



Gobierno Regional
PUNO

División Regional de
Salud Puno

REDESS AZANGARO

'AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO'

Azángaro, 20 de noviembre del 2023.

DIRESA- P./-REDESS- AZ/C.S MUÑANI- OFICIO N°072- 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. MUÑANI

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. Muñani 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,



[Firma]
Cruz Xery Benavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 069400



**INFORME N° 011-2023-DIRESA PUNO - REDESS-AZANGARO - MR MUÑANI.**

A : C.D. YESSENIA HENNY SILVA CONTRERAS
DIRECTOR DE LA REDESS AZANGARO

DE : COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA CERTIFICACIÓN
DEL CENTRO LACTARIO MUÑANI.

ASUNTO : EVALUACIÓN INTERNA PARA LA CERTIFICACIÓN DE
ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA
Y EL NIÑO.

CON ATENCIÓN: LIC. EN ENFERMERIA DAYSI J. HUANCA MAMANI
AREA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

FECHA : Muñani, 14 de noviembre del 2023.

Es grato dirigirme a Ud., con la finalidad de saludarle cordialmente y al mismo tiempo informarle sobre la evaluación interna para la certificación del establecimiento de salud Muñani amigo de la madre, el niño y la niña

Adjunto:

- 06 formato de entrevista realizadas a gestantes.
- 06 formato de entrevista realizadas a puérperas.
- 06 formato de entrevista realizadas a madres a de niños lactantes menores de 6 meses.
- 06 formato de entrevista realizadas a madres a de niños lactantes mayores de 6 meses hasta los 24 meses.
- 06 formato de entrevista realizadas a personal de la salud.
- 06 formato de entrevista realizadas a personal administrativo.
- Matriz de consolidación de entrevistas
- Guías de evaluación para proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.
- Acta final de calificación para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para despedirnos de usted, no sin antes reiterarle nuestro saludo y estima personal.

Atentamente.




Luz Yery Contreras Valca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 069400



"AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Muñani 13 de noviembre del 2023

OFICIO 073-2023/ES I-4/C.S. MUÑANI./RED AZANGARO

SEÑOR : YESSENIA HENNY SILVA CONTRERAS
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD AZANGARO

DE : M. C. LUZ MERY BENAVENTE VILCA
PRESIDENTE COMITÉ LACTANCIA MATERNA M.R. MUÑANI

ASUNTO : INFORME DE EVALUACIÓN INTERNA PARA LA
CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGOS DE
LA MADRE LA NIÑA Y EL NIÑO.

ATENCIÓN : LIC DAYSI HUANCA MAMANI
COORDINACIÓN DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL

Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y para presentarle lo siguiente.

PRIMERO: durante el presente año 2023 se realizaron coordinaciones con el personal de salud encargado de estrategias NIÑO, MATERNO, NUTRICIÓN, PSICOLOGIA, ODONTOLOGIA para volver a conformar el comité institucional de lactancia materna con el fin de establecer las estrategias para lograr la certificación de establecimiento de salud amigos de la madre la niña y el niño.

SEGUNDO: Se optaron varias medidas de mejora en los diferentes servicios que intervienen en la atención del niño y la gestante, también se aplicaron las respectivas encuestas a la población objetivo, se realizó las calificaciones y se otorgó el puntaje respectivo.

TERCERO: ya realizado todas las etapas que requiere la evaluación, se procede a presentar el informe de evaluación interna para la certificación de establecimiento de salud amigos de la madre la niña y el niño.

Sin más que agregar, me despido no sin antes agradecerle por la atención prestada. Se adjunta los documentos respectivos

Atentamente,



Luz Mery Benavente Vilca
Luz Mery Benavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 069400

INFORME DE EVALUACION INTERNA PARA LA CERTIFICACION DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE LA NIÑA Y EL NIÑO 2023 M.R. MUÑANI

COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA M.R. MUÑANI 2023




Mary Benavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 069400

ÍNDICE

- I. PRESENTACIÓN
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVO
- IV. ALCANCE
- V. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- VI. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA
- VII. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
- VIII. RESULTADOS
- IX. CONCLUSIÓN
- X. RECOMENDACIONES
- XI. FIRMAS



[Handwritten Signature]
Dr. Mery Benavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.F. 069400

I. PRESENTACIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el bebé, lo protege de enfermedades infecciosas, asegura su desarrollo (principalmente del sistema nervioso y del cerebro) y otros beneficios. Además, a largo plazo, potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar. En ese sentido, el Ministerio de Salud considera la lactancia materna como una práctica fundamental en la nutrición infantil. Con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños, el comité de promoción y protección de lactancia materna, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses, así mismo para favorecer el crecimiento y desarrollo en esta etapa de vida, es imprescindible que en adelante se acompañe la lactancia materna con alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad.

En este contexto el Ministerio de Salud, asumiendo su rol rector, y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos con la estrategia Mundial de alimentación del niño pequeño y de acuerdo a las recomendaciones del código de comercialización sucedáneos de la leche materna, ha revisado y actualizado el reglamento de alimentación infantil, oficializado con decreto supremo N° 020-82 SA, así mismo se elaboró la directiva Administrativa N° 201MINSNOGSP-V.01 "directiva administrativa para la certificación de establecimiento de salud amigos de la madre, la niña y el niño, aprobada por resolución ministerial N° 609-2014/MINSA, incorporando posteriormente a dicha resolución los anexos, mediante RD N° 353-2016/MINSA en este trabajo han conjugado esfuerzos del estado, sociedad científica y sociedad civil organizada, el comité institucional de lactancia materna de la Micro Red de salud Josa Domingo Choquehuanca 2022 tiene programado dentro de su plan de trabajo anual, la Evaluación Interna en la Institución como parte inicial del proceso para la certificación de nuestro centro de Salud como establecimiento amigo de la madre, la niña y el niño.

II. FINALIDAD

Favorecer el desarrollo integral, prevenir la desnutrición, anemia y la mortalidad del niño y la niña en la micro red de Salud José Domingo Choquehuanca.

III. OBJETIVO GENERAL

Lograr la certificación del establecimiento de salud como "Establecimiento de salud amigo de la madre la niña y el niño"

IV. ALCANCE

El proceso de evaluación Interna tiene alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que se encuentran en contacto directo e Indirecto al binomio madre - niño(a) del centro de salud José Domingo Choquehuanca, abordándose según los anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A, 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7 A; 7B Y 7C integrados en la



resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA

V METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la directiva Administrativa N° 201-MINSNDGSP-V.01 "DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Amigo de la Madre, la niña y el niño", y sus anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C. 6D; 6E; 6F. 6G. 7; 7A; 7B Y 7C; mediante RD N° 353-2016/MINSA. tomando en cuenta el marco normativo, la metodología desarrollada

Metodología para la evaluación interna:

1. SELECCIÓN:

CLASIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	UNIDAD DE EVALUACIÓN
Establecimiento de salud público que cuenta con servicios para la atención del parto y del recién nacido	Establecimiento de salud

- A. Dirección / Jefatura del establecimiento de salud
- B. UPSS consulta externa o actividad:
 - Obstetricia
 - Pediatría (no contamos con especialista)
 - Enfermería: Crecimiento y desarrollo, inmunizaciones
 - Nutrición y dietética.
 - Lactancia materna
 - Otros .
- C. UPSS Centro Obstétrico / Actividad de atención de parto
 - Área de trabajo de parto o dilatación
 - Área de parto
 - Área de atención inmediata del recién nacido.
 - Área de puerperio inmediato
- UPSS Centro Quirúrgico: (no contamos con dicha área)
 - Sala de operaciones
- UPSS Unidad de Cuidados Intensivos (no contamos con dicha área)
 - Unidad de cuidados intermedios neonatales.
 - Unidad de cuidados intensivos neonatales.
- UPSS Hospitalización:
 - Sala de atención en maternidad (alojamiento conjunto)
 - Pediatría (no contamos con especialista)
- UPSS Farmacia
- UPSS de almacén
- Banco de leche humana, lugar de colección (no contamos con dicha área)
- Lactario Institucional



VI. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

Los instrumentos que se utilizaron para la certificación del establecimiento de salud tienen como objetivo entrevistar dos tipos de muestras que incluyen al Usuarías de los servicios materno infantiles (gestantes, puérperas, madres de niños menores de 6 meses madres con niños mayores de 6 meses hasta los 24 meses) y b) personal de salud y personal administrativo.

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

GRUPOS	TAMAÑO DE LA MUESTRA
1. Personal de salud: Personal de salud que participa en la atención directa de las usuarias médico, obstetra, enfermera, nutricionista técnico y/o auxiliar de enfermería.	El personal de la salud presente durante la evaluación y normas de 10 personas
2. Personal administrativo: Personal que tiene relación indirecta con las usuarias secretaria personal de farmacia, portería, personal que labora en el lactario institucional y otros (limpieza y similares)	El personal de atención indirecta presente durante la evaluación, no más de 6 personas. Todos los responsables de los servicios.
Usuarías de los servicios Materno - infantiles	
3. Gestantes Gestantes del tercer trimestre con dos o tres atenciones prenatales Gestantes hospitalizadas.	Las que estén presentes al momento de la evaluación. Para los establecimientos de salud con servicio de atención de parto y del RN. no más de 10 ni menos de 5
4. Puérperas: Puérperas de 6 horas a más, con recién nacido al término y vigoroso. En las madres del parto gemelar o mayor se seleccionará uno de los bebés al azar, para hacer las preguntas que conciernen a sus bebés	Los que están presentes en la evaluación. 10 madres con parto vaginal y 5 madres con cesáreas atendidas en el establecimiento de salud
5. Madres de bebés con cuidados especiales: Madres con niños de por lo menos 6 horas de vida y/o de permanencia en el establecimiento y que requieren una atención médica especial según sus necesidades.	Los que estén presentes en la evaluación y no más de 5 personas
6. Madres de niños menores de 6 meses: Madres de bebés que están siendo atendidos en el establecimiento de salud en el momento de evaluación (UPS de	En caso de consultorio: Para los establecimientos de salud con servicio de atención de parto y del RN no más de 10 ni menos de 5 personas

El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Mauro M. Navero Calsina

consultorio externo y hospitalización)	
7. Madres de niños mayores de 6 meses hasta los 24 meses: Madres de niños que reciben lactancia materna y alimentación complementaria y que están siendo atendidos en el establecimiento al momento de la evaluación (UPSS de consultorio externo y hospitalización)	Para los establecimientos de salud que no cuenten con servicio de atención de parto y del RN hasta el consultorio En caso de hospitalización: Las madres de niños que estén hospitalizados y no más de 5 madres.

VII. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

DURANTE LA EVALUACIÓN INTERNA	
ENTREVISTA	
El equipo responsable (comité técnico Institucional) coordino con la dirección de PROMS	
Azángaro el proceso de la evaluación Interna	
Organizaran a los equipos de trabajo	
Todos los integrantes del comité institucional de Lactancia Materna, llevaron a cabo la aplicación de encuestas y recolección de Información según Guía de Evaluación para el proceso de certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño	
Mediante acuerdo se determinó la conformación de los equipos de trabajo:	
Encuesta	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes : • Puerperas • Lactantes menores de 6 meses: • Lactantes mayores de 6 meses : • Personal administrativo : • Personal de Salud : 	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Enf. Yulemy Chacon Hoffmeister Psicologo Fernando Bladimir Sosa Ramos Obstetra Marizol Triveño Supho Nutricionista Luz Yanet Quispe Cerezo Lic .enf. Maritza M. Quispe Peralta Cirujano Dentista Yudy Luque Yanque
Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en todas las entrevistas.	
REVISIÓN DOCUMENTARÍA	
El equipo evaluador realizo la recolección de información según documentos que se especifican en las fuentes de verificación incluidas en la gula de evaluación (resoluciones, directiva, memorándum, resúmenes de política, plan e informe de capacitación en lactancia materna pecosas, guía de adquisiciones directas, historias clínicas, entre otros)	
OBSERVACIÓN DIRECTA: Se visitó tas áreas previamente descritas, con la finalidad de verificar que se promueva y proteja la lactancia materna	

MINISTERIO DE SALUD
REDESS AZANGARO
El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Mauro A. Corio Calsina

CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE INFORME FINAL:

A cargo de la Lic. En Enf. Yulemy Chacon Hoffmeister y Nut. Luz Yanet Quispe Cerezo

INTEGRANTES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE LACTANCIA MATERNA 2023

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FUNCIONES
M.C. LUZ MERY BENAVENTE VILCA	MEDICO CIRUJANO	PRESIDENTE
ENF. YULEMY CHACON HOFFMEISTER	RESPONSABLE AIS NIÑO	VICEPRESIDENTE
LIC. NUTRICION LUZ YANET QUISPE CEREZO	RESPONSABLE NUTRICION	SECRETARIO
T.S. BRIST CHAVELY ANCASI LIMA	RESPONSABLE SERVICIO SOCIAL	1ER VOCAL
OBST. MARISOL TRIVEÑO SUPHO	RESPONSABLE DE REFERENCIAS	2DO VOCAL
CIRUJANO DENTISTA YUDY LUQUE YANQUE	RESPONSABLE ODONTOLOGIA	3RO VOCAL
PSICOLOGO SERUMS FERNANDO BLADIMIR SOSA RAMOS	RESPONSABLE PSICOLOGIA	4TO VOCAL
ENF. MARITZA MARIBEL QUIPS PERALTA	APOYO NIÑO	5TO VOCAL

MINISTERIO DE SALUD
REDESS AZANGARO
El presente documento es copia fiel del original.

22. NOV 2023

Mauricio M. Larico Calzina
Epidemiólogo

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				
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD MUÑANI				
Siendo el día <u>13 NOVIEMBRE 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.
C1: 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA	Paso 1: Existencia de una Política escrita de Promoción y Protección de la lactancia	10	7	1	2
	Paso 2: Capacitación del personal de la salud	7	5	2	
	Paso 3: Entrega de información a gestantes	6	5		1
	Paso 4: Realización del contacto piel a piel	9	6	3	3
	Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijos.	7	4	3	1
	Paso 6: No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.	5	3		2
	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	3	3	
	Sub total C1:			38	12
C2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS	I. No hay publicidad ni se distribuye muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna	8	6		2
	II. El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados	Adquisición directa	1	1	
		Donaciones	3	3	
Sub total C2:			10		2
C3: IMPLEMENTACION DEL LACTARIO	I. Existencia del lactario	2	2		
	II. Características del lactario según normatividad	5	5		
	Sub total C3:			7	
RESULTADO FINAL	$C1 = \frac{(N^{\circ} SI)}{(N^{\circ} SI + N^{\circ} NO)} \times (100) \times (0.75)$	$C2 = \frac{(N^{\circ} SI)}{(N^{\circ} SI + N^{\circ} NO)} \times (100) \times (0.15)$	$C3 = \frac{(N^{\circ} SI)}{(N^{\circ} SI + N^{\circ} NO)} \times (100) \times (0.1)$	82%	
	C1 = 57 C2 = 15% C3 = 10% TOTAL (C1+C2+C3):				
CONCLUSION:					
RECOMENDACIONES:					
FIRMAS:					



[Signature]
Lic. Benigno Vique
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 009409

[Signature]
Marisol Trujillo
OBSTETRA
COP. 31827

[Signature]
Yulemy Chavira Hoffmeister
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 51893



[Signature]
Lic. Yaret Quiroz Cerezo
NUTRICIONISTA
C.N.R. 4062

49

[Signature]
Brist Chuvsky Ancasi Lima
TRABAJADORA SOCIAL
CTSP: 0158

[Signature]
Fernanda Patricia Vega Ramos
P.S. COLOSO
C.P. P. N° 51628

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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Muestra documento escrito que formaliza la política (Resolución Jefatural, Resolución Directoral, Memorándum, entre otros).	SI: Existe documento que formaliza la política. NO: 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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA El documento contiene artículos que especifican la prohibición de publicidad. Resúmenes visuales y/o impresos de la política o documento normativo contienen artículos que especifican la prohibición de publicidad.	SI: Documento y los resúmenes de política especifican la prohibición. NO: 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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA La política o documento normativo contiene artículos que prohíben su donación y distribución. Resúmenes visuales y/o impresos de la política o documento normativo contienen artículos que prohíben la donación y distribución.	SI: Documentos y los resúmenes de política especifican la prohibición de la donación y distribución. NO: Documentos y los resúmenes de política no especifican la prohibición de la donación y distribución.	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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA La política o documento normativo se encuentra disponible y visible en los servicios materno-infantiles.	SI: Existe documento disponible y visible en los servicios materno-infantiles. NO: Documento no está disponible ni visible en los servicios materno-infantiles.		X

MINISTERIO DE SALUD
 REDES AZANGARO
 El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larica Calsina
 DIRECTOR

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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Resumen de la política visual o impresa se muestra especialmente en los servicios materno-infantiles (afiches, murales, video, banners, entre otros).	SI: Dispone de material visual o impreso en las áreas antes mencionadas. NO: Cuando no se expone el material visual o impreso que resume la política.	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.	ENTREVISTA (B30-32 RESUMEN DEL ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA) Personal de la salud y madres entrevistadas, muestran que comprenden los mensajes claves contenidos en el material, visual o impresa que resume la política.	SI: El personal de la salud y las madres han comprendido los mensajes claves. NO: El personal y las madres refieren no comprender los mensajes claves.	X	
1.7 Existe un mecanismo para evaluar la efectividad de esta política.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Documentos y/o informes que evidencian reuniones de socialización y evaluación de la política con el personal de la salud; y, reuniones educativas con las madres.	SI: El personal de la salud participó en reuniones de socialización y evaluación de la política y las madres participaron en reuniones educativas. NO: El personal de la salud no ha participado en reuniones de socialización y evaluación de política y las madres no han participado en reuniones educativas.	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.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Los artículos contenidos en el documento de política institucional están basados en los documentos normativos vigentes y basados en la evidencia, según corresponda.	SI: El documento de política institucional cumple con lo solicitado. NO: Hay uno o más artículos en el documento de política institucional que no son coherentes ni están alineados a lo solicitado.		X

REDESS AZANGARO
 El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 SECRETARIO

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 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.
1.9 Existe un Comité de Lactancia Materna conformado y en funcionamiento.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Resolución directoral o su equivalente de la formación de un Comité de Lactancia Materna. Actas de reuniones mensuales del comité de lactancia materna.	SÍ: Existe un Comité de Lactancia Materna en el establecimiento de salud con actas de reuniones. NO: No existe un Comité de Lactancia Materna, ni acta de reuniones.	X	
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. Existe acta de reuniones con la comunidad y su gobierno local y/o regional de acuerdo al Reglamento de Alimentación Infantil.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Se evidencia en el POI y POA el programa de educación en salud dirigido al personal de la salud de los servicios materno-infantiles, las y los usuarios y sus familias, que incorpora contenidos de promoción y protección de lactancia materna. Existe acta de reuniones con la comunidad y su gobierno local y/o regional de acuerdo al Reglamento de Alimentación Infantil.	SÍ: Existe programas de educación en salud dirigido al personal de la salud de los servicios materno-infantiles, a las y los usuarios y sus familias insertados en el POI y POA. NO: No existe programas/planes de capacitación y Si existen no se realizan según programa.	X	

CRITERIO 1 - PASO 2: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD				
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	
			SÍ	NO NA
2.1 Todo personal de la salud entrevistado que atiende a mujeres embarazadas, madres y niños menores de 24 meses, informan estar conscientes y sensibilizados de la importancia de la lactancia materna y al tanto de la política y servicios del establecimiento de salud para promover y proteger la lactancia materna.	ENTREVISTA (P4-P7 RESUMEN DEL ANEXO 6F) Personal de la salud de servicios materno-infantiles (profesional y no profesional), entrevistados, expresan la importancia, valor y beneficios; y evidencian que conocen la política y las actividades institucionales para promover y proteger la lactancia materna.	SI: El personal de la salud expresa la importancia, valor y beneficios de la lactancia materna y conoce la política y las actividades para promoverla y protegerla. NO: Desconoce la importancia, valor y beneficios de la lactancia materna; y desconoce la política y las actividades para promoverla y protegerla.	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, infórmes y otros, que incluyen los contenidos establecidos en las normas vigentes.	SI: Existen planes, programas, infórmes y otros que incluya los contenidos establecidos en las normas vigentes. NO: No existen planes, programas, infórmes 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	

MINISTERIO DE SALUD
 REDES AVANZADO
 El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Mauricio M. Darico Calxina
 FERTILIDAD

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

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

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

El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

MAURO M. LORICO CALSINA
SECRETARIO

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

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 204 - MINSA/DGSP, V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

COMPONENTES	CRITERIO 1 - PASO 4: REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
				SI	NO	N.A.
4.1 Esta disponible la historia clínica prenatal de la madre en el momento del parto.	OBSERVACIÓN, REVISIÓN DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA Verificar si está disponible la historia clínica prenatal en el momento del parto, de ser posible. Personal de la salud entrevistado muestra la historia clínica prenatal en el momento del parto	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA Hay al menos un registro del consentimiento informado de amamantar.	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.	/		
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.	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA Personal de la salud entrevistado muestra que conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	ENTREVISTA (P8-P12) Personal de la salud entrevistado muestra que conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	SI: Cuando describe los medicamentos más importantes. NO: Desconoce.	/		/
4.3 El médico cirujano, enfermera, obstetra, conoce los medicamentos que interfiere con la lactancia materna.	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B1-B3) Los bebés que han nacido 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.	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B1-B3) Los bebés que han nacido por parto vaginal y parto cesárea sin anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres durante la primera hora.	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.	/		
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 tan pronto como ellas son capaces de responder y estar alertas y se continúa con el contacto piel a piel.	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B4-B5) y (B6-B8) Puerperas entrevistadas de bebés que han nacido por parto cesárea con anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (B4-B5) y (B6-B8) Puerperas entrevistadas de bebés que han nacido por parto cesárea con anestesia general son puestos en contacto precoz piel a piel con sus madres	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			/

MINISTERIO DE SALUD
 RED DE SERVICIOS ASISTENCIALES
 El presente documento es copia del original

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calsina
 FERNANDEZ

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.	X	
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.		X
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 apoyar 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.	X	
4.9 Existe en sala de atención en maternidad y centro obstétrico al flujograma de atención al recién nacido donde se especifica el contacto precoz piel a piel, el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la presencia del padre o acompañante en el periodo del trabajo de parto, parto y puerperio.	OBSERVACIÓN En el flujograma de atención del recién nacido donde está especificado poner al pecho al bebé para la lactancia materna, el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la presencia del padre o acompañante en el periodo de trabajo de parto, parto y puerperio.	SI: Esta especificado en el flujograma de atención del recién nacido. NO: No está especificado en el flujograma de atención del recién nacido. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio de atención del parto.		X

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

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

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	NA
5.1 El personal de la salud ofrece ayuda con la lactancia materna a todas las madres que amamantan, para que alimenten a sus bebés dentro de las 6 horas después del parto.	ENTREVISTA (B9-B11)	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.	ENTREVISTA (P8-P12 y P13-P17)	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.	REVISIÓN DOCUMENTARIA	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.	OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA (B15-B22)	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		

El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Miguel M. Larico Calina

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		
			SÍ	NO	N.A.
5.5 Las madres que nunca han amamantado o que han tenido problemas con la lactancia materna, reciben atención especial y apoyo del personal de la salud del establecimiento de salud, tanto en el periodo prenatal como en el puerperio.	ENTREVISTA (A3-A6, B23-B24 y B25-B27) Gestantes y/o puérperas que nunca han amamantado o han tenido problemas previos refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.	SÍ: Gestantes y/o puérperas refieren que reciben atención especial y apoyo del personal de la salud. NO: Refieren que no reciben atención especial y apoyo del personal de la salud.	X		
5.6 Se ayuda, dentro de las 6 horas del nacimiento, a las madres con bebés en cuidados especiales que planean amamantar, a establecer y mantener la lactancia mediante extracción frecuente de leche y se les enseña cómo hacerlo.	ENTREVISTA (E1-E3 y E4-E9) Madres de niños con cuidados especiales entrevistadas refieren que el personal de la salud les ayuda dentro de las 6 horas del nacimiento a establecer y mantener la lactancia mediante la extracción manual y frecuente de leche materna y les enseña cómo hacerlo.	SÍ: Madres refieren que el personal de la salud les ayuda dentro de las 6 horas del nacimiento a establecer y mantener la lactancia mediante la extracción frecuente de leche. NO: Refieren que el personal de la salud no les ayuda. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicio de atención del parto.			X
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 eligiendo a la madre.	OBSERVACIÓN El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistado demuestra conocer y aplicar los puntos claves de comunicación y buen trato al atender a la gestante y a la madre.	SÍ: El personal de la salud de los servicios materno- infantiles entrevistado muestra conocer y aplica los puntos claves. NO: Desconoce y no aplica.	X		

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 204 - SENSADISP. V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 1 - PASO 6: NO DAR A LOS RECIÉN NACIDOS ALIMENTOS O LÍQUIDOS QUE NO SEAN LECHE MATERNA

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SÍ	NO	NA
6.1 Los datos del establecimiento de salud indican que al menos 75% de los bebés a término dados de alta en el último año ha sido amamantado exclusivamente (o alimentado exclusivamente con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe registro de que al menos 75% de los bebés a término dados de alta en el último año ha sido amamantado exclusivamente (o alimentado exclusivamente con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.	SÍ: Existe registro. NO: No existe registro. NA: No registra este indicador o el establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.	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.	REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe registro en las historias clínicas de bebés que hubo razones médicas aceptables o decisión totalmente informada y comprobada para prescribir fórmulas.	SÍ: Existe prescripción médica respectiva. NO: No se encuentra prescripción médica. NA: Establecimiento de salud no cuenta con servicios materno-infantiles.	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.	OBSERVACIÓN Se observa que en los establecimientos de salud no se exhibe ni distribuye equipos, materiales informativos o de publicidad de sucedáneos de la leche materna, alimentación a horario y otras prácticas inapropiadas a las madres y familiares.	SÍ: El establecimiento de salud no exhibe información de sucedáneos y otras prácticas inapropiadas a las madres y familiares. NO: El establecimiento de salud sí 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.	ENTREVISTA (E4-E9) Las madres de niños de casos especiales entrevistadas refieren que el personal médico les dio información sobre alternativas de alimentación en su caso.	SÍ: madres entrevistadas refieren haber sido informadas por el personal médico. NO: La madres refieren no haber sido informadas. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantil.			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.	OBSERVACIÓN Se confirma que el establecimiento de salud cuenta con espacios que impiden que las madres que amamantan puedan participar de demostraciones directa o indirectamente de preparación de fórmulas.	SÍ: Existe ambiente. NO: No existe ambiente. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con servicio materno-infantil.			X

El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 261 - MINS/ADOSP, V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

El presente documento es una copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Miroslava M. Larrea Colkina
 LEGATARIO

CRITERIO 1 - PASO 8: LACTANCIA MATERNA A DEMANDA		UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN		SI	NO	NA
8.1 El personal de la salud enseña a las madres cómo reconocer los signos de interés cuando sus bebés están listos para amamantar.	ENTREVISTA (B9-B11, B15-B22 y P15-P22) Madres entrevistadas y personal de la salud describen los signos de interés para amamantar.	SI: Madres y personal de la salud describen los signos de interés para amamantar. NO: Madres y personal de la salud no describen los signos. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con centro obstétrico.	X		
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.	X		
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.	X		

CRITERIO 1 - PASO 9: NO DAR CHUPONES NI BIBERONES A LOS RECIÉN NACIDOS

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

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

CRITERIO 1 - PASO 10. EL ESTABLECIMIENTO TIENE CONTACTOS CON GRUPOS DE APOYO

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			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 donde 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).		X	
10.2 De acuerdo al establecimiento de salud, se ha generado un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dadas 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.	OBSERVACION, 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).	X		
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.	OBSERVACION 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.	X		
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.	OBSERVACION 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). REVISIÓN DOCUMENTARIA	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.	X		
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.		X	
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.	OBSERVACION 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.	X		

El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Latorre Cabrera
 FERTILIDAD

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 291 - MINSADGSP, V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

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

REVISADO POR
 El presente documento es copia de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Lario Cabina

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 261 - MINSALDOSP, V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 2 - 2.2 EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO RECIBE DONACIONES NI ADQUIERE SUCEDEÁNEOS 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	OBSERVACION Y ENTREVISTA (P13-P17 y Pa.1 - Pa.4) Personal de la salud y personal administrativo entrevistados hacen evidente el cumplimiento de no aceptar donaciones. Hay evidencias de la restricción de propagandistas de sucedáneos, biberones y tetinas en el establecimiento y en servicios materno-infantiles.	SI: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud no recibe donaciones y hay restricción de propagandistas en los servicios. NO: El personal de la salud y el personal administrativo reciben donaciones y no hay restricción de propagandistas en los servicios. NA: Establecimiento de salud no es visitado por los representantes de las empresas de sucedáneos, biberones y tetinas.	X		
2. Se cumple con la disposición de no aceptar que la madre y/o familiar ingresen fórmulas, biberones, ni chupones.	OBSERVACION Y REVISION DOCUMENTARIA Personal de la salud y administrativo entrevistados hacen evidente el cumplimiento de no aceptar que la madre ingrese fórmulas, biberones ni chupones. Esta por escrito en la norma y/o política del establecimiento de salud dicha restricción.	SI: Hay restricción de ingreso de fórmulas, biberones y chupones, y en el establecimiento de salud no se encuentra niños tomando fórmulas salvo los que tienen prescripción médica, además está por escrito su restricción. NO: El personal de la salud y el personal administrativo del establecimiento de salud permite ingresar fórmulas, biberones y chupones.	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.	OBSERVACION, REVISION DOCUMENTARIA Y ENTREVISTA (P13 - P17 y Pa.1 - Pa.4) Personal de la salud y personal administrativo entrevistados cumplen con no impulsar el uso de fórmulas y fortificadores entre sus compañeros y las madres. Esta por escrito en la norma y/o política del establecimiento dicha restricción.	SI: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud cumple con no impulsar y difundir las fórmulas y fortificadores en los niños y está por escrito en las normas y/o políticas. NO: El personal de la salud y personal administrativo del establecimiento de salud impulsa y difunde las fórmulas y fortificadores entre sus compañeros y las madres	X		

22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 LEGATARIO

CRITERIO 3: LACTARIO INSTITUCIONAL

CRITERIO 3 - 3.1 EXISTENCIA DE LACTARIO

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 - MINSALUD/SP, V.01
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

CRITERIO 3 - 3.2 CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO SEGÚN NORMA VIGENTE

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

El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Mauvo M. Larico Calsina
 FEDATARIO

CRITERIO 3 - 3.2 CARACTERISTICAS DEL LACTARIO SEGUN NORMA VIGENTE

COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACION	UMBRAL DE CALIFICACION	CALIFICACION		
			SI	NO	N.A.
5. El lactario está ubicado en un lugar accesible para las usuarias.	OBSERVACION Lactario ubicado en primer o segundo piso, salvo que la institución cuenta con ascensor.	SI: El lactario se encuentra en un lugar accesible. NO: El lactario no se encuentra en un lugar accesible. NA: Cuando el establecimiento de salud cuenta con menos de 20 mujeres trabajadoras en edad fértil.	X		

ANEXO 7B: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ENTREVISTAS

RESUMEN	CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, N.A.										TOTAL CALIFICACIÓN	Resultado Final. (Sin contar "N.A.") (%)					
	Entrevista Nº																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			SÍ	NO	N.A.		
Entrevista a Gestantes	Resumen A1-A2	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen A3-A6	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen B1-B3	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
Entrevistas a puérperas	Resumen B4-B5	NA	NA	NA	NA	NA	NA								6		—
	Resumen B6-B8	NO	SI	NO	NO	NO	NO							1	5		16.6
	Resumen B9-B11	SI	NO	SI	SI	SI	SI							5	1		83.3
	Resumen B12-B14	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen B15-B22	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen B23-B24	NO	SI	NO	NO	NO	NO							1	5		16.6
	Resumen B25-B27	NO	NO	NO	NO	NO	NO								6		0
	Resumen B28-B29	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen B30-B32	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen C1-C2	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
Entrevistas a madres de niños lactantes menores de 6 meses	Resumen C3-C4	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100
	Resumen C5-C6	SI	SI	SI	SI	SI	SI							6			100

22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calina
 ENTREVISTADOR
 El presente documento es copia fiel de original.

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

RESUMEN	CALIFICACIÓN LOGRADA: SI, NO, N.A.										TOTAL CALIFICACIÓN	Resultado Final. (Sin contar "N.A.") (%)		
	Entrevista Nº													
	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen D3-D5	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen D5-D7	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
Entrevistas a madre de bebés con cuidados especiales	Resumen E1-E3	NA	NA	NA	NA	NA	NA						6	-
	Resumen E4-E9	NA	NA	NA	NA	NA	NA						6	-
Entrevista a personal de la salud	Resumen P1-P3	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P4-P7	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P8-P12	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P13-P17	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P18-P20	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P21	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
	Resumen P22-P24	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100
Entrevista a personal administrativo	Resumen Pa.1-Pa.3	SI	SI	SI	SI	SI	SI					6		100



Comisión Multisectorial de Lactarios - Decreto Supremo N° 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																														
CON VÍNCULO LABORAL						CONDICIÓN LABORAL						MÚJERES																		
D.LEG. 276 - CAP			D.LEG. 728			D.LEG. 1057 - CAS			SERVICIOS DE TERCEROS			PRACTICANTES a/			SERVICIOS			TOTALES			MÚJERES EN PERÍODO DE GESTACIÓN b/			MÚJERES 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	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total	Mujeres	Varones	Sub Total				
14	5	19	-	-	-	10	3	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	8	32	21	-	-	3	-	-	3

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:

EDITH AZANGARO
 Este documento es copia del original.
 22 NOV 2023
 Mtro. M. Ludico Calzina

Comisión Multisectorial de Lactarios - Decreto Supremo IP 001-2015-MIMP

FORMATO 01-B: DATOS CUANTITATIVOS SOBRE EL PERSONAL CON O SIN VINCULO LABORAL QUE BRINDA SERVICIOS EN LA ENTIDAD PRIVADA

RAZÓN SOCIAL:
 RUC:
 TIPO DE ACTIVIDAD:
 CENTRO DE TRABAJO O SEDE:
 DIRECCIÓN:
 REFERENCIA:
 DISTRITO - PROVINCIA - REGIÓN:
 PERSONA ENCARGADA DEL LACTARIO:
 DIRECCIÓN O ÁREA A LA PERTENECE EL SERVICIO:
 FECHA DE CREACIÓN DEL LACTARIO:

PERSONAL DE LA ENTIDAD PRIVADA															
CONDICIÓN LABORAL															
CON VINCULO LABORAL				SIN VINCULO LABORAL				Mujeres							
D.LEG. 728		RÉGIMEN ESPECIAL 1/		SERVICIOS DE TERCEROS		PRACTICANTES 2/		SERVICIOS		TOTALER		MUJERES EN PERIODO DE GESTACIÓN 3/		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	Sub Total

- 1/ En caso de otra modalidad de régimen laboral, especificar en el cuadro de abajo.
- 2/ Incluir a practicantes pre-profesionales y profesionales
- 3/ Considerar a las trabajadoras que se encuentran en gestión y se encuentran gozando de su licencia de pre-parto
- 4/ 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:

En caso hubiera otro modalidad de régimen laboral, especificar:

22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 Representante

FORMATO 02: FICHA DE CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO

I. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL				
Entidad:	CENTRO DE SALUD MUÑANA	RUC		
Sector	BARRIO UNION	Centro de trabajo o sede	C.S. MUÑANA	
Dirección	AV. EZEQUIEL URBANO			
Referencia	CARRETERA PUTINA	Implementación del lactario - fecha		
Encargado/a de lactario	LIC. LUZ YANET QUIROGA CEREZO			
Área	NUTRICION	Cargo	RESPONSABLE LACTARIO INSTITUCIONAL	
Teléfono / Celular	946 64 6536	Correo:	luzianeth1@hotmail.com	
II. DATOS DE LA UBICACIÓN DEL LACTARIO - ARTICULO 5, D.S. 001-2016-MIMP				OBSERVACIONES
El lactario se encuentra en la entidad Dentro <input checked="" type="checkbox"/> Fuera <input type="checkbox"/>				
Se encuentra alejado de áreas peligrosas o que impliquen riesgo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Existe convenio de uso de N° de convenio Entidad de convenio				
lactario SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
III. DATOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DEL LACTARIO - ARTICULO 7, D.S. 001-2016-MIMP				OBSERVACIONES
7.1. Área Aproximada (10 m ²)	SI			
7.2. Privacidad	Uso exclusivo <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuenta con biombo o similar <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
7.3. Comodidad	Cuenta con al menos dos sillas o sillones <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuenta con mesas SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	Dispensador de papel toalla SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Jabón líquido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Deposito con tapa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7.4. Refrigeradora o friobar	Cuenta con refrigeradora o friobar: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Es de uso exclusivo <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Operativa <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se encuentra en buenas condiciones <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7.5. Accesibilidad	N° Piso de ubicación 1		Cuenta con ascensor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Cuenta con rampa SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Cuenta con pasamanos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7.6. Lavabo o dispensador de agua	Cuenta con lavabo o dispensador de agua dentro del lactario <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Operativo <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
IV. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL LACTARIO - ARTICULO 8, D.S. 001-2016-MIMP				OBSERVACIONES
8.1. Lactancia materna	Promoción <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Información N° <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Capacitación N° <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8.2. Lactario	Promoción <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Información N° <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Capacitación N° <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8.3. Directiva o reglamento	Cuenta con directiva o reglamento <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N°	
8.4. Registro y asistencia	Cuenta con registro de usuarias <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuenta con registro de asistencia <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8.5. Señalización	Cuenta con letreros de señalización <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
8.6. Identificación	Cuenta con letrero de identificación <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
8.7. Higiene	Se encuentra higiénico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Dato será comparado con manifestación de usuaria)			
V. RECURSOS DEL LACTARIO INSTITUCIONAL				OBSERVACIONES
Recursos Humanos <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Presupuesto <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fuente del presupuesto <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mantenimiento	NO HOY PRESUPUESTO
Lima, de de 20.....				
Firma Responsable de la visita				
Nombre:		Nombre:	Luz Yanet Quiroga Cerezo	
DNI:		DNI:	4062	

El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calzina

INSTRUCTIVO

FICHA DE CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO

INDICADOR: "Instituciones del sector público y privado que han implementado lactarios"

Objetivo: Recoger información sobre condiciones objetivas acerca del cumplimiento de la implementación de lactarios en el marco del Decreto Supremo 001-2016-MIMP.

Público objetivo: Responsable o encargado/a de lactario institucional, Área de Bienestar Social o quienes hagan de sus veces.

De la aplicación: Será aplicada por el/la responsable de la visita de seguimiento, dirigido a el/la responsable del lactario de cada entidad pública o privada, en presencia de una representante de las usuarias del servicio de lactario.

Será necesario, además, que luego de la aplicación de la ficha de visita de seguimiento, el personal encargado de la misma, acompañado de la persona a la que realizó la encuesta y la representante de las usuarias del lactario, observe directamente el funcionamiento del lactario.

La ficha de características del lactario está compuesta por 05 (cinco) secciones, las mismas que serán aplicadas de acuerdo a lo detallado a continuación:

I. Información Institucional.

En esta sección se debe consignar el nombre de la entidad pública o privada que está siendo visitada, el número de RUC, así como a que sector pertenece si es público o privado, la dirección, referencia de la dirección, el teléfono, la fecha de creación, el nombre como el área en que labora el encargado/a del lactario y el correo electrónico del mismo.

Es importante indicar que para el dato correspondiente a la dirección, se debe indicar también la región, departamento, provincia y distrito.

II. Datos sobre la ubicación del lactario (Artículo 5° del D.S. N° 001-2016-MIMP)

En esta sección se busca describir la ubicación del lactario, teniendo como referente lo señalado en el artículo 5° del Decreto Supremo N° 001-2016-MIMP. Lo que consta de tres puntos.

En el primer punto, se señalará si el lactario se encuentra dentro o fuera del espacio físico que pertenece a la entidad.

En el segundo punto, se indicará si el lactario se encuentra alejado de áreas peligrosas o que impliquen riesgo.

El tercer punto dará a conocer si de ser el caso que el lactario no se encuentre dentro del espacio físico de la entidad, existe un convenio que garantice el uso del servicio por parte de las trabajadoras de la entidad, de ser el caso se debe señalar el número de convenio y el nombre de la entidad con la que se ha firmado.

Para efecto concierne, el convenio es un documento legal celebrado entre dos o más razones sociales donde las partes plasman acuerdos para la administración y uso del servicio de lactario institucional.

III. Datos sobre las características mínimas del lactario (Artículo 7° del D.S. N° 001-2016-MIMP)

De acuerdo a la descripción de esta sección los datos a solicitar en esta parte estarán referidos a las características mínimas para la implementación de lactarios, teniendo como referente la descripción que nos detalla el artículo 7° del Decreto Supremo 001-2016-MIMP.

En el primer recuadro, empezando de izquierda a derecha, se colocará el área aproximada del lactario, la misma que será referida por el/la encargado/a y deberá ser constatado mediante observación y medición de la misma.

El ítem *privacidad* busca conocer cuál es el grado de privacidad de los lactarios implementados, para ello cuenta con las siguientes preguntas: la primera es conocer si el área de lactario es de uso exclusivo para la extracción y conservación de la leche materna, asimismo se realiza se observa si el lactario brinda privacidad interna la misma que puede dar a través del uso de biombo, cortinas, separador de ambientes, entre otros. Para ambos aspectos del ítem de privacidad se tendrá como respuesta SI o NO según corresponda, de ser el caso que la respuesta sea negativa en alguno o en ambos puntos se solicita que se indique en el recuadro de OBSERVACIONES.

El recuadro *comodidad*, cuenta con preguntas referidas a la implementación de artículos para que la madre pueda extraerse cómodamente la leche, siendo las preguntas cerradas el conocer si el ambiente de lactario cuenta con al menos dos sillas o sillones estables y con brazos, una mesa, papel toalla, jabón líquido, tacho.

El objetivo del ítem *refrigeradora* es conocer si el espacio de lactario cuenta con una refrigeradora o similar, sea frío bar, mini bar, asimismo se preguntará si se encuentra operativa, es decir en buen estado para su funcionamiento. Cuenta además con la pregunta referida a conocer si el uso de este artefacto es exclusivo para el almacenamiento y conservación de la leche materna que se extrae la madre, debiendo tener en cuenta que la refrigeradora o similar es de uso exclusivo y sólo para leche materna.

En cuanto a la *ubicación accesible* al lactario, se deberá colocar el número de piso en el que se encuentra el lactario, además de responder a la pregunta si la entidad pública cuenta con ascensor, evaluando así la accesibilidad al espacio, además de las medidas correspondientes para el acceso de usuarias con algún tipo de discapacidad de ser el caso.

El recuadro *Lavabo o dispensador de agua potable*, deberá responder a dos interrogantes, la primera pregunta cerrada responde a conocer si el servicio cuenta con el lavabo o dispensador al interior del mismo y si es que éste se encuentra operativo o no, caso contrario, se indicará en el cuadro de OBSERVACIONES.

IV. Acciones Específicas para el Funcionamiento del Lactario – Artículo 8, D.S. 001-2016-MIMP

En esta sección, se indicará si la entidad realiza o no actividades para el óptimo funcionamiento del lactario, las mismas que responderán a la promoción de la lactancia materna y lactarios en la institución, de ser el caso se indicará el número de actividades realizadas, respecto a la promoción, información y capacitación, para lo cual se solicitará documentos de evidencia como fotos u otros.

En el siguiente ítem se indicará si la entidad cuenta con una directiva o un reglamento interno que regule la implementación y el funcionamiento del lactario institucional. Asimismo se indicará si la entidad cuenta con un registro de usuarias y con un registro de asistencia de usuarias, así como también si existen letreros de señalización que indiquen la ubicación del lactario en la entidad y el letrero de identificación. Por último se observará si el ambiente cumple con las condiciones de higiene respectivas, éste dato será comparado con el testimonio de la usuaria.

V. Recursos del lactario institucional.

Esta sección está referida a reconocer los recursos del lactario institucional, referente al recurso humano, presupuesto la fuente del mismo y que área estaría a cargo de la administración del servicio.

Finalmente se colocará el lugar y fecha de la aplicación de la Ficha y la firma de la persona responsable de la visita de seguimiento, el representante de la entidad pública visitada y la representante de las trabajadoras.

FORMATO 04: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	CENTRO DE SALUD MUÑANI		
Sector	BARRIO UNION	Centro de trabajo o sede	CENTRO DE SALUD MUÑANI
Usuaría	VERONICA KARINA HALLANI HANCCO	Edad	38
Dependencia donde trabaja	C.S. MUÑANI - LIC. EN ENFERMERIA		
Teléfono/ celular	916959629	Correo electrónico	
Lugar y fecha	MUÑANI - 01 - NOVIEMBRE - 2023		
Persona responsable de la encuesta	LIC LUZ YANET GUISPE CERZO		

El Lactario es un ambiente especialmente acondicionado y digno para que las mujeres extraigan su leche materna asegurando su adecuada conservación durante el horario de trabajo.

USO DEL SERVICIO DE LACTARIO

a. ¿Cómo calificaría el servicio de lactario de su institución?	b. ¿Considera que es importante brindar este servicio de lactario para las mujeres que dan de lactar?	
<input type="checkbox"/> Muy bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy Malo	¿Por qué? Porque se encuentra equipado	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? me permite cumplir el turno sin que me falte con su trabajo
c. ¿El servicio de lactario está disponible cuando lo necesita?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? Esto depende de la institución	d. ¿La institución brinda facilidades para el uso del lactario? (Directores, Jefes inmediatos, otros funcionarios, etc.)
e. ¿Cuántas veces hace uso del lactario durante la jornada laboral?	2	f. ¿Cuánto tiempo usa el lactario por visita? (tiempo en minutos)
		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? Esto disponible cuando de la institución cuando tiene que ser
		10 a 15 15 a 20 20 a 30 30 a más X

CONDICIONES DEL SERVICIO DE LACTARIOS

g. ¿El servicio cuenta con información sobre el servicio de lactario, lactancia materna, cuidado y crianza de los hijos y otros relacionados al ámbito familiar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?	h. ¿Considera que el lactario brinda un ambiente cálido y cómodo y privado para la extracción de la leche materna?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?
i. ¿Siente privacidad para la extracción de la leche?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?	j. ¿El lactario es de fácil acceso para Ud.?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué? Permite extraer leche en un ambiente privado
k. Si la entidad tiene servicio de cuidado diurno ¿Considera que el lactario debe estar contiguo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?	l. ¿El lactario es de uso exclusivo para la extracción y conservación de la leche materna?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?
m. ¿El lactario cuenta con insumos para la higiene de las usuarias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?	n. ¿Considera que el lactario es higiénico?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Por qué?
o. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna en su institución?	<input checked="" type="checkbox"/> SI No	p. ¿Quién se la brindó?	Nutricionista

El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Loricó Calaña
 COORDINADOR

ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA MEJORAR EL SERVICIO DE LACTARIOS

¿El ambiente satisface sus expectativas?
 SI NO ¿Por qué? es un ambiente privado

Mencione que acciones usted propone para mejorar el servicio de lactario que se implementa en mas modalidades para el lactario

FORMATO 04: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	CENTRO DE SALUD MUÑANZ		
Sector	BARRIO UNION	Centro de trabajo o sede	CENTRO DE SALUD MUÑANZ
Usuaría	YANET CINTIA OCHOAQUE HUAYAN		Edad 31
Dependencia donde trabaja	C.S. MUÑANZ - TECNICO EN ENFERMERIA		
Teléfono/celular	914 909192	Correo electrónico	dulceyacy.com@gmail.com
Lugar y fecha	MUÑANZ 27. OCTUBRO - 2023		
Persona responsable de la encuesta	LIC. LIZ. YANET MUISPE CERRO		

El Lactario es un ambiente especialmente acondicionado y digno para que las mujeres extraigan su leche materna asegurando su adecuada conservación durante el horario de trabajo.

USO DEL SERVICIO DE LACTARIO

a. ¿Cómo calificaría el servicio de lactario de su institución?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué? Porque se encuentra equipado		b. ¿Considera que es importante brindar este servicio de lactario para las mujeres que dan de lactar?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué? Me permite cumplir el turno sin dejar de cumplir con su trabajo	
Muy bueno Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular Malo Muy Malo					
c. ¿El servicio de lactario está disponible cuando lo necesita?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué? Esta dentro de la institución		d. ¿La institución brinda facilidades para el uso del lactario? (Directores, Jefes inmediatos, otros funcionarios, etc.)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué? Esta disponible dentro de la institución de donde trabajo	
e. ¿Cuántas veces hace uso del lactario durante la jornada laboral?	3		f. ¿Cuánto tiempo usa el lactario por visita? (tiempo en minutos)	10 a 15	15 a 20
				20 a 30	30 a más
					<input checked="" type="checkbox"/>

CONDICIONES DEL SERVICIO DE LACTARIOS

g. ¿El servicio cuenta con información sobre el servicio de lactario, lactancia materna, cuidado y crianza de los hijos y otros relacionados al ámbito familiar?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?		h. ¿Considera que el lactario brinda un ambiente cálido y cómodo y privado para la extracción de la leche materna?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?	
i. ¿Siente privacidad para la extracción de la leche?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?		j. ¿El lactario es de fácil acceso para Ud.?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué? Permite estar cerca a mi bebe y dar de lactar	
k. Si la entidad tiene servicio de cuidado diurno ¿Considera que el lactario debe estar contiguo?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?		l. ¿El lactario es de uso exclusivo para la extracción y conservación de la leche materna?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?	
m. ¿El lactario cuenta con insumos para la higiene de las usuarias?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?		n. ¿Considera que el lactario es higiénico?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Por qué?	
				El presente documento es copia hecha de original 22 NOV 2023	
o. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna en su institución?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No		p. ¿Quién se la brindó?	Enfermera	

ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA MEJORAR EL SERVICIO DE LACTARIOS

¿El ambiente satisface sus expectativas?
 SI NO ¿Por qué? es un ambiente Privado

Mencione que acciones usted propone para mejorar el servicio de lactario que se implemente con mas mobiliario para el lactario

Mauro M. Larico Calaña
 FEDATARIO



INSTRUCTIVO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS

INDICADOR: "Instituciones del sector público y privado que han implementado lactarios"

Objetivo: Contribuir a brindar información cualitativa sobre atención adecuada y eficiente del servicio de lactarios.

Público objetivo: Usuarias del servicio de lactario.

De la aplicación: Esta encuesta se aplicará a usuarias del servicio de lactario, las mismas que serán elegidas en forma aleatoria.

La encuesta está conformada por las siguientes secciones:

INFORMACIÓN GENERAL.

En esta primera parte de la encuesta se consignará datos generales como el nombre de la usuaria, así como la gerencia, dirección u oficina en la que labora, teléfono, correo electrónico, el lugar y la fecha en la que es aplicada la encuesta y el nombre de la persona que aplicará la encuesta.

Asimismo, se ha agregado la descripción del Lactario para que las usuarias tengan conocimiento de lo que se ofrece a través del servicio.

USO DEL SERVICIO DE LACTARIOS.

Para esta sección se aplican seis preguntas para juicio de la usuaria respecto al servicio del lactario, dando para ello alternativas de respuesta, sin embargo, las referidas a la calificación del servicio de lactario que ofrece la entidad pública, la importancia de brindar este servicio a las mujeres que dan de lactar, sobre la disponibilidad del lactario y sobre si la institución brinda las facilidades para hacer uso del lactario, deberán ser complementada con la pregunta por qué, tal como se puede apreciar en los recuadros de las interrogantes planteadas.

Las preguntas referidas a la frecuencia y tiempo con la que usa el servicio de lactario son preguntas cerradas.

CONDICIONES DEL SERVICIO DE LACTARIOS.

Esta sección cuenta con ocho preguntas que al igual que las de la anterior sección, deberán ser complementadas con la interrogante por qué, asimismo, cada una de las preguntas tiene como alternativas de respuesta SI y NO.

En la pregunta si cuenta con información sobre el servicio de lactario, lactancia materna, cuidado y crianza de los hijos y otros relacionados al ámbito familiar, éste último esta referidos a la temática general de familia.

En la pregunta si cuenta con la implementación necesaria para la extracción y conservación de la leche materna, el encuestador deberá solicitar que la usuaria describa brevemente los implementos con los que cuenta a fin de comparar la información con la descrita en el artículo 7°, del Decreto Supremo 001-2016-MIMP.

Para las siguientes preguntas, de acuerdo a lo mencionado anteriormente, deberá reiterarse la pregunta ¿por qué? una vez que la usuaria haya dado como respuesta una de las dos alternativas (SI / NO).

ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA MEJORAR EL SERVICIO DE LACTARIOS.

En esta sección se solicita a la usuaria referir si el ambiente de lactarios satisface sus expectativas y asimismo se le solicita sugerir la ejecución de acciones con la finalidad de mejorar el servicio de lactarios, tanto del servicio en sí como del Decreto Supremo 001-2016-MIMP.

FORMATO 04: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad: CENTRO DE SALUD MUÑANI
 Sector: BARRIO UNION Centro de trabajo o sede: CENTRO DE SALUD MUÑANI
 Usuaría: YANETH TORRES YUCRA Edad: 30
 Dependencia donde trabaja: C.O.S. MUÑANI - LIC. EN ENFERMERIA
 Teléfono/ celular: 953481932 Correo electrónico: YanethTorresyucra@hotmail.com
 Lugar y fecha: MUÑANI 31-OCTUBRE-2023
 Persona responsable de la encuesta: LIC. JULIENY CUBIEN HOFFMEISTER

El Lactario es un ambiente especialmente acondicionado y digno para que las mujeres extraigan su leche materna asegurando su adecuada conservación durante el horario de trabajo.

USO DEL SERVICIO DE LACTARIO

a. ¿Cómo calificaría el servicio de lactario de su institución?
 Muy bueno ¿Por qué? Se cuenta equipado
 Bueno
 Regular
 Malo
 Muy Malo

b. ¿Considera que es importante brindar este servicio de lactario para las mujeres que dan de lactar?
 SI NO
 ¿Por qué? Me permite cumplir el turno sin dejar de cumplir con mi trabajo

c. ¿El servicio de lactario está disponible cuando lo necesita?
 SI NO
 ¿Por qué? Esta dentro en la institución

d. ¿La institución brinda facilidades para el uso del lactario? (Directores, Jefes inmediatos, otros funcionarios, etc.)
 SI NO
 ¿Por qué? Esta disponible dentro de la institución de horas de trabajo

e. ¿Cuántas veces hace uso del lactario durante la jornada laboral?
 2

f. ¿Cuánto tiempo usa el lactario por visita? (tiempo en minutos)
 10 a 15 15 a 20 20 a 30 30 a más

CONDICIONES DEL SERVICIO DE LACTARIOS

g. ¿El servicio cuenta con información sobre el servicio de lactario, lactancia materna, cuidado y crianza de los hijos y otros relacionados al ámbito familiar?
 SI NO
 ¿Por qué?

h. ¿Considera que el lactario brinda un ambiente cálido y cómodo y privado para la extracción de la leche materna?
 SI NO
 ¿Por qué?

i. ¿Siente privacidad para la extracción de la leche?
 SI NO
 ¿Por qué?

j. ¿El lactario es de fácil acceso para Ud.?
 SI NO
 ¿Por qué? Permite estar al lado de mi bebé y dar de lactar.

k. Si la entidad tiene servicio de cuidado diurno ¿Considera que el lactario debe estar contiguo?
 SI NO
 ¿Por qué?

l. ¿El lactario es de uso exclusivo para la extracción y conservación de la leche materna?
 SI NO
 ¿Por qué?

m. ¿El lactario cuenta con insumos para la higiene de las usuarias?
 SI NO
 ¿Por qué?

n. ¿Considera que el lactario es higiénico?
 SI NO
 ¿Por qué?

o. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna en su institución?
 SI No

p. ¿Quién se la brindó?
 Enfermera

El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Lario Calsina

ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA MEJORAR EL SERVICIO DE LACTARIOS

¿El ambiente satisface sus expectativas?
 SI NO ¿Por qué? Es un ambiente Privado

Mencione que acciones usted propone para mejorar el servicio de lactario
 Que se implemente con mas mobiliario para el lactario

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	67-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑOZ		
EQUIPO EVALUADOR	YULEMY CHURON HOFFMEISTER		
Edad de la gestante:	19 años	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	30 ss
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>[Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna?		<input 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? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" 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? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerse. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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 amantando y por qué? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" 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).	

REDES AXANILAY
 El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 SECRETARIO

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	30-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	YULEMY CHIRON HOFFMISTER		
Edad de la gestante:	23 años	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	36 ss.
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>[Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna? <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí		
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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" 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 checked="" 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? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerse. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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 amantando y por qué? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" 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	

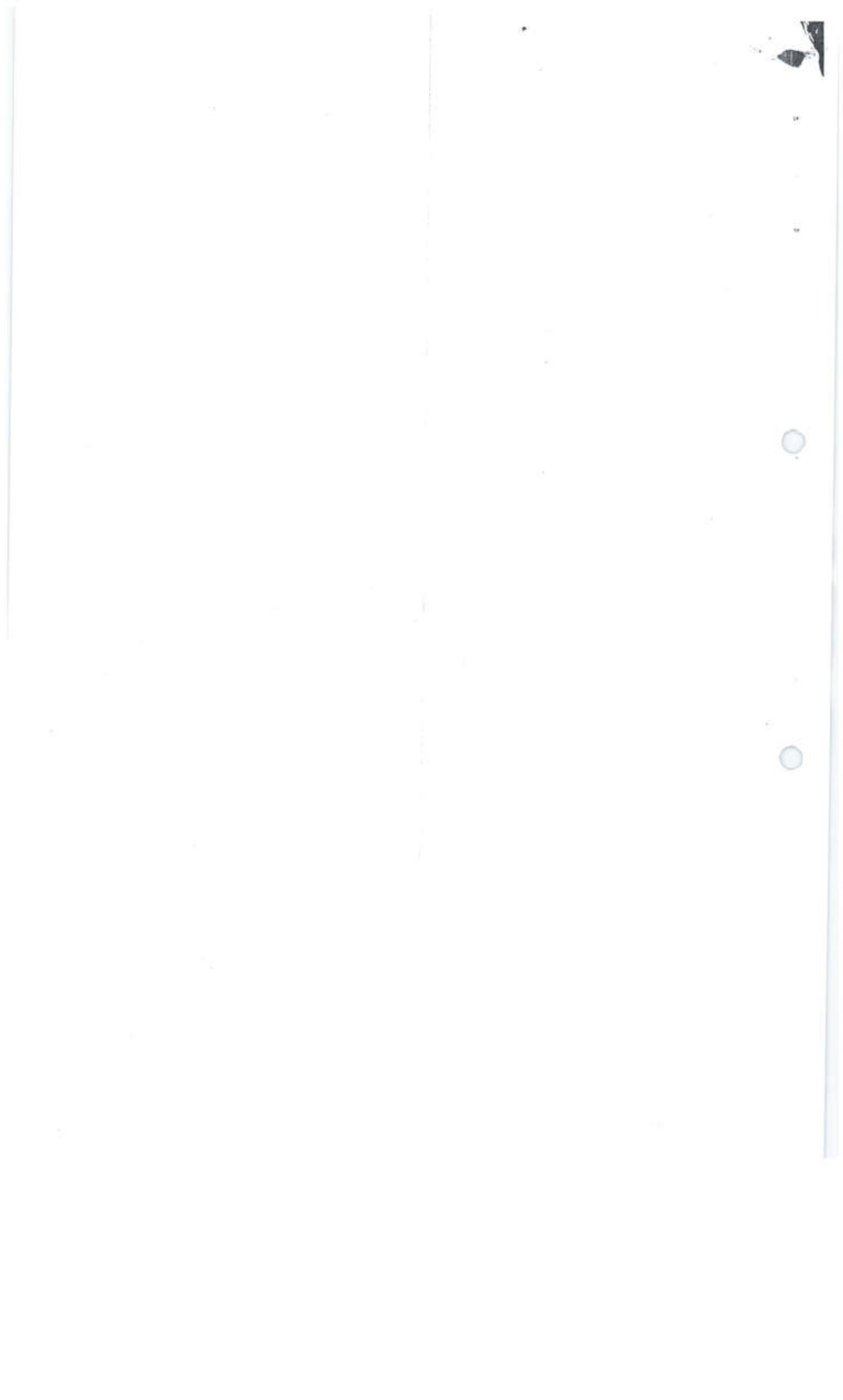
RECEBIDO ANEXOS
 El presente documento es copia del original
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calzina
 FEDATARIO

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	31-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANA		
EQUIPO EVALUADOR	Yuleny CHACON HOFFMEISTER		
Edad de la gestante:	35 años	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	37 ss.
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>[Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna?		<input 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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" 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 checked="" 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? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerme. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" 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

RESPONSABLE DEL CENTRO DE ATENCIONES ASISTENCIALES
 El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calina
 FEDATARIO

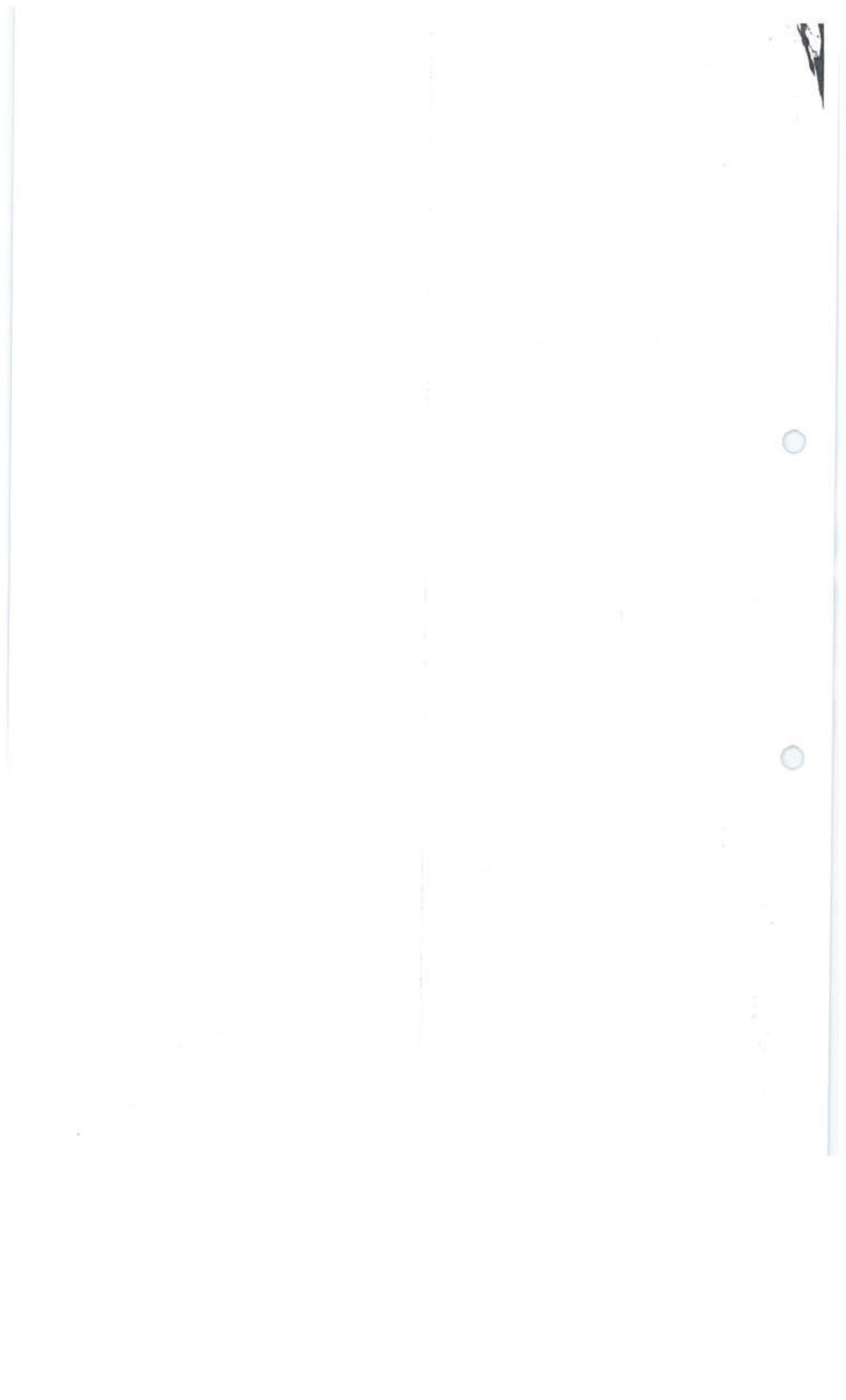


ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	1-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑOZ		
EQUIPO EVALUADOR	YULEMY CHACON HOFFMEISTER		
Edad de la gestante:	18 años	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	38 ss.
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>[Si la mujer reporta que ha sido vista dos o menos veces agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna?		<input 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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" 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 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 cardiaca y la respiración.
A5	¿El personal de la salud le ha informado por qué es importante tener cerca a su bebé todo el tiempo que le sea posible, tener un alojamiento conjunto las 24 horas del día? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerme. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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 amantando y por qué? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas reducen el efecto protector de la lactancia materna. <input checked="" 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).	

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE CALIDAD
 El presente documento es copia fiel del original
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 FEDATARIO



92
 Galery

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	26-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑONÍ		
EQUIPO EVALUADOR	YULEMY CHOCÓN HOFFMEISTER		
Edad de la gestante:	18 años	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	36 semanas
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? 08 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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene al bebé caliente. <input checked="" type="checkbox"/> Calma a la madre/bebé. <input type="checkbox"/> Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. <input type="checkbox"/> Buen inicio para la lactancia materna. <input 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? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocermé. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" 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

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

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	27-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUMANA		
EQUIPO EVALUADOR	YULEMY CHACON HOFFMEISTER		
Edad de la gestante:	34	¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	37 semanas
<i>[Si la mujer tiene menos de 28 semanas de embarazo, agradezca y no realice la entrevista]</i>			
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo			
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en un establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? 8 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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" 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 checked="" 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? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocerse. <input checked="" type="checkbox"/> Me permite alimentarlo cuando él quiera. <input checked="" 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? Puntos claves (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. <input checked="" 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

MINS/DGSP
 RECEBIDO A LAS 12:00 PM
 El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 FEDATARIO

ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	14-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C-S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO BIODITIR SOSA RAMOS		
Edad:	23 años	Tipo de Parto:	EUTÁFICO
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>21-9-23</u> Hora aproximada: <u>17:30</u> Peso al nacer: <u>3200</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 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>25</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 checked="" 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 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

 Fernando M. Darío Calvina

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 type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Sí"]</i>
B11	Si está amamantando pero también recibe otros líquidos o alimentos, ¿Fue por una razón médica aceptable? <input type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input 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 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]</i> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM
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 <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> Puntos claves (necesario 3) <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? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input 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. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <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>

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? Puntos clave (2 necesarios) <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?:
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado todo el tiempo que quiera. <input checked="" 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>
Resumen (B15-B22): 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?:
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input type="checkbox"/> Medidas para mantener la alimentación higiénica. <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentar en una taza abierta en vez de un biberón. <input type="checkbox"/> Como sostener al bebé en buena posición cuando se le alimenta. ¿Algo más?:
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 type="checkbox"/> No
Resumen (B25-B27): 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	

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD AMIGOS
El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calsina

[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 type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
B31	¿Qué información le fue dada? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda de un profesional de la salud. <input type="checkbox"/> Llamar a una línea de ayuda. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda a un grupo de apoyo a madres o a un consejero particular. ¿Algo más?:	
B32	¿El personal de la salud explicó y utilizó material con palabras fáciles de comprender?	<input 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	20-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO BLADHIR SOSA RAMOS		
Edad:	36	Tipo de Parto:	DISTOCICO
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>25-10-23</u> Hora aproximada: <u>07:12</u> Peso al nacer: <u>3.850</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 checked="" type="checkbox"/> Cesárea sin anestesia general. <input type="checkbox"/> Cesárea con anestesia general.			
B1	<i>[Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general]</i> ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez? <input 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?: <i>[Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario]</i> <input checked="" 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? _____ . <i>[Verifique, si es necesario en la historia clínica]</i> ¿Fue menos de 10 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta]</i>		
B5	¿Conoce la razón por la que su bebé no le fue entregado inmediatamente después de que usted se encontrara alerta? <input type="checkbox"/> Sí (con justificación médica). <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", determinar por qué y si el retraso fue por una razón médicamente justificada, verifique con el personal de la salud más tarde, si fuese necesario]</i>		
Resumen (B4-B5): Si le fue entregado antes de los 10 minutos después de que la madre se encontrara receptiva y alerta o el retraso en el contacto fue justificado médicamente.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B6	¿Hubo contacto piel a piel entre su bebé y usted en ese tiempo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Es "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre]</i>		
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 checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si es "No", continúe con la siguiente pregunta]</i>		
B8	¿La razón para terminar este periodo de contacto de piel a piel antes de los 60 minutos fue por justificación médica?: <input checked="" 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 <i>[Si la madre menciona que el personal de la salud ofreció ayuda colocando al bebé de modo que pudiese moverse hacia su pecho para mamar cuando estuviese listo, marcar "Sí"]</i>		

22 NOV 2023

 Mauro M. Lario Calzina
 COORDINADOR

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 type="checkbox"/> No</p> <p>Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input 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 checked="" type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Resumen (B9-B11): El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	
B12	<p>Si la entrevistada no amamanta, ¿Planea amamantar a su bebé después? <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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>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 <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>Puntos claves (necesario 3)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho.</p> <p><input 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><input 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>Puntos claves (necesarios 4) "Agarre"</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>Puntos claves (necesario 2) "Succión"</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 <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? Puntos clave (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Pone la mano en su boca. <input checked="" type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input checked="" type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input checked="" type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?: _____
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input 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>
Resumen (B15-B22): 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?: _____
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input 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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input 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
Resumen (B25-B27): 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	

REPUBLICA DEL PERU
 MINISTERIO DE SALUD
 El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina
 SERENATA

[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? Punto clave (1 necesario) <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	20-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO BIODINIR SOSA RAMOS		
Edad: 26	Tipo de Parto: EUTOCICO		
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha 7-10-23 Hora aproximada: 15:00 Peso al nacer: 3100 [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 checked="" 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 él bebé no está envuelto sobre la madre]		
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? 60 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 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

Mauro M. Larico Colina

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 type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Si"]</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 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]</i> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM	
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 <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> Puntos claves (necesario 3) <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? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <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. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <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>	

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? Puntos clave (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Pone la mano en su boca. <input checked="" type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input checked="" type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input checked="" type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?:
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input 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>
Resumen (B15-B22): 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?:
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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? Puntos clave (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> No
Resumen (B25-B27): 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 2013

Mauro M. Larico Celis

[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 type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B31	¿Qué información le fue dada? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda de un profesional de la salud. <input type="checkbox"/> Llamar a una línea de ayuda. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda a un grupo de apoyo a madres o a un consejero particular. ¿Algo más?:	
B32	¿El personal de la salud explicó y utilizó material con palabras fáciles de comprender?	<input 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	16-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C-S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO PADDIMIR SOSA RAMOS		
Edad:	21	Tipo de Parto:	EUTOCICO
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>29-09-23</u> Hora aproximada: _____ Peso al nacer: _____ [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 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 "SI".....]		

22 NOV 2023
 Mauro M. Enrique Calsina
 FRENTE

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 type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Si"]</i>
B11	Si está amamantando pero también recibe otros líquidos o alimentos, ¿Fue por una razón médica aceptable? <input type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input type="checkbox"/> No
Resumen (B9-B11): El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input 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 type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí"]: ¿Cuándo planea comenzar? _____</i> <i>[Si él bebé ha recibido algo de leche materna o la entrevistada planea amamantar, marque "LM", de lo contrario marque "NLM". Si la respuesta es "LM" continúe con la siguiente pregunta]</i> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM
B13	Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud, le ofreció ayuda con la lactancia desde esta primera vez?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe con la siguiente pregunta]</i>
B14	Si el personal de la salud le ofreció ayuda, ¿Cuánto tiempo después del parto le ofrecieron la ayuda? Si el tiempo fue menos de 30 minutos, pregunte: ¿Volvio a recibir ayuda para amamantar dentro de las primeras 6 horas de nacido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B12-B14): El personal de la salud volvió a ofrecer más ayuda con la lactancia durante las 6 horas del nacimiento. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica	
B15	Si está amamantando, ¿Alguien del personal de la salud le ha ofrecido ayuda sobre la posición y la forma de agarre del pezón de su bebé para que amamante? <input 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> Puntos claves (necesario 3) <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 type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B17	Si está amamantando, ¿Qué signos buscaría que puedan indicar si su bebé tiene un buen agarre y una buena succión? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <input type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input type="checkbox"/> Más areola visible en la parte superior que debajo de la boca del bebé. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <input 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 "Si"]</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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input type="checkbox"/> Hace gestos y sonidos de deglución, lame sus labios, saca la lengua. <input checked="" type="checkbox"/> Pone la mano en su boca. <input checked="" type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input checked="" type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input checked="" type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?:
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input 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>
Resumen (B15-B22): 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?:
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input type="checkbox"/> Medidas para mantener la alimentación higiénica. <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentar en una taza abierta en vez de un biberón. <input type="checkbox"/> Como sostener al bebé en buena posición cuando se le alimenta. ¿Algo más?:
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 type="checkbox"/> No
Resumen (B25-B27): 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	

MINISTERIO DE SALUD
RED DE ASANAS
El presente documento es copia leída original

22 NOV 2023

Mauricio M. Domínguez Cárdenas

[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 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>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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? Punto clave (1 necesario) <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 checked="" type="checkbox"/> Llamar a una línea de ayuda. <input checked="" 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	18-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO BJAODIMIR SASSA PAMOS		
Edad:	19	Tipo de Parto:	EUTOCICO
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>8-10-23</u> Hora aproximada: <u>13:21</u> Peso al nacer: <u>2800</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 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 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 medicamente 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

Mauricio M. López Colina
FEDATARIO

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 type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Sí"]</i>
B11	Si está amamantando pero también recibe otros líquidos o alimentos, ¿Fue por una razón médica aceptable? <input type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input 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 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]</i> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM
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 <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> Puntos claves (necesario 3) <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? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <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. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <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>

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? Puntos clave (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé abre la boca, busca el pecho o el pezón. <input type="checkbox"/> Hace gestos y sonidos de deglución, lame sus labios, saca la lengua. <input checked="" type="checkbox"/> Pone la mano en su boca. <input checked="" type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input checked="" type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?:
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado "a demanda" o cuando quiera o cuando se encuentre con hambre. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser alimentado todo el tiempo que quiera. <input type="checkbox"/> Despierte al bebé si duerme mucho o los pechos se sobrellenan. <i>[Una respuesta como la de que el bebé debería ser alimentado en un horario estricto (por ejemplo, cada 2 ó 3 hrs.) o alimentado solamente por un número específico de minutos no es un buen consejo]</i>
Resumen (B15-B22): La entrevistada debe responder a 6 preguntas correctamente. <input 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?:
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input type="checkbox"/> Medidas para mantener la alimentación higiénica. <input type="checkbox"/> Beneficios de alimentar en una taza abierta en vez de un biberón. <input type="checkbox"/> Como sostener al bebé en buena posición cuando se le alimenta. ¿Algo más?:
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 type="checkbox"/> No
Resumen (B25-B27): 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 type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Es "Sí" cuando el bebé estuvo siempre con la madre]</i> Si la respuesta es "No", preguntar: ¿Estuvo usted separada de su bebé después del parto? ¿Algún momento durante la(s) noche (s)? ¿Cuándo?
B29	¿Estuvo separada de su bebé por justificación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, explique por qué otras causas estuvo separada de su bebé y si fue más de una vez: _____ <i>[Si la madre no sabe, pregunte al personal de la salud y/o revise la historia clínica]</i>
Resumen (B28-B29): El bebé estaba con su madre todo el tiempo desde su nacimiento o, si fue separado, ¿fue por una razón justificada? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
B30	¿Le han dado información sobre dónde o cómo conseguir ayuda si tiene preguntas sobre la alimentación de su bebé cuando vuelva a su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B31	¿Qué información le fue dada? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda del hospital o el establecimiento de salud más cercano a su domicilio. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda de un profesional de la salud. <input type="checkbox"/> Llamar a una línea de ayuda. <input type="checkbox"/> Conseguir ayuda a un grupo de apoyo a madres o a un consejero particular. ¿Algo más?: _____
B32	¿El personal de la salud explicó y utilizó material con palabras fáciles de comprender? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B30-B32): La madre reporta que se le ha informado con palabras fáciles de comprender sobre 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	05-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	FERNANDO BLADIMIR SOSA RAMOS		
Edad:	17	Tipo de Parto:	
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio			
¿Cuándo nació su bebé? Fecha <u>24-10-23</u> Hora aproximada: <u>4am</u> Peso al nacer: <u>3990</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 checked="" 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 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 checked="" 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>40</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"]		

22 NOV 2023
 Mauro M. Lozano Calina
 ENFO

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 type="checkbox"/> No Agua azucarada o con sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fórmula..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Leche fresca enlatada, en polvo o fresca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algo más? _____ <i>[Si recibió solo leche materna, son aceptables también leche humana extraída o de banco, y vitaminas, suplementos minerales o medicinas con prescripción médica, en ese caso marque "Sí"]</i>
B11	Si está amamantando pero también recibe otros líquidos o alimentos, ¿Fue por una razón médica aceptable? <input type="checkbox"/> Sí (verificar esta información con el personal de la salud). <input type="checkbox"/> No
Resumen (B9-B11): El bebé recibió solamente leche materna o si recibió algo más fue por una razón médicamente justificada. <input 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 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]</i> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> NLM
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>Instantáneo</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 <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> Puntos claves (necesario 3) <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). <input 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? Puntos claves (necesarios 4) "Agarre" <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. Puntos claves (necesario 2) "Succión" <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? Puntos clave (2 necesarios) <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 checked="" type="checkbox"/> Hace movimientos rápidos de los ojos – incluso antes de que se abran los ojos. <input type="checkbox"/> Mueve la cabeza hacia atrás y adelante, frunce el ceño. <input type="checkbox"/> Se pone inquieto y quizás llora. ¿Algo más?: _____
B22	Si está amamantando, ¿Qué consejo se le ha dado sobre cuán a menudo y por cuánto tiempo debería ser alimentado su bebé? Puntos clave (2 necesarios) <input 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>
Resumen (B15-B22): 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Necesidad de elegir una opción alimenticia que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (o menciona la mayor parte de estos criterios). <input type="checkbox"/> Riesgos y beneficios de las distintas opciones. ¿Algo más?: _____
Resumen (B23-B24): La madre que no está amamantando reportó que el personal de la salud discutió varias opciones para alimentar a su bebé y ella pudo describir por lo menos una opción que haya sido discutida. <input type="checkbox"/> Sí <input 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 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? Puntos clave (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Cómo elegir una alimentación distinta a la leche materna. <input type="checkbox"/> Cómo preparar una alimentación que sea disponible localmente. <input 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 type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen (B25-B27): 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 fiel del original.

22 NOV 2023

Mauro M. Lario Calina

[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? Punto clave (1 necesario) <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"/> 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 6C: ENTREVISTA A MADRES DE NIÑOS LACTANTES MENORES DE 6 MESES

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	MARIZOL TRIVENO SUPHO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño:		Edad del niño: 5m	Edad madre: 28a
¿Esta Ud. dando de lactar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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°. <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización en días <input type="checkbox"/> [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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
C2	¿Le dieron alguna información en los siguientes temas? Puntos claves (3 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> La importancia de continuar con la lactancia materna. <input type="checkbox"/> La importancia de no darle agüitas, juguitos, mates ni caldos. <input type="checkbox"/> La importancia de darle leche materna en forma exclusiva. <input type="checkbox"/> 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.			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
C3	¿Durante su permanencia en el establecimiento de salud, alguien del personal de salud la motivó a continuar con la lactancia materna? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
C4	¿Podría indicarme que 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 type="checkbox"/> No [Marque "SI", 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.			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C5	¿Le han brindado facilidades en el establecimiento de salud para que usted pueda mantener la lactancia materna exclusiva? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
C6	¿Qué facilidades le fueron dadas en el establecimiento de salud? Punto clave (1 necesario) <input checked="" type="checkbox"/> Horarios flexibles para dar de lactar a su bebé. <input type="checkbox"/> Le brindan un espacio para dar de lactar o extraer su leche y poder ser administrada posteriormente a su bebé. <input type="checkbox"/> 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).			<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(*) Lactancia materna

22 NOV 2023
 Mauro M. Erico Calkina
 FEDATARIO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Munani		
EQUIPO EVALUADOR	MORIZOT TRIVENIO SUPHO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: 5M Edad madre: 25
 ¿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

El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Marco M. Larico Calaña
 FEDATARIO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	MARIZOL	TRUJENO	SUPHO

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: 5m Edad madre: 22 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]

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 copia del original.

22 NOV 2023

Mauricio M. Lucero Calaña
 FEDATARIO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	MARIZOL TRIVENO SUPHO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: 1 mes Edad madre: 20 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 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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	MARIZOL TRIVENO SUPHO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: 3m30 Edad madre: 24 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]

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 copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calina
 EJECUTIVO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	MARIZOL TRUENO SUPHO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: _____ Edad del niño: 3 meses Edad madre: 28 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°. 6 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 copia del original

22 NOV 2023

Mauvo M. Leticia Calsina
 FEDATARIO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	26-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MURAJANI		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. LUZ YANET QUISPE CEVEZO		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: <u>Control CPED</u> . Edad del niño <u>2 M</u> Edad madre: _____	
¿Está Ud. dando de lactar?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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°. <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización en días <input type="checkbox"/>	
[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? Puntos claves (3 necesarios) <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 checked="" 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 [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? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 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. <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? Punto clave (1 necesario) <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"/> 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	



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	26-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANA		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Luz Yonnet Quispe Cecezo		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: <u>Medicina</u> Edad del niño <u>3 años</u> Edad madre: _____	
¿Está Ud. dando de lactar?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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°. <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización en días <input type="checkbox"/>	
[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? Puntos claves (3 necesarios) <input 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 checked="" 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 [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? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> 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. <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? Punto clave (1 necesario) <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	



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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	25-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Luz Yaret Quispe Cerezo		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: Control CRED Edad del niño 1 año Edad madre: 28
 ¿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°. 13 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 documento es copia del original

22 NOV 2023

Mauro M. Lario Calaña
SECRETARIO

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUÑO	FECHA	25-10-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Luz Yaret Quispe Cerezo		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: control de peso Edad del niño 7 M Edad madre: 25
 ¿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 extralada, 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

RECEBIDO
 El presente documento es copia fiel de original
 28 NOV 2023
 Mauro M. Larico Colina

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	FUND	FECHA	20-10-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Moñani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Luz Yanet Quispe Cerezo		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: ^{según} ~~Demuestra~~ Edad del niño 8 m Edad madre: 30
 ¿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°. 10 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

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN NACIONAL DE
 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO
 El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calsina

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

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	20-10-2023
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Luz Yanet Quispe Cerezo		

Motivo de consulta y/o hospitalización del niño: <i>sesión de terapia</i> Edad del niño <u>9M</u> Edad madre: <u>34</u>	
¿Está Ud. dando de lactar?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. ¿Cuándo dejó de lactar? _____ ¿Por qué? _____ <i>[Si llegó al establecimiento ya habiendo suspendido Lactancia Materna. Agradezca y suspenda la entrevista]</i>	
¿Cuántas veces ha acudido usted a este establecimiento de salud? Consulta N°. <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización en días <input type="checkbox"/>	
<i>[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]</i>	
D. Alimentación con lactancia materna del niño desde los 6 meses hasta los 24 meses	
D1	Durante este período ¿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? Puntos claves (3 necesarios) <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 checked="" 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 "Sí", 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 type="checkbox"/> Sí <input checked="" 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? Punto clave (1 necesario) <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"/> 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	

El presente documento es copia del original.

22 NOV 2023

Mauro M. Escribo Calaña
EVALUADOR

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	07-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	C.D YUDY LUQUE YANQUE		

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

Preguntas acerca de política y de su capacitación

P1	¿Recibió algún tipo de orientación sobre la política de la lactancia materna y la alimentación infantil, su función en su implementación, cuando comenzó a trabajar aquí (o cuando la nueva política fue introducida)? <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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Marque "Si" si la capacitación fue más de 20 horas]</i>
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	

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) <input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz piel a piel. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input type="checkbox"/> Inicio de la lactancia en la primera hora. <input type="checkbox"/> Pinzamiento oportuno del cordón. <input checked="" 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? Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> La leche materna es el mejor alimento para el niño. <input 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? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> Mal agarre del pezón. Otra respuesta: _____
P6	¿Cuál es la principal causa para una insuficiente producción de leche materna? Punto clave (1 necesario) <input type="checkbox"/> No hay lactancia eficaz (extracción de leche ineficiente). <input 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?: _____

El presente documento es copia del original

22 NOV 2023

Mauro M. Lucero Calistano

P7	<p>¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input type="checkbox"/> Calma a la madre o al bebé. <input 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? _____</p>
<p>Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</p>	
P8	<p>¿Podría decirme las prácticas o pasos que el "establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño" debe brindar a la madre para una lactancia materna exitosa? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p>Las prácticas incluyen:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <input type="checkbox"/> No usar chupones. <input checked="" type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo. <input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
P9	<p>¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
P10	<p>¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>
P11	<p>¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input 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 checked="" type="checkbox"/> Permite la alimentación a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocer a su madre. <input type="checkbox"/> El bebé duerme mejor. <input type="checkbox"/> El bebé se expone a menos infecciones. ¿Algo más?: _____</p>
P12	<p>¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input 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?: _____</p>
<p>Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</p>	
P13	<p>¿Qué debería ser discutido con una mujer embarazada si ella indica que está considerando la opción de darle a su bebé algo distinto a la leche materna? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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.</p> <p>¿Algo más?: _____</p>


 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Calina

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

Preguntas acerca de la alimentación complementaria

¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?
Puntos claves (3 necesarios)
 Continuar con la lactancia materna.
 Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.
 Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".
 Importancia de la higiene.
 ¿Algo más?: _____

Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. Sí No

Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan

P22 ¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? Sí No
 [Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviala]

¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?
Puntos claves (2 necesarios)
 Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.
 Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.
 Métodos para mantener higiénica la alimentación.
 Importancia de la higiene.
 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

¿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] **Puntos claves (2 necesarios)**
 Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.
 Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.
 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.
 Mantener procedimientos invasivos (como la inducción de trabajo de parto, ruptura de membrana, episiotomía, partos instrumentados, cesáreas, entre otros) a un mínimo.
 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.
 Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.
 ¿Algo más?: _____

Resumen (P22-P24): Se reporta que el personal de la salud enseña a las madres que no están amamantando cómo preparar sus alimentos y describe adecuadamente qué es lo que discute. Si no enseña, describe a quien deriva a las madres durante su turno. Sí No

El presente documento es copia fiel de original.
 22 NOV 2021
 Mauro M. Varico Cabana
 FEDATARIO

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	19.10.23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	C.D. Yudy Luque Yanque		

Servicio donde labora: Nutricion Profesión/Ocupación: Lic. Nutricion
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: 120 meses

Preguntas acerca de política y de su capacitación

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

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

P3 ¿Cuántas horas de capacitación fueron en total, incluye horas de teoría y práctica? 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.
- 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?: _____

18

22 NOV 2023

Maura M. Larico Calina
PROFESORA

P7	<p>¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input 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 cardiaca y la respiración.</p>	<p>¿Algo más? _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas.</p>		
<p>Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio</p>		
P8	<p>¿Podría decirme las prácticas o pasos que el "establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño" debe brindar a la madre para una lactancia materna exitosa? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p>Las prácticas incluyen:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input 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 type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo. <input type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna</p>	<p>¿Algo más?: _____</p>
P9	<p>¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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 checked="" type="checkbox"/> Reduce el llanto y la tentación de utilizar sucedáneos de la leche materna.</p>	<p>¿Algo más?: _____</p>
P10	<p>¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.</p>	<p>¿Algo más?: _____</p>
P11	<p>¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input 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?: _____</p>	<p>¿Algo más?: _____</p>
P12	<p>¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input checked="" type="checkbox"/> Alivia la congestión mamaria. <input checked="" type="checkbox"/> Ayuda con los bloqueos de conductos. <input checked="" type="checkbox"/> Es lo mejor para extraer el calostro. <input type="checkbox"/> La madre podría necesitar la extracción de leche para mantener la producción de leche si ella y el bebé son separados. ¿Algo más?: _____</p>	<p>¿Algo más?: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas.</p>		
<p>Preguntas acerca de la Atención Prenatal</p>		
P13	<p>¿Qué debería ser discutido con una mujer embarazada si ella indica que está considerando la opción de darle a su bebé algo distinto a la leche materna? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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.</p>	<p>¿Algo más?: _____</p>

22 JUN 2011

 Mauro M. Latorre Calles

P14	¿Si un colega le pregunta por qué es importante no darle a la madre muestras gratuitas de fórmula de laboratorios comerciales, qué argumentos podría darle? Puntos claves (3 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input checked="" type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input checked="" type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa. <input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?: _____
P15	¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P16	¿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> Puntos claves: POSICIÓN: <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). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN: <input checked="" type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input checked="" type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN <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, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves
P17	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 checked="" type="checkbox"/> No deriva
Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna	
P18	¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P19	¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input checked="" type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P20	Si no enseña la extracción de la leche, ¿A quién deriva a la madre durante su turno para ayuda con la extracción de la leche? _____ <input type="checkbox"/> Sí deriva. <input checked="" type="checkbox"/> No deriva.
Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input 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? Puntos claves (3 necesarios)</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>
<p>Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
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? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input 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 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> Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado. <input type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible. <input 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 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 type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido. ¿Algo más?: _____</p>
<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</p>	



ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	19-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñoz		
EQUIPO EVALUADOR	C.O. Yudy Luque Yangué		

Servicio donde labora: Eficiencia Profesión/Ocupación: Lic. Enfermería
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: > 6 M.

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 da 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?: _____

DIRECCIÓN REGIONAL SERVICIOS DE SALUD PUNO
 22 NOV 2023
 Mauro A. Carico Calaña
 ENFERMERO

P7	¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? Puntos claves (2 necesarios)
	<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 checked="" type="checkbox"/> Regula la frecuencia cardíaca y la respiración.	¿Algo más?: _____

Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas. Sí No

Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio

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? Puntos claves (3 necesarios)	
	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? Puntos claves (2 necesarios)
	<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? Puntos claves (2 necesarios)
	<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? Puntos claves (3 necesarios)
	<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 checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocer a su madre.
	<input checked="" type="checkbox"/> El bebé duerme mejor.
<input checked="" 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? Puntos claves (2 necesarios)
	<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 checked="" type="checkbox"/> Es lo mejor para extraer el calostro.
	<input checked="" 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. Sí No

Preguntas acerca de la Atención Prenatal

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? Puntos claves (2 necesarios)
	<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 checked="" type="checkbox"/> Cómo preparar el alimento con fórmula u otro sucedáneo de la leche materna. ¿Algo más?: _____

El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2023

Mauro M. Torres Colina

P14	¿Si un colega le pregunta por qué es importante no darle a la madre muestras gratuitas de fórmula de laboratorios comerciales, qué argumentos podría darle? Puntos claves (3 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa. <input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?: _____
P15	¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P16	¿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> Puntos claves: POSICIÓN: <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). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN: <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 type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN <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, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves
P17	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
Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna	
P18	¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P19	¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input checked="" type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input checked="" type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P20	Si no enseña la extracción de la leche, ¿A quién deriva a la madre durante su turno para ayuda con la extracción de la leche? _____ <input type="checkbox"/> Sí deriva. <input checked="" type="checkbox"/> No deriva.
Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Preguntas acerca de la alimentación complementaria

¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria?
Puntos claves (3 necesarios)

P21 Continuar con la lactancia materna.
 Frecuencia de porciones de alimentación complementaria según edad del niño.
 Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa".
 Importancia de la higiene.
 ¿Algo más?: _____

Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. Sí No

Preguntas acerca de la consejería a madres que no amamantan

P22 ¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? Sí No
 [Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]

¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura?
Puntos claves (2 necesarios)

P23 Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos.
 Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente.
 Métodos para mantener higiénica la alimentación.
 Importancia de la higiene.
 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

¿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] **Puntos claves (2 necesarios)**

P24 Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado.
 Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible.
 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.
 Mantener procedimientos invasivos (como la inducción de trabajo de parto, ruptura de membrana, episiotomía, partos instrumentados, cesáreas, entre otros) a un mínimo.
 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.
 Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido.
 ¿Algo más?: _____

Resumen (P22-P24): Se reporta que el personal de la salud enseña a las madres que no están amamantando cómo preparar sus alimentos y describe adecuadamente qué es lo que discute. Si no enseña, describe a quien deriva a las madres durante su turno. Sí No

El presente documento es copia del original

22 NOV 2023

Mayra M. Larico Calaña
FEDATARIO

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	30-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muriani		
EQUIPO EVALUADOR	C.O. Yudy Luque Yangue		

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

Preguntas acerca de política y de su capacitación

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

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

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

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

Preguntas acerca de la lactancia materna

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

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

¿Algo más?: _____

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

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

¿Alguna más?: _____

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

Mal agarre del pezón. Otra respuesta: _____

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

Mano M. Larico Calaña
FEDATARIO

P7	<p>¿Por qué el contacto piel a piel entre la madre y el bebé es importante? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mantiene caliente al bebé. <input 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.</p>	¿Algo más?
Resumen (P4-P7): Por lo menos 3 de las 4 preguntas son adecuadas.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preguntas acerca de la atención del parto y el puerperio		
P8	<p>¿Podría decirme las prácticas o pasos que el "establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño" debe brindar a la madre para una lactancia materna exitosa? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p>Las prácticas incluyen:</p> <p><input type="checkbox"/> Contacto precoz de piel a piel. <input type="checkbox"/> Comienzo temprano de lactancia. <input type="checkbox"/> Apoyo con la lactancia. <input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto. <input type="checkbox"/> Lactancia guiada por el niño a libre demanda. <input checked="" type="checkbox"/> No usar chupones. <input checked="" type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva. <input type="checkbox"/> Referir a la madre a grupos de apoyo. <input checked="" type="checkbox"/> No usar medicamentos que interfieren con la lactancia materna</p>	¿Algo más?:
P9	<p>¿Por qué es importante amamantar cuando el bebé lo demanda, para lograr una lactancia exitosa? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><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.</p>	¿Algo más?:
P10	<p>¿Qué consejo le daría usted a la madre para evitar la congestión mamaria? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Una alimentación frecuente. <input checked="" type="checkbox"/> Agarre correcto del bebé.</p>	¿Algo más?:
P11	<p>¿Por qué es importante el alojamiento conjunto? Puntos claves (3 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Madre aprende pautas de alimentación. <input type="checkbox"/> Madre aprende cómo reconocer los signos de interés del bebé para amamantar <input checked="" type="checkbox"/> La madre aprende como manejar y mantener cómodo al bebé. <input checked="" type="checkbox"/> Permite la alimentación a demanda. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé aprende a reconocer a su madre. <input type="checkbox"/> El bebé duerme mejor. <input type="checkbox"/> El bebé se expone a menos infecciones. ¿Algo más?:</p>	¿Algo más?:
P12	<p>¿Por qué es recomendable que todas las madres que amamantan aprendan a extraerse manualmente la leche? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input type="checkbox"/> Ayuda al bebé en el agarre. <input 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 checked="" type="checkbox"/> La madre podría necesitar la extracción de leche para mantener la producción de leche si ella y el bebé son separados.</p>	¿Algo más?: <i>¿Ayuda de leche?</i>
Resumen (P8-P12): Por lo menos 4 de las 5 preguntas son adecuadas.		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preguntas acerca de la Atención Prenatal		
P13	<p>¿Qué debería ser discutido con una mujer embarazada si ella indica que está considerando la opción de darle a su bebé algo distinto a la leche materna? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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.</p>	¿Algo más?:

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

 22 NOV 2023

 Mauro M. Larico Calzina

P14	¿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? <input type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa. <input checked="" type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?:	Puntos claves (3 necesarios)
P15	¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>	
P16	¿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> Puntos claves: POSICIÓN: <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN: <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 type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN <input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución. <input type="checkbox"/> Sí, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves	
P17	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>Dr. G. V. ...</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva <input type="checkbox"/> No deriva	
Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna		
P18	¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>	
P19	¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input checked="" type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P20	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>Dr. G. V. ...</u> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.	
Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input 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? <i>Puntos claves (3 necesarios)</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuar con la lactancia materna. <input 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?: <u>lavado de manos</u></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 type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input checked="" type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente. <input type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación. <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la higiene. <input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza. ¿Algo más?: <u>lavado de manos</u> ¿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 type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado. <input type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible. <input type="checkbox"/> Alentar a la mujer a moverse durante el trabajo de parto y considerar sus deseos en lo que involucra la elección de posición para dar a luz. <input type="checkbox"/> Mantener procedimientos invasivos (como la inducción de trabajo de parto, ruptura de membrana, episiotomía, partos instrumentados, cesáreas, entre otros) a un mínimo. <input 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 quien deriva a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2021

Maura M. Lavien Galatna
EDOTARIO

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	30-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR	C.D. Yudy Luque Yanque		

Servicio donde labora: Psicología Profesión/Ocupación: Psicólogo
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: 7 M.

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.
- 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?: _____

El presente documento es copia del original

22 OCT 2023

Mary M. Larico Calina
 FEDATARIO

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

22 NOV 2023

Mauricio M. Larico Calsina
FEDATARIO

P14	¿Si un colega le pregunta por qué es importante no darle a la madre muestras gratuitas de fórmula de laboratorios comerciales, qué argumentos podría darle? Puntos claves (3 necesarios) <input type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input checked="" type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input checked="" type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input checked="" type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más difícil. <input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?:
P15	¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>
P16	¿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> Puntos claves: POSICIÓN: <input type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido de cerca, frente al pecho. <input type="checkbox"/> La cabeza del bebé y su cuerpo deberían estar alineados. <input checked="" type="checkbox"/> El bebé debería ser sostenido por su espalda, cabeza y hombros (y también del cuerpo, si es recién nacido). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN: <input type="checkbox"/> La boca del bebé debería estar bien abierta. <input type="checkbox"/> El labio inferior hacia fuera. <input checked="" type="checkbox"/> El mentón tocando el pecho. <input type="checkbox"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN <input type="checkbox"/> Las mejillas deberían estar llenas. <input checked="" type="checkbox"/> Con una succión lenta y sonidos de deglución. <input checked="" type="checkbox"/> Sí, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves
P17	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? <i>Emparejamiento</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva <input type="checkbox"/> No deriva
Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna	
P18	¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P19	¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input checked="" type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho.
P20	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? <i>Emparejamiento</i> <input checked="" type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.
Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input 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? Puntos claves (3 necesarios)</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 type="checkbox"/> Debe contener alimento de origen animal y ser de consistencia "espesa". <input checked="" type="checkbox"/> Importancia de la higiene. ¿Algo más?: _____</p>
<p>Resumen (P21): Por lo menos 3 de los 5 puntos claves son adecuados. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
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 <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? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input 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> Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input 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 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 type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido. ¿Algo más?: _____</p>
<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</p>	

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "LA UNIÓN"
 EDUCACIÓN ADMINISTRATIVA
 El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Darío Calina

ANEXO 6F: ENTREVISTA AL PERSONAL DE LA SALUD

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	1-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S MUÑANI		
EQUIPO EVALUADOR			

Servicio donde labora: Enfermería Profesión/Ocupación: LIC. EN ENFERMERIA
 Tiempo que trabaja en un servicio materno - infantil: <6 meses: _____ ≥6 meses: 144

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.
- 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
 Masara M. Davico Galeana

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

El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2021

Mauro M. Latorre Calaña

P14	¿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? <input type="checkbox"/> Está prohibido por el código o por las leyes nacionales. <input type="checkbox"/> Está prohibido recibir donaciones (fórmula, biberones, chupones). <input checked="" type="checkbox"/> Desalienta la lactancia materna. <input type="checkbox"/> Alienta a la alimentación mixta. <input checked="" type="checkbox"/> Hace que la madre piense que los establecimientos de salud aprueban las fórmulas y algunas marcas. <input checked="" type="checkbox"/> Usar la fórmula hace la lactancia más dificultosa. <input type="checkbox"/> Las madres no podrán mantener la compra de fórmula una vez que hayan sido usadas las muestras gratuitas. ¿Algo más?: _____	Puntos claves (3 necesarios)
P15	¿Usted enseña a las madres cómo colocar y hacer el agarre del pezón por sus bebés para amamantar? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>	
P16	¿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> Puntos claves: POSICIÓN: <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). ¿Qué le enseñaría a la madre sobre un buen agarre y una buena succión? Puntos claves: AGARRE DEL PEZÓN: <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"/> Debería ser más visible la parte superior de la areola que debajo de la boca del bebé. Puntos claves: SUCCIÓN <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, si cumple 7 o más puntos claves <input type="checkbox"/> No, si cumple menos de 7 puntos claves	
P17	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	
Resumen (P13-P17): Se reporta que enseña a la madre la colocación y el agarre del bebé y es capaz de describirlo correctamente. Si no enseña, describe a quién deriva a la madre durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Preguntas acerca de la extracción manual de la leche materna		
P18	¿Enseña a las madres cómo extraerse manualmente la leche? <i>[Si es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbviela]</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P19	¿Podría por favor describir y demostrar cómo enseña la extracción manual? Puntos claves (4 necesarios) <i>[Solicite al interrogado describir, usando un modelo de pecho para demostrar, cómo enseñaría a una madre a extraerse manualmente su leche]</i> <input checked="" type="checkbox"/> Estimula el flujo de la leche (a través de relajación, masaje, aplicando calor, pensando en el bebé, etc.). <input checked="" type="checkbox"/> Colocando los dedos (o pulgar y otro dedo) opuestos por detrás de los pezones. <input type="checkbox"/> Comprimiendo y soltando el pecho. <input type="checkbox"/> Repitiendo en todas las partes del pecho.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P20	Si no enseña la extracción de la leche, ¿A quién deriva a la madre durante su turno para ayuda con la extracción de la leche? _____ <input type="checkbox"/> Sí deriva. <input type="checkbox"/> No deriva.	
Resumen (P18-P20): Se reporta que enseña a las madres la extracción manual y da una descripción y una demostración adecuadas. Si no enseña, describe a quién deriva a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Preguntas acerca de la alimentación complementaria	
P21	¿Qué información discutiría con la madre relacionada a la alimentación complementaria? Puntos claves (3 necesarios) <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 type="checkbox"/> Importancia de la higiene. ¿Algo más?: _____
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	¿Enseña a las madres que no amamantan cómo preparar los alimentos para sus bebés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>[Si la respuesta es "Sí", continúe a la siguiente pregunta. Si es "No", óbvuela]</i>
P23	¿Qué información daría a la madre referente a cómo preparar y dar alimentación artificial en una manera segura? Puntos claves (2 necesarios) <input type="checkbox"/> Hirviendo y enfriando agua antes de mezclar alimentos. <input type="checkbox"/> Proporciones correctas para mezclar los alimentos artificiales disponibles localmente. <input type="checkbox"/> Métodos para mantener higiénica la alimentación. <input type="checkbox"/> Importancia de la higiene. <input type="checkbox"/> Importancia de la alimentación en taza. ¿Algo más?: _____ ¿A quién deriva a las madres durante su turno para este consejo? _____
Ahora, me gustaría preguntarle algunas preguntas concernientes al trabajo de parto, el parto y el post-parto	
P24	¿Qué prácticas y procedimientos de trabajo de parto y post-parto aseguran que la lactancia tenga un buen inicio? <i>[No lea la lista y sólo marque los ítems mencionados]</i> Puntos claves (2 necesarios) <input checked="" type="checkbox"/> Alentar a la mujer a tener compañía constante que brinde apoyo físico y emocional, si es deseado. <input type="checkbox"/> Usando métodos no medicamentosos para calmar el dolor lo más posible. <input 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 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 type="checkbox"/> Evitar la aspiración de boca, de garganta o nasal del recién nacido. ¿Algo más?: _____
Resumen (P22-P24): Se reporta que el personal de la salud enseña a las madres que no están amamantando cómo preparar sus alimentos y describe adecuadamente qué es lo que discute. Si no enseña, describe a quien deriva a las madres durante su turno. <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

El presente documento es copia del original
 22 NOV 2023
 Mauro M. Lario Colina

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	02-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	Maritza Quispe Peralta		

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

A. Capacitación en lactancia materna

Pa.1 ¿Recibió algún tipo de orientación o capacitación sobre la promoción y apoyo a la lactancia materna desde que comenzó a trabajar aquí? Sí No
[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]

Pa.2 ¿Puede decirme algunas razones por las cuales la lactancia materna es importante para el bebé o la madre? **Punto clave (1 necesario)**
 Beneficios de salud para el bebé (específico).
 Lazos afectivos.
 Beneficios de salud para la madre (específico).
 Buena nutrición.
 ¿Algo más?: _____

Pa.3 ¿Puede mencionar algunas prácticas posibles que apoyen la lactancia materna en los servicios de la maternidad? **Puntos claves (2 necesarios)**
 Inicio temprano de la lactancia.
 Enseñar a la madre a amamantar.
 Alimentación a demanda o indicada por el niño.
 Alentando la lactancia exclusiva.
 No utilizar biberones o chupones de distracción.
 No recibir donaciones de fórmulas.
 Otros puntos relacionados a los 10 pasos.
 Alojamiento conjunto.
 ¿Algo más?: _____

Pa.4 ¿Qué tipo de cosas se pueden hacer para proveer apoyo a la mujer para que pueda alimentar bien a sus bebés? *[Variará, dependiendo del tipo de establecimiento de salud y la función que cumple]*
Punto clave (1 necesario)
 Describa: Brindar un ambiente adecuado para que fomde L.M.E.

RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas Sí No

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
 El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
 Mauro M. Larico Celsina

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	28-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Huánuco		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Maritza Quispe Recalde		

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

A. Capacitación en lactancia materna

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

INSTITUCIÓN DE SALUD
 ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL
 El presente documento es copia fiel de original
 22 OCT 2023
 Maritza Quispe Recalde

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	29-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. ruñani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Macitza Quispe Beratta		

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

A. Capacitación en lactancia materna

Pa.1 ¿Recibió algún tipo de orientación o capacitación sobre la promoción y apoyo a la lactancia materna desde que comenzó a trabajar aquí? Sí No
[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]

Pa.2 ¿Puede decirme algunas razones por las cuales la lactancia materna es importante para el bebé o la madre? **Punto clave (1 necesario)**
 Beneficios de salud para el bebé (específico).
 Lazos afectivos.
 Beneficios de salud para la madre (específico).
 Buena nutrición.
 ¿Algo más?:

Pa.3 ¿Puede mencionar algunas prácticas posibles que apoyen la lactancia materna en los servicios de la maternidad? **Puntos claves (2 necesarios)**
 Inicio temprano de la lactancia.
 Enseñar a la madre a amamantar.
 Alimentación a demanda o indicada por el niño.
 Alentando la lactancia exclusiva.
 No utilizar biberones o chupones de distracción.
 No recibir donaciones de fórmulas.
 Otros puntos relacionados a los 10 pasos.
 Alojamiento conjunto.
 ¿Algo más?:

Pa.4 ¿Qué tipo de cosas se pueden hacer para proveer apoyo a la mujer para que pueda alimentar bien a sus bebés? *[Variará, dependiendo del tipo de establecimiento de salud y la función que cumple]*
Punto clave (1 necesario)
 Describa: brindar un espacio adecuado para que pueda brindar L-M-C

RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas Sí No

El presente documento es copia fiel de original.

22 NOV 2023

Maura A. Larrea Calsina
 SECRETARÍA

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	28-10-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muanani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Maritza Quispe Peralta		

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

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? Punto clave (1 necesario)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Beneficios de salud para el bebé (especifico). <input checked="" type="checkbox"/> Lazos afectivos. <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios de salud para la madre (especifico). <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? Puntos claves (2 necesarios)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inicio temprano de la lactancia. <input checked="" type="checkbox"/> Enseñar a la madre a amamantar. <input type="checkbox"/> Alimentación a demanda o indicada 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?: <u>Preparación de manos antes del parto</u></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></p> <p>Punto clave (1 necesario)</p> <p>Describe: <u>Disminuir las situaciones de estrés en la madre ya q. el estrés ↓ Probables</u></p>	
RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RESPONDE A ESTAS PREGUNTAS EN UN ESTABLECIMIENTO AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO
 El presente documento es copia del original

22 OCT 2023

Mauri M. Larico Calsina
 FOTOGRAFIA

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	PUNO	FECHA	01-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muñani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Maritza Quispe Fcalta		

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

A. Capacitación en lactancia materna

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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 El presente documento es copia del original
 22 NOV 2023
 Mauro M. Lario Cabrera

ANEXO 6G: ENTREVISTA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS	Puno	FECHA	04-11-23
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Muzani		
EQUIPO EVALUADOR	Lic. Macitza Quispe Peralte		

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

A. Capacitación en lactancia materna

Pa.1 ¿Recibió algún tipo de orientación o capacitación sobre la promoción y apoyo a la lactancia materna desde que comenzó a trabajar aquí? Sí No
[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]

Pa.2 ¿Puede decirme algunas razones por las cuales la lactancia materna es importante para el bebé o la madre? **Punto clave (1 necesario)**
 Beneficios de salud para el bebé (específico).
 Lazos afectivos.
 Beneficios de salud para la madre (específico).
 Buena nutrición.
 ¿Algo más?: _____

Pa.3 ¿Puede mencionar algunas prácticas posibles que apoyen la lactancia materna en los servicios de la maternidad? **Puntos claves (2 necesarios)**
 Inicio temprano de la lactancia.
 Enseñar a la madre a amamantar.
 Alimentación a demanda o indicada por el niño.
 Alentando la lactancia exclusiva.
 No utilizar biberones o chupones de distracción.
 No recibir donaciones de fórmulas.
 Otros puntos relacionados a los 10 pasos.
 Alojamiento conjunto.
 ¿Algo más?: _____

Pa.4 ¿Qué tipo de cosas se pueden hacer para proveer apoyo a la mujer para que pueda alimentar bien a sus bebés? *[Variará, dependiendo del tipo de establecimiento de salud y la función que cumple]* **Punto clave (1 necesario)**
 Describa: _____

RESUMEN (Pa.1-Pa.4): Al menos responde correctamente 3 preguntas Sí No

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD
 El presente documento es copia del original

22 NOV 2023

Maura M. Lora Colina



GOBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional de
Salud Puno

REDESS AZANGARO MICRO
RED MUÑANI

CENTRO DE SALUD MUÑANI 2023

PLAN DE CERTIFICACION COMO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2023.



RESPONSABLE:

COMITÉ DEL CENTRO LACTARIO DEL CENTRO DE SALUD MUÑANI



[Signature]
Luzmila Behavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 069400



**PLAN DE CERTIFICACION COMO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA
MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2023**
Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01

I. INTRODUCCION.

La mayoría de los países, así como el Perú han dado con acciones vigorosas para mejorar el apoyo a la lactancia, para proteger la lactancia mediante políticas o normas nacionales y campañas de promoción al público. Según OMS, 1989 establece criterios mundiales para obtener la nominación de Hospital Amigo del Niño, para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna.

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF del 2002 (EMALNP) solicita nuevamente apoyo – con urgencia – a la lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses, y lactancia continuada además de la introducción oportuna de alimentación complementaria apropiada por 2 años o más.

El objetivo de estas acciones es el de crear y sostener un ambiente que aliente las prácticas apropiadas de alimentación para todos los lactantes.

La lactancia materna es una decisión importante en lo que se refiere a la salud, ya que su práctica protege a niñas y niños de infecciones respiratorias, diarrea y muerte. A través de la leche la madre transmite sus defensas al bebé durante un movimiento vital de su desarrollo protegiéndolo contra enfermedades futuras como: asma, alergias, diabetes, sobrepeso, obesidad dermatitis atópica, leucemia y afecciones cardiovasculares; y además de favoreces su desarrollo intelectual, emocional y crecimiento físico.

La madre por su parte intensifica el vínculo emocional con 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, también disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario, y la protege contra la osteoporosis.

Al existir un menor número de niñas y niños enfermos, se incide positivamente en la economía familiar, no sólo porque la alimentación con la lactancia es gratuita, sino porque evitará gastos por atención médica y sus repercusiones en el ausentismo laboral de los padres por el cuidado del niño(a) enfermo. "El aumento de la práctica de la lactancia materna puede impedir aproximadamente 823,000 muertes





infantiles y 20,000 muertes por **cáncer de mama** cada año". El INEI informó que al año 2011, había en Perú **7 millones 61 mil 177** mujeres que trabajan, representando el **44,3%** del total de la PEA, ingresando anualmente al mercado laboral **187 mil 200 mujeres**.

Por ello la Red de Salud Azángaro, Micro Red Muñani , Centro de Salud Muñani, implementa acciones descrita para la certificación como establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño 2023, en base de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 para la **Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño**.

II. FINALIDAD:

Contribuir a reducir la mcrbi mortalidad infantil y al desarrollo integral de la niña y el niño.

III. OBJETIVOS:

Certificar como establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño, con el cumplimiento de los 10 pasos de la lactancia materna, el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, el reglamento de alimentación infantil y el lactario institucional.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Aplicación para Hospital y en todos los establecimientos de Categoría I-4, *dedicados a la atención de la madre, la niña y el niño*, o que realizan actividades relacionadas a ella.

V. DISPOSICIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, NIÑA Y NIÑO:

Es aquel EESS que aprueba la evaluación externa respecto a los criterios establecidos para la certificación como Establecimiento Amigo de la madre, niña y niño.

CERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, NIÑA Y NIÑO:





Proceso que implica la evaluación de los establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención a la madre, niña y el niño; mediante los siguientes criterios:

1. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa.
2. Cumplimiento de las disposiciones relacionadas a la publicidad y adquisición de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas establecidas en el Reglamento de Alimentación Infantil.
3. Implementación del Lactario Institucional, según corresponda.

LA CERTIFICACIÓN TIENE UNA DURACIÓN DE 3 AÑOS, FINALIZADO ESE PERIODO DEBE SER ACTUALIZADA

LACTARIO INSTITUCIONAL:

Ambiente especialmente acondicionado, higiénico para que las mujeres extraigan su leche durante el horario de trabajo asegurando su adecuada conservación.



COMITÉ TÉCNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA:

Instancia organizativa de la GERESA/DIRESA/DISA reconocida con Resolución Directoral, encargada de promover, conducir, organizar, supervisar y evaluar los procesos de certificación como Establecimientos amigos de la madre, niña y niño.

COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA:

Instancia organizativa que se conforma en los establecimientos de salud públicos y privados que cuenten con servicios de atención del parto, puerperio y del recién nacido con la finalidad de promover, implementar y monitorear el cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil.

5.2. El Comité Técnico Institucional de nivel regional implementará la certificación como Establecimientos amigos de la madre, niña y niño de los establecimientos de salud públicos y privados que brinden servicios para la atención a la madre, al recién nacido, niñas y niños hasta los 2 años de edad, priorizando los establecimientos que cuentan





con servicios de atención del parto y del recién nacido.

5.3. Están considerados 2 clases de establecimientos de salud, en base al criterio "Atención del parto y del recién nacido"

- 1. Establecimientos de salud públicos y privados (clínicas y policlínicos) que cuentan con servicios para la atención del parto y del recién nacido.
- 2. Establecimientos de salud del ámbito público que NO cuentan con atención del parto y al recién nacido, pero atienden a madres en la etapa prenatal y a niñas y niños hasta los 2 años.

En función de la mencionada clasificación y para efectos de la certificación como establecimiento amigo, se diferencia también la Unidad de evaluación, tal como se detalla a continuación:



CRITERIOS	ASPECTOS A SER EVALUADOS	CLASIFICACION DE EESS	
		ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RN	NO ATENCIÓN DEL PARTO Y RN
1. LOS 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA (70%)	PASO 1: EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA ESCRITA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA	X	X
	PASO 2: CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	X	X
	PASO 3: ENTREGA DE INFORMACIÓN A GESTANTES	X	X
	PASO 4: REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL A PIEL	X	X
	PASO 5: MOSTRAR A LAS MADRES COMO AMAMANTAR Y COMO MANTENER LA LACTANCIA AUN SI ELAS DEBEN SEPARARSE DE SUS HIJOS	X	NO APLICA
	PASO 6: NO DAR A LOS RECIEN NACIDOS ALIMENTOS O LIQUIDOS QUE NO SEAN LECHE MATERNA	X	X
	PASO 7: ALOJAMIENTO CONJUNTO DURANTE LA ESTANCIA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	X	NO APLICA
	PASO 8: LACTANCIA MATERNA A DEMANDA	X	X
	PASO 9: NO DAR CHUPONES NI BIBERONES A RECIÉN NACIDOS	X	X
	PASO 10: EL EESS TIENE CONTACTO CON GRUPOS DE APOYO	X	X
2. PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDANEOS DE LA LM, BIBERONES Y TETINA (20%)	NO HAY PUBLICIDAD, NI DISTRIBUYE MUESTRAS GRATUITAS DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA	X	X
	EL EESS DE SALUD NO RECIBE DONACIONES NI ADQUIERE SUCEDANEOS A PRECIOS REBAJADOS UNICAMENTE ADQUIERE LO REQUERIDO CON JUSTIFICACION MÉDICA (SOLO LOS EESS QUE ATIENDEN PARTO Y AL RN)	X	X
3. LACTARIO INSTIUTUCIONAL (10%)	EXISTENCIA DE LACTARIO INSTITUCIONAL	X	SI
	CARACTERÍSTICAS DEL LACTARIO SEGÚN NORMA VIGENTE	X	CORRESPONDE

REDESS AZANGARO
 El presente documento es copia fiel del original
 22 NOV 2023
 Marco M. Zurco Calina



Para los EESS que atienden parto y recién nacido, la unidad de evaluación será cada uno de los establecimientos existentes en el ámbito regional.

La Certificación como EESS Amigo de la madre, niña y niño, de los eess regionales (públicos y privados) que atienden el parto y al recién nacido, será de carácter obligatorio.

Para los EESS que NO atienden el parto y el recién nacido, la unidad de evaluación será la Micro Red.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1. Criterios para la certificación como Establecimiento Amigo de la madre, la niña y el niño

1. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa.
2. Cumplimiento de disposiciones relacionadas a la publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la leche materna establecidas en el Reglamento de Alimentación Infantil-RAI.
3. Implementación del Lactario Institucional.

6.2. Planificación y organización para la certificación como eess amigo de la madre, la niña y el niño

6.2.1. Comité técnico institucional para la promoción y protección de la Im de nivel regional

Tiene como referente al COMITÉ TECNICO INSTITUCIONAL DEL MINSA y se conformará en cada región, facilitando la coordinación e involucramiento de las instituciones de salud públicas y privadas presentes en la región.

Son funciones del Comité Técnico Regional:

- ✓ Promueve, conduce, organiza, supervisa, monitorea y evalúa los procesos de certificación como *Establecimientos Amigos*.
- ✓ Clasifica y prioriza los EESS públicos y privados a certificar como *Establecimientos Amigos*, según criterio de clasificación: atención del parto y del recién nacido.
- ✓ Capacita facilitadores para promover la certificación como *Establecimientos Amigos*.
- ✓ Gestiona políticas de reconocimiento e incentivos a la Dirección/Jefatura al equipo de gestión y al comité de lactancia materna del EESS o Microred que logren certificar como *Establecimientos Amigos*.
- ✓ Propone líneas de investigación en lactancia materna

6.2.1. Comité De Lactancia Materna

El Reglamento de Alimentación Infantil, establece que los EESS públicos y privados que cuentan con servicios de atención del parto y del recién nacido están obligados a contar





con un Comité de LM, el cual debe ser reconocido formalmente con RD/RJ según corresponda (DS.Nº009-2006-SA, art. 7)

Debe estar conformado por mínimo de 3 personas designadas por la máxima autoridad de EESS, de preferencia seleccionadas entre personal que atiende a madre – niña/o de 2 años.

El Comité de LM de la MR será conformado por los responsables de las áreas/servicios directamente vinculados a la atención de gestantes y madres de niñas y niños hasta los 24 meses.

Funciones del Comité de LM:

- ✓ Realiza análisis integral de la situación de LM en EESS o MR
- ✓ Elabora Plan de Trabajo de LM, el que debe estar inserto en POI de la MR
- ✓ Participa en procesos de mejora para la certificación como *Establecimiento Amigo*.
- ✓ Elabora, implementa y evalúa el plan de capacitación en LM, en coordinación con el área de capacitación.
- ✓ Monitorea la promoción y protección de la LM en el EESS o MR.
- ✓ Realiza reuniones periódicas con jefes de servicios y coordinadores de áreas/programas para la evaluación y análisis de los procesos de atención integral a la madre, niña y niño hasta los 2 años.
- ✓ Vigila la recepción de donaciones y/o adquisiciones de sucedáneos de la LM cuando sean necesarios.
- ✓ Elabora informe semestral a la Dirección/Jefatura según corresponda, que de cuenta de la situación de la LM debiendo ser elevado al Comité Técnico Institucional.
- ✓ Promueve o fortalece el lactario institucional, según normatividad, en coordinación con el área de Recursos humanos.



6.3. Etapas Para La Certificación Como EESS Amigo De La Madre, La Niña Y El Niño

- PROMOCION DE LA CERTIFICACION COMO EESS AMIGO DE LA MADRE, NIÑA Y NIÑO
- EVALUACION INTERNA
- EVALUACION EXTERNA
- CERTIFICACION Y RECONOCIMIENTO
- SEGUIMIENTO Y MONITOREO





6.3.1. Promoción de la certificación como EESS amigo de la madre, niña y niño

ACTIVIDADES:

- 1. Sensibilización del personal de salud para reforzar su responsabilidad en la promoción, protección y apoyo a la LM.
- 2. Identificación y priorización de los EESS a certificar como EESS amigo.
- 3. Identificación y capacitación de los EESS para el acompañamiento de los procesos de certificación.
- 4. Conformación de equipos de evaluación externa.
- 5. Identificación de modalidades de reconocimiento e incentivo a la dirección/jefatura, al equipo de gestión y al comité de lm del EESS o MR que logre la certificación como EESS amigo.

6.3.2. Evaluación Interna: EESS aspiran a certificar, para ello participa el comité de LM del EESS o MR involucrando, el área de capacitación y calidad, con el apoyo de un facilitador

ACTIVIDADES:

- 1. Sensibilización de personal de salud del EESS o MR para su participación activa en el proceso.
- 2. Socialización de la metodología, criterios e instrumentos
- 3. Aplicación de manera transparente y objetiva instrumentos que correspondan.
- 4. Informe de resultados y socialización de brechas.
- 5. Elaboración, implementación y monitoreo del plan de mejora, según brechas encontradas.



6.3.3. Evaluación Externa:

En esta etapa el Comité Técnico Institucional del nivel regional, recibida la solicitud de evaluación externa conforma un equipo multidisciplinario, el cual está integrado por no menos de 3 profesionales que cumplan con los siguientes requisitos:

- Experiencia en las áreas de atención materno – infantil
- Experiencia en procesos de evaluación de calidad de servicios de salud
- Conocimientos de LM
- Competencia para la aplicación de la metodología para la certificación como EESS Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

Funciones del equipo de Evaluación Externa:

- ✓ Programar y coordinar la visita al EESS o MR
- ✓ Presentar los objetivos y metodología a la Dirección/Jefatura, equipo de gestión y al Comité de LM del EESS o la MR.





- ✓ Organizar la recolección de datos mediante verificación documentaria, observación y entrevistas al personal de salud y usuaria de los servicios materno-infantiles.
- ✓ Elaborar el acta final de calificación precisando resultados y conclusión respecto al logro de certificación.
- ✓ Si no se logra certificar, los resultados incluirán recomendaciones según criterios no cumplidos.
Presenta resultados a instancias y resuelve situaciones pronunciándose.

6.3.4. CERTIFICACION Y RECONOCIMIENTO

- La Certificación es la emisión de una Resolución Directoral de "Certificación", condición que debe ser difundida mediante un diploma o placa, colocada en un lugar visible del EESS o de la MR, para conocimiento de usuarios.
- Se inicia cuando el Comité Técnico Institucional Regional recibe el acta final de certificación que da cuenta del puntaje que permite la certificación.
- El reconocimiento brindado a los establecimientos de salud públicos y privados que han logrado la certificación, es una estrategia que busca reforzar en el personal de salud, la pro actividad, el compromiso y la actitud favorable para el cambio y la mejora.
- El reconocimiento e incentivos se hacen a la Dirección/Jefatura, al equipo de gestión y al Comité de Lactancia Materna del EESS o MR, según corresponda y es gestionado por el Comité Técnico Institucional con el Gobierno Regional y local correspondiente.



6.4. Supervisión, Monitoreo Y Evaluación

6.4.1. Supervisión: Orientada al fortalecimiento de capacidades de gestión de los comités técnicos institucionales (CTI) y de los comités de lactancia materna, así como al apoyo para la formación de facilitadores y evaluadores que acompañen los procesos para la certificación como EESS Amigo.

6.4.2. Monitoreo: El Comité técnico institucional, es el encargado de monitorear el cumplimiento de la normatividad vigente vinculada a la LM, en el ámbito bajo su responsabilidad.

Implica el seguimiento en 3 aspectos claves:

1. Cumplimiento de los 10 pasos para una Lactancia Materna Exitosa.





2. Cumplimiento de las disposiciones relacionadas a la publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la LM, biberones y tetinas establecidas por el Reglamento de alimentación infantil.
3. Implementación del Lactario Institucional.

LA FICHA DE MONITOREO DEBE APLICARSE EN LA SUPERVISIÓN AL EESS O MR AL MENOS 1 VEZ AL AÑO.

EN CASO DE EESS O MR CERTIFICADOS, ES EL COMITÉ DE LM QUIEN MONITORIZA EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS Y ESTANDARES DE CERTIFICACIÓN PARA SOSTENIBILIDAD.

6.4.3. Evaluación:

Orientada a analizar los resultados e impacto de la certificación de EESS como EESS AMIGOS, identificando los factores que facilitan o dificultan dicha certificación.

Es el CTI de nivel regional quien propicie la evaluación anual del proceso de certificación en los ámbitos correspondientes, asegurando la implementación del reconocimiento público de los EESS o MR certificadas.



VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES COMO RED

ACTIVIDADES											
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	
Elaboración del plan de contingencia de trabajo.	X	X	X								
Socialización de acciones, normativa, metas y estrategias.		X									
Fortalecimiento de capacidades y Asistencia técnica para emisión de la conformación del comité de Promoción y protección de la lactancia materna.			X								
Evaluación Interna			X	X							
Evaluación Externa					X	X					
Certificación y Reconocimiento							X	X			
Evaluación y monitoreo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2023

Maria M. Linares Calvente

POLITICA DE PROTECCION PROMOCION
Y APOYO A LA LACTANCIA
MATERNA



ELABORADO POR:
COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA LACTANCIA
MATERNA DEL CENTRO DE SALUD MUÑANI I-4

2023



[Signature]
 Luzitery Benavente Vilca
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 069400

El presente documento es copia fiel del original.
 22 NOV 2023
[Signature]
 Mauro M. Larico Calzina
 LEGATARIO

ÍNDICE

Introducción.....

Justificación de la Política.....

Finalidad.....

Objetivos.....

Alcance de la Política

Base Legal.....

Comité Institucional de Lactancia Materna.....

Responsabilidad.....

Disposiciones Normativas.....

Referencias Bibliográficas.....

ATENCIÓN: Este documento es copia del original

22 NOV 2023

Mauricio M. Larico Calzina



[Signature]

Dra. Mary Bernavente Vilca
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 069400

INTRODUCCIÓN

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. (1,2) 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. (3)

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. (4)

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 (5)

El Hospital Belén de Trujillo ha venido trabajando a favor de la lactancia materna desde hace más de 20 años, pues desde el año 1994 en que fue certificado como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño"; 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

22 N° 2023

Mauricio M. Lorico Calsina

elaborada en consenso resume nuestro compromiso y forma de trabajo para otorgar una atención de calidad centrada en las personas

1.- JUSTIFICACIÓN DE LA POLITICA

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. (1, 7)

Principios:

- El Hospital Belén de Trujillo 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" (Anexo 1), 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

2.- FINALIDAD

Contribuir a mejorar el estado de salud y el desarrollo integral de la niña y el niño de los usuarios del centro de Salud Muñani

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

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 los Servicios del Centro De Salud Muñani involucrados con la atención de la madre y el niño.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 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 Centro De Salud Muñani

3.2.2 Implementar los diez pasos para una lactancia materna exitosa, de la Iniciativa de Centro De Salud Muñani de salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

3.2.3 Promover la capacitación y actualización del personal de salud que labora en los departamentos del área materno infantil 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.

3.2.4 Difundir y hacer cumplir el Reglamento de Alimentación Infantil en el Centro De Salud Muñani con los involucrados con la atención de la madre y el niño.

3.2.5 Promover el uso del Lactario Institucional como un espacio para que las mujeres puedan ejercer su derecho de lactancia materna durante la jornada laboral.

4.- ALCANCE DE LA POLÍTICA

4.2.1 Esta política es congruente con la Misión del Centro De Salud Muñani y para garantizar su implementación y sostenibilidad está incluida dentro del Plan Operativo



Institucional como uno de los instrumentos para el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

4.2.2. Esta política es de aplicación obligatoria para todo el personal que labora en los departamentos y Servicios del Centro De Salud Muñani.

5.- BASE LEGAL

- Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad (1989)
- Declaración de Innocenti sobre la Protección, la Promoción y el Apoyo de la Lactancia Materna OMS/UNICEF 1990.
- DS 020-82. SA. Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- Ley N°27337(07/08/2000) "Código de los Niños y Adolescentes"
- Resolución Ministerial N° 240-2000 SA/D.M (02/08/2000) Declara la cuarta semana de agosto de cada año como, "Semana de la Lactancia Materna en el Perú"
- Ley N° 27403(20/01/2001 "Ley que precisa los alcances del permiso por lactancia materna"
- Ley 27591 (13/12/2001) Ley que equipara la duración del permiso de la madre trabajadora del régimen privado al público."
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud (2002).
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 010-
MINSA -INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Infantil"
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N°006-
MINSA-INS-V. 01" Lineamientos de Nutrición Materna"
- Resolución Ministerial N°933-2005/MINSA, que establece la conformación del Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- DS N°009.2006 Reglamento de Alimentación Infantil
- Resolución Ministerial N°959-2006/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 009-
MINSA/DGPS-V.01: "Directiva Sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud "

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
El presente documento es copia fiel del original

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calina
SECRETARIO

- Ley N° 28731 (2006) "Ley que amplía la duración del permiso por lactancia materna a dos horas en los embarazos; múltiples"
- Decreto Supremo N° 018-2008-SA, que aprobó la creación de la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- Resolución Ministerial N° 615-2010/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 035-
MINSA/DGSP-V.01 "Promoción de la semana de la Lactancia Materna en el Perú"
- Resolución Ministerial N° 527-2013/MINSA que aprueba la Norma Técnica N°105-
MINSA/VDGSPV. 01" Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna"
- Resolución Ministerial N° 528 -2013/MINSA que aprueba la Norma Técnica N°106-
MINSA/VDGSPV. 01" Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal"
- Resolución Ministerial N° 609 -2014/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna"
- Resolución Ministerial N° 609 – 2014/MINSA que aprueba la "Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño"
- Resolución Ministerial N° 462 -2015/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna.
- Ley N° 29896 (08/02/2016)" Ley que establece la "Implementación de Lactarios del Sector Público y del Sector Privado, promoviendo la lactancia Materna".

6.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE LACTANCIA MATERNA

6.1.- De acuerdo al Reglamento de Alimentación Infantil (RAI) se debe contar con un comité institucional de lactancia materna el cual deberá ser reconocido formalmente por la DIRESA PUNO

6.2 El comité estará integrado por un equipo multidisciplinario de las áreas materno infantil, dirección general, así como áreas administrativas involucradas en la atención de la madre y el niño.



6.3 Este comité se encargará de la coordinación, difusión, y supervisión de las normas establecidas en esta política.

7.- RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento a la presente política:

- Director De La Redess Azangaro
- Comité Institucional de Lactancia Materna.
- Jefes de Servicios
- Coordinadores y Responsables de Programas, Nutrición, Servicio Social.
- Coordinadoras de enfermería de los servicios responsables de la atención a madres y niños.
- Personal que labora en los Departamentos de Gineco-Obstetricia, Neonatología, Pediatría y Emergencia sean de consulta externa y /o de hospitalización involucrados en la atención de la madre y el niño.

8.- DISPOSICIONES NORMATIVAS

8.1 DE LA DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA. - La difusión de este documento hacia los usuarios internos y externos de la institución es parte esencial de su aplicación.

Acciones:

8.1.1 Esta política se pondrá en conocimiento de todo el personal que realice la atención a madres embarazadas, puérperas, lactantes y/o niños/niñas hasta los 2 años de edad; para que pueda incorporarla como herramienta de su práctica cotidiana.

8.1.2 La política deberá darse a conocer al personal de nueva incorporación nada más al comenzar a trabajar en el hospital.

8.1.3 Todo el personal deberá tener acceso a una copia de esta normativa, para tal efecto, deberán estar disponibles en todos los servicios donde se realice la atención a madres embarazadas, puérperas, lactantes y/o niños/niñas hasta los 2 años de edad.

8.1.4 Difundir a las embarazadas, madres y padres, sobre la existencia de esta política y de los cuidados que fomenta para que conozcan el tipo de asistencia que recibirán en este hospital

Publicar en un lugar visible un resumen del contenido de esta política, redactado en un lenguaje claro y sencillo para que pueda ser comprendido por las madres, padres y personal, en todas las áreas del hospital donde se brinde atención a la madre y al niño.

El presente documento es copia del original

22 NOV 2023

Mauro M. Leñero Calina
FENOTARIC

8.2.- DE LA CAPACITACIÓN A TODO EL PERSONAL QUE LABORA EN LAS ÁREAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL. -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:

8.2.1 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.

8.2.2 La Capacitación del personal es responsabilidad de la Unidad de Capacitación del Hospital en coordinación con el comité de lactancia y los departamentos y/o servicios correspondientes. Es su responsabilidad proporcionar la formación necesaria a todo el personal, así como evaluar la eficacia de la formación recibida.

8.2.3 La Unidad de Capacitación del Hospital en coordinación con el comité de lactancia elaborara un Plan de capacitación permanente para la promoción y protección de la lactancia materna.

8.2.4 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.

8.2.5 El programa de capacitación debe incluir cursos de capacitación anual en lactancia materna, los cuales tendrán un mínimo de 20 horas con 3 horas de práctica clínica supervisada.

8.2.6 Los cursos serán dictados en forma periódica de acuerdo a un cronograma establecido, teniendo en cuenta el número de participantes designado por los servicios.

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

El presente documento es copia fiel del original.

22 NOV 2023

Mauro M. Larico Calzina
EDATARIO

8.2.1 institucionales, y otros contenidos especificos que se consideren oportunos según los diferentes niveles del personal, que les permita fortalecer sus conocimientos y habilidades, así como el cambio de actitud.

8.2.2 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.

8.2.3 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.

8.2.4 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.

8.2.5 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.

8.2.6 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.

8.2.7 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

RECIBIDO
22 NOV 2023
Mauro M. Larico Calsina
PEDAGOGO

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

8.3.- DE LA INFORMACIÓN A LAS GESTANTES SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y COMO PONERLA EN PRÁCTICA. –Brindar a las gestantes y sus familias educación y atención oportuna para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio y la lactancia materna en los consultorios de control prenatal, psicoprofilaxis y otros, favoreciendo de esta forma el ejercicio de sus derechos y la participación del padre y/o familiar.

Acciones:

8.3.3 Elaborar un programa de consejería prenatal que describa las actividades educativas a realizar durante la atención a la gestante en las consultas de control prenatal, psicoprofilaxis y nutrición, que permita ofrecer a las gestantes, sus parejas y/o familiares los conocimientos y prácticas que la preparen para la gestación, el parto, el puerperio, y la lactancia materna.

8.3.4 Los contenidos que se deben incluir en la consejería a la gestante y a su familia son:

- ✓ Política Institucional de Lactancia materna
- ✓ Anatomía y Fisiología de la Lactancia materna
- ✓ Beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre, el niño y la familia
- ✓ Técnicas de amamantamiento: buena posición, agarre y succión eficaz
- ✓ Importancia del acompañamiento en el parto
- ✓ Importancia del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia
- ✓ Importancia del alojamiento conjunto y la lactancia materna a libre demanda
- ✓ Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria
- ✓ Nutrición materna durante la gestación y la lactancia
- ✓ Técnicas de extracción de la leche
- ✓ Riesgos de la alimentación con fórmulas lácteas

8.3.5. Durante el primer control prenatal se deberá incluir información y educación para una lactancia materna exitosa el mismo que deberá ser registrado en el carnet perinatal y en la historia clínica. Asimismo, se promoverá la asistencia de la gestante a las sesiones de psicoprofilaxis.



8.3.6 Todas las mujeres embarazadas deberán haber recibido consejería sobre los beneficios de la lactancia materna y la manera de instaurarla con éxito, antes de las 32 semanas de gestación.

8.3.7 Durante la asistencia a las consultas de control prenatal y las sesiones de psicoprofilaxis, el personal que brinda la atención reforzará la confianza de la gestante y su capacidad para amamantar, a través de la explicación clara y simple de las bases fisiológicas de la lactancia materna y las prácticas que evitan problemas frecuentes.

8.3.8 El personal que tiene bajo su responsabilidad el control prenatal, debe asegurarse que todas las gestantes hayan recibido información de los beneficios lactancia y de los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula.

8.3.9. En sala de espera de la consulta de Gineco-obstetricia deberá disponerse de proyección de videos educativos, así como afiches, gigantografías que incluyan contenidos sobre 10 pasos para una lactancia exitosa, práctica de la Lactancia, etc. Se entregará información educativa escrita (folletos, trípticos) a todas las gestantes durante la consulta prenatal.

8.3.10 Se deberá obtener información durante el control prenatal sobre la disposición de la gestante para amamantar y factores de riesgo para la lactancia, con la finalidad de que reciba consejería personalizada según el caso. Esta información deberá registrarse en la historia clínica, carné perinatal; de este modo estará disponible en los siguientes controles, en el momento del parto y puerperio inmediato. Se consideran factores de riesgo para la lactancia materna:

- Primerizas
- Multiparas que no amamantaron a hijos anteriores.
Multiparas que destetaron prematuramente a sus hijos anteriores
- Mujeres que refieren enfermedades, operaciones, o problemas previos en las mamas.
- Mujeres que trabajan fuera del hogar en condiciones que interfieren con el amamantamiento.
- Madres abandonadas o con poco apoyo social.

8.3.11 Todas las gestantes atendidas en el hospital Belén tendrán acceso a la prueba voluntaria de VIH con consejería pre y pos prueba.

8.3.12 Mediante el interrogatorio y el examen adecuado se deberán detectar los casos en los que por estricta indicación médica está contraindicada la lactancia materna

22 NOV 2023
Mauro M. Larico Calaña
FEDATARIO

brindando apoyo emocional y consejería sobre vínculo afectivo y opciones para alimentar a su bebé.

8.3.13 En situaciones especiales de riesgo nutricional durante el embarazo (malnutridas, peso superior o inferior al adecuado al iniciar el embarazo, embarazo múltiple, intolerancia a la lactosa) se le brindará la asesoría pertinente y se derivará a la paciente para la atención y apoyo nutricional correspondiente.

8.3.14 Se evitará todo tipo de promoción de fórmulas infantiles y sucedáneos de la leche materna en los ambientes de consulta prenatal y psicoprofilaxis. El personal de salud y el Comité de lactancia materna controlaran que no existan en los servicios prenatales propagandas, promociones ni "consejos" que desalienten la práctica de la lactancia o estimulen el uso del biberón.

8.4.- DEL CONTACTO PIEL A PIEL AL NACER Y EL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA.

Acciones:

8.4.1 Promover y permitir el acompañamiento a la madre con su pareja o un familiar durante el trabajo de parto y parto, siempre y cuando ella lo desee y la condición de salud de ella y del hijo(a) lo permitan y el acompañante seleccionado esté preparado para brindar el apoyo durante el parto y la lactancia materna precoz.

8.4.2 Asegurar una atención humanizada del parto y crear el ambiente propicio para una lactancia exitosa, evitando prácticas obstétricas innecesarias que obstaculicen el inicio temprano de la lactancia materna.

8.4.3 En todos los casos de parto vaginal y teniendo en cuenta las condiciones de la madre y del recién nacido se facilitará el contacto piel a piel precoz desde el nacimiento, colocando al recién nacido desnudo (debe estar seco de la cabeza a los pies, no secar las manos) sobre el torso desnudo de la madre cubriéndolo con un campo estéril seco y tibio.

8.4.4 Deberá mantenerse el contacto piel con piel de durante los primeros 60 minutos de vida como mínimo. Durante este tiempo se facilitará el inicio de la lactancia materna sin forzarla, informando a la madre los beneficios del calostro y la importancia del amamantamiento frecuente para la mayor producción de leche.



8.4.5 El contacto piel a piel no debe ser interrumpido para realizar procedimientos de rutina en el recién nacido, por lo tanto, el examen físico y la profilaxis serán postergadas hasta su finalización.

8.4.6 Si por indicación médica justificada o por decisión materna el contacto piel a piel debe ser interrumpido, este podrá ser reiniciado tan pronto como la situación clínica de la madre o el recién nacido lo permitan.

8.4.7 En los casos de parto por cesárea con anestesia regional, y considerando el buen estado clínico de la madre y el recién nacido; el contacto piel a piel se iniciará en sala de operaciones. Esto incluye mostrar al bebé, permitir el contacto piel a piel el mayor tiempo posible y dar la información necesaria. Luego será llevado a la Unidad de Atención Inmediata hasta que la madre sea llevada al Servicio de Obstetricia para continuar el contacto piel a piel.

8.4.8 En los casos de parto por cesárea con anestesia general el contacto piel a piel madre recién nacido, se iniciará tan pronto como la madre se encuentre despierta y en condiciones de sostener a su bebé.

8.4.9 Apoyar y animar a las madres a iniciar la lactancia precoz, cuando madre e hijo estén listos, facilitándoles este proceso y empoderando la capacidad materna para poder dar de mamar, así como la condición del bebé de estar despierto y listo para succionar.

8.4.10 Respetar al máximo la decisión de no querer iniciar la lactancia materna, debiendo asegurarnos que no es por desinformación, por lo que se explicará los beneficios de la lactancia materna y el apoyo que recibirán por parte del personal de salud.

8.4.11 Registrar en la historia clínica del recién nacido, el contacto piel a piel, inicio de la lactancia materna y posibles incidencias suscitadas durante el proceso.

8.4.12 Trasladar a madre e hijo juntos o simultáneamente a los ambientes de alojamiento conjunto. Si el RN requiere observación transicional en Sala de Partos, se lo trasladará a alojamiento conjunto con su madre en cuanto finalice su observación/atención

El presente documento es copia del original
22 NOV 2023
Mauro M. Larico Colina
EDATARIO

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

Acciones:

8.5.1 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.

8.5.2 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)

8.5.3 Todo el personal de los servicios materno infantiles, así como las madres deben conocer los signos de que el recién nacido se está alimentando adecuadamente.

8.5.4 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.

8.5.5 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.

8.5.6 Antes del alta, las madres deben recibir información oral y escrita sobre: técnica de lactancia materna, lactancia materna a libre demanda, signos de agarre y succión adecuados, extracción de leche materna, peligros del uso de chupón y biberón, donde acudir si tiene problemas relacionados con la alimentación de su niño(a)

8.5.7 Cuando se separan madre e hijo por razones médicas, estas madres recibirán ayuda para establecer y mantener la lactancia mediante la extracción frecuente de leche, durante los periodos de separación. Se animará a las madres a extraerse la leche al menos 8 veces al día.

El presente documento es copia fiel del original.
22 NOV 2023
Mano M. Lopez Calista
FEDATARI

8.6 DEL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Acciones:

8.6.1 No se ofrecerá ninguna bebida, ni lactancia artificial a los hijos de madres que estén en condiciones de amamantar, a no ser que exista indicación médica o elección materna informada. El médico deberá registrar en la historia clínica la razón debidamente justificada.

8.6.2 Antes de introducir la leche artificial a niños amamantados, se animará a la madre a sacarse leche para dársela al niño por jeringa, así se puede reducir la necesidad de administrar fórmula láctea.

8.6.3 Si está medicamente indicado, proporcionar la leche artificial para el bebé usando un método de suplementación que tenga poca probabilidad de comprometer la transición a lactancia materna exclusiva (jeringa, vasito, cucharita, etc.). No usar Biberón.

8.6.4 Cuando los padres sea los que solicitan suplemento, se evaluará la toma y el profesional deberá interesarse por los motivos de preocupación de los padres. Si los suplementos no están clínicamente indicados, se debe informar a los padres de la fisiología de la lactancia y solucionar sus dudas.

8.6.5 Los niños hospitalizados deberán continuar con el amamantamiento, para ello se brindarán todas las facilidades a las madres para su ingreso a las unidades hospitalización con la finalidad de continuar la lactancia materna, durante el tiempo que dure su estadía

8.6.6 No se permitirán en las áreas de atención materno infantil la exhibición de todo tipo de propagandas de cualquier sucedáneo de leche materna. También se evitará el uso de cualquier objeto con logotipos de estos sucedáneos (bolígrafos, calendarios, agendas, relojes, etc.)

8.7 DEL ALOJAMIENTO DE LA MADRE Y SU RECIÉN NACIDO

Acciones:

8.7.1 Todos los recién nacidos deben permanecer con sus madres a no ser que el estado clínico de uno u otro precise de cuidados en otra área; o que la madre decida de manera informada que no quiere tener al niño con ella.



8.7.2 El personal deberá propiciar el contacto físico cercano entre la madre y su bebé durante las 24 horas del día con la finalidad de favorecer el reconocimiento de signos tempranos de hambre, facilitar el agarre y mejorar el vínculo.

8.7.3 Se deberán realizar los procedimientos de evaluación médica, aseo, temperatura, inmunización, del RN en presencia de su madre. De ser necesario retirarlo para algún procedimiento, se informará debidamente a la madre y se le regresará el bebé lo más rápido posible.

8.7.3 Durante el alojamiento conjunto las madres asumirán la responsabilidad primaria del cuidado de su hijo.

8.7.4 Apoyar a las madres que han sido sometidas a cesáreas u otros procedimientos promoviendo el inicio de la lactancia materna y brindándoles apoyo emocional y consejería.

8.7.5 En caso de patologías maternas que requieran medicación se procurará mantener al niño junto a su madre, siempre que sea posible, y se dará preferencia a medicamentos compatibles con la Lactancia. Listados de dichos medicamentos, periódicamente actualizados, estarán disponibles en las Unidades de Obstetricia.

8.7.6 Cuando las madres se encuentren en la UCI por alguna complicación en el parto, el personal de neonatología fomentará el encuentro entre madre e hijo lo más pronto posible. En caso de que sea el bebé que por su situación clínica deba ser ingresado en neonatología, el personal facilitará las visitas a la unidad durante el día.

8.7.8 Se fomentará, en todo momento, el contacto físico cercano entre la madre/padre y su hijo para favorecer el reconocimiento de signos de hambre del bebé, facilitar el agarre y mejorar el vínculo.

8.8 DEL FOMENTO DE LA LACTANCIA A LIBRE DEMANDA

Acciones:

8.8.1 Se fomentará la lactancia materna exclusiva a libre demanda, para todos los niños hasta los 6 meses; sin poner restricciones en el horario a la alimentación del bebé.

8.8.2 Aconsejar a las madres que deben amamantar a su bebé cuando tenga hambre, con la frecuencia deseada por él y despertarlo si permanece dormido más de 2 horas. Deberá asegurarse que el bebé está lactando al menos 8 tomas al día a partir de las 24-48 horas



8.8.3 Enseñar a las madres a reconocer los signos precoces de hambre, y la importancia de responder a ellos. El llanto es una señal tardía de hambre y puede interferir con el amamantamiento eficaz.

8.8.4 El personal debe asegurarse durante la consejería, que la madre comprende que la producción de leche depende de la frecuencia de succión y la correcta posición al seno.

8. 8.5informar a las madres pueden despertar a su hijo para alimentarlo si notan que el pecho está lleno. Se les explicara la importancia de la toma nocturna para la producción de leche.

9.- DE LA PROHIBICIÓN DE DAR A LOS NIÑOS AMAMANTADOS BIBERONES, TETINAS Y CHUPONES DE ENTRETENIMIENTO

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.

El personal de neonatología no administrara las tomas de leche utilizando biberón, ni ofrecerá chupetes a los bebés hospitalizados a no ser que se trate de una decisión médica justificada e informada.

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.

10.- DE LOS GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Acciones:

Todas las madres deben recibir información sobre cómo conseguir ayuda si tiene algún problema relacionado con la alimentación de su niño(a)

Se deberá informar a las madres que el hospital cuenta con una línea telefónica de apoyo, a la cual pueden comunicarse para recibir ayuda sobre su lactancia, así como un consultorio nutricional gratuito.



El personal que atiende a la madre y al niño, debe asegurarse que durante la estancia hospitalaria la madre entienda, como es acceso a los recursos existentes en el hospital, para ayudarla si tiene problemas con la alimentación de su niño(a).

8.10.4 Al alta hospitalaria se le entregara información escrita y detallada a la madre sobre los recursos de apoyo existentes en el hospital.

11 DEL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA

Acciones

Todo el personal asistencial del departamento de neonatología, debe estar capacitado y motivado para poder enseñar y apoyar a las madres a poner en práctica la lactancia materna en aquellas situaciones especiales que motivan la internación del recién nacido. Deben conocer las características propias de los recién nacidos prematuros y las técnicas más adecuadas para estimularlos en el aprendizaje de la lactancia materna.

Los recién nacidos internados no deben recibir ningún alimento o bebida que no sea leche materna, a menos que esté médicamente indicado. Ver razones aceptables de suplementación OMS/UNICEF en Anexo).

Los recién nacidos internados que reciban alimentación oral lo harán directamente al pecho (si su situación clínica lo permite) o con leche extraída de su propia madre, para lo cual se darán facilidades para la lactancia en las salas de hospitalización (UCI, Intermedios)

Durante el tiempo de internación del recién nacido, la madre deberá recibir orientación individual o en grupo sobre beneficios de lactancia materna, técnicas de amamantamiento, extracción manual y conservación de la leche.

Se instruirá a la madre de todo RN hospitalizado a comenzar con la extracción de leche materna para la alimentación de su hijo en las primeras seis horas luego del nacimiento; aun cuando por motivos médicos se haya decidido suspender la vía oral. Cada vez que se da información sobre el estado de salud del recién nacido, se reforzara esta práctica en la madre, indicando que aún pequeños volúmenes de extracción son fundamentales para el bebé.



En los niños que no puedan alimentarse por succión: deberá estimularse la misma mientras se lo alimenta por sonda orogástrica. Se recomienda enseñar al RN a succionar, preferentemente utilizando un dedo con guante, jeringa o vasito.

La madre debe ser estimulada para poner al pecho a su RN tan pronto como la estabilidad clínica del paciente lo permita, esta práctica ha demostrado ser beneficiosa para la madre, (mayor producción de leche) y para el RN: estimulación de los mecanismos fisiológicos de succión y deglución.

Brindar información acerca del método canguro a las madres de recién nacidos de muy bajo peso, de manera individual o en grupo mediante charlas, videos y folletos.

Estimular el inicio del método canguro en recién nacido de muy bajo peso, cuando las condiciones del niño lo permitan, independiente del peso, facilitando la permanencia de las madres durante 12 horas en periodo diurno y otorgándoles alimentación correspondiente al almuerzo.

12.- DEL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA Y DEL REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL DS 009- 2006-SA

Acciones:

Está prohibida la publicidad, o cualquier forma de promoción de los sucedáneos de leche materna en este hospital. Asimismo, se prohíbe la presencia de logotipos de fabricantes de estos productos en artículos tales como calendarios o material de escritorio.

No se aceptarán en este hospital suministros gratis ni de bajo costo de sucedáneos de la leche materna.

Los sucedáneos de la leche materna, incluyendo las leches especiales, serán adquiridos del mismo modo que se adquieren otros alimentos y medicinas (SIS) a precio real. La institución no permitirá que se distribuyan a las embarazadas y madres paquetes de regalo conteniendo sucedáneos de la leche materna o artículos relacionados que interfieren con la leche materna.

No se permiten los folletos difundidos por fabricantes de formula infantil. El material educativo para distribuirse a las madres y sus familias deberá ser aprobado por los comités autorizados para tal fin

El presente documento es copia fiel del original
22 NOV 2023
Manro M. Larico Calina
FEDATARIO

No se permitirá la entrega de muestras gratuitas, ni materiales que promuevan la lactancia artificial a los trabajadores de salud.

No está permitido que los trabajadores de salud reciban regalos de cualquier tipo de las empresas que comercializan los sucedáneos de la leche materna.

13.- DE COMO ALENTAR A LAS MADRES A CONTINUAR LA LACTANCIA MATERNA (EXCLUSIVA POR 6 MESES) DESPUÉS DEL ALTA, SEGUIR REFORZANDO LA INFORMACIÓN Y RESOLVIENDO SUS DUDAS Y PROBLEMAS.

Acciones:

Dar charlas adicionales a las madres de alta, sobre la lactancia materna, inmunizaciones y cuidados de puericultura.

Detectar a las madres con riesgo para inadecuado amamantamiento: pezones planos o agrietados, escasa producción de leche, marcada pérdida de peso en el recién nacido (> 10% del peso al nacer)

- a. Colocar un mensaje de alerta en el díptico de alta.
- b. Citar a las cuarenta y ocho a la consulta externa
- c. Reforzar el contacto con recurso de apoyo a la lactancia materna

Interrogar sobre la continuación de la lactancia materna exclusiva en las consultas de control postnatal de la madre y el niño, control de crecimiento y desarrollo; alentando a las madres a practicarla por seis meses, resolviendo sus dudas problemas.

Reforzar el apoyo a la continuidad de la lactancia materna en los consultorios de CRED y pediatría, facilitándoles la solución a problemas detectados que están interfiriendo con una adecuada lactancia.

14.- DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Acciones:

A partir de los 6 meses de edad el niño además de continuar con lactancia materna debe iniciarse la alimentación complementaria en forma progresiva para evitar la brecha energética y nutricional del niño en crecimiento. Se recomendará a la madre continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

En los consultorios de crecimiento y desarrollo, pediatría, nutrición y hospitalización pediátrica, donde es atendido el niño(a) se brindará asesoría y apoyo a la madre sobre



alimentación complementaria y continuidad de lactancia materna. En la consejería se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Consistencia de los alimentos
- Higiene en la preparación de alimentos
- Frecuencia e incremento de alimentos
- Alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal □ Identificación de alimentos locales.

Se deberá enfatizar en la importancia de la alimentación interactiva con los padres o cuidadores atentos a las señales que dé el niño/a durante el proceso, velando por un ambiente familiar armónico que estimule su desarrollo psicoafectivo.

15.- DEL LACTARIO DE LECHE MATERNA EN EL APOYO A LA LACTANCIA

Acciones:

Implementar lactarios de leche materna para la alimentación de los recién nacidos y lactantes .

En los lactarios se realizarán los procedimientos de extracción y conservación de leche materna para los niños(as)

Todas las madres que acuden al lactario deberán recibir consejería sobre los beneficios de la lactancia materna, técnica de extracción manual y cuidado de las mamas.

El personal que atiende en el lactario deberá cumplir con las normas de higiene estipulada en la guía de procedimientos de lactario.

Está totalmente prohibida la donación de leche humana. La leche de cada madre que concurre al Lactario se suministra exclusivamente a su hijo.

16.- DEL APOYO A LAS MADRES TRABAJADORAS DEL HOSPITAL BELÉN PARA LA LACTANCIA MATERNA

Es responsabilidad de la Unidad de Recursos Humanos realizar la difusión de los derechos de las madres trabajadoras, así como el otorgamiento de facilidades según corresponda para asegurar una lactancia materna exitosa.

Implementar el lactario institucional para facilitar a las madres trabajadoras del hospital la extracción y conservación adecuada de leche materna, y lograr de esta forma el mantenimiento de su lactancia.



El jefe inmediato superior de los servicios/áreas donde labora la madre trabajadora, cualquiera sea su condición laboral, deberá otorgar las facilidades y permisos correspondientes para la utilización del lactario.

Enseñar a las madres trabajadoras que acuden al lactario las técnicas de extracción, conservación y transporte adecuado de la leche materna extraída, para que esta llegue en condiciones óptimas a sus hogares

Anexo 1 :

10 PASOS HACIA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

- 1.-Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- 2.-Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3.-Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- 4.-Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
- 5.-Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tiene que separarse de su hijo.
- 6.-No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
- 7.-Practicar el Alojamiento Conjunto. Permitir que las madres y sus recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
- 8.-Apoyo a la lactancia materna a libre demanda.
- 9.-No dar biberones, tetinas y chupones de entretenimiento a los bebés que amamantan.



10.-Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Anexo 2

TECNICA DE AMANTAMIENTO

El equipo multidisciplinario involucrado en la atención materno infantil deberá orientar, apoyar y evaluar las técnicas de amamantamiento, considerando lo siguiente:

1. La posición: alinear el cuerpo del bebé paralelo al cuerpo de la madre con la cara del bebé a la altura y frente al pecho de la madre.

Cualquiera que sea la posición se usa los mismos **4 puntos clave** para ayudar al bebé o estar cómodo:

Alineado, con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia adelante.

Cerca, muy cerca del cuerpo de la madre, pecho con pecho, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé. **Sostenido**, el bebé apoyado con la mano o antebrazo.

Frente, mirando al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón).

2. El agarre y succión: si es necesario la madre debe frotar con la punta del pezón, la punta de la nariz del bebé avanzando hasta el labio inferior; en forma reiterada hasta lograr que el recién nacido abra bien la boca. Entonces deberá aproximar al bebé para que tome pezón y la mayor parte de la aréola. **Puntos clave de un buen agarre**

1. Ve más areola superior que inferior
2. Boca del bebé bien abierta
3. Labio inferior volteado hacia fuera
4. Mentón del bebé toca el pecho.

Puntos clave de buena succión

1. Mejillas rellenas
2. Sonido de deglución
3. Madre no siente dolor durante el amamantamiento
4. Bebe suelta el pecho satisfecho



- 2 **Frecuencia de las mamadas:** Debe ser a libre demanda y efectiva. Debe facilitarse la lactancia durante el día y la noche garantizando 8 a 12 lactadas en 24 horas. Despertar al
- 3 bebé para ofrecerle el pecho, si permanece dormido más de tres horas en las primeras semanas después del parto.
- 4 **Ofrecer** primero un seno y dejar que el bebé lacte hasta que se desprenda espontáneamente, luego ofrecer el otro seno, ambos en cada sesión de amamantamiento e iniciar con la última mama que fue ofrecida en la lactancia anterior.
- 5 En el caso que el bebé sólo lacto de un seno deberá ofrecerse el otro pecho en la siguiente lactada.
- 6 **Retiro del bebé del pecho:** la madre colocará su dedo meñique en la comisura labial y suavemente lo introduce entre las encías, la succión se rompe y entonces se puede desprender al bebé del seno sin lesionarlo. Esta práctica es necesaria sólo en caso que se requiere intentar nuevamente el agarre. Si el bebe está lactando adecuadamente, él o ella se desprende espontáneamente una vez que está satisfecho (a).
- 7 **Durante la lactancia** el niño (a) deberá ser aligerado en su abrigo, pues el exceso de ropa es causa reconocida de lactancia inefectiva.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA...
El presente documento es copia legítima.
22 NOV 2023
[Firma]
Mariano M. Escamote Córdova

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Normativa Lactancia Materna. Hospital Universitario General de Catalunya – grupo Quirón Salud. Barcelona (España) Disponible en: <http://www.hgc.es/es/cartera-servicios/ginecologia-obstetricia/lactancia-materna>
- 2) UNICEF. Sobre leyes protección lactancia materna. Comunicado de Prensa. 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/las-leyes-para-protger-lalactancia-materna->
- 3) Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Pág. 285- 290. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/pdf/ca_p010.pdf
- 4) UNICEF/ OPS: La Lactancia materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú. Agosto 2011.
- 5) Muñoz, G; Dalmau, S. Alimentación del recién nacido sano. Protocolos diagnósticos Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría.2008
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf
- 6) UNICEF / OMS. IHAN España. Normativa de Lactancia Materna para un Hospital IHAN. 2010.Disponible en:
<https://www.ihan.es/docs/documentacion.../fase.../01.Normativa LM hospital.pdf>
- 7) Política de Lactancia Materna. Hospital Universitario La Paz. Madrid (España) 2007. Disponible en: <https://proyectofcw20.files.wordpress.com/2013/04/politica-lactancia- materna-web.pdf>
- 8) Política sobre Lactancia Materna. Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda". Buenos Aires (Argentina) 2012 Disponible en:
www.sarda.org.ar/content/.../1/.../POLÍTICA+SOBRE+LACTANCIA+MATERNA.pdf
- 9) R. D. N° 427-2015/HCH-DG. Directiva Sanitaria N° 001-HCH-DPE-SNEONAT-V.01. Directiva para la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna del Hospital Cayetano Heredia. Lima (Perú) 2015.
- 10) Normativa de Lactancia Materna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. España. 2014. Disponible en:
http://www.pediatrasandalucia.org/documentos/ihan/ihan_normativalm.pdf





“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Muñani, 10 de mayo del 2023.

OFICIO N° 036-2023-REDESS-AZ/MR-MUÑANI

Señor: MC. YERZON RENE COAQUIRA ALANIA
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD AZANGARO

ATENCIÓN: COORDINADORA DE PROMOCION DE LA SALUD
COORDINADORA AIS-NIÑO

Presente: MC. OLISIS COILLO VALERO
JEFE DE LA MICRORED MUÑANI

Asunto: Acta de conformación del comité técnico institucional para promoción y protección de la lactancia materna



Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y la vez remito copia del acta de conformación del comité técnico institucional para promoción y protección de la lactancia materna del Centro de Salud Muñani, en referencia a la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°201-MINSA/DGSP-V.01

Adjunto:

- Copia del acta de conformación.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle mi mayor consideración.

Atentamente.


Olisis Coillo Valero
C.M.F. 090358
MEDICO CIRUJANO



Lactarios; con lo que concluye el presente evento de Capacitación



Yolany Chacón Hoffmeister
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 51893

[Handwritten signature]

708701103



Yolany Chacón Hoffmeister
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 51893

[Handwritten signature]

71850949



Lic. Lic. Yanet Quisque Cerezo
NUTRICIONISTA
C.N.P. 4062



Yanet Quisque Cerezo
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 51893

MINISTERIO DE SALUD

Yanet Quisque Cerezo

Acta de Instalación de Local Destinado a Centro Lactario.

En el Centro de Salud de Muzumai, a las veintiseis (26) horas del día de julio del año dos mil veintuno, siendo las dieciséis (16) horas de la tarde, se reunió el responsable de sitio, Responsable de Materia, Jefe del Centro de Salud, bajo la convocatoria de la Lic. Lic. Yanet Quisque Cerezo, Responsable de Promoción de la Salud, con una agenda específica de instalación de local destinado a Centro Lactario;

PRIMERO: la Lic. Lic. Yanet Quisque Cerezo, previo saludo a todos iniciada la reunión, seguidamente informó sobre las condiciones que se tuvo con la jefa del Centro de Salud y el responsable de patrimonio en donde se designó el aparcamiento para el Centro Lactario; acto seguido se dio por instalados el local destinado a Centro Lactario, a fin de que se beneficien las madres lactantes del Centro de Salud de Muzumai, y madres lactantes trabajadoras del sector Público.

En señal de conformidad firman los presentes.



Yolany Chacón Hoffmeister
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 51893



Lic. Lic. Yanet Quisque Cerezo
NUTRICIONISTA
C.N.P. 4062

El presente documento es copia del original.
22 NOV 2021
Maura M. Lorceo Calina



Dr. Carlos Valera
C.A. 0709558
MEDICO CIRUJANO



Dr. Teón Chacón
ENFERMERA
C.E.P. 51893

[Signature]
670279102

[Signature]
01543813

[Signature]
71850444

MINISTERIO DE SALUD

Acta designación de responsable del centro lactario

El 15 de Agosto del presente año se encuentran reunidos los miembros del comité del centro lactario a horas 10:00 am. Lic. Lic Yareth Quispe Cerco (Nutricionista responsable ESANS); Lic. Yuleny Chacon H. (Enfermera responsable niño), Lic. Maritza Quispe Peralta (Enfermera responsable Jefatura de enfermeras), Lic. Obstetra Marisol Trabeño Supo (responsable de Jefatura de Obstetras), Jefa del establecimiento Muzani Dra. Mery Mamante Vilca. Nos reunimos con la finalidad de designar responsables del Centro lactario; Se designa responsable a la Lic. Maritza Quispe Peralta quien manifiesta no estar de acuerdo con dicha designación; Así mismo pide que se designe otra persona. Se suspende la reunión siendo 11:00 am.

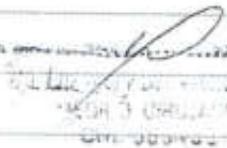


Lic. Lic. Yareth Quispe Cerco
NUTRICIONISTA
C.N.P. 4062

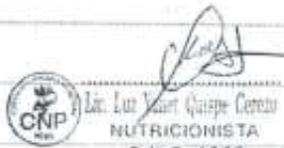


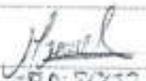
Lic. Teón Chacón Hoffmeister
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 51893

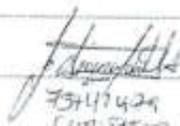
Acta de designación del responsable del Centro Lactario.
 17 de Octubre a horas 12:25pm. Se reúne el equipo responsable del centro Lactario. Lic. Yuleny, Lic. Maritza, Lic. Luz, Dra. Mery, Lic. Obs. Diana. para la designación del responsable del Centro Lactario; se dispone a realizar sorteo. donde se determina que los responsables del centro lactario son a Lic. Luz Jarrett Quispe Cerezo y la Lic. Maritza Quispe Peralta. siendo las 12:39 se termina con la reunión.


 Lic. Luz Jarrett Quispe Cerezo
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 4062


 Yuleny Córdova Hoffmeister
 LIC. EN ENFERMERÍA
 C.E.P. 51893


 Lic. Luz Jarrett Quispe Cerezo
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 4062


 C.E.P. 51832

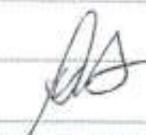

 C.E.P. 51893

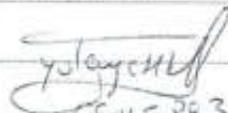

 C.E.P. 51893


 C.E.P. 010358

ACTA DE IMPLEMENTACION DEL CENTRO LACTARIO
 siendo las horas 13 horas del día 17 de Octubre del año 2021.

- 02 sillones de Madera con cojín para lactar.
- 02 Banca piquete de Madera.
- 01 Mueble cuna de colchón.


 Lic. Luz Jarrett Quispe Cerezo
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 4062


 C.E.P. 51893

RECUERDE SIEMPRE
 VERIFICAR LA VERDADERA
 Si presente documento es copia del original.
 22 NOV 2021
 Mauro M. Laico Calina
 REGISTRADO

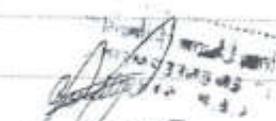
ACTA DE COPROCCITACION AL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD MUNANI DEL CENTRO LACTARIO.

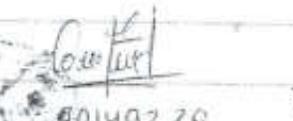
Siendo el día 11 de Diciembre del 2021 en el centro de salud de Munani el personal de salud Reunido: jefe del establecimiento y todo el personal de la institución Munani Reunido se hace el informe del avance de implementación del centro lactario.

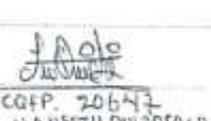
Primero: la licenciada Luz Yaneth Quispe Corzo responsable del centro lactario, informa del avance de implementación del centro lactario en cuanto a lo que es infraestructura, equipamiento, y también informa sobre el informe que se presentó a la Redess Azángaro sobre el avance al cual refiere que se tiene un 82% de acuerdo al informe

SEGUNDO: la licenciada Luz Yaneth y equipo informa al personal que se debe tener una Política de lactancia Materna, continuar autocapacitarse en lo que es lactancia Materna, implementación del centro lactario y fortalecimiento del mismo.

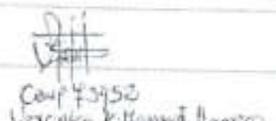
TERCERO: se culmina con el informe al todo el personal presente en la reunión y pasan a firmar el presente Acta.

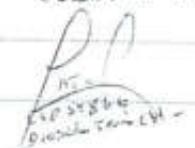

Comp: 069400

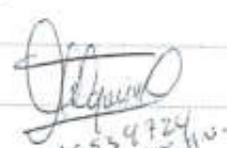

90149220
CLAUDIA LOZANO

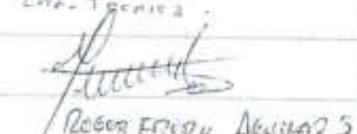

COFP. 20647
YANETH QUIJAS LOZANO
CH.


70767978
Yaneth C. Orchochoque Haman,
Enf. Técnica

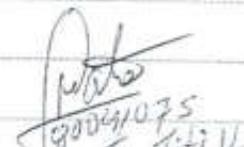

Comp 43452
Veronica K. Mamit Areco

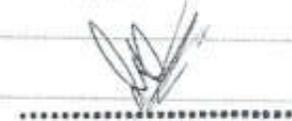

40534724
ROSALVA TORRES

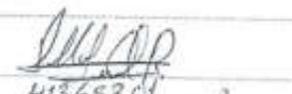

40534724
ROSALVA TORRES


40574164
Roger Freddy Alvarado


Walter Quija Quispe
MINSA-HOSPITAL C.C.R.V.
REDESS AZANGARO


80069075
Cecilia Ziti V.


Surly F. Trujillo Ticona
COFP-19522
QUIMICO FARMACEUTICO


41365301
Maria I. Quispe Ramos

Grafiosa

ACTA DE CONFORMACION DEL COMITE TECNICO INSTITUCIONAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA DE LA MICRORED - MUÑANI

Siendo el día 09 de mayo del año 2023, nos encontramos reunidos en el auditorium del Centro de Salud Muñani, el jefe de establecimiento de salud, con el personal de salud que labora en el centro de salud de Muñani, para conformar e instalar el comité técnico institucional para la promoción y protección de la Lactancia Materna

PRIMERO: Se inicia con la presente reunión para efectos de realizar la conformación del comité técnico y se conforma como sigue:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FUNCION
M.C. OLISIS COILLO VALERO	JEFE DE EE.SS	PRESIDENTE
LIC ENF. YULEMY CHACON HOFFMEISTER	JEFATURA DE ENFERMERIA	VICEPRESIDENTE
LIC NUT LUZ YANET QUISPE CEREZO	RESP. ESTRATEGIA SANITARIA ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE	SECRETARIA
T.S BRIST CHAVELY ANCASI LIMA	RESP. PROMOS Y SERVICIO SOCIAL	1 ^{ER} VOCAL
OBST MARRISOL TRIVENO SUPBO	RESP. DE REFERENCIAS Y APOYO EN MATERNO	2 ^{DO} VOCAL
LIRIDENT YUDY LUGUE YANQUE	RESP. ODONTOLOGIA	3 ^{ER} VOCAL
PSI SERAFIN LIZETH MARVELL NEYRA AGUINO	RESP EN PSICOLOGIA	4 ^{TO} VOCAL
LIC. ENF. MARITZA M. QUISPE PERALTA	APOYO NIÑO	5 ^{TO} VOCAL

ACUERDOS Los miembros del comité realizarán el plan de trabajo.

No habiendo más puntos que tratar, siendo las 16:00, se da por terminado la reunión, firmando a continuación todos los presentes en señal de conformidad.



[Signature]
Blisis Coillo Valero
C.N.P. 090358
MEDICO CIRUJANO

[Signature]
Brist Chaveley Ancasi Lima
TRABAJADORA SOCIAL
CTSP: 0158



[Signature]
Yulemy Chacon Hoffman - Lic
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 51893



[Signature]
Lic. Luz Yanet Quispe Cerezo
NUTRICIONISTA
C.N.P. 4062



[Signature]
Yudy Lugue Yanque
ODONTOLOGA
C.N.P. 41183



[Signature]
Lizeth Marvell Neyra Aguiño
PSICOLOGA
C.F.P. 41815



[Signature]
Marrisol Triveno Supbo
OBSTETRA
COP 31827

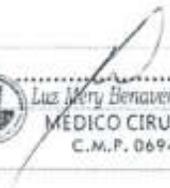
[Signature]

ACTA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD DE LA MICRO RED DE SALUD MUMANI EN LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. 19-10-2023

Siendo el día 19 de octubre, nos encontramos en el centro de salud Mumani con los trabajadores de la micro red Mumani con la finalidad de fortalecer las capacidades del personal de salud y lograr la certificación como establecimiento de salud amigo de la madre y el niño.

PRIMERO: Se inicia la capacitación en el auditorio del establecimiento de salud. En temas tratados son Normativas vigentes, pasos hacia lactancia materna exitosa, Alimentación saludable del niño, Alojamiento conjunto niño y la madre. LA PONENCIA A CARGO DE LA LIC. YULEMY CHACON Hoffmeister y la LIC. LUZ YANET QUISPE CERZO. LOS RESPONSABLES DE NIÑO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

SE CULMINA LA CAPACITACIÓN A HORAS 15:35 PM DE LA FECHA MENCIONADA Y PASAN A FIRMAR LOS PERSONALES QUE PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN.


 Luz Mary Benavente Vilca
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 069400


 Yulemy Chacon Hoffmeister
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 51893


 Maxima V. Cruz Quispe
 OBSTETRA
 C.O.P. 35511


 Luz Yanet Quispe Cerzo
 OBSTETRA
 C.O.P. 35511


 Lic. Luz Yanet Quispe Cerzo
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 4062


 Judith Masco Mamani
 OBSTETRA
 COP: 43019

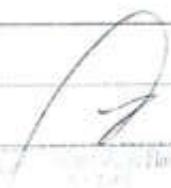
Grafiresa

22 OCT 2023

 El presente documento es copia fiel de original

 **María Arguedas**
DNI: 4104-R5
LABORATORIO CLINICO


SILVIA...
COP. 14750

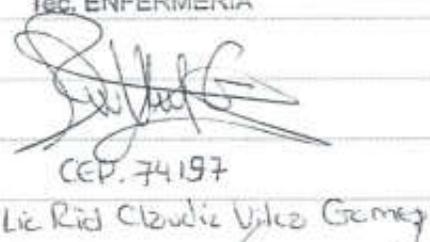



Edilberto Chamblin
DNI: 40901694
Tec. ENFERMERIA


Edilberto Chamblin
DNI: 40901694
Tec. ENFERMERIA


Martín Titi Viza
TÉC. EN ENFERMERIA
Minsa DNI: N°80041075


María I. Quispe Ramos
Tec. ENFERMERIA


CEP. 74197
Lic. Rida Claudia Viquez Gomez


Verónica K. Mamani Hanco
LICENCIADA EN ENFERMERIA
CEP 73452


Miriam E. Huahuacumori
TÉC. EN ENFERMERIA


Miriam E. Huahuacumori
TÉC. EN ENFERMERIA

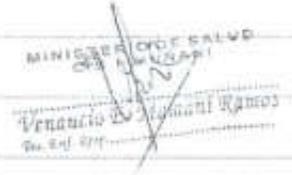

30062172


45451666
Téc. Enfermería


Tamer C. Ochoaqueo Mamani
DNI. 70767978
Enfermera Técnica


MARIA ALEXANDRA JIMENEZ RANILLA
Médica - Cirujana
C.M.F. N° 101549

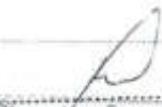

C.D. Tudy Ingrid Yungue
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 51961


MINISTERIO DE SALUD
Venancio Mamani Ramos
DNI: 41111111

ACTA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD DE LA MICRO RED MUÑANI EN PROMOCION Y PROTECCION

Siendo las 9:00 AM del día 20 de octubre del año 2023 inicia la replicación de capacitación en el auditorio del centro de salud Muñani a todo los trabajadores del establecimiento en temas de implementación y funcionamiento del centro lactario para la protección y promoción de la lactancia materna realizado por el comité del centro lactario de la Micro red Muñani.

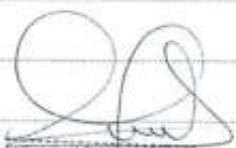
Siendo 12:00 PM del medio día en donde pasan a firmar los presentes:


 Luz Mary Benavente Vilca
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 069400


 Yulany Chacon Hoffmeister
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 51893

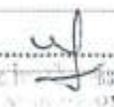

 Luz Yany Quipe Cerezo
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 4062


 Ruth
 C.E.P. 51893


 Maximina V. Cruz Quispe
 OBSTETRA
 COP 2834

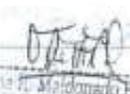

 Einar
 OBSTETRA
 C.O.P. 35911


 Judith Masco Mamani
 OBSTETRA
 COP: 43019


 Rosana Arguedas
 05-04-R5
 LABORATORIO CLINICO


 Silvia Duran Roque
 CIRUJANA DENTISTA
 C.O.P. 4790


 Martin Titi Vize
 TEC. EN ENFERMERIA
 MINSA DNI: N°80041075


 Maria N. Maldonado
 Tec. ENFERMERIA


 Edilberto Cuambilla Almona de Manay
 DNI: 40801001
 Tec. ENFERMERIA


 Maria I. Quispe Ramos
 Tec. ENFERMERIA

NECESARIO PARA SER VALIDADO
 EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA DEL ORIGINAL

22 NOV 2023


 Mavy M. Larico Calsina
 COORDINADORA

Grafivisa


CEP 74157
Lic. Rio Claudiz Vilca-Gomez

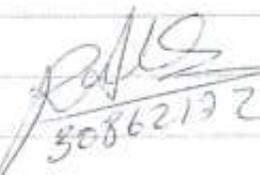


Veronica K. Mamani Hanco
LICENCIADA EN ENFERMERIA
CEP 73452

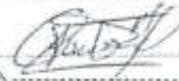


Veronica Camacho
C.M.P. N° 101549


Miriam R. Huachuca
JEC. EN ENFERMERIA


30862132


45451666
Tec Enfermera



Janet C. Ochoaque Mamani
DNI: 70767070
Enfermera Técnica


MARIA ALEXANDRA JIMENEZ RANILLA
Médica - Cirujana
C.M.P. N° 101549


C.D. Yudy Yangua Yungas
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 51161

MINISTERIO DE SALUD
PERU

Veronica K. Mamani Hanco