

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

<b>MATRIZ DE PONDERACIÓN</b>			
<b>COMPONENTE</b>	<b>NÚMERO DE INDICADORES</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1. General	4	10	5,4%
2. Prenatal	17	30	16,3%
3. Parto y puerperio	44	80	43,5%
4. Lactancia materna	24	64	34,8%
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>

### Metodología para recolección de información

FORMULARIO	ENTREVISTADO	ENTREVISTADOR*	MUESTRA MÍNIMA	MUESTRA IDEAL	COMENTARIOS
<b>Formulario de información del Establecimiento de Salud</b>	Gerente o encargado del establecimiento	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	1	1	
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
<b>Formulario de Observación</b>	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			
<b>Formulario de encuesta de madres gestantes</b>	Madres embarazadas	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	10 o el universo en una semana	20	
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
<b>Formulario de encuesta de madres puérperas</b>	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	No aplica en establecimie	10	Realizar encuesta a madres con más de 6

		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona	ntos que no tienen servicios de neonatología		horas de haber dado a luz.
<b>Formulario para el personal de salud en contacto con madres</b>	Personal de salud en contacto con madres	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	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
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
<b>Formulario de encuesta para el personal sin contacto con madres</b>	Personal sin contacto directo con madres	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	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
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			
<b>Formulario de revisión de historias clínicas</b>	Evaluador acompañado de persona asignada por el o encargado del establecimiento	AUTOEVALUACIÓN: Encargado de calidad del ES	10	30	La muestra debe hacerse al azar de las historias clínicas de usuarias que recibieron atención de parto en los últimos 6 meses
		PRE EVALUACIÓN: Calidad de la Zona			

*\*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**



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**

<p><b>1. INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD</b></p> <p>MSP <input type="checkbox"/></p> <p>IESS <input type="checkbox"/></p> <p>Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/></p> <p>.Policía Nacional <input type="checkbox"/></p> <p>.Establecimientos de salud Privados <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p>	<p><b>1.1 Si en la pregunta anterior responde 1, indicar el tipo de establecimiento de salud</b></p> <p>Establecimiento de Salud Tipo B <input type="checkbox"/></p> <p>Establecimiento de Salud Tipo C –Materno Infantil. Hospital Básico <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital General <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/></p> <p>Nivel de complejidad _____</p>
<p><b>2. Número total de personal administrativo que trabaja en el establecimiento de salud:</b></p> <p>_____</p> <p><b>3. Número total de personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud:</b></p> <p>_____</p>	<p>4. Número total de camas censables en el ES: _____</p> <p>5. Número de camas para gineco-obstetricia: _____</p> <p>6. Número de puestos de recuperación post parto inmediato: _____</p> <p>7. Número de camillas de recuperación: _____</p> <p>8. Número de Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR): _____</p> <p>9. Número de salas de parto: _____</p> <p>10. Número de quirófanos destinados a cesáreas: _____</p>
<p><b>11. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?</b></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.1 Promedio de ingreso diario: _____</p> <p>11.2 Número de cunas/camas totales para el servicio: _____</p> <p>11.3 Tiene cuidados del recién nacido:</p> <p>Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas _____</p> <p>Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas _____</p> <p>Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas _____</p>
<p><b>12. ¿Existe una Comisión Amigo de la Madre y del Niño o del Hospital Amigo del Niño en el establecimiento de salud?</b></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa)</p>
<p><b>13. Estadísticas en nacimientos</b></p> <p><b>13.1 Total de nacimientos en el último año:</b> _____</p>	<p><b>13.1.1 De los nacimientos:</b></p> <p>(N°) _____ de partos normales</p> <p>De los cuales (N°) _____ no litotómicos</p> <p>(N°) _____ de partos por cesárea</p> <p>De los cuales (N°) _____ con anestesia general</p> <p>(N°) _____ de nacidos vivos totales</p> <p>(N°) _____ de neonatos ingresados en el servicio de neonatología</p> <p>(N°) _____ de partos atendidos a madres VIH positivo</p> <p>De los cuales (N°) _____ de partos fueron expulsivos</p>
<p><b>14. Información en VIH/Sida</b></p>	<p><b>14.1 En el último año:</b></p> <p>Número de embarazadas que fueron pre asesoradas para VIH: _____</p>

	Número de embarazadas que fueron post asesoradas para VIH: _____ Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH: _____
<b>15. Información para Sífilis</b>	En el último año: Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____

**16. Fuentes de esta información:** Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### 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;	<b>Al menos una actividad de difusión de la norma ESAMyN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
G.1.a EP			80% del personal conoce de la norma ESAMyN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
G.1.c Informe		c) Capacitar al personal en calidad de atención durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia, alimentación infantil y otros;	<b>80% del personal ha cumplido satisfactoriamente con el programa de capacitación.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
<b>TOTAL GENERAL (4 verificadores)</b>						<b>___/10</b>

### 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	<b>80% del personal de atención perinatal capacitado en la norma de Educación Prenatal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
R.1.b 051		b) Aplicación de la norma	80% de púerperas asistieron al programa completo de educación prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.1.c EM		c) Garantizar asesoría e información sobre métodos anticonceptivos a la madre y pareja.	80% de gestantes de 34 semanas o más recibió asesoría sobre planificación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
R.2.a Informe	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 (N/A si el establecimiento no atiende controles prenatales)
R.2.c4 EM			80% de gestantes manifiestan haber sido vacunadas durante la gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
R.2.d HC		<b>100% de historias clínicas de embarazadas con diagnóstico de riesgo tienen un tratamiento según normas del MSP.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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;	<b>90% de embarazadas asesoradas en prevención de ITS durante el embarazo y se les dio una charla específica sobre VIH/Sida.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 (N/A si el establecimiento no identifica agentes de la medicina ancestral)
<b>TOTAL PRENATAL (16 verificadores)</b>				____/30 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del Nº 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 elección.	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
P.1.b EM		b) Permitir el acompañamiento a la madre, por una persona de su elección, durante el parto a menos de que esté clínicamente justificado y sea informado;	<b>80% de madres informan que el personal les dijo que pueden tener acompañantes de su elección durante el parto e informaron su beneficio.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
P.1.b 051			80% de partos atendidos en el establecimiento registran acompañamiento durante el parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
P.2.b 051			80% de madres registradas en vestimenta de su elección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
P.2.c 051			80% de madres se les registró en disposición de placenta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
P.3.a1 Ob	8. Alentar a las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

P.3.a2 Ob	asistirla para que asuma posición a su elección.		Disponibilidad de al menos un espacio adecuado con equipamiento según licenciamiento del MSP para el parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
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 movilizarse durante la labor de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
P.3.b2 EM			80% de madres pueden explicar al menos 2 beneficios de la movilización durante la labor de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
P.4.a Ob	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
P.4.b informe			80% del personal de salud sensibilizado en manejo del dolor con métodos no farmacológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
P.5.a EP	10. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias.	a) Evitar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicadas 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	
P.5.a HC			<b>100% de los procedimientos invasivos tienen justificación médica.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	
P.5.b Informe		b) Asegurar el cumplimiento de los lineamientos para la racionalización de cesáreas	100% de cesáreas son realizadas con pertinencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
P.6.a Ob			<b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 (N/A si no se atienden cesáreas con anestesia general en el establecimiento)	

			salvo razones médicamente justificadas para retrasar el contacto o la madre no lo desee.				
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;	<b>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</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<b>100% de partos que registran pinzamiento oportuno del cordón umbilical a no ser que exista una restricción específica.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
P.8.b EP		b) Asegurar que el personal tenga el entrenamiento adecuado y continuo en destrezas de emergencias obstétricas y neonatales.	<b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*	
P.9.a EM	14.Permittir y promover el contacto de la madre y padre con el recién nacido, así como proveer la información sobre la evolución de recién nacidos que requieran internación	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 (N/A si el establecimiento no tiene servicio de neonatología)	
P.9.c EM		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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<b>100% de madres informadas sobre métodos anticonceptivos.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*	
P.10.a EM			80% de madres que optan por un método anticonceptivo acceden a él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	
P.10.b.1 EM		b) Informar sobre cuidados y signos de alarma de la madre y del recién nacido;		<b>80% de madres reciben información y mencionan al menos dos signos de alarma para ella y su hijo.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2*
P.10.b.2 EP				<b>80% del personal de salud mencionan al menos dos signos de alarma para madre e hijo.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2*
P.10.b.3 EM				100% de recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazalete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<b>TOTAL PARTO Y PUERPERIO (44 verificadores)</b>				_____/80			

**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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<b>80% de madres manifiestan que le dio el seno por primera vez en la primera hora después del parto.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
L.3.a Ob			80% de madres observadas amamantan según la técnica adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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;	<b>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</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 preparar el alimento ella misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 (N/A si el establecimiento marca 0 partos atendidos a madres VIH, 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.	<b>80% de las madres informa que el personal de salud no le ha recomendado la alimentación con sucedáneos de la leche para su bebé.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
L.4.c EM		c) Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y sucedáneos de leche materna para probar tolerancia.	<b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
L.5.a EM	20. Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las madres y recién nacidos permanecer	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

L.5.b Ob	juntos las 24 horas de día.	b) Colocar al niño inmediatamente después del nacimiento con su madre en la misma habitación, incluido madres VIH positivo;	<b>90% de madres y bebés practican el alojamiento conjunto, de no hacerlo, deben existir razones justificadas.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 Sucedáneos de la 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;	<b>90% de las madres informan no haber sido contactadas con representantes de la industria de SLM, B, CH.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 o cupones;	<b>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.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3*
L.9.c Ob		c) Prohibir en el establecimiento- toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de SLM,B,CH;	<b>Por observación, constatar que no existe patrocinio, o promoción de la industria de SLM, B, CH en el establecimiento de salud.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
<b>TOTAL LACTANCIA MATERNA (24 verificadores)</b>				___/64		(el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)
<b>TOTAL (79 indicadores)</b>				___/184		(el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)

PORCENTAJE
------------

<p>*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"</p>
---



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

<b>1. INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SALUD</b> MSP <input type="checkbox"/> IESS <input type="checkbox"/> ISSFA <input type="checkbox"/> ISPOL <input type="checkbox"/> Establecimientos de salud Privados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		<b>1.1 Tipo de establecimientos de salud</b> Establecimiento de Salud Tipo B <input type="checkbox"/> Establecimiento de Salud Tipo C –Materno Infantil. <input type="checkbox"/> Hospital Básico <input type="checkbox"/> Hospital General <input type="checkbox"/> Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/> Nivel de complejidad _____	
<b>2. El establecimiento de salud:</b> A) Atiende controles prenatales <input type="checkbox"/> B) Realiza cesáreas <input type="checkbox"/> C) Realiza cesáreas con anestesia general <input type="checkbox"/>			
<b>3. Número total de personal administrativo que trabaja en el establecimiento de salud:</b> _____		4. Número total de camas en el ES: _____ 5. Número de camas para gineco-obstetricia: _____ 6. Número de puestos de recuperación post parto inmediato: _____ 7. Número de camillas de recuperación: _____ 8. Número de Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR): _____ 9. Número de salas de parto: _____ 10. Número de quirófanos destinados a cesáreas: _____	
<b>3.1 Número total de personal de salud que trabaja en el Establecimiento de salud:</b> _____			
<b>11. ¿Tiene el establecimiento de salud servicio de neonatología?</b>		Sí <input type="checkbox"/> 11.1 Promedio de ingreso diario: _____ 11.2 Número de cunas/ totales para el servicio: _____ 11.3 Para el cuidado del recién nacido: _____ Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas ____ Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas ____ Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas ____	
<b>12. ¿Existe una Comisión Amigo de la Madre y del Niño en el establecimiento de salud?</b>		Sí <input type="checkbox"/> Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa)	
<b>13. Estadísticas en nacimientos</b> Total de nacimientos en el último año: _____		<b>13.1 De los nacimientos:</b> (N°) _____ de partos normales De los cuales (N°) _____ no litotómicos (N°) _____ de partos por cesárea De los cuales (N°) _____ con anestesia general (N°) _____ de nacidos vivos (N°) _____ de neonatos ingresados en el servicio de neonatología (N°) _____ de partos atendidos a madres VIH positivo De los cuales (N°) _____ partos expulsivos	

<p><b>14. Información en VIH/Sida</b></p>	<p><b>14.1 En el último año:</b></p> <p>Número de embarazadas que recibieron pre asesoría en VIH: _____</p> <p>Número de embarazadas que recibieron pos asesoría en VIH: _____</p> <p><i>(Se debe revisar y compilar los consolidados de consentimientos informados previos a la prueba de VIH, de acuerdo al tipo de usuario)</i></p> <p>Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH: _____</p>
<p><b>7. Información para Sífilis</b></p>	<p>Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____</p>
<p><b>Fuentes de esta información:</b></p> <p><b>Nombre y apellido:</b> _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Firma:</b></p>

 <b>02 FORMULARIO DE OBSERVACIÓN</b> 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 <input type="checkbox"/>	¿Cuántos elementos observó? _____		No <input type="checkbox"/>
R2.c1 EM	2. La concentración de control prenatal es ≤ a 4  (No aplica 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
P.3.a1 Ob	3. 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:  a) Paredes pintadas con colores cálidos (claros del rojo, naranja o amarillo), sin azulejo.  b) Iluminación indirecta (luz cálida) c) aplique en las paredes) d) Climatización automatizado o portátil que permita ajustar la temperatura en 25° e) Debe permitir el libre movimiento de la embarazada  El equipamiento mínimo será el siguiente:  a) Pelota de dilatación b) Cobija  <i>Si deberá cumplir con todas las características indicadas para marcar "sí".</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
		Observaciones: _____			
P.3.a2 Ob	4. 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>  a) Tela suspendida en el techo b) Taburete para atención del parto en cuclillas c) Colchoneta d) Mesa baja auxiliar e) Lámpara de suelo cuello de ganso f) Dispensador de agua g) Cobija h) Barra de sujeción para parto vertical	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
		Observaciones: _____ _____ _____ _____			

	<p>i) Taburete de parto (silla holandesa) Silla para acompañante</p> <p>j) Sistema de climatización temperatura 25° (SATISFACTORIO)</p>	_____			
	<p>5. El ES cuenta con espacios adecuados para garantizar el parto en libre posición y con acompañamiento de acuerdo a las siguientes características:</p> <p>a) Paredes pintadas con colores cálidos (claros del rojo, naranja o amarillo), sin azulejo.</p> <p>b) Iluminación indirecta (luz cálida)</p> <p>c) aplique en las paredes.</p> <p>d) Climatización automatizada o portátil que permita ajustar la temperatura en 25 °.</p> <p>e) Debe permitir el libre movimiento de la embarazada.</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
		Observaciones: _____			
P4.a Ob	<p>6. El ES cuenta con al menos cuatro (4) métodos no farmacológicos, para ofrecerle a la madre durante el trabajo de parto.</p> <p>a) Masaje</p> <p>b) Calor local</p> <p>c) Deambulación</p> <p>d) Baños de agua</p> <p>e) Relajación</p> <p>f) Musicoterapia</p> <p>g) Aromaterapia</p> <p>h) Visualización</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
P.6.a Ob	<p>7. Después de observar el parto vaginal, ¿el bebé fue colocado en contacto piel a piel con la madre inmediatamente después del nacimiento y el personal de salud apoyó en el inicio de la lactancia materna?</p> <p>Nota: Apoyar el inicio de la lactancia materna se refiere a:</p> <p>a) Acercar al niño al seno de la madre.</p> <p>b) No secar las manos del bebé.</p> <p>c) Ayudar el agarre del pezón.</p>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Cumplió con la normativa de apego precoz)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	
	<p>8. Después de ser colocado piel con piel, ¿el personal de salud mostró a la madre cómo amamantar?</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si es que no, ¿se explicó una razón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
L.3.a Ob	<p>9. De las madres observadas que amamantan. ¿Cuántas amamantan con la técnica adecuada?</p>	a) N° de madres observadas: _____	b) N° de madres que amamantan con técnica adecuada: _____	c) % de madres que amamantan según técnica adecuada: _____	
L.5.b Ob	<p>10. De las madres observadas ¿Cuántas practican el alojamiento conjunto?</p>	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 : _____

P.10.b.3 Ob	11. De los bebés observados ¿Cuántos están correctamente identificados con manilla o brazalete?	a) N° de bebés observados _____	b) N° de bebés correctamente identificados con manilla o brazalete _____	c) N° de bebés no identificados correctamente con manilla o brazalete _____
L.7.a Ob	12. ¿Cuántos fueron alimentados con biberón o usaron chupón?	a) N° de bebés observados: b) _____	c) N° de bebés con biberón o usando chupón d) _____	e) % de bebés que no usan biberones ni chupones: f) _____
L.9.c Ob	13. Existe patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de la leche materna, biberones y/o chupones en el ES	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
L.9.d Ob	14. ¿El ES tiene a la vista envases de leche de fórmula o biberones?	Sí, <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

### C. DOCUMENTOS A REVISAR

VERIF	DOCUMENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
G.1.a Informe	15. ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Normativa ESAMyN?	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Si no existe fuentes de verificación, se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>	
G.1.c Informe	16. ¿El personal de salud cumplió con el programa de capacitación para atención materno infantil?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Existen informes de capacitación con nombres de asistentes en los siguientes temas? a) Lactancia materna <input type="checkbox"/> b) Asesoría en planificación familiar <input type="checkbox"/> c) Asesoría en VIH <input type="checkbox"/> <i>(Si no se marcan al menos 3 casilleros, se responde "No" en el casillero siguiente)</i>	No <input type="checkbox"/>	
R.1.a Informe	17. existe informe de capacitación para la <b>norma de educación prenatal,</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
P.2.a Informe	18. existe informe de capacitación en <b>enfoque en salud intercultural</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
P.4.b Informe	19. existe informe de capacitación en <b>manejo del dolor con métodos no farmacológicos (en norma de educación prenatal),</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
P.8.a Informe	20. existe informe de capacitación en <b>Manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y recién nacido,</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
R.4.a ASIS	21. ¿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>  <i>Para hospitales y otros establecimientos de 2do nivel, confirmar en informes)</i>  <i>No aplica en establecimientos de 2do nivel de atención 1er grado de complejidad, en los establecimientos de 3er nivel y de la Red Complementaria.</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
R.4.b Informe	22. ¿El establecimiento cuenta con un informe que establezca mecanismos de articulación a través de capacitación y diálogo de saberes con agentes de la medicina ancestral, y que ha sido firmado por ambas partes?	Sí <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	

	<p><b>Aplica en el 1er nivel de atención y 2do nivel de atención- 1er grado de complejidad.</b></p> <p><b>No aplica en el 3er nivel de atención y Red Complementaria.</b></p>		
P.5.b Informe	<p>23. ¿El 100% de cesáreas son realizadas con pertinencia médica?</p> <p>(Revisar informe de auditoría de cesáreas de los últimos 6 meses)</p>	Sí <input type="checkbox"/>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>(Si el ES no realiza cesáreas)</p>
R.2.a Informe	<p>24. ¿Al menos el 80% de los formularios 051 se encuentran correctamente llenos, según Acuerdo Ministerial 056 vigente?</p> <p>(Revisar informe de auditoría de HCL de los últimos 6 meses)</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**03 FORMULARIO DE ENCUESTA PARA MADRES GESTANTES**  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)

**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:	<input type="text"/>
2. ¿Daré a luz en el establecimiento de salud donde se realiza los controles?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**B. ATENCIÓN PRENATAL**

Marque con una "X"

VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS		
R.2.c4 EM	3. ¿Le informaron sobre las vacunas que debe recibir durante su embarazo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>  (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud en el que es encuestada contesta)
L.1.a EM	4. ¿Le han brindado asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 28 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/> ¿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 <input type="checkbox"/> b) Beneficios para la madre <input type="checkbox"/> c) Beneficios económicos <input type="checkbox"/> d) Vínculo madre-hijo <input type="checkbox"/> e) Otros beneficios <input type="checkbox"/> <i>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</i>	No <input type="checkbox"/>	
R.1.c EM	5. ¿Le han asesorado sobre métodos anticonceptivos?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 34 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué métodos le han asesorado? <i>(Mencionar y marcar las opciones. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Barrera (preservativos femeninos o masculinos) <input type="checkbox"/> b) Hormonales (implantes o vía oral) <input type="checkbox"/> c) DIU – T de cobre <input type="checkbox"/> d) Definitivos (vasectomía o ligadura) <input type="checkbox"/> e) Ninguno <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona ninguno, se marca no)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
R.3.a EM	6. ¿Ha recibido asesoría para prevenir Infecciones de transmisión sexual (ITS) entre ellas VIH y sífilis?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>

R.3.b EM	7. ¿Se realizó el test de VIH?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Solicitaron su autorización para la prueba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
R.2.c3 EM	8. ¿Le informaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar los que recuerde? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno) a) Dolor de cabeza y visión borrosa <input type="checkbox"/> b) Fuerte dolor de barriga <input type="checkbox"/> c) Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> d) Salida de agua de fuente <input type="checkbox"/> e) Fiebre alta <input type="checkbox"/> f) Falta de movimiento del bebe <input type="checkbox"/>  <i>(Si no menciona la importancia, se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
R.2.c2 EM	9. ¿Le asesoraron para realizar el plan de parto y plan de transporte?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 20 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
P.1.a EM P.1.b EM P.1.c EM	10. ¿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?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 34 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
P.3.c1 EM	11. ¿El personal de salud le ha informado sobre su derecho al parto en libre posición?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 34 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
P.2.b EM	12. ¿Le han informado sobre su derecho de usar la vestimenta de su elección durante el parto?  (Aplica en madres gestantes a partir de las 34 semanas de gestación)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
	13. ¿Le han informado sobre su derecho de consumir líquidos y alimentos ligeros de su elección durante el parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
L.9.a EM	14. ¿Alguien en el ES le ha ofrecido leche de fórmula, biberones o chupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)

L.8.a EM	15. ¿Le han informado sobre grupos de apoyo a la lactancia o la línea de asesoría materna 171?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si la madre no se realiza los controles en el establecimiento de salud que está siendo encuestada)
-------------	--	-----------------------------	-----------------------------	---

**FIN DE LA ENCUESTA**

**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 <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	Expulsivo <input type="checkbox"/>
2. ¿El bebé se encuentra en neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> Si es que sí, llenar incluso la sección D	No <input type="checkbox"/>	

**B. ASESORÍA**

Marque con una "X"

VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS		
R2.c1 EM	3. ¿Asistió a los controles prenatales?	Sí <input type="checkbox"/> ¿A cuántos controles? (Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción) 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> más de 5 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> ¿Se comunicaron o le realizaron una visita domiciliaria cuando no asistió a los controles? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta, <input type="checkbox"/>
L.1.a EM	4. ¿Le brindaron asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna? (Esperar explicación de la madre. Se debe mencionar al menos uno) a) Beneficios para el bebé <input type="checkbox"/> b) Beneficios para la madre <input type="checkbox"/> c) Beneficios económicos <input type="checkbox"/> d) Vínculo madre-hijo <input type="checkbox"/> e) Otros beneficios <input type="checkbox"/> (Si es que no menciona, se marca "no" en Evaluación)	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
R.3.b EM	5. ¿Se realizó el test de VIH?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (Si fue parto expulsivo o si no sabe o no contesta)

**C. PARTO Y PUERPERIO**

P.1.a EM	6. ¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto?  (El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.) (No aplica en parto expulsivo)	Sí <input type="checkbox"/>  Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No"	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>  (No aplica cuando la madre no quiso, no tenía acompañante o existe una situación clínica)
P.1.b EM  P.1.b 051	7. ¿Estuvo acompañada durante el parto?  (No aplica en parto expulsivo)  (El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)	Sí <input type="checkbox"/>  Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No"	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>  (No aplica cuando la madre no quiso, no tenía acompañante o existe una situación clínica)

P.1.c EM	<b>8. ¿Estuvo acompañada después del parto por una persona de su elección?</b> <i>(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(No aplica cuando la madre no quiso, no tenía acompañante o existe una situación clínica)</b>
P.2.b EM	<b>9. ¿Le permitieron usar la vestimenta a su elección durante el parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Si no se lo permitieron, en la evaluación se marca "No"</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(Si la madre no lo deseó o si existió contraindicación clínica)</b>
P.2.b EM	<b>10. ¿Le consumir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Si no le explicaron, en la evaluación se marca "No"</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(Si la madre no lo deseó o si existió justificación clínica)</b>
P.2.c EM	<b>11. ¿Le informaron que puede disponer de su placenta?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
P.3.b1 EM	<b>12. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante la labor de parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Pase a pregunta 20</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(Si la madre menciona que le explicaron la razón por la cual no podía movilizarse)</b>
P.3.b2 EM	<i>Si es que sí en pregunta 19,</i> <b>13. ¿Mencione 2 beneficios de moverse o caminar durante la labor de parto que le informaron en el ES?</b> <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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(Si no se llena los 2 beneficios, marcar "No", de lo contrario, "Sí")</i>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(Si existe una justificación clínica y en partos expulsivos)</b>
P.3.c1 EM	<b>14. ¿Le informaron que puede elegir la posición del parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>(Si existe una justificación clínica y en partos expulsivos)</b>
P.3.c2 EM	<b>15. ¿Ha podido elegir la posición para el parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <b>( Si es parto por cesárea o si hay justificación clínica)</b>
P.4.a EM	<b>16. ¿Le informaron sobre métodos para aliviar el dolor que no involucren medicamentos?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <b>¿Puede mencionar un método?</b> <i>(Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)</i> a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulación <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajación <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualización <input type="checkbox"/> i) Otros <input type="checkbox"/> <i>(Si no menciona alguno o marca ninguno, se marca "No" en EVALUACIÓN)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.5.a EM	<b>17. ¿Le realizaron rasurado de la zona pélvica o lavado intestinal (enema) antes del parto?</b> <i>(No aplica en parto expulsivo)</i>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

P.6.a EM	18. ¿Le pusieron a su bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> ( si existe una justificación clínica que le explicaron a la madre)
P.6.a1 EM				
P.6.a2 EM				
P.6.b EM				
L.2.a EM				
P.7.a EM	19. ¿Estuvo usted presente cuando midieron, pesaron y revisaron al bebé después de nacer?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (En casos clínicamente justificados)
P.10.b. EM	20. ¿Conoce sobre los signos de peligro del bebé, por los cuales debe acudir al establecimiento de salud más cercano?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		¿Puede mencionar 2 signos de peligro? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)		
		a) Cambio de coloración <input type="checkbox"/>		
		b) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/>		
		c) Fiebre <input type="checkbox"/>		
		d) Dificultad para respirar <input type="checkbox"/>		
		e) Tieso o ataques <input type="checkbox"/>		
		f) Debilidad <input type="checkbox"/>		
		(Si no menciona 2 signos se marca "No")		
P.10.b.1 EM	21. ¿Conoce sobre los signos de peligro para usted después del parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
		¿Puede mencionar 2 signos de peligro? (Esperar explicación de la madre. Se puede seleccionar más de uno)		
		a) Sangrado o secreción <input type="checkbox"/>		
		b) Fiebre <input type="checkbox"/>		
		c) Dolor de barriga <input type="checkbox"/>		
		d) Visión borrosa <input type="checkbox"/>		
		(Si no menciona 2 signos se marca "No")		
P.10.c EM	22. ¿Le dieron cita o contrareferencia para el primer control suyo y de su bebé?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

#### D. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO

P.9.a EM	23. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.9.c EM	24. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

#### E. LACTANCIA MATERNA (LM)

L3.b Ob	25. ¿Alguien en el establecimiento de salud le enseñó cómo dar de lactar en la sala de parto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		<i>Si es que "sí" ¿Puede mostrarme y contar cómo se acomoda al bebé para amamantar?</i>		

		<p>(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)</p> <p>a) Bebé cerca y frente al pecho <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cabeza y cuerpo en línea recta <input type="checkbox"/></p> <p>c) Sostiene cabeza y hombros <input type="checkbox"/></p> <p>d) Boca del bebé bien abierta <input type="checkbox"/></p> <p>e) Labio inferior hacia afuera <input type="checkbox"/></p> <p>f) Mentón de bebé toca el pecho <input type="checkbox"/></p> <p>g) Más areola visible arriba que abajo <input type="checkbox"/></p> <p>h) Mejillas de bebé llenas <input type="checkbox"/></p> <p>i) Succión lenta y sonidos de deglución <input type="checkbox"/></p> <p>(Si no menciona al menos 3, se marca "No")</p>		
L.7.a EM	26. ¿Su bebé fue alimentado con biberón o usó chupón en su estadía en el ES?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.7.b EM	27. ¿Le informaron sobre los riesgos del uso de biberones o chupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.9.b EM	28. ¿Alguien en el ES le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones, chupones o cupones?  <i>NOTA: Esto aplica para médicos, enfermeras, representantes de la industria</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.4.a EM	29. ¿Alguien del personal de salud le ha recomendado alimentar a su bebé con leche de fórmula?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
L.4.c EM	30. ¿Podría indicarme si su bebé ha recibido exclusivamente leche materna desde que nació?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, o contesta <input type="checkbox"/>
L.5.a EM	31. ¿Permaneció su bebé en la misma habitación durante su estancia en el establecimiento de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.6.a EM	32. ¿Le asesoraron en el establecimiento de salud practicar la lactancia a libre demanda?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.6.b EM	33. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está con hambre?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		<p>Puede mencionar señales que les indiquen que su hijo está hambriento</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Acerca su cara hacia el seno <input type="checkbox"/></p> <p>Abre la boca <input type="checkbox"/></p> <p>Saca la lengua <input type="checkbox"/></p> <p>Aprieta los puños y se los acerca a la boca <input type="checkbox"/></p> <p>Se queja <input type="checkbox"/></p> <p>(La madre debe mencionar al menos 2 señales para marcar si)</p>		
L.8.a EM  L.8.b EM	34. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		(Marque "x" en las opciones que apliquen)		

	<p>dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar?</p> <p><i>NOTA: Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad.</i></p>	<p>1. Directo en el establecimiento <input type="checkbox"/></p> <p>2. Algún profesional de salud <input type="checkbox"/></p> <p>3. Línea 171 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otro servicio comunitario <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Si no menciona alguno de estos, se marca "No")</i></p>		
--	--	---	--	--

**F. PARA MADRES QUE NO AMAMANTAN**

<p>L.3.c EM</p> <p>L.3.d EM</p>	<p><b>35. ¿Alguien en el hospital le indicó cómo preparar la leche de fórmula para su bebé y la higiene que debe mantenerse?</b></p> <p><i>NOTA: Por motivos de confidencialidad de la madre VIH está catalogada como madre que no amamanta</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>L.4.b EM</p>	<p><b>36. ¿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?</b></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	

**FORMULARIO DE ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD EN CONTACTO  
CON LA MADRE**  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN)

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 <input type="checkbox"/> b) Durante el parto <input type="checkbox"/> c) Puerperio <input type="checkbox"/>

**B. EVALUACIÓN AL PERSONAL**

G.1.a EP	<b>3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P.3.d EP	<b>4. ¿Ha sido capacitado para atender partos en libre posición?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	La capacitación incluyó pasantías vivenciales, Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
P.4.b EP	<b>5. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto?</b>	Sí <input type="checkbox"/> mencione dos:	No <input type="checkbox"/>
	<i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque. Se puede seleccionar más de 1)</i> a) Masaje <input type="checkbox"/> b) Calor local <input type="checkbox"/> c) Deambulación <input type="checkbox"/> d) Baños de agua <input type="checkbox"/> e) Relajación <input type="checkbox"/> f) Musicoterapia <input type="checkbox"/> g) Aromaterapia <input type="checkbox"/> h) Visualización <input type="checkbox"/>		
	<i>(Si menciona al menos 2 métodos, marca "sí" en evaluación)</i>		

P.5.a EP	<p><b>6. Mencione tres procedimientos que deban evitarse durante el parto y sus respectivas justificaciones por complicaciones.</b></p> <p><b>(Pregunta solo para personal de salud que atiende partos)</b></p>	<p><i>(Esperar a que el encuestado/a mencione 3 procedimientos y las razones por las cuales no deberían realizarse. NO mencione la lista de procedimientos)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="635 141 979 215">PROCEDIMIENTO</th> <th data-bbox="979 141 1474 215">COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE <i>(Marque X si la explicación es pertinente)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="635 215 979 291">a) canalización intravenosa de rutina;</td> <td data-bbox="979 215 1474 291"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 291 979 367">b) episiotomías;</td> <td data-bbox="979 291 1474 367"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 367 979 443">c) parto instrumentado;</td> <td data-bbox="979 367 1474 443"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 443 979 519">d) enema;</td> <td data-bbox="979 443 1474 519"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 519 979 595">e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;</td> <td data-bbox="979 519 1474 595"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 595 979 672">f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;</td> <td data-bbox="979 595 1474 672"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 672 979 779">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="979 672 1474 779"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 779 979 855">h) fluidos intravenosos;</td> <td data-bbox="979 779 1474 855"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 855 979 931">i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);</td> <td data-bbox="979 855 1474 931"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 931 979 1008">j) control farmacológico del dolor;</td> <td data-bbox="979 931 1474 1008"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1008 979 1084">k) colocación de catéter urinario;</td> <td data-bbox="979 1008 1474 1084"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1084 979 1160">l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);</td> <td data-bbox="979 1084 1474 1160"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1160 979 1236">m) pujos dirigidos por el personal de salud;</td> <td data-bbox="979 1160 1474 1236"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1236 979 1312">n) presión del fondo uterino (Kristeller);</td> <td data-bbox="979 1236 1474 1312"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1312 979 1388">o) fórceps y extracción por vacío;</td> <td data-bbox="979 1312 1474 1388"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1388 979 1464">p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.</td> <td data-bbox="979 1388 1474 1464"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="635 1464 979 1541">q) 17. Aspiración del recién nacido</td> <td data-bbox="979 1464 1474 1541"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>(Si menciona 3 procedimientos y 3 justificaciones correctas, marca "sí" en evaluación)</i></p>	PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE <i>(Marque X si la explicación es pertinente)</i>	a) canalización intravenosa de rutina;	<input type="checkbox"/>	b) episiotomías;	<input type="checkbox"/>	c) parto instrumentado;	<input type="checkbox"/>	d) enema;	<input type="checkbox"/>	e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	<input type="checkbox"/>	f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	<input type="checkbox"/>	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>	<input type="checkbox"/>	h) fluidos intravenosos;	<input type="checkbox"/>	i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	<input type="checkbox"/>	j) control farmacológico del dolor;	<input type="checkbox"/>	k) colocación de catéter urinario;	<input type="checkbox"/>	l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);	<input type="checkbox"/>	m) pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>	n) presión del fondo uterino (Kristeller);	<input type="checkbox"/>	o) fórceps y extracción por vacío;	<input type="checkbox"/>	p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>	q) 17. Aspiración del recién nacido	<input type="checkbox"/>
PROCEDIMIENTO	COMPLICACIÓN QUE LO JUSTIFIQUE <i>(Marque X si la explicación es pertinente)</i>																																					
a) canalización intravenosa de rutina;	<input type="checkbox"/>																																					
b) episiotomías;	<input type="checkbox"/>																																					
c) parto instrumentado;	<input type="checkbox"/>																																					
d) enema;	<input type="checkbox"/>																																					
e) separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;	<input type="checkbox"/>																																					
f) inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;	<input type="checkbox"/>																																					
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>	<input type="checkbox"/>																																					
h) fluidos intravenosos;	<input type="checkbox"/>																																					
i) monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);	<input type="checkbox"/>																																					
j) control farmacológico del dolor;	<input type="checkbox"/>																																					
k) colocación de catéter urinario;	<input type="checkbox"/>																																					
l) posición supina o de litotomía (piernas en estribos);	<input type="checkbox"/>																																					
m) pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>																																					
n) presión del fondo uterino (Kristeller);	<input type="checkbox"/>																																					
o) fórceps y extracción por vacío;	<input type="checkbox"/>																																					
p) exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>																																					
q) 17. Aspiración del recién nacido	<input type="checkbox"/>																																					
P.6.c EP	<p><b>7. ¿Cuáles son los fundamentos del pinzamiento oportuno del cordón umbilical?</b></p>	<p><i>(Esperar a que el entrevistado/a mencione los fundamentos y marque según corresponda. Se puede marcar más de una opción)</i></p> <p>a) Esperar al menos 2 minutos <input type="checkbox"/></p> <p>b) Esperar hasta que el cordón deje de latir <input type="checkbox"/></p> <p>c) Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Si menciona al menos 1 método, marca "sí" en evaluación)</i></p>																																				
P.8.b EP	<p><b>8. ¿Ha sido capacitado en manejo de emergencias obstétricas y neonatales?</b></p> <p><b>(Pregunta solo para personal de salud que atiende partos)</b></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>																																				

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

	<b>14 ¿Mencione un método que recomienda a las madres para incrementar la producción de leche?</b>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/>  <i>(Marcar si menciona los puntos clave. Puede marcar más de uno)</i> <b>a) Mayor succión o estímulo (extracción)</b> <input type="checkbox"/> <b>b) No usar biberones</b> <input type="checkbox"/> <b>c) Lactancia a libre demanda</b> <input type="checkbox"/> <b>d) Posición correcta del bebé</b> <input type="checkbox"/>  <i>(Debe mencionar todas las opciones)</i>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
--	--	--	------------------------------------

## 05B FORMULARIO DE ENCUESTA PARA PERSONAL SIN CONTACTO DIRECTO CON MADRES

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

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	<b>3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No/ No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
P.10. b.2 EP	<b>4. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para la madre después del parto?</b>	Sí <input type="checkbox"/> mencione dos: <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i> a) Sangrado o secreción <input type="checkbox"/> b) Fiebre <input type="checkbox"/> c) Dolor de barriga <input type="checkbox"/> d) Visión borrosa <input type="checkbox"/>  <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>
	<b>5. ¿Mencione los signos de peligro para el bebé</b>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Esperar respuesta del encuestado/a. Marque según corresponda. Puede seleccionar más de dos)</i>  1. Cambio de coloración <input type="checkbox"/> 2. Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> 3. Fiebre <input type="checkbox"/> 4. Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> 5. Tieso o ataque <input type="checkbox"/> 6. Debilidad <input type="checkbox"/>  <i>(Si no menciona 2 signos se marca "No")</i>	No <input type="checkbox"/>

## 06 FORMULARIO DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE MADRES PUERPERAS

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

**A ser llenado por personal experto materno infantil, en compañía de personal del establecimiento de salud asignado**

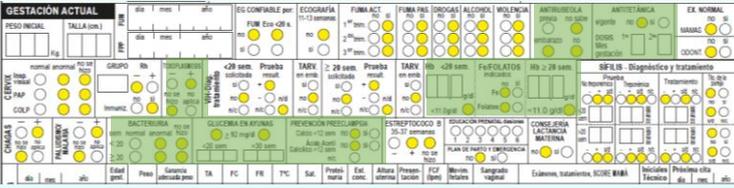
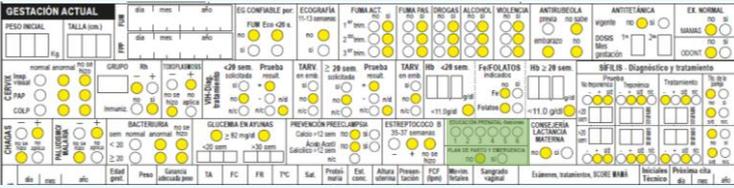
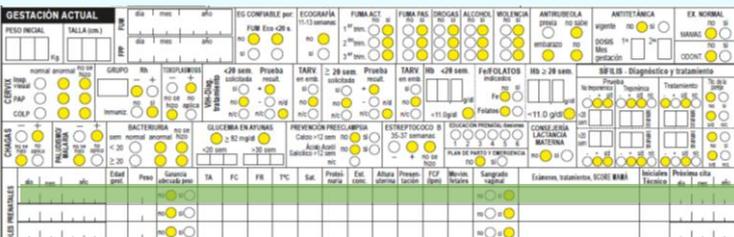
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				UNICÓDIGO	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	

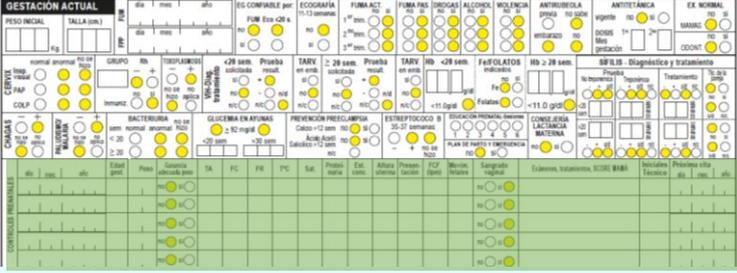
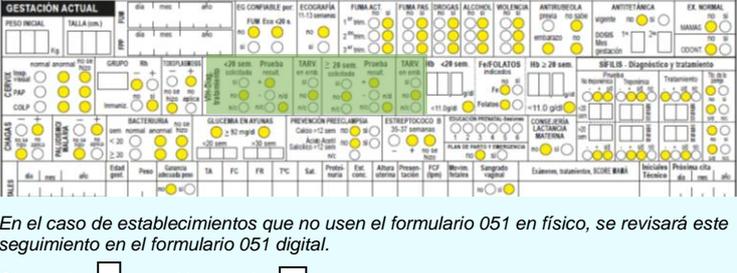
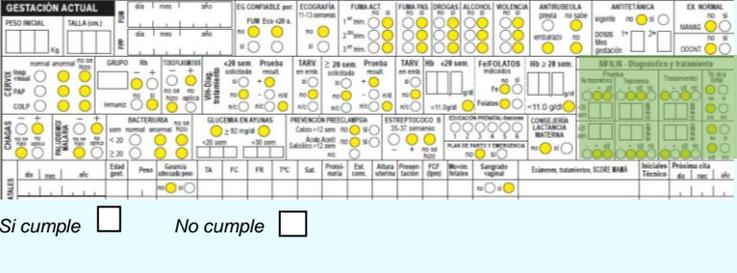
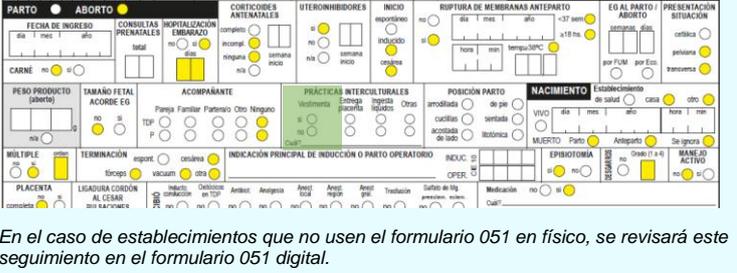
### A. FORMULARIO 051

El parto fue:

Vaginal

Por cesárea:

Verif.	Parámetro	Nº de parámetros que cumple	Nº de parámetros que no cumple
R.2.a 051	<p>1. En la sección "Gestación actual", página 1 del formulario 051, verificar que estén llenas completamente: vacunas "antirubeola" y "antitetánica", "toxoplasmosis", "hemoglobina", "bacteriuria", "glucemia en ayunas", "prevención preeclampsia".</p>  <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	No aplica <input type="checkbox"/>	<p><i>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. No aplica en establecimientos de salud que no atiende controles prenatales.</i></p>
R.1.b 051	<p>2. El periodo de gestación estuvo entre 20 y 38 semanas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Seis (6) sesiones marcadas de "Educación Prenatal-Sesiones", página 1 del formulario 051.</p>  <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p> <p><i>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) No aplica en establecimientos de salud que no atiende controles prenatales.</i></p> <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p>	No aplica <input type="checkbox"/>	
R.2.b 051	<p>3. Al menos una asistencia al control prenatal en el primer trimestre, página 1 del formulario 051.</p>  <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	No aplica <input type="checkbox"/>	<p><i>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. No aplica en establecimientos de salud que no atiende controles prenatales.</i></p>

<p>R.2.d 051</p>	<p>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.</p>  <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>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</i></p>
<p>R.3.b 051</p>	<p>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.</p>  <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica en establecimientos de salud que no atiende controles prenatales.</p>
<p>R.3.c 051</p>	<p>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.</p>  <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica si la usuaria no es portadora de VIH/sifilis</p>
<p>R.3.c 051</p>	<p>7. Se registra tratamiento en diagnósticos positivos para VIH y sífilis, en página 1 del formulario 051.</p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica si la usuaria no es portadora de VIH/sifilis</p>
<p>P.2.b 051</p>	<p>8. Variable "vestimenta" en sección "Prácticas interculturales", página 1 del formulario 051, llena. (no aplica en parto por cesárea)</p>  <p><i>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</i></p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>	
<p>P.2.c 051</p>	<p>9. Variable "entrega placenta" en sección "Prácticas interculturales", página 1 del formulario 051, llena.</p>	

	<p>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>		
--	--	--	--

<p>P.6.c 051</p>	<p>10. 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".</p> <p>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>		<p>Justificativo:</p>
----------------------	---	--	-----------------------

<p>P.10.a 051</p> <p>P.10.a EM</p>	<p>11. Sección "Anticoncepción", en la página 2 del formulario 051, lleno.</p> <p>En el caso de establecimientos que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.</p> <p>Si cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p>		
--	---	--	--

## B. HISTORIAS CLÍNICAS

Parámetro			
R.2.d HC	12. Se registra tratamiento en casos de diagnóstico de riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.5.a HC	<p>13. De los siguientes procedimientos seleccionar cuales fueron realizados a la madre e indicar la justificación médica válida registrada en la HCL</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. canalización intravenosa de rutina;</li> <li>2. episiotomías;</li> <li>3. parto instrumentado;</li> <li>4. enema;</li> <li>5. separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas;</li> <li>6. inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto;</li> <li>7. exámenes vaginales repetidos; (La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.)</li> <li>8. fluidos intravenosos;</li> <li>9. monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía);</li> <li>10. control farmacológico del dolor;</li> <li>11. colocación de catéter urinario;</li> <li>12. posición supina o de litotomía (piernas en estribos);</li> <li>13. pujos dirigidos por el personal de salud;</li> <li>14. presión del fondo uterino (Kristeller);</li> <li>15. fórceps y extracción por vacío;</li> <li>16. exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.</li> <li>17. El rasurado perineal</li> </ol> <p>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>	<p>Cumple <input type="checkbox"/> No cumple <input type="checkbox"/></p> <p>Todas las justificaciones médicas corresponden a la Norma de atención del parto</p>	

P.5.c HC	14. Historias clínicas de madres VIH positivo registradas en cesárea. Se exceptúan los nacimientos atendidos en fase expulsiva.	<i>Si cumple</i> <input type="checkbox"/>	<i>No cumple</i> <input type="checkbox"/>
P.9.b HC	15. Historias clínicas muestran prescripciones de sucedáneos de la leche materna a menos de que existan contraindicaciones justificadas de lactancia materna.  (La justificación debe estar acorde a las normas y protocolos de alimentación de niños y niñas menores de 2 años)	<i>Si cumple</i> <input type="checkbox"/>  <i>Si cumple</i> <input type="checkbox"/>	<i>No cumple</i> <input type="checkbox"/>  <i>No cumple</i> <input type="checkbox"/>