niño.

Por todo ello bajo la coordinación de Promoción de la Salud de la Red de Salud Azángaro, la IPRESS I-4 de Asillo, ha conformado el Comité de Institucional de Lactancia Materna, quienes elaboran el presente Plan Anual del Comité Institucional de Lactancia Materna para el presente año.

## II. INTRODUCCION

La leche humana es el alimento principal para los bebés en todo el mundo desde el comienzo de la humanidad. Sin embargo, la tendencia a la lactancia artificial surgida en los años 40 a través de las leches mal llamadas maternizadas, fue una alternativa posible y al alcance de la población, con una disminución paralela de la lactancia materna. Este mal llamado avance de la Industria, unido a una serie de factores sociales, culminó en lo que hoy se conoce como el experimento más grande del mundo a gran escala en una especie animal: la especie humana cambió su forma de alimentación natural, por leche modificada de una especie distinta.

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, no solo por los componentes beneficiosos que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable. Los beneficios de la lactancia materna no sólo favorecen al bebé, sino que también aporta numerosas ventajas a la madre.

Estudios revelan que si se aumentara la lactancia materna a niveles casi universales se podrían salvar cada año las vidas de más de 820.000 niños menores de 5 años y 20.000 mujeres. Aumentar las tasas de lactancia materna reduciría significativamente los costos a las familias y a los gobiernos en el tratamiento de enfermedades infantiles como la neumonía, la diarrea y el asma.

En el Perú, actualmente uno de cada tres niños peruanos no recibe lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Los datos preliminares de la ENDES 2015 registran que la práctica de la lactancia materna exclusiva





en los niños hasta los seis meses de edad, habría descendido de 68,4 a 65,9 %. Una comercialización inadecuada de los sucedáneos de la leche materna sigue socavando los esfuerzos para mejorar las tasas de lactancia materna y permanencia en todo el mundo

El Centro de Salud I V Asillo, ha venido trabajando a favor de la lactancia materna desde hace más de 20 años, viene promoviendo y protegiendo la lactancia materna como elemento básico del cuidado de la salud del binomio madre - niño. La D.A. N°201-MINSA/DGSP V.01 para la Certificación de "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, establece que la certificación debe ser actualizada cada tres años; por lo que en cumplimiento al primero de los "Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa" el presente documento describe la política de este hospital con respecto a la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna. Esta política elaborada en consenso resume nuestro compromiso y forma de trabajo para otorgar una atención de calidad centrada en las personas.

### III. JUSTIFICACION

Haciendo un análisis de la causa del porque no se logran todavía los estándares óptimos por encima del 80 % en LME, a pesar de ser una práctica cultural ancestral, encontramos que los Recién Nacidos inician la LME después de horas, convirtiéndose en un riesgo para la introducción de biberón. Este problema ocurre en nuestro Establecimiento de Salud I-4 Asillo, donde nacen los niños y no se cumple el cuarto paso de la LACTANCIA MATERNA EXITOSA (Ayudar a la madre a iniciar la Lactancia durante la primera hora, después del parto. En el marco de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño).

"Los niños que son amamantados por períodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, menor número de mal oclusiones dentales, y una inteligencia más alta, que aquellos amamantados por períodos más cortos o no son amamantados"

En esta situación el Personal del Centro de Salud Asillo, en el marco de la Política Nacional del Fortalecimiento de la Lactancia Materna, a través del



Comité Institucional de Lactancia Materna, debe implementar Estrategias para el cumplimiento del Objetivo propuesto como Promoción de la Salud.

La leche materna es el alimento ideal para los bebés, es reconocida su superioridad en todos los aspectos: nutricional, bioquímico, inmunológico, psicológico, incluso económico, garantizando el óptimo desarrollo y crecimiento del niño. El Ministerio de Salud (MINSa), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como las asociaciones profesionales de expertos del Perú, recomiendan la alimentación exclusiva al pecho durante los 6 primeros meses de vida, iniciándola en la primera hora del nacimiento y continuándola hasta más allá de los 2 años con alimentación complementaria apropiada; como la manera óptima de alimentar al lactante y niño pequeño.

### Principios:

- El Centro de Salud Asillo, reconoce que la lactancia materna es un derecho fundamental del ser humano que debe ser promovido y protegido por el Estado, la Sociedad, las Familias y la Comunidad, en la medida que contribuye al desarrollo integral de las niñas y niños, mejora la salud de la madre y fortalece los vínculos familiares.
- Todos los niños tienen el derecho a recibir leche materna como el mejor alimento que existe.
- Todas las madres tienen el derecho de ser bien informadas para alimentar de la manera más adecuada a sus hijos. Por tanto, este hospital se ha propuesto basar su política de lactancia materna, teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS y de UNICEF contenidas en su declaración conjunta "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna" (1989), respetar el Código Internacional de sucedáneos de la leche materna (OMS, 1981) y cumplir con los "Diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa" base de la Iniciativa Hospital Amigo de La Madre Y el Niño. En nuestro país el Reglamento de Alimentación Infantil D.S. N°009-2006-SA, traduce el espíritu del código al no permitir la donación de sucedáneos o venta a precios reducidos y limitar el acceso de promotores de sustitutos artificiales de la leche materna en los Servicios de Salud. Esta política de





## Acciones:

- Todo el personal asistencial y de apoyo que tenga contacto con embarazadas y madres recibirán formación en lactancia materna a un nivel apropiado a su categoría profesional. El personal de reciente contratación recibirá formación en los primeros 6 meses de iniciar su trabajo.
- La Capacitación del personal es responsabilidad comité de lactancia y servicios correspondientes. Es su responsabilidad proporcionar la formación necesaria a todo el personal, así como evaluar la eficacia de la formación recibida.
- El plan de capacitación debe considerar los programas de capacitación, inducción y educación continua dirigidos al personal asistencial y no asistencial, incluyendo al personal de nueva incorporación y al personal que se encuentra en entrenamiento.
- El programa de capacitación debe incluir cursos de capacitación anual en lactancia materna, los cuales tendrán un mínimo de 20 horas.
- Los cursos serán dictados en forma periódica de acuerdo a un cronograma establecido, teniendo en cuenta el número de participantes designado por los servicios. Se dará prioridad al personal recientemente ingresado al Centro de Salud Asillo.
- Los contenidos del curso de capacitación incluirán los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, el Reglamento de alimentación infantil (RAI), la implementación de lactarios institucionales, y otros contenidos específicos que se consideren oportunos según los diferentes niveles del personal, que les permita fortalecer sus conocimientos y habilidades, así como el cambio de actitud.
- La capacitación anual en lactancia materna es obligatoria para todo el personal que trabaja con la madre y el niño. Los jefes de departamentos y de servicios deberán garantizar la asistencia de todo el personal a cada uno de los cursos de capacitación programados.
- El programa de capacitación también deberá contemplar la participación del personal profesional médico, de enfermería y obstetricia a cursos de "consejeros en Lactancia Materna". El consejero/a en lactancia materna



participara activamente en las actualizaciones anuales para todo el personal del hospital.

- Las reuniones de inducción deben incluir la información individual/grupal sobre la política institucional en Lactancia Materna y los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa al nuevo personal en el momento de su ingreso a los servicios materno infantiles. Para tal efecto una copia de la política de Lactancia Materna y sus normas debe estar disponible para su uso por el responsable de la inducción, así como en cada uno de los servicios.
- El personal de nuevo ingreso deberá realizar y aprobar el curso de lactancia materna de 20 horas de duración, dentro de los seis meses posteriores a su ingreso. Lo mismo corresponde para los residentes médicos de las distintas especialidades que atienden a la madre y al niño. El cumplimiento de esta norma será evaluado como parte de los logros en la formación de este personal.
- Las actividades de inducción para el personal que realiza internado de las diferentes disciplinas de salud y que corresponden a universidades e institutos que colaboran en la tarea asistencial en los servicios maternos infantiles, deberá incluir aspectos relacionados con la lactancia materna y la política institucional.
- Para el caso de los estudiantes de práctica de las diferentes disciplinas de salud, la Unidad de docencia diseñara los mecanismos para que antes del ingreso a la institución se realice en sus respectivas instituciones la evaluación y el reforzamiento de contenidos sobre lactancia materna.
- Todo el personal no asistencial (secretarias, vigilancia, limpieza, mantenimiento) que cumpla sus funciones en los servicios materno infantiles, recibirán información y charlas de sensibilización sobre lactancia materna con el propósito de motivarlas a que colaboren para ayudar a las madres a amamantar a sus hijos en los distintos sectores del Hospital.



**IX. TECNICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

Mostrar a las Madres como se debe de dar de mamar al niño y como mantener la Lactancia, cuando tengan que separarse de sus hijos.





**a. TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO**

- El equipo Multidisciplinario inmerso en la atención materna infantil, deberá orientar, apoyar y evaluar la lactancia materna y como solucionar problemas.
- Verificación y registro en la Historia Clínica de la observación de por lo menos 02 sesiones correctas de Amamantamiento.
- Asegurar que la Madre conozca la técnica de Lactancia Materna adecuada, y es a libre demanda, como extraerse leche materna, los peligros del uso del chupón y biberón.
- Apoyo continuo del personal para las madres que nunca han amantado o que han tenido problemas previos para amantar.

**b. TECNICA DE EXTRACCION DE LECHE MATERNA**

- Debe de ayudarse a las madres a poner en práctica las técnicas de extracción de la Leche materna, iniciando la acción con un adecuado lavado de manos.
- Asegurarse que la madre conozca cuales son los pasos para un adecuado lavado de manos, las indicaciones para extraerse leche materna, como almacenar, transportar, guardar y calentar su leche en condiciones seguras.
- Cuando se separan Madre e Hijo, por razones médicas, es responsabilidad de todos los profesionales de asegurar que a la madre, se le proporcione y se le anime a extraer la leche y mantener su Lactancia durante el periodo de separación.
- Se debe extraer la leche al menos 8 veces al Día.



**X. EXCLUSIVIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA**

Ofrecer a los Recién Nacidos más que Leche Materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este Medicado.

**Lactancia Materna Exclusiva**

- La indicación de otra leche artificial distinta a la leche materna debe ser prescrita por el Medico, quien bajo responsabilidad deberá registrar la indicación debidamente sustentada en la Historia Clínica.

MINISTERIO DE SALUD  
 CENTRO DE SALUD AZUAY  
 El presente documento es copia fiel del original.

22 NOV 2023

Mario M. Lucio Calvina  
 REDACTOR

- Se debe brindar las facilidades a la madre del niño(a), a fin de favorecer la continuidad de la lactancia materna.
- Las madres de los Lactantes Hospitalizados y que aún son amamantados, recibirán facilidades de ingreso para que los acompañe y continúe con su Lactancia Materna, durante el tiempo que dure su estadía, siempre y cuando se encuentre en condiciones de recibir vía oral.
- Si la Madre que da de lactar es Hospitalizado y el problema Médico no es una contraindicación para la Lactancia materna, se debe brindar las facilidades correspondientes para el ingreso temporal o permanente del lactante, si esto no es posible, se ayudará a la madre para que continúe con la extracción de leche y mantener su producción.
- Las madres VIH positivas y otras enfermedades no pueden amantar a sus niños(as) en una contraindicación medicada aceptable, estas madres deberán ser orientadas para disminuir los riesgos de la alimentación con fórmulas lácteas artificiales y se les enseñara individualmente como deben de preparar la formula láctea artificial. Ofrecer a los Recién Nacidos más que Leche Materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este Medicado.
- Lactancia Materna Exclusiva
- La indicación de otra leche artificial distinta a la leche materna debe ser prescrita por el Medico, quien bajo responsabilidad deberá registrar la indicación debidamente sustentada en la Historia Clínica.
- Se debe brindar las facilidades a la madre del niño(a), a fin de favorecer la continuidad de la lactancia materna.
- Las madres de los Lactantes Hospitalizados y que aún son amamantados, recibirán facilidades de ingreso para que los acompañe y continúe con su Lactancia Materna, durante el tiempo que dure su estadía, siempre y cuando se encuentre en condiciones de recibir vía oral.





- Si la Madre que da de lactar es Hospitalizado y el problema Médico no es una contraindicación para la Lactancia materna, se debe brindar las facilidades correspondientes para el ingreso temporal o permanente del lactante, si esto no es posible, se ayudará a la madre para que continúe con la extracción de leche y mantener su producción.
- Las madres VIH positivas y otras enfermedades no pueden amantar a sus niños(as) en una contraindicación medicada aceptable, estas madres deberán ser orientadas para disminuir los riesgos de la alimentación con fórmulas lácteas artificiales y se les enseñara individualmente como deben de preparar la formula láctea artificial.

#### XI. ALOJAMIENTO CONJUNTO DE MADRE Y RECIEN NACIDO

Practicar el alojamiento conjunto, permite a las madres y sus niños (as) permanecer juntos las 24 horas día.

1. Se fomentará en todo momento el contacto físico cercano entre la madre y el hijo, para favorecer el reconocimiento de signos tempranos de hambre del bebe, facilitar el agarre y mejorar el vínculo. No deben ser separados las 24 horas en niños amamantados y alimentados con fórmula láctea artificial.

#### LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA

Fomentar la Lactancia Materna a Libre Demanda

2. Se apoyará la lactancia materna exclusiva a libre demanda, (cuando el niño de señales de hambre) durante los 6 primeros meses de vida, a menos que haya otras indicaciones médicas. El personal de salud debe enseñar a las madres a reconocer los signos de hambre de niño y la importancia de responder a ellos.
3. Se debe informar a la Madre que debe despertar a su hijo para alimentarlo, si nota que su pecho está lleno y/o si duerme por más de 3 horas. Debe explicárseles la importancia de la toma nocturna para la producción de leche.
4. A la Madre se les debe ofrecer ayuda con la Lactancia materna, las 6 primeras horas de nacimiento.



5. El personal de Salud, debe estar disponible para ayudar a la madre con lactancia materna durante su estancia de hospitalización.
6. En la Historia Clínica del niño debe registrarse el tipo de lactancia que se le ofrece al niño.
7. Todos los Profesionales deberán interesarse y observar el progreso de la Lactancia materna cada vez que entren en contacto con una madre que este amantando a su hijo.

## XII. DE LA PROHIBICION

### Acciones:

- No se permitirá el uso de biberones, tetinas y chupones que desestimulan la práctica de la lactancia materna en la institución. En los RN normales, durante el período inicial de la lactancia, es fundamental que toda necesidad de succión sea satisfecha con el pecho materno.
- Los padres deben ser informados de los riesgos y efectos perjudiciales del uso de biberón y chupones sobre la lactancia para que tomen una decisión informada. Esta actividad debe quedar registrada.
- No se recomienda el uso de pezoneras, excepto en circunstancias extremas y sólo por periodos de tiempo lo más cortos posible. Se deberá explicar a las madres las desventajas de su uso, antes de que empiece usarlas.



## XIII. BENEFICIOS

### a. BENEFICIOS PARA LA MADRE

- Le permite ejercer su derecho a continuar con la lactancia materna.
- Fortalece el apego.
- Le permite conciliar su vida familiar con sus actividades laborales.
- Le permite tener mejores condiciones para continuar laborando.
- Le permite lograr la lactancia materna exclusiva y la óptima prolongada.





- La lactancia materna, brinda muchos beneficios a la salud de las madres como a prevenir enfermedades y a recuperar el peso

**b. BENEFICIOS PARA EL BEBE**

- Recibe el mejor alimento con todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo físico, intelectual, psicomotriz y emocional de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y de manera óptima hasta los 2 años de edad.

**XIV. CONTACTO CON LOS GRUPOS DE APOYO**

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo

- Integrar a los familiares directos para el proceso de continuidad de la Lactancia Materna en el hogar, brindando apoyo emocional
- No pueden entregarse muestras gratuitas de sucedáneos a las madres, solo con Receta Medica
- Informar sobre el Lactario Institucional
- No está permitido que los trabajadores de salud reciban regalos de empresas

**XV. DEL COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL DE LACTANCIA MATERNA**

El reglamento de Alimentación Infantil establece que los Establecimientos de Salud, públicos y privados que cuenten con servicios de atención de parto del recién nacido, están obligados de contar con un **Comité de Lactancia Materna**, el cual **debe** estar reconocido por Resolución Jefatura/Directoral, conformado por 3 personas designadas por la autoridad, que atienden a la Madre y al Niño menor de 2 años.

**Funciones del Comité de Lactancia Materna**

- Realizar el análisis integral de la situación de la Lactancia materna en el EE.SS.
- Elaborar el Plan de Trabajo para la promoción y protección de la Lactancia Materna
- Participar en los procesos de mejora para la **Certificación**, como **Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño**



### XVII. DE LA CERTIFICACION COMO ESTABLECIMIENTO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

Etapas:

1. Promoción de la Certificación
2. Evaluación Interna
3. Evaluación Externa
4. Certificación y Reconocimiento
5. Seguimiento y Monitoreo

### DE LA ENSEÑANZA A LAS MADRES A AMAMANTAR Y CÓMO MANTENER LA LACTANCIA, AÚN EN CONDICIONES DE FORZOSA SEPARACIÓN.

Acciones:

- A todas las madres se les ofrecerá ayuda con la lactancia durante las primeras seis horas del nacimiento. Si el bebé estuviera dormido mucho tiempo se le indicara a la madre que lo despierte, pero sin olvidar explicarle que esto sólo se necesita en los primeros días y no de manera indefinida.
- El personal que atiende a la madre y al niño deberá estar disponible durante el día y la noche para apoyar a la madre y al bebé a lograr una posición adecuada y un agarre efectivo; identificar tempranamente problemas para la lactancia y aplicar las soluciones adecuadas para permitir que, en el momento del alta, la madre haya afianzado al máximo las habilidades para el amamantamiento y el cuidado de su hijo. (Anexo 2)
- Todo el personal de los servicios, así como las madres deben conocer los signos de que el recién nacido se está alimentando adecuadamente.
- El personal deberá enseñar a las madres a extraerse la leche manualmente y explicarles adecuadamente las técnicas necesarias para ayudarles a adquirir esta habilidad. Para tal efecto se les presentaran video y/o se les entregara folleto explicativo sobre la extracción manual de leche.
- Se proporcionará apoyo y atención especial a las madres que nunca han amamantado o que han tenido problemas previos para la lactancia, que les permita fortalecer la confianza en su capacidad para amamantar.





11.5.11

para ello se quedo una pequeña cuota en todos los compañeros presentes buscando mas puntos a tratar se finaliza



[Signature]

[Signature] 01392246

[Signature]



Yvonne Liebeth Jara Castillo  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP N° 65991

[Signature] 47017600

[Signature] 70334004

[Signature] 70334004

[Signature] 70334004

[Signature] 70334004

Yvonne Liebeth Jara Castillo

CMP: 101402

Yvonne Liebeth Jara Castillo

Yvonne Liebeth Jara Castillo

Acta de Reunión de la Comisión

El día 05 de Noviembre del presente año a las 14.00 pm se reunió el Equipo de la Unidad Integrada de la Clínica Paterna de Breña Grande. Donde se conformó la Comisión con los siguientes miembros:  
1. Presidente: Dra. Elena Cruz Soriano  
2. Secretario: Amanda Emilia Roman  
3. Vocales: Lic. Nelbi Cruz Rojas, Lic. Yolanda Cruz Rojas, Lic. Elmer Tupa Colillo.

Por tanto se acuerda:

- 1. Reunión de Emergencia
- 2. Implementación del Plan de Trabajo

22 Nov 2023  
Mónica M. Larico Cabana  
FEDATARIO



3 - Distribución de Emendas según el Decreto de Atención

4. 25/11/23

Primero: - La (C) Dra. Marysueño informó que el tema de la OMS en Panamá, subyace en el Pdel. y se conformará. Continúa en la reunión la la respuesta de Deysi y/o Elizabeth. Dura. Hora de la tarde.

Segundo: - La propuesta por confirmación con los emendas de acuerdo a disponibilidad de tiempo de cada personal.

Tercero: - El día Domingo 12 de Noviembre, el grupo conformado a culminar el trabajo del primer trimestre en la tarde y por su respectiva carga firmen los procesos de los emendas.

Mary Sanchez Yaguno  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 101402

A.S. Armita Enriquez Mena  
S.A.S.P. 4874

Lic. Emer Torno Castillo  
NUTRICIONISTA  
C.N.P. 5616

Karen Paola Benigno Escobar  
OBSTETRA  
COP. 43013

Elena M. Cumpa Sereno  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 057667

ACTA de Reunión del Equipo de Trabajo  
el día 12 de Noviembre del año en el punto de vista  
a las 15:00 pm. y nos reunimos en el comité  
Técnico Institucional, para la Conformación y Postulación de  
la Interacción interna de la OMS por el pueblo. Reunión  
Según Resolución N° 183 -2023-D-PMSC-20/2023

F.I.C. Elena Cumpa Sereno

27/11/2023  
Marta M. La Cruz Galina





