

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMYN)

MATRIZ DE PONDERACIÓN			
COMPONENTE	NÚMERO DE INDICADORES	PUNTAJE	PORCENTAJE
1. General	4	10	5,4%
2. Prenatal	13	30	16,3%
3. Parto y puerperio	41	80	43,5%
4. Lactancia materna	24	64	34,8%
Total	82	184	100%

Metodología para recolección de información

FORMULARIO	ENTREVISTADO	ENTREVISTADOR*	MUESTRA MÍNIMA	MUESTRA IDEAL	COMENTARIOS
Formulario de información del Establecimiento de Salud	Gerente o encargado del establecimiento	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	1	1	
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
Formulario de Observación	A cargo del evaluador en compañía de una persona asignada por el gerente o encargado del establecimiento	AUTOEVALUACIÓN: Personal especializado en salud materno infantil del ES	1	1	
		PRE EVALUACIÓN: Personal especializado en salud materno infantil de la Zona			
Formulario de encuesta de madres gestantes	Madres embarazadas	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	10 o el universo en una semana	20	
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
Formulario de encuesta de madres puérperas	Madres puérperas – parto natural	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	10 o el universo en una semana	30	Realizar encuesta a madres con más de 6 horas de haber dado a luz.
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
	Madres puérperas – parto por cesárea	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	5 o el universo en una semana	10	Realizar encuesta a madres con más de 6 horas de haber dado a luz.
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
	Madres puérperas – con bebés en neonatología	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	5	10	Realizar encuesta a madres con más de 6 horas de haber dado a luz.
		No aplica en establecimie			

		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona	ntos que no tienen servicios de neonatología		luz.
Formulario para el personal de salud en contacto con madres	Personal de salud en contacto con madres	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona	10 o el universo del Establecimiento	30	La muestra debe hacerse al azar y a personal de áreas variadas. Debe incluirse al personal de las guardias de la tarde y noche
Formulario de encuesta para el personal sin contacto con madres	Personal sin contacto directo con madres	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona	5 p el universo del establecimiento	10	La muestra debe hacerse al azar y a personal de áreas variadas. Debe incluirse al personal de las guardias de la tarde y noche
Formulario de revisión de historias clínicas	Evaluador acompañado de persona asignada por el o encargado del establecimiento	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona	10	30	La muestra debe hacerse al azar de las historias clínicas de usuarias que recibieron atención de parto en los últimos 6 meses

**Todo el personal a cargo de la evaluación deberá estar capacitado en los temas técnicos de la norma. El personal especializado deberá ser personal médico de pediatría o neonatología, y/o ginecología y obstetricia, además deberá conocer la normativa del MSP.*

Periodicidad de revisión y capacitaciones: 6 meses

 Ministerio de Salud Pública					FORMULARIO DE EVALUACIÓN EVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO		No.		
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:		UNICÓDIGO							
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:				
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
1. INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD 1.MSP ☐ 2.IESS ☐ 4.ISSFA ☐ 5.ISPOL ☐ 6.Establecimientos de salud Privados ☐ 7.Otros ☐				Si en la pregunta anterior responde 1, indicar el tipo de establecimientos del MSP 7. Establecimiento de Salud Tipo C –Materno Infantil. ☐ 11. Hospital Básico ☐ 12. Hospital General ☐ 13. Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia ☐ Nivel de complejidad _____					
2.Número total de personal administrativo que trabaja el ES: _____ Número total de personal de salud que trabaja el ES: _____				Número total de camas en el ES: _____ Número de camas para gineco-obstetricia: _____ Número de puestos de recuperación post parto inmediato: _____ Número de camillas de recuperación: _____ Número de Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR): _____ Número de salas de parto: _____ Número de quirófanos destinados a cesáreas: _____					
3. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto: _____				Título profesional: _____ Teléfono y/o extensión: _____ Correo electrónico: _____					
4. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?				Sí ☐ No ☐ Promedio de ingreso diario: _____ Número de cunas/camas totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Tiene cuidados del recién nacido: Inmediatos Sí ☐ No ☐ N° de cunas/camas _____ Básicos Sí ☐ No ☐ N° de cunas/camas _____ Intermedios Sí ☐ No ☐ N° de cunas/camas _____ Intensivos Sí ☐ No ☐ N° de cunas/camas _____					
5. Del siguiente personal, cuántos tienen la responsabilidad directa para atender a madres en temas de: - lactancia materna (LM), - alimentación con sucedáneos de la leche (SLM), - brindar consejería en VIH y alimentación infantil				PROFESIONAL		LM	SLM	VIH	EP
				Enfermera/o					
				Especialista en gineco-obstetricia					
				Obstetras - obstetricas					

(VIH), • educación prenatal (EP)	Enfermeras neonatología				
	Pediatra / Neonatólogo				
	Dietistas o nutricionistas				
	Médicos generales				
	Auxiliares enfermería				
	Otro personal				
6. ¿Existe una Comisión Amigo de la Madre y del Niño o del Hospital Amigo del Niño en el establecimiento de salud?		Sí ☐ Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa)			No ☐
7. Estadísticas en nacimientos Total de nacimientos en el último año: _____		De los nacimientos: (Nº) _____ de partos normales De los cuales (Nº) _____ no litotómicos (Nº) _____ de partos por cesárea De los cuales (Nº) _____ con anestesia general (Nº) _____ de nacidos vivos totales (Nº) _____ de neonatos ingresados en el servicio de neonatología (Nº) _____ de partos atendidos a madres VIH positivo De los cuales (Nº) _____ de partos fueron expulsivos			
8. Información en VIH/Sida		Número de embarazadas que fueron pre asesoradas para VIH: _____ Número de embarazadas que fueron post asesoradas para VIH: _____ Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH: _____			
9. Información para Sífilis		Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____			
10. Fuentes de esta información Nombre y apellido: _____					

B. INFORMACIÓN SOBRE EL COMPONENTE GENERAL

VERIF	PASO	DIRECTRIZ	PARÁMETRO DE CUMPLIMIENTO	Si	No	Puntaje
G.1.a informe	1. Implementar y asegurar el efectivo cumplimiento de la norma ESAMyN	a) Difundir la Norma ESAMyN;	Al menos una actividad de difusión de la norma ESAMyN	☐	☐	3*
G.1.a EP			80% del personal conoce de la norma ESAMyN	☐	☐	2
G.1.b Ob		b) Contar con material edu-comunicacional en áreas visibles	Al menos una pieza edu-comunicacional sobre la norma ESAMyN disponible y visible.	☐	☐	2
G.1.c Informe		c) Capacitar al personal en calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia, alimentación infantil y otros;	80% del personal ha cumplido satisfactoriamente con el programa de capacitación.	☐	☐	3*
TOTAL GENERAL (4 verificadores)						___/10

C. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS PRENATALES

VERIF	PASO	DIRECTRIZ	PARÁMETRO DE CUMPLIMIENTO	Si	No	Puntaje
R.1.a Informe	2. Cumplir con la Norma de Educación Prenatal (NEP)	a) Capacitación del personal en la NEP	80% del personal de atención perinatal capacitado en la norma de Educación Prenatal	☐	☐	3*
R.1.b 051		b) Aplicación de la norma	80% de púperas asistieron al programa completo de educación prenatal	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.1.c EM		c) Garantizar asesoría e información sobre métodos	80% de gestantes de 34 semanas o más recibió asesoría sobre planificación	☐	☐	1

		anticonceptivos a la madre y pareja.	familiar			
R.2.a 051	3.Garantizar la cobertura, concentración, calidad y oportunidad de controles prenatales en su ámbito y nivel de responsabilidad	a) Implementar adecuadamente los instrumentos de registro estandarizados (Formulario 051);	80% de formularios 051 llenos adecuadamente	☐	☐	2
R.2.b 051		b) Asegurar la captación oportuna en el primer nivel de atención de salud;	80% de madres asistieron a al menos un control en el primer trimestre	☐	☐	3 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.c1 EM		c) Las gestantes recibirán controles prenatales según los documentos normativos del MSP vigentes;	80% de gestantes asisten a 5 controles	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.c2 EM			80% de gestantes son asistidas en el plan de parto y de transporte	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.c3 EM			80% ha sido informada y conoce los signos de alarma durante el embarazo	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.c4 EM			80% de gestantes manifiestan haber sido vacunadas durante la gestación	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.d 051		d) Garantizar la detección y tratamiento de las gestantes en riesgo aplicando herramientas estandarizadas del MSP de acuerdo a su nivel de complejidad.	80% de gestantes bajo responsabilidad de establecimiento son controladas según norma con variables completas del formulario 051	☐	☐	2
R.2.d HC			100% de historias clínicas de embarazadas con diagnóstico de riesgo tienen un tratamiento según normas del MSP.	☐	☐	3*
R.3.a EM	4.Garantizar la cobertura del tamizaje y tratamiento de VIH y sífilis a todas las gestantes	a) Ofrecer asesoría sobre riesgos de ITS y VIH durante el embarazo;	90% de embarazadas asesoradas en prevención de ITS durante el embarazo y se les dio una charla específica sobre VIH/Sida.	☐	☐	3*
R.3.b 051		b) Tamizar para sífilis y VIH según la normativa vigente del MSP al menos en el primer control;	90% de las gestantes que acudieron al primer control pre natal y fueron tamizadas para sífilis y VIH.	☐	☐	2 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.3.b EM			90% de las gestantes manifiestan que se les realizó la prueba para VIH.	☐	☐	1
R.3.c 051		c) Toda mujer tamizada VIH y/o sífilis positivo recibe el tratamiento correspondiente.	100% de madres VIH y/o sífilis positivo reciben tratamiento	☐	☐	3 (N/A si el establecimiento no ha atendido madres VIH-positivo)
R.4.a ASIS	5. Fomentar la articulación con agentes de la medicina tradicional para el cuidado del embarazo, parto y puerperio.	a) Disponer de un mapeo de actores y agentes de medicina ancestral	Mapeo de agentes de la medicina ancestral legitimados por la comunidad en el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS). En el caso de no contar con un ASIS, los establecimientos incluirán dicho mapeo en un informe.	☐	☐	1
R.4.b informe		b) Establecer mecanismos de articulación entre agentes de medicina ancestral y los ES.	Cada establecimiento de salud deberá contar con un mecanismo de articulación acordado entre las partes.	☐	☐	1 (N/A si el establecimiento no identifica agentes de la medicina ancestral)

TOTAL PRENATAL (16 verificadores)

___/30

(el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)

D. COMPONENTE PARTO Y PUERPERIO

VERIF	PASO	DIRECTRIZ	PARÁMETRO DE CUMPLIMIENTO	Si	No	Puntaje
P.1.a EM	6. Promover y garantizar el acompañamiento de la gestante durante la labor del parto, parto y puerperio por la persona de su	a) Permitir el acompañamiento a la madre, por una persona de su elección, en el trabajo de parto a menos de que esté clínicamente justificado y sea informado;	80% de madres informan que el personal de salud les dijo que pueden tener acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y les informaron por qué es beneficioso.	☐	☐	1
P.1.b		b) Permitir el acompañamiento a la	80% de madres informan que el personal	☐	☐	3*

EM	elección.	madre, por una persona de su elección, durante el parto a menos de que esté clínicamente justificado y sea informado;	les dijo que pueden tener acompañantes de su elección durante el parto e informaron su beneficio.			
P.1.b 051			80% de partos atendidos en el establecimiento registran acompañamiento durante el parto.	☐	☐	2
P.1.c EM		c) Permitir el acompañamiento a la madre, por una persona de su elección, en el puerperio, a menos de que esté justificado.	80% de madres encuestadas informan que le personal de salud le permitió estar acompañada por la persona de su elección durante el post parto	☐	☐	1
P.2.a informe	7. Garantizar un ambiente acogedor y el respeto de las prácticas interculturales	a) Sensibilizar al personal de salud en interculturalidad y prácticas culturalmente adecuadas.	80% del personal de salud del ES deberá estar sensibilizado en interculturalidad y prácticas culturales.	☐	☐	1
P.2.b EM		b) Las madres pueden usar la vestimenta que deseen, permitir la ingesta de líquidos o alimentos ligeros a menos de que esté clínicamente justificado y sea informado;	80% de madres encuestadas se le consultó sobre el uso de vestimenta deseada, la ingesta de líquidos y/o alimentos ligeros.	☐	☐	1
P.2.b 051			80% de madres registradas en vestimenta de su elección.	☐	☐	1
P.2.c EM		c) Ofrecer a la madre la opción de disponer de la placenta a menos de que esté clínicamente justificado y sea informado;	80% de madres se les ofreció disponer de la placenta	☐	☐	1
P.2.c 051			80% de madres se les registró en disposición de placenta.	☐	☐	1
P.3.a1 Ob	8. Alentar a las mujeres a caminar y moverse durante el trabajo de parto y asistir a su elección.	a) Garantizar espacios adecuados y equipamiento de acuerdo al licenciamiento del MSP	Disponibilidad de al menos un espacio adecuado con equipamiento según licenciamiento del MSP para el trabajo de parto	☐	☐	
P.3.a2 Ob			Disponibilidad de al menos un espacio adecuado con equipamiento según licenciamiento del MSP para el parto	☐	☐	
P.3.b1 EM		b) Socializar los beneficios y permitir la movilización durante la labor de parto, a no ser que exista una restricción específica.	80% de madres informan que personal les alentó la movilización durante la labor de parto.	☐	☐	1
P.3.b2 EM			80% de madres pueden explicar al menos 2 beneficios de la movilización durante la labor de parto.	☐	☐	1
P.3.c1 EM		c) Ofrecer y permitir que las mujeres asuman la posición de su elección para dar a luz a no ser que exista una restricción específica y se le explique la razón.	80% de madres a quienes se les ofreció elegir la posición de su elección durante el parto.	☐	☐	1
P.3.c2 EM			80% de madres a quienes se les ofreció y manifestaron su deseo de elegir la posición de su elección durante el parto manifiestan que se les permitió adoptar dicha posición.	☐	☐	1
P.3.d EP		d) Capacitar al personal de salud para que atienda partos en libre posición.	80% del personal que atiende partos ha sido capacitados para atender partos en libre posición	☐	☐	2
P.4.a EM	9. Proporcionar métodos para la comodidad de la gestante y alivio del dolor durante el trabajo de parto considerando el uso de métodos no farmacológicos	a) Ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor según la normativa vigente de educación prenatal;	80% de las madres informan que el personal les mencionó al menos una forma de calmar el dolor y estar más cómodas durante el trabajo de parto y se respetó su decisión.	☐	☐	1
P.4.b EP		b) Garantizar que el personal que atiende partos debe estar capacitado en manejo del dolor con métodos no farmacológicos	80% del personal de salud del área obstétrica describe dos métodos no farmacológicos para manejo del dolor.	☐	☐	1
P.4.b informe			80% del personal de salud sensibilizado en manejo del dolor con métodos no farmacológicos.	☐	☐	1
P.5.a EP	10. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.	a) Evitar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicados por la complicación de la madre y/o del niño y se le explique la razón.	80% del personal de salud cita 3 procedimientos que no deben utilizarse en el parto a menos que se requiera debido a complicaciones.	☐	☐	2
P.5.a HC			100% de los procedimientos invasivos tienen justificación médica.	☐	☐	3*
P.5.a EM			80% de madres manifiesta que no se les realizó procedimientos invasivos innecesarios a menos de que haya existido una justificación clínica.	☐	☐	2

P.5.b HC		b) Asegurar el cumplimiento de los lineamientos para la racionalización de cesáreas	100% de cesáreas son realizadas con pertinencia.	☐	☐	3 (N/A si el establecimiento no atiende cesáreas)
P.5.c HC		c) En caso de gestante VIH positiva, garantizar el parto por cesárea según norma	100% de madres VIH positivo con parto por cesárea a excepción de las madres que lleguen en fase expulsiva.	☐	☐	3 (N/A si el establecimiento no ha atendido madres VIH positivo)
P.6.a EM	11.Garantizar las prácticas integradas a la atención del parto	a) Garantizar el contacto piel a piel inmediato de las madres con sus hijos para proporcionar abrigo y apego, salvo restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido. Los partos por cesárea con anestesia local o general no son una restricción para esta práctica.	80% de madres con parto vaginal informa que colocaron a su bebé en contacto hasta en los cinco minutos después del nacimiento por al menos una hora salvo que la madre no lo desee.	☐	☐	3
P.6.a Ob			80% de partos vaginales, se observa que los bebés son colocados en contacto piel a piel con las madres en los 5 minutos después del nacimiento salvo que la madre no lo desee.	☐	☐	3*
P.6.a1 EM			80% de madres con cesárea sin anestesia general, informa que colocaron a su bebé en contacto piel a piel, hasta 5 minutos después del parto y por lo menos una hora salvo razones médicamente justificadas para retrasar el contacto o la madre no lo desee.	☐	☐	3 (N/A si no se atienden cesáreas en el establecimiento)
P.6.a2 EM			80% de madres con parto por cesárea con anestesia general informa que colocaron a su bebé en contacto piel a piel tan pronto las madres despertaron y estuvieron alertas, salvo razones médicamente justificadas para retrasar el contacto o la madre no lo desee.	☐	☐	3 (N/A si no se atienden cesáreas con anestesia general en el establecimiento)
P.6.b EM		b) Garantizar la puesta al pecho en la primera media hora a no ser que exista una restricción por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido;	80% madres informan que iniciaron la lactancia materna en la primera hora posterior al nacimiento, salvo que exista contraindicación para la lactancia o la madre no lo desee	☐	☐	3*
P.6.c 051		c) Garantizar el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, a no ser que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o el recién nacido y se informen las razones	100% de partos que registran pinzamiento oportuno del cordón umbilical a no ser que exista una restricción específica.	☐	☐	3*
P.6.c EP			100% del personal de salud del área obstétrica describe los fundamentos y el procedimiento del pinzamiento oportuno del cordón umbilical.	☐	☐	1
P.7.a EM	12.Realizar los procedimientos habituales del recién nacido frente a la madre	a) Informar a la madre sobre los procedimientos a realizar al recién nacido;	80% de las madres informan que el personal de salud le explicó sobre los procedimientos que le realizaron al recién nacido.	☐	☐	1
P.7.b EM		b) Realizar procedimientos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K frente a la madre.	80% de las madres informan que el personal realizó la antropometría, profilaxis ocular, y administración de vitamina K, después de la primera hora y frente a ella madre.	☐	☐	1
P.8.a informe	13.Aplicar los instrumentos estandarizados para la estratificación de riesgos y cumplir con el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido	a) Capacitar e implementar los instrumentos estandarizados para la estratificación de riesgos y de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido;	80% del personal de salud del área obstétrica capacitado en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido.	☐	☐	3
P.8.b EP		b) Asegurar que el personal tenga el entrenamiento adecuado y continuo en destrezas de emergencias obstétricas y neonatales.	80% del personal de salud del área obstétrica conoce el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido.	☐	☐	3*
P.9.a EM	14.Permitir y promover el contacto de la madre y padre con el recién nacido, así como proveer la	a) Garantizar el libre acceso de la madre y/o padre a neonatología a excepción de que se realicen procedimientos médicos;	80% de las madres refieren tener libre acceso al servicio de neonatología.	☐	☐	2 (N/A si el establecimiento no tiene servicio de neonatología)
P.9.b HC		b) Promover y facilitar la alimentación del recién nacido con leche materna;	80% de recién nacidos hospitalizados son alimentados exclusivamente con leche materna.	☐	☐	2 (N/A si el establecimiento no tiene servicio de neonatología)

P.9.c EM	información sobre la evolución de recién nacidos que requieran internación	c) Brindar información sobre la evolución del recién nacido toda vez que padre o madre lo requieran.	El 100% de madres refieren haber sido informadas sobre la evolución del recién nacido toda vez que el padre o la madre así lo requieran.	☐	☐	2 (N/A si el establecimiento no tiene servicio de neonatología)
P.10.a 051	15. Garantizar el alta de calidad y culturalmente pertinente conforme al estado de salud de la madre y el recién nacido	a) Asesorar sobre métodos de planificación familiar, y proveer o garantizar el acceso de acuerdo a la solicitud de la madre.	100% de madres informadas sobre métodos anticonceptivos.	☐	☐	3*
P.10.a EM			80% de madres que optan por un método anticonceptivo acceden a él.	☐	☐	2
P.10.b.1 EM		b) Informar sobre cuidados y signos de alarma de la madre y del recién nacido;	80% de madres reciben información y mencionan al menos dos signos de alarma para ella y su hijo.	☐	☐	2*
P.10.b.2 EP			80% del personal de salud mencionan al menos dos signos de alarma para madre e hijo.	☐	☐	2*
P.10.b.3 EM			100% de recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazalete	☐	☐	1
P.10.c EM		c) Concertar fecha y hora del primer control de la madre y del recién nacido.	80% de las madres que egresan del establecimiento de salud cuentan con una cita en la primera semana del alta para ella y su bebé.	☐	☐	1

TOTAL PARTO Y PUERPERIO (44 verificadores)

 /80
(el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)

E. COMPONENTE LACTANCIA MATERNA

VERIF	PASO	DIRECTRIZ	PARÁMETRO DE CUMPLIMIENTO	Si	No	Puntaje
L.1.a EM	16. Informar a todas las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia.	a) Brindar asesoría a las madres durante el período prenatal, parto y postparto sobre: lactancia materna y prácticas que la favorecen, apego precoz; alojamiento conjunto, alimentación en caso de VIH, etc.	80% de embarazadas en su tercer trimestre o al alta hospitalaria confirma que algún miembro del personal del establecimiento conversó con ellas acerca de los beneficios de la lactancia, y les ofreció una charla con información.	☐	☐	3
L.2.a EM	17. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.	a) El equipo de salud debe promover el amamantamiento en la sala de parto	80% de madres manifiestan que le dio el seno por primera vez en la primera hora después del parto.	☐	☐	3*
L.3.a EP	18. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso en caso de separación de sus bebés.	a) El personal de salud debe mostrar a las madres cómo amamantar;	80% del personal clínico, informa que ha enseñado a la madre la manera correcta para colocar al recién nacido al pecho y la técnica de agarre.	☐	☐	3
L.3.a Ob			80% de madres observadas amamantan según la técnica adecuada.	☐	☐	2
L.3.b EP		b) En caso de separación obligatoria del recién nacido/a, se debe mostrar cómo mantener la lactancia enseñando la técnica adecuada de extracción de leche, informar sobre la posibilidad de donar leche humana y los beneficios para incrementar su producción;	80% del personal encuestado conoce cómo mantener la lactancia enseñando la técnica adecuada de extracción de leche, informar sobre la posibilidad de donar leche humana y los beneficios para incrementar su producción	☐	☐	3*
L.3.b Ob			80% de madres que amamantan informa que el personal le brindó apoyo y capacitación en lactancia materna, y las técnicas correctas para una adecuada lactancia.	☐	☐	3
L.3.c EM		c) Si la madre decide no amamantar, enseñarle cómo preparar y alimentar correctamente al bebé con sucedáneos de la leche materna;	80% de las madres afirma que recibió una demostración de la preparación de sucedáneos de la leche materna realizada por el personal del establecimiento de salud.	☐	☐	2
L.3.d EM		d) Mostrar a las madres VIH-positivas cómo preparar y dar el alimento, y cesar la producción de leche.	80% de madres VIH positivo recibió información o demostración acerca de la correcta preparación de los sucedáneos de la leche materna y afirma ser capaz de	☐	☐	3 N/A si el establecimiento marca 0 partos atendidos a madres VIH

			preparar el alimento ella misma.			Formulario de información del ES (pregunta 7)
L.4.a EM	19. No dar al recién nacido/a alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que estén médicamente indicados.	a) Promover la lactancia materna como único alimento para el recién nacido.	80% de las madres informa que el personal de salud no le ha recomendado la alimentación con sucedáneos de la leche para su bebé.	☐	☐	3*
L.4.b EM		b) En caso de que la madre decida no amamantar, analizar con la madre las alternativas de alimentación para ayudar a decidir lo más adecuado a su situación.	80% de las madres que decidió no amamantar debe informar que el personal analizó con ellas las distintas alternativas de alimentación y les ayudó a decidir la más adecuada de acuerdo a su situación.	☐	☐	2
L.4.c EM		c) Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y sucedáneos de leche materna para probar tolerancia.	80% de madres seleccionadas al azar, informa que sus bebés han recibido solamente leche materna. De haber recibido otro tipo de alimento, debe indicarse la razón médica prescrita.	☐	☐	3*
L.5.a EM	20. Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las madres y recién nacidos permanecer juntos las 24 horas de día.	a) Favorecer la práctica de alojamiento conjunto las 24 horas del día a menos de que existan razones clínicamente justificadas.	80% de madres seleccionadas al azar permaneció con su bebé en la habitación desde el nacimiento.	☐	☐	3
L.5.b Ob		b) Colocar al niño inmediatamente después del nacimiento con su madre en la misma habitación, incluido madres VIH positivo;	90% de madres y bebés practican el alojamiento conjunto, de no hacerlo, deben existir razones justificadas.	☐	☐	3*
L.6.a EM	21. Fomentar la lactancia a demanda.	a) No poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia de succión;	90% confirma que se les aconsejó respecto al amamantamiento a libre demanda.	☐	☐	3
L.6.b EM		b) Enseñar a las madres a reconocer las señales para amamantar y de saciedad del niño/a;	90% de madres informa que se les enseñó a reconocer el momento en que sus bebés están hambrientos, y puede describir por lo menos dos señales para amamantar	☐	☐	3
L.7.a Ob	22. No dar biberones ni chupones a los bebés que amamantan.	a) Aplicar este paso tanto para los bebés amamantados como a los alimentados con sucedáneos de leche materna;	Mediante observación en salas, al menos el 90% de bebés amamantados no deben recibir ningún tipo de biberón y/o chupón.	☐	☐	2
L.7.a EM			En las salas de maternidad, el 90% de las madres que están amamantando, elegidas al azar, informa que de su conocimiento sus bebés no han sido alimentados con biberón ni se les ha ofrecido biberones ni chupones.	☐	☐	2
L.7.b EM		b) En el caso de que las madres decidan utilizar biberones o chupones, brindar consejería e informar los riesgos de su utilización.	90% de madres que alimentan con biberón manifiestan que se les ha informado sobre los riesgos de su utilización y pueden mencionar al menos un riesgo de alimentar con biberón.	☐	☐	2
L.8.a EM	23. Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos al momento del alta del hospital o centro de salud.	a) Formar grupos de apoyo a la lactancia materna y/o referir a las madres a estos grupos en el momento del alta.	90% de las madres comunica haber recibido información acerca de cómo obtener ayuda del hospital o cómo contactar grupos de apoyo, asesoría, línea de asesoría en lactancia materna (línea 171) u otro servicio de salud comunitario en caso de tener dudas sobre amamantamiento.	☐	☐	2
L.8.b EM		b) Formar grupos de apoyo exclusivamente para madres que viven con VIH y/o referir a grupos ya existentes.	90% de las madres VIH positivo comunica haber recibido información acerca de cómo obtener ayuda del hospital, o cómo contactar grupos de apoyo, asesoría o algún otro servicio de salud comunitario.	☐	☐	2 (N/A si el establecimiento marca 0 partos atendidos a madres VIH)
L.9.a EM	24. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Leche Materna	a) No permitir el contacto directo de representantes de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones y chupones (SLM,B,CH), con embarazadas o madres;	90% de las madres informan no haber sido contactadas con representantes de la industria de SLM, B, CH.	☐	☐	3*
L.9.b EM		b) No entregar a ninguna embarazada, madre o familiares material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan SLM,B,CH	90% de las madres encuestadas informa que no ha recibido material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan SLM, B, CH o cupones.	☐	☐	3*

		o cupones;				
L.9.c Ob		c) Prohibir en el establecimiento toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de SLM,B,CH;	Por observación, constatar que no existe patrocinio, o promoción de la industria de SLM, B, CH en el establecimiento de salud.	☐	☐	3*
L.9.d Ob		d) En caso de alimentación con sucedáneo justificado por razones clínicas, los envases de fórmula y biberones se mantienen fuera de la vista.	Por observación, indicar que el establecimiento de salud mantiene fuera de vista envases de fórmula y biberones.	☐	☐	3
TOTAL LACTANCIA MATERNA (24 verificadores)				____/64 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)		
TOTAL (79 indicadores)				____/184 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)		
PORCENTAJE						
*El establecimiento que no cumpla con este indicador, no podrá ser certificado aún si cumple con el puntaje mínimo requerido N/A: este indicador permite la opción "no aplica"						

01 FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)				No.											
Este formulario se llena una sola vez por establecimiento. La información la provee el gerente, director o encargado oficial del establecimiento de salud															
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):											
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO											
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:										
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD															
1. INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD 1.MSP ☐ 2.IESS ☐ 4.ISSFA ☐ 5.ISPOL ☐ 6.Establecimientos de salud Privados ☐ 7.Otros ☐			Tipo de establecimientos del MSP 7. Establecimiento de Salud Tipo C –Materno Infantil. ☐ 11. Hospital Básico ☐ 12. Hospital General ☐ 13. Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia ☐ Nivel de complejidad _____												
1. El ES : A) Atiende controles prenatales ☐ B) Realiza cesáreas ☐ C) Realiza cesáreas con anestesia general ☐															
2. Número total de personal administrativo que trabaja en el ES: _____ Número total de personal de salud que trabaja en el ES: _____		Número total de camas en el ES: _____ Número de camas para gineco-obstetricia: _____ Número de puestos de recuperación post parto inmediato: _____ Número de camillas de recuperación: _____ Número de Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR): _____ Número de salas de parto: _____ Número de quirófanos destinados a cesáreas: _____													
3. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto: _____		Título profesional: _____ Teléfono celular y/o convencional (ext): _____ Correo electrónico: _____													
4. ¿Tiene el establecimiento de salud servicio de neonatología?		Sí ☐ Promedio de ingreso diario: _____ Número de cunas/ totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Para el cuidado del recién nacido: Inmediatos Sí ☐ No ☐ N° de cunas ____ Básicos Sí ☐ No ☐ N° de cunas ____ Intermedios Sí ☐ No ☐ N° de cunas ____ Intensivos Sí ☐ No ☐ N° de cunas ____ No ☐													
5. Del siguiente personal, cuántos tienen la responsabilidad directa para atender a madres en temas de::		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>PROFESIONAL</th> <th>LM</th> <th>SLM</th> <th>VIH</th> <th>EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera/o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				PROFESIONAL	LM	SLM	VIH	EP	Enfermera/o				
PROFESIONAL	LM	SLM	VIH	EP											
Enfermera/o															

• lactancia materna (LM), • alimentación con sucedáneos de la leche materna (SLM), • brindar consejería en VIH y alimentación infantil (VIH), • educación prenatal (EP)	Especialista en gineco-obstetricia				
	Obstetras - obstétrices				
	Enfermeras neonatología				
	Pediatra / Neonatólogo				
	Dietistas o nutricionistas				
	Médicos generales				
	Auxiliares enfermería				
	Otro personal (especificar) _____				
	Otro personal (especificar) _____				
	Otro personal (especificar) _____				
6. ¿Existe una Comisión Amigo de la Madre y del Niño en el establecimiento de salud?	Sí ☐ Cuando se conformó: _____ (dd/mm/aaaa)				No ☐
7. Estadísticas en nacimientos Total de nacimientos en el último año: _____	De los nacimientos: (Nº)_____ de partos normales De los cuales (Nº)_____ no litotómicos (Nº)_____ de partos por cesárea De los cuales (Nº)_____ con anestesia general (Nº)_____ de nacidos vivos (Nº)_____ de neonatos ingresados en el servicio de neonatología (Nº)_____ de partos atendidos a madres VIH positivo De los cuales (Nº)_____ de partos expulsivos				
8. Información en VIH/Sida	Número de embarazadas que recibieron pre asesoría en VIH en el último año: _____ Número de embarazadas que recibieron pos asesoría en VIH en el último año: _____ <i>(Se debe revisar y compilar los consolidados de consentimientos informados previos a la prueba de VIH, de acuerdo al tipo de usuario)</i> Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH: _____				
9. Información para Sífilis	Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____				
10. Fuentes de esta información:					
Nombre y apellido: _____	_____ Firma:				

 02 FORMULARIO DE OBSERVACIÓN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				CARGO:	
UNICÓDIGO				NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	Número de personal que trabaja en el ES: _____	
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
Tipo de establecimiento:					
B. OBSERVACIONES					
VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS			
G.1.b Ob	1. ¿El establecimiento cuenta con material edu-comunicacional exhibido en áreas visibles relacionado a la norma ESAMyN?	Sí ☐		No ☐	
		¿Cuántos elementos observó? _____			
P.3.a1 Ob	2. El ES cuenta con espacio adecuado y equipamiento para permitir a las mujeres caminar y movilizarse durante el trabajo de parto. El espacio adecuado será el siguiente: 1. Paredes pintadas con colores cálidos (claros del rojo, naranja o amarillo), sin azulejo. 2. Iluminación indirecta (luz cálida aplique en las paredes) 3. Climatización automatizado o portátil que permita ajustar la temperatura en 25° 4. Debe permitir el libre movimiento de la embarazada El equipamiento mínimo será el siguiente: 1. Pelota de dilatación 2. Cobija <i>Si deberá cumplir con todas las características indicadas para marcar "SI".</i>	Sí ☐		No ☐	
		Observaciones: _____ _____ _____			
P.3.a2 Ob	3. El ES cuenta con el equipamiento para permitir a las mujeres asumir la posición de su elección durante el parto <i>El equipamiento mínimo será el siguiente:</i> 1. Tela suspendida en el techo 2. Taburete para atención del parto en cuclillas 3. Colchoneta 4. Mesa baja auxiliar 5. Lámpara de suelo cuello de ganso 6. Dispensador de agua	Sí ☐		No ☐	
		Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____			

	7. Cobija 8. Barra de sujeción para parto vertical 9. Taburete de parto (silla holandesa) 10. Silla para acompañante 11. Sistema de climatización temperatura 25° (SATISFACTORIO) <i>(Si cumple con ocho se debe marcar sí. Esta pregunta vale 0.5 puntos en el formulario de evaluación)</i>				
	4. El ES cuenta con espacios adecuados para garantizar el parto en libre posición y con acompañamiento de acuerdo a las siguientes características: 1. Paredes pintadas con colores cálidos (claros del rojo, naranja o amarillo), sin azulaje. 2. Iluminación indirecta (luz cálida aplique en las paredes). 3. Climatización automatizado o portátil que permita ajustar la temperatura en 25°. 4. Debe permitir el libre movimiento de la embarazada. <i>Si cumple con todas las características. Esta pregunta vale 0.5 puntos en el formulario de evaluación)</i>	Sí ☐		No ☐	
		Observaciones: 			
P.6.a Ob	5. Después de observar el parto vaginal, ¿el bebé fue colocado en contacto piel a piel con la madre en los 5 minutos después del nacimiento?	Sí ☐ <i>(Cumplió con la normativa de apego precoz)</i>		No ☐ Si es que no, ¿se explicó una razón? Sí ☐ No ☐	
	6. Después de ser colocado piel con piel, ¿el personal de salud mostró a la madre cómo amamantar?	Sí ☐		No ☐ Si es que no, ¿se explicó una razón? Sí ☐ No ☐	
		Observaciones: 			
L.3.a Ob	7. De las madres observadas que amamantan. ¿Cuántas amamantan con la técnica adecuada?	a) N° de madres observadas: 	b) N° de madres que amamantan con técnica adecuada: 	c) % de madres que amamantan según técnica adecuada: 	
		Observaciones: 			
L.5.b Ob	8. De las madres observadas ¿Cuántas practican el alojamiento conjunto?	a) N° de madres observadas: 	b) N° de madres que comparten habitación con sus bebés: 	c) N° de madres que no comparten habitación con sus bebés y explican una razón: 	d) % de madres que practican alojamiento conjunto con sus bebés:
		Observaciones: 			
L.7.a Ob	9. De los bebés observados ¿Cuántos fueron alimentados con biberón o usaron chupón?	a) N° de bebés observados: 	b) N° de bebés con biberón o usando chupón 	c) % de bebés que no usan biberones ni chupones: 	
		Observaciones a las causas de uso de biberón:			

L.9.c Ob	10. Existe patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de la leche materna, biberones y/o chupones en el ES	Sí ☐ ¿Qué tipo de material? _____ _____ Nombre de empresa/s: _____	No ☐
L.9.d Ob	11. ¿El ES tiene a la vista envases de leche de fórmula o biberones?	Sí, ☐ ¿Dónde se ubican?	No ☐
	12. OBSERVACIONES _____		
C. DOCUMENTOS A REVISAR			
VERIF	DOCUMENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
G.1.a Informe	13. ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Normativa ESAMyN?	Sí ☐ ¿Cuántas actividades? _____ ¿Existe informe de actividades con nombres de asistentes? Sí ☐ No ☐ <i>(Si es que no existe, se marca "No")</i>	No ☐
G.1.a Informe	14. ¿El personal de salud cumplió con el programa de capacitación para atención materno infantil?	Sí ☐ ¿Existen informes de capacitación con nombres de asistentes en los siguientes temas? a) Norma de educación prenatal ☐ b) Lactancia materna ☐ c) Asesoría en planificación familiar ☐ d) Asesoría en VIH ☐ e) Enfoque en salud intercultural ☐ f) Manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y recién nacido ☐ g) Manejo del dolor con métodos no farmacológicos ☐ h) Otros: ☐ ¿Cuál? Detalle: _____ <i>(Si no se marcan al menos 3 casilleros, se responde "No" en el casillero siguiente)</i>	No ☐
R.1.a Informe	15. existe informe de capacitación para la norma de educación prenatal ,	Sí ☐	No ☐
P.2.a Informe	16. existe informe de capacitación en enfoque en salud intercultural	Sí ☐	No ☐
P.4.b Informe	17. existe informe de capacitación en manejo del dolor con métodos no farmacológicos (en norma de educación prenatal) ,	Sí ☐	No ☐
P.8.a Informe	18. existe informe de capacitación en Manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la	Sí ☐	No ☐

	vida de la madre y recién nacido,			
R.4.a ASIS	19. ¿Existe un documento donde se incluya un mapeo de agentes de la medicina ancestral? <i>(En el caso de Primer Nivel, revisar en el ASIS. En este caso, el establecimiento de salud cuenta con parteras legitimadas por la comunidad y cuentan con la certificación institucional. Verificadas con la certificación y copia del documento de legitimación de la comunidad.</i> Para hospitales y otros establecimientos de 2do nivel , confirmar en informes) No aplica en establecimientos de 3er nivel	Sí ☐	No ☐	No aplica ☐
R.4.b Informe	20. ¿El establecimiento cuenta con un documento que establezca mecanismos de articulación con agentes de la medicina ancestral, y ha sido firmado por ambas partes? No aplica en establecimientos de 3er nivel	Sí ☐	No ☐ El establecimiento encontró agentes de la medicina ancestral? Sí ☐ No ☐ (Si es que marca No, marca no aplica en el formulario de evaluación)	
	21. El Establecimiento se relaciona con agentes ancestrales mediante la capacitación y diálogo de saberes No aplica en establecimientos de 3er nivel	Sí ☐	No ☐	
22. Observaciones				

 03 FORMULARIO DE ENCUESTA PARA MADRES GESTANTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.
Estimada Señora: Como una iniciativa para mejorar la atención a las madres y recién nacidos, así como promover y proteger la lactancia materna, es importante conocer su experiencia en este establecimiento, por lo que le pedimos su autorización para participar a través de una encuesta. La información que Usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y anónimo. ¿Desea participar?					
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:			UNICÓDIGO		
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:
A. DATOS DE LA MADRE Y BEBÉ					
1. Semanas de gestación:		2. Fecha probable del parto:		_____ / _____ / _____ (dd) / (mm) / (aaaa)	
3. ¿Daré a luz en el establecimiento de salud donde se realiza los controles?		Sí ☐		No ☐ explique dónde será y la razón: _____	
B. ATENCIÓN PRENATAL					
Marque con una "X"					
VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS			
	4. ¿Le han informado cuántos controles prenatales debería realizarse?	Sí ☐ ¿A cuántos controles debería asistir? (Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción) 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 ☐ más ☐ (No se refiere a un verificador pero la información servirá al establecimiento en su plan de acción)		No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.2.c4 EM	5. ¿La vacunaron durante los controles?	Sí ☐		No ☐	No sabe, no contesta ☐
	6. ¿Piensa darle el seno a su bebé?	Sí ☐ ¿Por cuánto tiempo? _____ meses		No ☐ (Si no, llenar inclusive la sección C)	No sabe, no contesta ☐
L.1.a EM	7. ¿Le han brindado asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?	Sí ☐ ¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Beneficios para el bebé ☐ b) Beneficios para la madre ☐ c) Beneficios económicos ☐ d) Vínculo madre-hijo ☐ e) Otros beneficios ☐ f) Ninguno ☐ (Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)		No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.1.c EM	8. ¿Le han informado sobre métodos anticonceptivos?	Sí ☐ ¿Qué métodos le han informado ? (Mencionar y marcar las opciones. Se puede seleccionar más de uno)		No ☐	No sabe, no contesta ☐

		a) Barrera (preservativos femeninos o masculinos) ☐ b) Hormonales (implantes o vía oral) ☐ c) DIU – T de cobre ☐ d) Definitivos (vasectomía o ligadura) ☐ e) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona ninguno, se marca no)</i>		
R.3.a EM	9. ¿Ha recibido asesoría para prevenir Infecciones de transmisión sexual (ITS) entre ellas VIH y sífilis?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
	10. ¿Recibió información sobre el test de VIH?	Sí ☐ ¿Cuál es la importancia de realizarse el test? <i>(Esperar explicación de la madre y marcar según la categoría. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Prevención de transmisión vertical ☐ b) Prevención de transmisión sexual del virus ☐ c) Acceder a tratamiento ☐ d) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona la importancia, se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.3.b EM	11. ¿Se realizó el test de VIH?	Sí ☐ ¿Solicitaron su autorización para la prueba? Sí ☐ No ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.2.c3 EM	12. ¿Le informaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?	Sí ☐ ¿Puede mencionar los que recuerde? <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Dolor de cabeza y visión borrosa ☐ b) Fuerte dolor de barriga ☐ c) Hemorragia vaginal ☐ d) Salida de agua de fuente ☐ e) Fiebre alta ☐ f) Falta de movimiento del bebe ☐ g) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona la importancia, se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.2.c2 EM	13. ¿Le asesoraron para realizar el plan de parto y plan de transporte?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.1.a EM P.1.b EM P.1.c EM	14. ¿El personal de salud le ha informado sobre su derecho de estar acompañada por la persona que usted elija durante el trabajo de parto, parto y post parto?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.3.c1 EM	15. ¿El personal de salud le ha informado sobre su derecho al parto en libre posición?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.2.b EM	16. ¿Le han informado sobre su derecho de usar la vestimenta de su elección durante el parto?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.9.a EM	17. ¿Alguien en el ES le ha ofrecido leche de fórmula, biberones o chupones?	Sí ☐ ¿Qué personal del establecimiento de salud	No ☐	No sabe, no contesta ☐

		(médico, enfermera u otros)		
L.8.a EM	18. ¿Le han informado sobre grupos de apoyo a la lactancia o la línea de asesoría materna 171?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
FIN DE LA ENCUESTA				
C. PARA MADRES QUE NO AMAMANTAN				
	19. ¿Por qué motivo o razón usted no desea dar de lactar a su bebé?	<i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Por recomendación médica ☐ b) Por decisión propia ☐ c) Por enfermedad de la madre ☐ d) Por enfermedad del bebé ☐ Otros _____		
	20. Durante los controles, ¿ha recibido información sobre los siguientes temas?	<i>(Mencionar las opciones y marcar según proceda. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Importancia de estar con el bebé piel a piel inmediatamente después del parto. ☐ b) Importancia de tener a su bebé en la misma habitación las 24 horas del día. ☐ c) Riesgos de transmisión de VIH de la madre a su bebé. ☐ d) Las consecuencias de utilizar leche de fórmula, biberones y chupones. ☐		
21. OBSERVACIONES				

 04 FORMULARIO DE ENCUESTA PARA MADRES PUÉRPERAS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.	
Estimada Señora: Como una iniciativa para mejorar la atención a las madres y recién nacidos, así como promover y proteger la lactancia materna, es importante conocer su experiencia en este establecimiento, por lo que le pedimos su autorización para participar a través de una encuesta. La información que Usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y anónimo. ¿Desea participar?						
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO		
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
A. DATOS DE LA MADRE, BEBÉ Y PARTO						
1. El parto fue:		Vaginal ☐			Cesárea ☐	
2. Su bebé nació:		A término ☐			Prematuro ☐	
3. ¿El bebé se encuentra en cuidados especiales?		Sí ☐ Si es que sí, llenar incluso la sección D			No ☐	
4. ¿En qué fecha y hora nació su bebé?		(dd)	(mm)	(aaaa)	Sistema 24h (hh:mm)	5. Edad del bebé al momento de la entrevista _____ horas
6. Lugar donde se realiza la entrevista:		a) Consulta externa ☐			c) Sala de parto o Recuperación ☐	
		b) Neonatología ☐			d) Hospitalización ☐	
B. ASESORÍA						
Marque con una "X"						
VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS				
R2.c1 EM	7. ¿Asistió a los controles prenatales?	Sí ☐ ¿A cuántos controles? (Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción) 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5 ☐ más de 5 ☐			No ☐ ¿Se comunicaron o le realizaron una visita domiciliaria cuando no asistió a los controles? Sí ☐ No ☐	
	8. ¿Fue referida a este establecimiento de salud?	Sí ☐ ¿Quién le refirió? (Esperar explicación de la madre. Puede seleccionar más de una opción) a) Centro de salud ☐ b) Hospital ☐ c) Una partera ☐ d) Persona particular ☐ e) Decisión propia ☐ f) Ninguno ☐			No ☐ No sabe, no contesta ☐	

L.1.a EM	9. ¿Le brindaron asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?	Sí ☐ ¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna? <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Beneficios para el bebé ☐ b) Beneficios para la madre ☐ c) Beneficios económicos ☐ d) Vínculo madre-hijo ☐ e) Otros beneficios ☐ f) Ninguno ☐ <i>(Si es que no menciona, se marca "no" en Evaluación)</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.10.a EM	10. ¿Le han informado sobre métodos anticonceptivos?	Sí ☐ Esto sucedió durante: <i>(Mencionar las opciones a la madre y marcar. Puede mencionar más de uno)</i> a) Los controles prenatales ☐ b) Después de dar a luz ☐ ¿Qué métodos le han ofrecido? <i>(Mencionar y marcar las opciones)</i> a) Barrera (preservativos femeninos o masculinos) ☐ b) Hormonales (implantes o vía oral) ☐ c) DIU – T de cobre ☐ d) Definitivos (vasectomía o ligadura) ☐ e) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona alguno, se marca no)</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
R.3.b EM	11. ¿Se realizó el test de VIH?	Sí ☐ ¿Solicitaron su autorización para la prueba? Sí ☐ No ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐

C. PARTO Y PUERPERIO

P.1.a EM P.1.b EM P.1.c EM	12. ¿El personal de salud le informó sobre el derecho de estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y post parto?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.1.a EM	13. ¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)</i>	Sí ☐ ¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto? Sí ☐ No ☐ <i>(Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.1.b EM	14. ¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el parto? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)</i>	Sí ☐ ¿Estuvo acompañada durante el parto? Sí ☐ No ☐ <i>(Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.1.c EM	15. ¿Estuvo acompañada después del parto por una persona de su elección? <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)</i>	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐

P.2.b EM	16. ¿Le informaron sobre su derecho de usar la vestimenta a su elección durante el parto?	Sí ☐ ¿Usted quiso usar su vestimenta durante el parto? Sí ☐ No ☐ Si es que sí, ¿se lo permitieron? Sí ☐ No ☐ Si es que no, ¿le explicaron la razón? Sí ☐ No ☐ <i>Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No"</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.2.b EM	17. ¿Le informaron sobre su derecho de consumir alimentos o líquidos durante el labor de parto ?	Sí ☐ Si es que sí, ¿se lo permitieron? Sí ☐ No ☐ Si es que no, ¿le explicaron la razón? Sí ☐ No ☐ <i>Si no le explicaron, en la evaluación se marca "No"</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.2.c EM	18. ¿Le consultaron sobre qué hacer con su placenta?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.3.b1 EM	19. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante la labor de parto?	Sí ☐ <i>Pase a pregunta 20</i>	No ☐ ¿Le explicaron la razón? Sí ☐ No ☐ <i>(Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta, y no se toma en cuenta para la evaluación)</i>	No sabe, no contesta ☐
P.3.b2 EM	<i>Si es que sí en pregunta 19,</i> 20. ¿Puede mencionar 2 beneficios de moverse o caminar durante la labor de parto? <i>(Esperar explicación de la madre. Marcar "sí", si los beneficios se pueden relacionar a: ayudar al descenso del bebé, alivio del dolor, comodidad, colocar al bebé)</i>	Sí ☐ 1. _____ 2. _____	No ☐ <i>(Si no se llena los 2 beneficios, marcar "No", de lo contrario, "Sí")</i>	No sabe, no contesta ☐
P.3.c1 EM	21. ¿Le informaron que puede elegir la posición del parto?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.3.c2 EM	22. ¿Ha podido elegir la posición para el parto?	Sí ☐	No ☐ ¿Le explicaron la razón? Sí ☐ No ☐ <i>(Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta, y no se toma en cuenta para la evaluación)</i>	No sabe, no contesta ☐

P.4.a EM	23. ¿Le informaron sobre métodos para aliviar el dolor que no involucren medicamentos?	Sí ☐ ¿Puede mencionar un método? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Masaje ☐ b) Calor local ☐ c) Deambulaci3n ☐ d) Baños de agua ☐ e) Relajaci3n ☐ f) Musicoterapia ☐ g) Aromaterapia ☐ h) Visualizaci3n ☐ i) Otros ☐ j) Ninguno ☐ (Si no menciona alguno o marca ninguno, se marca "No" en EVALUACI3N)	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.5.a EM	24. ¿Le realizaron rasurado de la zona pélvica o lavado intestinal (enema) antes del parto?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.6.a EM P.6.a1 EM P.6.a2 EM P.6.b EM	25. ¿Le pusieron a su bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?	Sí ☐ ¿Lactó? Sí ☐ No ☐ (Si no lactó en P.6.b EM marcar NO)	No ☐ ¿Le explicaron la razón? Sí ☐ No ☐ (Si le explicaron la razón, se marca no sabe no contesta y no aplica en la evaluaci3n)	No sabe, no contesta ☐
P.7.a EM	26. ¿El personal de salud le informó de los procedimientos de rutina que se realizan a los recién nacidos como medir, pesar, revisi3n ocular e inyecci3n de vitamina K?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.7.b EM	27. ¿Estuvo usted presente cuando midieron, pesaron y revisaron al bebé después de nacer?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.10.b EM	28. ¿Le informaron sobre los signos de peligro del bebé, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?	Sí ☐ ¿Puede mencionar 2 signos de peligro? (Esperar explicaci3n de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Cambio de coloraci3n ☐ b) Dificultad para alimentarse ☐ c) Fiebre ☐ d) Dificultad para respirar ☐ e) Tieso o ataques ☐ f) Debilidad ☐ g) Ninguno ☐ (Si no menciona 2 signos se marca "No")	No ☐	No sabe, no contesta ☐

	29. ¿Le informaron sobre los signos de peligro para usted después del parto?	Sí ☐ ¿Puede mencionar 2 signos de peligro? <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Sangrado o secreción ☐ b) Fiebre ☐ c) Dolor de barriga ☐ d) Visión borrosa ☐ e) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.10.b.3 EM	30. ¿Su bebé fue identificado mediante una manilla o brazalete al momento de su nacimiento?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.10.c EM	31. ¿Le dieron cita o contrareferencia para el primer control suyo y de su bebé?	Sí ☐ Si es que sí, ¿Cuándo y dónde será? <i>(Si no sabe día y lugar, o si es posterior a la semana del parto, marcar "No", de lo contrario, "Sí")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐

32. OBSERVACIONES

D. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO

P.9.a EM	33. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene libre acceso usted y/o su pareja durante las 24h del día al servicio de neonatología? <i>No existen restricciones de acceso justificado a la madre a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato.</i> <i>La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
	34. Transfirieron a su bebé a otro establecimiento de salud	Sí ☐ ¿Permitieron el acompañamiento de familiares y explicaron las causas de la transferencia? Sí ☐ No ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
P.9.c EM	35. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐

36. OBSERVACIONES – Informar sobre las condiciones del sitio de espera para padres

E. LACTANCIA MATERNA (LM)

---	37. ¿Piensa darle el seno a su bebé, o continuar dándoselo?	Sí ☐ ¿Por cuánto tiempo? _____ meses	No ☐ <i>Pasar a la sección para madres que no amamantan (Sección F).</i>	No sabe, no contesta ☐
L.2.a EM	38. ¿Alguien en el establecimiento de salud le enseñó cómo dar de lactar en la sala de parto?	Sí ☐ <i>Si es que "sí" ¿Puede mostrarme y contar cómo se acomoda al bebé para amamantar?</i> <i>(La madre puede hablar de la postura correcta o el agarre para dar de lactar, espere a que la madre comente y marque los puntos según los mencione)</i> a) Bebé cerca y frente al pecho ☐ b) Cabeza y cuerpo en línea recta ☐ c) Sostiene cabeza y hombros ☐ d) Boca del bebé bien abierta ☐ e) Labio inferior hacia afuera ☐ f) Mentón de bebé toca el pecho ☐ g) Más areola visible arriba que abajo ☐ h) Mejillas de bebé llenas ☐ i) Succión lenta y sonidos de deglución ☐ j) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona al menos 3, se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.3.c EM	39. ¿Alguien en el establecimiento le enseñó cómo extraerse su leche y darle de comer a su bebe sin biberón?	Sí ☐ ¿Qué puede usar en vez de biberón? <i>(Marque según corresponda si la madre menciona alguna de las siguientes. Puede marcar más de una)</i> a) Taza ☐ b) Cuchara ☐ c) Jeringuilla ☐ d) Otras ☐ e) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona al menos 1, se marca "No")</i>	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.7.a EM	40. ¿Sabe si su bebé fue alimentado con biberón en su estadía en el ES?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.7.b EM	41. ¿Le informaron sobre los riesgos del uso de biberones o chupones?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.9.a EM L.9.b EM	42. ¿Alguien en el ES le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones o chupones? <i>NOTA: Esto aplica para médicos, enfermeras, representantes de la industria</i>	Sí ☐ Quién: _____ (visitadores médicos, vendedores informales, personal de salud u otros)	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.4.a EM	43. ¿Alguien del personal de salud le ha recomendado alimentar a su bebé con leche de fórmula?	Sí ☐ Quién: _____ (enfermera, médico u otros) ¿Le explicaron alguna razón por la cual hacerlo? Sí ☐ No ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐

		Si es que sí, ¿cuál? (si existe explicación médica justificada, marca "No" en autoevaluación)		
L.4.c EM	44. ¿Podría indicarme qué alimentos ha recibido su bebé desde que nació?	Sí ☐ (Mencionar las opciones y marcar "x" en los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno) a) Leche materna ☐ b) Agua ☐ c) Agua aromática ☐ d) Leche de tarro ☐ e) Leche de vaca ☐ f) Caldo o sopa ☐ g) ¿Algo más?(Describa) ☐ (Si marca leche materna únicamente, se califica "Sí") (Si menciona alimentación distinta la leche materna, preguntar:) ¿Le explicaron por qué le dieron otra alimentación? Sí ☐ No ☐ Si es que sí, ¿cuál? Y por qué? (si existe explicación médica justificada, marca "Sí" u obtiene el puntaje total)	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.5.a EM	45. ¿Permaneció su bebé en la misma habitación durante la internación?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.6.a EM	46. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?	Sí ☐	No ☐ ¿Tiene el bebé horarios para amamantar o tiempo para lactar? Sí ☐ No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.6.b EM	47. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está con hambre?	Sí ☐ (vale por 1,5 puntos)	No ☐	No sabe, no contesta ☐
	48. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está lleno/a?	Sí ☐ (vale por 1,5 puntos)	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.8.a EM L.8.b EM	49. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar? NOTA: Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad.	Sí ☐ ¿Dónde o quién? (Marque "x" en las opciones que apliquen) 1. Directo en el establecimiento ☐ 2. Algún profesional de salud ☐ 3. Línea 171 ☐ 4. Grupo de apoyo a la lactancia ☐ 5. Otro servicio comunitario ☐ 6. Ninguno ☐ (Si no menciona alguno de estos, o si marca	No ☐	No sabe, no contesta ☐

		ninguno es "No")		
50. OBSERVACIONES				
F. PARA MADRES QUE NO AMAMANTAN				
	51. ¿Por qué motivo o razón usted no dará de lactar a su bebé?	a) Por recomendación médica ☐ b) Por decisión propia ☐	c) Por enfermedad de la madre ☐ d) Por enfermedad del bebé ☐ Otros _____	
	52. Durante el embarazo, ¿recibió información sobre los siguientes temas?	(Mencionar las opciones y marcar los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno) a) Importancia de estar con el bebé piel a piel inmediatamente después del parto ☐ b) Importancia de tener a su bebé en la misma habitación/cama las 24 horas del día ☐ c) Riesgos de infección de una madre VIH positivo a su bebé ☐ d) Las consecuencias de utilizar leche de fórmula, biberones y chupones ☐ e) Ninguno ☐		
	53. ¿Cómo está alimentando a su bebé?	(Mencionar las opciones y marcar en los casilleros que indique la madre. Se puede marcar más de uno) a) Agua ☐ b) Fórmula ☐ c) Leche materna ☐ Otras preparaciones _____		
L.3.c EM L.3.d EM	54. ¿Alguien en el hospital le indicó cómo preparar la leche de fórmula para su bebé y la higiene que debe mantenerse? NOTA: Por motivos de confidencialidad de la madre VIH está catalogada como madre que no amamanta	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.3.b EM	55. ¿En el hospital le dijeron cuál es la mejor forma de aumentar la producción de leche materna?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
	56. ¿Permaneció su hijo con usted en la misma cama, mientras estuvo en el hospital?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
	57. ¿En el hospital le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno?	Sí ☐ ¿Dónde o quién? _____	No ☐	No sabe, no contesta ☐
L.4.b EM	58. ¿Alguien en el ES le explicó sobre la importancia de la leche materna, analizó con usted las distintas alternativas de alimentación y le ayudó a decidir la más adecuada de acuerdo a su situación?	Sí ☐	No ☐	No sabe, no contesta ☐
59. OBSERVACIONES				

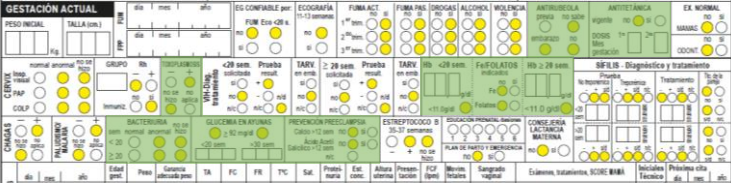
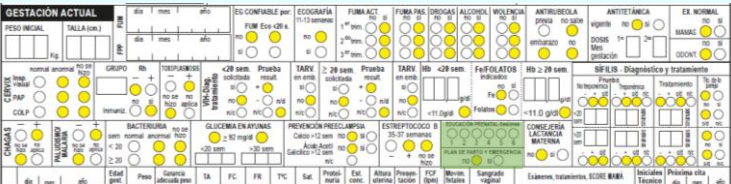
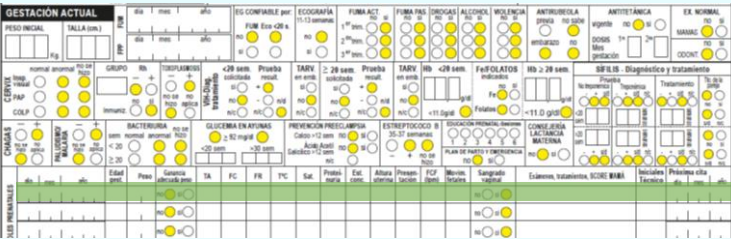
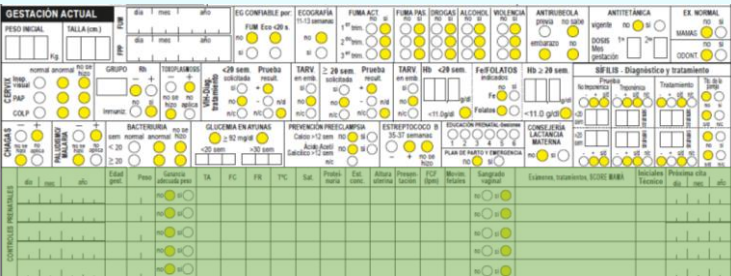
 05A FORMULARIO DE ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD EN CONTACTO CON LA MADRE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.	
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO		
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
A. DATOS DEL EMPLEADO EN SALUD						
1. Área de trabajo en el establecimiento:						
2. Personal en contacto con la madre:		¿En qué momento? a) Prenatal ☐ b) Durante el parto ☐ c) Puerperio ☐				
B. EVALUACIÓN AL PERSONAL						
G.1.a EP	3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?		Sí ☐			No ☐
P.3.d EP	4. ¿Ha sido capacitado para atender partos en libre posición?		Sí ☐ ¿cuándo? <i>(Si es que es Sí, vale 1 punto)</i> La capacitación incluyó pasantías vivenciales, Sí ☐ No ☐ <i>(Si es que Sí, vale 1 punto)</i>			No ☐
P.4.b EP	5. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto?		Sí ☐ mencione dos: <i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque. Se puede seleccionar más de 1)</i> a) Masaje ☐ b) Calor local ☐ c) Deambulación ☐ d) Baños de agua ☐ e) Relajación ☐ f) Musicoterapia ☐ g) Aromaterapia ☐ h) Visualización ☐ i) Otros ☐ j) Ninguno ☐ <i>(Si menciona al menos 2 métodos, marca "sí" en evaluación)</i>			No ☐

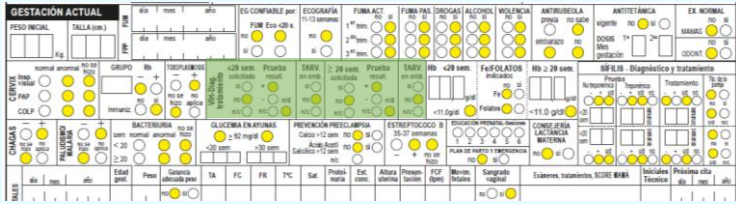
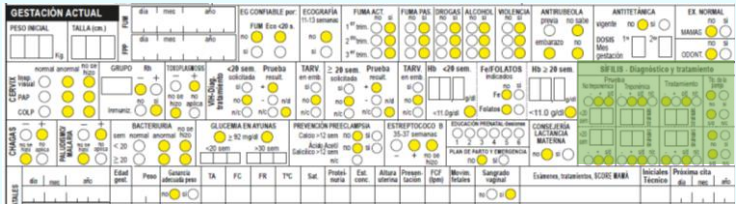
P.5.a EP	6. Mencione tres procedimientos que deban evitarse durante el parto y sus respectivas justificaciones por complicaciones	<i>(Esperar a que el encuestado/a mencione el método y compruebe si la justificación es válida médicamente. NO mencione la lista de procedimientos)</i>																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="619 147 965 181">PROCEDIMIENTO</th><th data-bbox="965 147 1465 181">COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE</th></tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="619 181 1465 215"><i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="619 215 965 286">a) canalización intravenosa de rutina;</td><td data-bbox="965 215 1465 286">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 286 965 358">b) episiotomías;</td><td data-bbox="965 286 1465 358">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 358 965 430">c) parto instrumentado;</td><td data-bbox="965 358 1465 430">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 430 965 501">d) enema;</td><td data-bbox="965 430 1465 501">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 501 965 573">e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;</td><td data-bbox="965 501 1465 573">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 573 965 645">f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;</td><td data-bbox="965 573 1465 645">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 645 965 770">g) exámenes vaginales repetidos; <i>La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.</i></td><td data-bbox="965 645 1465 770">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 770 965 842">h) fluidos intravenosos;</td><td data-bbox="965 770 1465 842">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 842 965 913">i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);</td><td data-bbox="965 842 1465 913">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 913 965 985">j) control farmacológico del dolor;</td><td data-bbox="965 913 1465 985">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 985 965 1057">k) colocación de catéter urinario;</td><td data-bbox="965 985 1465 1057">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1057 965 1128">l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);</td><td data-bbox="965 1057 1465 1128">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1128 965 1200">m) pujos dirigidos por el personal de salud;</td><td data-bbox="965 1128 1465 1200">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1200 965 1272">n) presión del fondo uterino (Kristeller);</td><td data-bbox="965 1200 1465 1272">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1272 965 1344">o) fórceps y extracción por vacío;</td><td data-bbox="965 1272 1465 1344">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1344 965 1415">p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.</td><td data-bbox="965 1344 1465 1415">☐</td></tr> <tr> <td data-bbox="619 1415 965 1518">q) 17. Otro _____</td><td data-bbox="965 1415 1465 1518">☐</td></tr> </tbody> </table> <i>(Si menciona 3 procedimientos y 3 justificaciones correctas, marca "sí" en evaluación)</i>	PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE	<i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i>		a) canalización intravenosa de rutina;	☐	b) episiotomías;	☐	c) parto instrumentado;	☐	d) enema;	☐	e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	☐	f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	☐	g) exámenes vaginales repetidos; <i>La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.</i>	☐	h) fluidos intravenosos;	☐	i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	☐	j) control farmacológico del dolor;	☐	k) colocación de catéter urinario;	☐	l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);	☐	m) pujos dirigidos por el personal de salud;	☐	n) presión del fondo uterino (Kristeller);	☐	o) fórceps y extracción por vacío;	☐	p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	☐	q) 17. Otro _____	☐
PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE																																							
<i>(Escriba la justificación y marque X si está justificada)</i>																																								
a) canalización intravenosa de rutina;	☐																																							
b) episiotomías;	☐																																							
c) parto instrumentado;	☐																																							
d) enema;	☐																																							
e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	☐																																							
f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	☐																																							
g) exámenes vaginales repetidos; <i>La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.</i>	☐																																							
h) fluidos intravenosos;	☐																																							
i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	☐																																							
j) control farmacológico del dolor;	☐																																							
k) colocación de catéter urinario;	☐																																							
l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);	☐																																							
m) pujos dirigidos por el personal de salud;	☐																																							
n) presión del fondo uterino (Kristeller);	☐																																							
o) fórceps y extracción por vacío;	☐																																							
p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	☐																																							
q) 17. Otro _____	☐																																							
P.6.c EP	7. ¿Cuáles son los fundamentos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical?	<i>(Esperar a que el entrevistado/a mencione los fundamentos y marque según corresponda. Se puede marcar más de una opción)</i> <table> <tr> <td>a) Esperar al menos 2 minutos</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b) Esperar hasta que el cordón deje de latir</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c) Ninguno de los anteriores</td> <td>☐</td> </tr> </table> <i>(Si menciona al menos 1 método, marca "sí" en evaluación)</i>		a) Esperar al menos 2 minutos	☐	b) Esperar hasta que el cordón deje de latir	☐	c) Ninguno de los anteriores	☐																															
a) Esperar al menos 2 minutos	☐																																							
b) Esperar hasta que el cordón deje de latir	☐																																							
c) Ninguno de los anteriores	☐																																							
P.8.b EP	8. ¿Ha sido capacitado en destrezas de emergencias obstétricas y neonatales?	Sí ☐ ¿Cuándo, donde y/o cuántas horas? _____ (dd / mm / aaaa) (hh:mm)	No/ No sabe, ☐ no contesta																																					

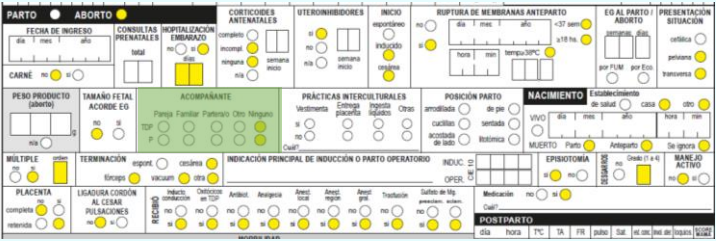
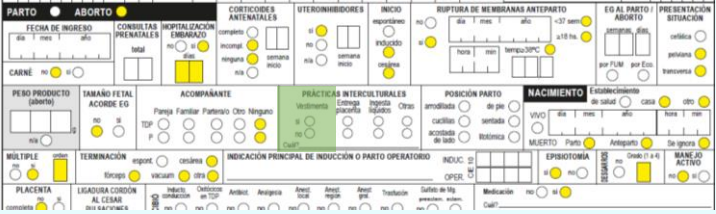
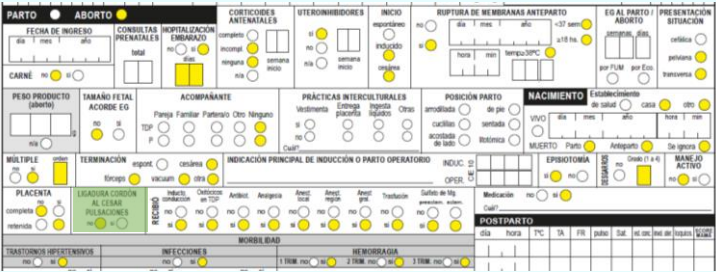
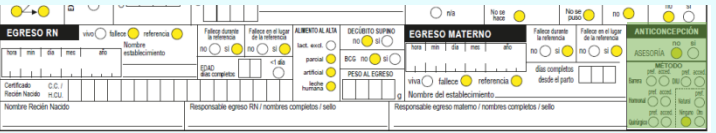
P.10. b.2 EP	9. Mencione 2 signos de peligro para la madre después del parto	(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque con "x" según corresponda. Puede seleccionar más de dos) a) Sangrado o secreción ☐ b) Fiebre ☐ c) Dolor de barriga ☐ d) Visión borrosa ☐ e) Ninguno ☐ (Si no menciona 2 signos se marca "No")	No/ No sabe, ☐ no contesta
	10. Mencione 2 signos de peligro para la bebé	(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque con según corresponda. Puede seleccionar más de dos) a) Cambio de coloración ☐ b) Dificultad para alimentarse ☐ c) Fiebre ☐ d) Dificultad para respirar ☐ e) Tieso o ataque ☐ f) Debilidad ☐ g) Ninguno ☐ (Si no menciona 2 signos se marca "No")	No/ No sabe, ☐ no contesta
L.3.a EP	11. ¿Enseña a las madres cómo amamantar?	Sí ☐ ¿Puede mostrarme y describirme cómo enseñaría a una madre a amamantar? (Marque si habla de alguno de los siguientes temas) a) El bebé debe estar sostenido cerca al pecho ☐ b) Cabeza del bebé y cuerpo en línea recta ☐ c) El bebé debe ser sostenido por su cabeza y hombros (también el cuerpo si es recién nacido) ☐ d) La madre coloca la mano en forma de C en el seno ☐ e) La boca del bebe debe estar bien abierta ☐ f) El labio inferior del bebé está hacia afuera ☐ g) El mentón del bebé toca el pecho ☐ h) Debería ser visible más de la areola en la parte superior que debajo de la boca del bebé ☐ i) Las mejillas deberían estar llenas ☐ j) Succión lenta y sonidos de deglución ☐ (Debe mencionar al menos 6 de los 10 pasos. Si no menciona, marcar "No")	No/ No sabe, ☐ no contesta
L.3.b EP	12 ¿Enseña a las madres cómo extraerse la leche?	Sí ☐ ¿Puede explicar cómo enseñaría la extracción manual de leche? (Marcar si menciona los puntos clave. Puede marcar más de uno) a) Estimula el flujo de la leche (por relajación, masaje, calentamiento, etc) ☐ b) Colocando los dedos en forma de C ☐ c) Presión hacia costillas ☐ d) Ninguno ☐ (Si no menciona todos los pasos o marca ninguno, se marcar "No".) Si menciona todos los pasos son 2 puntos	No ☐
	13 ¿Informa a las madres sobre la posibilidad de donar leche?	Sí ☐ ¿Puede mencionar dónde podría donar leche? (Debe mencionar algún banco de leche cercano. Se pondera con 0,5)	No ☐

	14 ¿Informa a las madres cómo incrementar la producción de leche?	Sí ☐ ¿Puede mencionar una forma para mejorar la producción? (Marcar si menciona los puntos clave. Puede marcar más de uno) <table border="0"> <tr> <td>a) Mayor succión o estímulo (extracción)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>b) No usar biberones</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>c) Lactancia a libre demanda</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>d) Posición correcta del bebé</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>e) Ninguno</td> <td>☐</td> </tr> </table> (Debe mencionar al menos una. Se pondera con 0,5)	a) Mayor succión o estímulo (extracción)	☐	b) No usar biberones	☐	c) Lactancia a libre demanda	☐	d) Posición correcta del bebé	☐	e) Ninguno	☐	No ☐
a) Mayor succión o estímulo (extracción)	☐												
b) No usar biberones	☐												
c) Lactancia a libre demanda	☐												
d) Posición correcta del bebé	☐												
e) Ninguno	☐												
15. Observaciones													

 05B FORMULARIO DE ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD PERSONAL SIN CONTACTO DIRECTO CON MADRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
C. DATOS DEL EMPLEADO EN SALUD					
1. Área de trabajo en el establecimiento:					
2. Ocupación:					
D. EVALUACIÓN AL PERSONAL					
G.1.a EP	3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?			Sí ☐	No/ No sabe, no contesta ☐
P.4.b EP	4. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?			Sí ☐ mencione dos: <i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque según corresponda. Se puede seleccionar más de 1)</i> a) Masaje ☐ b) Calor local ☐ c) Deambulación ☐ d) Baños de agua ☐ e) Relajación ☐ f) Musicoterapia ☐ g) Aromaterapia ☐ h) Visualización ☐ i) Otros ☐ j) Ninguno ☐ <i>(Si menciona al menos 2 métodos, marca "sí" en evaluación)</i>	No/ No sabe, no contesta ☐
P.10. b.2 EP	5. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para la madre después del parto?			Sí ☐ mencione dos: <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i> a) Sangrado o secreción ☐ b) Fiebre ☐ c) Dolor de barriga ☐ d) Visión borrosa ☐ e) Ninguno ☐ <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No/ No sabe, no contesta ☐
	6. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para el bebé			Sí ☐ mencione dos: <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i> 1. Cambio de coloración ☐ 2. Dificultad para alimentarse ☐ 3. Fiebre ☐ 4. Dificultad para respirar ☐ 5. Tieso o ataque ☐ 6. Debilidad ☐ 7. Ninguno ☐ <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No/ No sabe, no contesta ☐
 06 FORMULARIO DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)					No.

A ser llenado por personal experto materno infantil, en compañía de personal del establecimiento de salud asignado									
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):					
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO					
FECHA:		(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:				
A. FORMULARIO 051									
Verif.	Parámetro	Nº de formularios revisados	Nº de formularios que cumplen	Nº de formularios que no cumplen					
R.2.a 051	1. En la sección "Gestación actual", página 1 del formulario 051, verificar que estén llenas adecuadamente: vacunas "antirubeola" y "antitetánica", "toxoplasmosis", "hemoglobina", "bacteriuria", "glucemia en ayunas", "prevención preeclampsia".  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.	No aplica ☐	No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud	Observaciones					
R.1.b 051	2. Seis (6) sesiones marcadas de "Educación Prenatal-Sesiones", página 1 del formulario 051.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.	No aplica ☐	No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud	Observaciones					
R.2.b 051	3. Al menos una asistencia al control prenatal en el primer trimestre, página 1 del formulario 051.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.	No aplica ☐	No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud	Observaciones					
R.2.d 051	4. Las siguientes variables en la página 1 del formulario 051 deben estar completas en la sección "controles prenatales": "ganancia adecuada de peso", "sangrado vaginal" debe tener las filas llenas de acuerdo al control alcanzado por la madre. En caso de existir riesgo, se debe verificar tratamiento en "Exámenes, tratamientos SCORE MAMA" y/o historia clínica. 	No aplica ☐	No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud	Observaciones					

	En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			
R.3.b 051	5. Se realizó al menos un examen para detección de VIH en los controles prenatales. Ver sección "VIH- Diag. Tratamiento", en página 1 del formulario 051.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.	No aplica ☐ No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud Observaciones: _____ Vale 1 punto		
	6. Se realizó al menos un examen para detección de sífilis en los controles prenatales. Ver sección "Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento", en página 1 del formulario 051. 	No aplica ☐ No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud Observaciones: _____ Vale 1 punto		
R.3.c 051	7. Se registra tratamiento en diagnósticos positivos para VIH, en página 1 del formulario 051.	No aplica ☐ No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud Observaciones: _____ Vale 1,5 punto		
	8. Se registra tratamiento en diagnósticos positivos para sífilis, en página 1 del formulario 051.	No aplica ☐ No aplica cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud donde recibe la atención del parto, o no es transferida de otro centro de salud Observaciones: _____ Vale 1,5 punto		
P.1.b 051	9. Sección "acompañante", en página 1 del formulario 051, llena. Si se marca "ninguno", el formulario "no cumple". (El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)	(si se sustenta		

	 En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			médicamente, se marca "cumple"
P.2.b 051	10. Variable "vestimenta" en sección "Prácticas interculturales", página 1 del formulario 051, llena.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			(si se sustenta médicamente, se marca "cumple")
P.2.c 051	11. Variable "entrega placenta" en sección "Prácticas interculturales", página 1 del formulario 051, llena.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			(si se sustenta médicamente, se marca "cumple")
P.6.c 051	12. Sección "Ligadura cordón al cesar pulsaciones", en página 1, marcada "si". En caso de marcarse "no", revisar justificación en historia clínica. Si no existe, se marca "no cumple".  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			(si se sustenta médicamente, se marca "cumple")
P.10.a 051	13. Sección "Anticoncepción", en la página 2 del formulario 051, lleno.  En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.			
B. HISTORIAS CLÍNICAS				
	Parámetro	N° HCL revisados	N° de HCL que cumplen	N° de HCL que no cumplen
R.2.d HC	14. Se registra tratamiento en casos de diagnóstico de riesgo			
P.5.a HC	15. De los siguientes procedimientos seleccionar cuales fueron realizados a la madre e indicar la justificación médica válida registrada en la HCL 1. canalización intravenosa de rutina; 2. episiotomías; 3. parto instrumentado; 4. enema;			

	5. separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas; 6. inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto; 7. exámenes vaginales repetidos; <i>(La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.)</i> 8. fluidos intravenosos; 9. monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía); 10. control farmacológico del dolor; 11. colocación de catéter urinario; 12. posición supina o de litotomía (piernas en estribos); 13. pujos dirigidos por el personal de salud; 14. presión del fondo uterino (Kristeller); 15. fórceps y extracción por vacío; 16. exploración manual del útero o aspiración del recién nacido. 17. El rasurado perineal es una práctica que no debe realizarse Se verifica en la historia clínica o en Matriz de estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto normal de bajo riesgo, en libre posición y con pertinencia intercultural, deberá contar con el informe de retroalimentación al monitoreo realizado por cada zona,			
P.5.b HC	16. Porcentaje de cesáreas con pertinencia médica. <i>(Solicitar informe de auditoría de pertinencia médica de cesáreas al líder del establecimiento de salud)</i>			
P.5.c HC	17. Historias clínicas de madres VIH positivo registradas en cesárea. Se exceptúan los nacimientos atendidos en fase expulsiva.			
P.9.b HC	18. Historias clínicas muestran que no se encuentran prescripciones de sucedáneos de la leche materna a menos de que existan contraindicaciones justificadas de lactancia materna.			
OBSERVACIONES 				