

No. **000 18 - 2022**

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que,** la citada Constitución de la República, en el artículo 32, ordena: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;
- Que,** la referida Constitución manda: *“Art. 154.- A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión. (...)”*;
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 361, manda al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será la responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;
- Que,** el artículo 363 de la Carta Constitucional, determina entre las responsabilidades del Estado: *“(...) 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. (...)”*;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, dispone que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de dicha Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional;
- Que,** el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** la Ley Ibídem en el artículo 6 prevé entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *“(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...); 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas*

Ministerio de Salud Pública

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2-3814-400
www.salud.gob.ec



00018-2022

relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario.”;

- Que,** el Código Orgánico Administrativo estipula; *"Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. (...)."*;
- Que,** la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, en el artículo 2, establece que corresponde al Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar acciones tendientes a: *"a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño; b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento; (...)."*;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 485 expedido 7 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 111 de 22 de los mismos mes y año, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor José Leonardo Ruales Estupiñán, como Ministro de Salud Pública;
- Que,** a través de Acuerdo Ministerial No. 00030-2021 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 605 de 27 de diciembre de 2021, la Ministra de Salud Pública en funciones a la fecha aprobó y autorizó la publicación de la *"Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN"*, misma que tiene como objetivo general: *"Proporcionar al personal de salud, directrices que le permitan brindar una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbilidad materna y neonatal."*;
- Que,** el informe técnico No. MSP-DNPS-2022-GISSSR-0083 de 2 de agosto de 2022, elaborado por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y aprobado por el Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, en el número 1. *"Antecedentes y justificación"* señala que: *"En el Ecuador, en el año de 1993 el Ministerio de Salud Pública implementó la Iniciativa Hospital Amigo IHAN, con el objetivo de promover que los establecimientos de salud adopten prácticas que fomenten, apoyen y protejan la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Esta iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), se posicionó en el país entre los años de 1993 y 2000, donde se certificaron 115 de 141 hospitales públicos y privados como Hospitales Amigos del Niño. Hasta el año 2015 se mantuvo la iniciativa como parte de la Estrategia Nacional de Fomento, Apoyo y Protección de la Lactancia Materna, a partir de esta fecha la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, vio la necesidad de incluir los criterios de: atención amigable y respetuosa tanto a la madre durante la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio, como al recién nacido. En este contexto, se expide la Normativa Sanitaria para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) el 16 de diciembre del 2021, a través del acuerdo ministerial 00030-2021, como una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y de la Norma Técnica ESAMyN 2016, con el propósito de disminuir la mortalidad y morbilidad"*

Ministerio de Salud Pública

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2-3814-400
www.salud.gob.ec



República
del Ecuador

materna y neonatal a través de la atención adecuada a la gestante, el parto respetado, el fomento, apoyo y protección de la lactancia materna.

Es importante considerar que el ámbito de aplicación de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño "ESAMyN" es para todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que en su cartera de servicios atienden partos, quienes deben cumplir obligatoriamente con lo establecido en los reglamentos y normas sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, sobre las materias referidas a la atención materno neonatal.

Es por tal motivo que desde la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud se ha visto de importancia la creación del Instructivo de la Norma Técnica, denominado "Instructivo de Registro e interpretación de los Formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN", como una herramienta que facilite la implementación de la Norma, además de ser un instrumento que asista en los procesos de autoevaluación, evaluación y certificación de los establecimientos de salud según su nivel y competencias." (sic);

- Que,** en el número 3 del referido informe técnico se señala que la elaboración del Instructivo de Registro e interpretación de los Formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN, garantiza la calidad, calidez, continuidad, pertinencia e integralidad de la atención a la mujer y al recién nacido, como parte de las estrategias para disminuir la morbilidad materna y neonatal, instrumento que ha sido validado internamente por varias instancias técnicas competentes del Ministerio de Salud Pública y externamente por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS;
- Que,** en el informe ibídem se concluye, entre otros aspectos, que: "El Instructivo de Implementación de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN, permitirá que los establecimientos de salud implementen de manera satisfactoria la Norma Técnica y accedan al proceso de certificación, sin que sean afectados por parámetros que no corresponden a su nivel de atención."; y,
- Que,** con memorando No. MSP-VGVS-2022-1017-M de 2 de septiembre de 2022, la Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió al Coordinador General de Asesoría Jurídica el antes referido informe técnico y solicitó se realicen los trámites pertinentes para la expedición del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Instructivo "Registro e interpretación de los formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN".

Artículo 2.- Disponer que el Instructivo “Registro e interpretación de los formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN”, sea de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar el referido Instructivo en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de las Direcciones Nacionales de Hospitales y de Primer Nivel de Atención en Salud; a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud; a la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; y, a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **15 SET. 2022**



Firmado electrónicamente por:
**JOSE LEONARDO
RUALES
ESTUPINAN**



Dr. José Ruales Estupinan
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Mgs. María Gabriela Aguinaga	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministra	 <p>Firmado electrónicamente por: MARIA GABRIELA AGUINAGA ROMERO</p>
	Mgs. Sandra Salazar	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	 <p>Firmado electrónicamente por: SANDRA ELIZABETH SALAZAR OBANDO</p>

00018-2022

	Mgs. Manuel Mancheno	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretario	 <p>Firmado electrónicamente por: MANUEL ELICIO MANCHENO NOGUERA</p>
	Abg. Germán Alarcón	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	 <p>Firmado electrónicamente por: GERMAN ALARCON</p>
	Mgs. Wendy Campoverde	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	 <p>Firmado electrónicamente por: WENDY MARIANELA CAMPOVERDE PABON</p>
	Mgs. Gonzalo Mendoza	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	 <p>Firmado electrónicamente por: GONZALO RICARDO MENDOZA OJEDA</p>
	Mgs. Andrés Viteri	Dirección Nacional de Normatización	Director	 <p>Firmado electrónicamente por: ANDRES ALEJANDRO VITERI GARCIA</p>
	Mgs. Janella Cuesta	Dirección Nacional de Normatización	Especialista	 <p>Firmado electrónicamente por: JANELLA GEOMARA CUESTA BENAVIDES</p>
Elaborado Acuerdo	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	 <p>Firmado electrónicamente por: ELINA DEL CARMEN HERRERA CANAR</p>

Ministerio de Salud Pública

Dirección: Av. Quitumbe Nan y Av. Amaru Nan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2-3814-400
www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00018-2022, dictado y firmado por el señor Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán, **Ministro de Salud Pública**, el 15 de septiembre de 2022.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección Nacional de Secretaría General al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico.-

Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
DIRECTORA NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Registro e interpretación de los formularios de la Norma Técnica de Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN

Instructivo

2022

Ministerio de Salud Pública



Juntos lo logramos

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Registro e interpretación de formularios de la norma técnica de certificación de establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño – ESAMyN”. Instructivo. Quito: Dirección Nacional de Promoción de Salud; MSP; 2022.

- | | | |
|------------------|-------------|--------------|
| 1. Certificación | 3. Embarazo | 5. Posparto |
| 2. Madre y niño | 4. Parto | 6. Lactancia |

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y, Av. Llira Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 3814400 1800 643 884
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Registro e interpretación de formularios de la normativa de establecimientos de salud como amigos de la madre y del niño – ESAMyN”. Instructivo. Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP; 2022, Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dr. José Ruales, Ministro de Salud Pública

Mgs. María Aguinaga, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Mgs. Carmen Guerrero, Viceministra de Atención Integral en Salud

Mgs. Sandra Salazar, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Mgs. Andrea Prado, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dr. Manuel Mancheno, Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

Ing. Jorge Maldonado, Subsecretario Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Mgs. Wendy Campoverde, Directora Nacional de Promoción de la Salud

Mgs. Andrés Viteri, Director Nacional de Normatización

Equipo de redacción y autores de la actualización

Illapa Marivel, Magister en Salud Sexual y Salud Reproductiva, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Saldaña Gabriela, Magister en Salud Sexual y Salud Reproductiva, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Arias John, Magister en Ciencias de la Sexología, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Tello Betzabé, Especialista en Medicina Familiar, Consultora Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Equipo de revisión y validación

Cuesta Janella, magister, especialista, Dirección Nacional de Normatización, Quito

Calle Wilma, Especialista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Quito.

Molina Mónica, analista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Quito.

Barreno Diana, especialista, Dirección Nacional de Hospitales. Quito.

González Sandra, especialista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.

Acosta Magaline, analista, Coordinación Zonal 9. Quito.

Morales Katherine, analista, Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios y Salud y Medicina Prepagada.

Puetate Carolina, analista, Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios y Salud y Medicina Prepagada.

CONTENIDO

1. Presentación.....	6
2. Introducción.....	7
3. Objetivos.....	8
3.1 Objetivo General.....	8
3.2 Objetivo Específico	8
4. Alcance.....	8
5. Proceso de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN).....	8
6. Instrumentos de evaluación: Formularios ESAMyN	10
7. Metodología para la recolección de información:	11
8. Ponderación de los parámetros de cumplimiento.....	12
9. Matriz de Ponderación de la Norma Técnica ESAMyN	13
10. Estructura de los Formularios ESAMyN	14
10.1 Formularios recopiladores de información	14
10.2 Formulario de evaluación	15
10.3 Interpretación de los verificadores del formulario de evaluación	16
11. Descripción de los formularios ESAMyN	17
11.1 Formulario de información del establecimiento de salud (01)	17
11.2 Formulario de Observación (02)	25
No aplica en el formulario en caso de que no sean del MSP11.3 Formulario de Encuesta para Embarazadas (03)	35
11.4 Formulario de Encuesta para Mujeres en el Posparto (04)	40
11.5 Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (05A) .	54
11.5 Formulario de Encuesta para Personal sin Contacto Directo con Madres (05B) ...	64
11.6 Formulario de Revisión de Historias Clínicas de Embarazadas y Mujeres en el Posparto.....	66
11.7 Formulario de Evaluación.....	72
12. Abreviaturas.....	86
13. ANEXOS.....	87

ANEXO 1: Formularios de Recolección de Información y Evaluación	87
ANEXO 2: Clasificación de niveles de riesgo por provincia, cantón, parroquia	130
ANEXO 3: Registro de sesiones de educación prenatal	140
ANEXO 4: Cronograma de sesiones de educación prenatal	141

1. Presentación

La Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN, se emite con acuerdo ministerial Nro. 00030-2021, que tiene como objetivo proporcionar al personal de salud, directrices que le permitan brindar una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal. Esta norma técnica, está conformada por cuatro componentes principales a través de los cuales, se busca mejorar la atención de calidad a la mujer y el recién nacido, promoviendo los controles del embarazo, parto en libre posición, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna; tomando en cuenta el contexto cultural y los derechos de las mujeres y de los recién nacidos, con el fin de favorecer y contribuir al cuidado integral de salud de la mujer durante el embarazo, parto y postparto.

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, despliega todos sus esfuerzos de carácter administrativo, técnico, organizacional con la finalidad de viabilizar la institucionalización de la garantía de la calidad en los procesos de atención materno-neonatal en cada uno de los establecimientos de salud que, en su cartera de servicios atienden partos. Para lo cual, pone a disposición el presente instructivo de llenado de los formularios, diseñado para facilitar la implementación, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de la norma técnica. De tal manera, que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones.

Dr. José Ruales

Ministro de Salud Pública

2. Introducción

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador de forma permanente realiza procesos de actualización de sus normativas y lineamientos en base a la información científica disponible, así como de la experiencia que se obtiene en los procesos de implementación, monitoreo y evaluación de sus lineamientos a nivel operativo.

Documentar las buenas prácticas durante el control prenatal, el parto, el postparto y las prácticas de alimentación de los recién nacidos y neonatos, permite analizar las acciones que se deben implementar para alcanzar las metas establecidas en la Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN y de esta manera implementar estrategias que nos permitan mejorar los procesos de cada establecimiento de salud, con el objetivo de mejorar y optimizar la atención en salud hacia las mujeres y los niños que nacen en los establecimientos de salud .

En este instructivo, se describe en detalle el llenado correcto de los formularios de la norma técnica ESAMyN, la ponderación de los parámetros y la interpretación de los verificadores, que buscan a través de su monitoreo brindar un cuidado seguro y respetuoso a las mujeres, a los recién nacidos y a las familias que han acudido al establecimiento de salud en busca de asistencia calificada.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Fortalecer la orientación técnica de las comisiones del establecimiento de salud, comités zonales y evaluadores externos, para la implementación e interpretación de los formularios de la norma ESAMyN.

3.2 Objetivo Específico

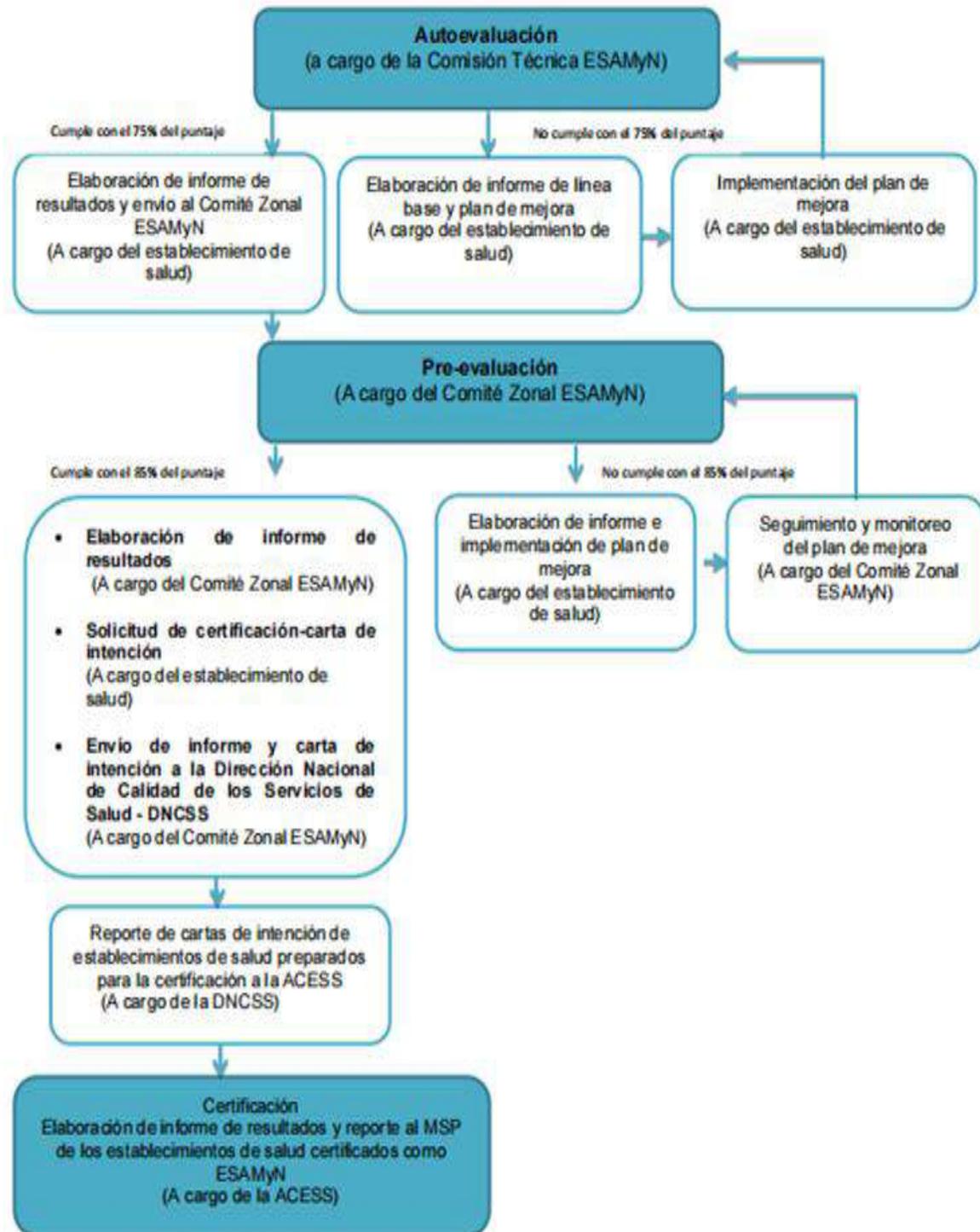
- Describir los pasos necesarios para la recopilación de la información, interpretación y el adecuado registro de los diferentes formularios de evaluación.
- Detallar la matriz de calificación de cada verificador, según el parámetro correspondiente.

4. Alcance

Este instructivo es de aplicación para los equipos técnicos involucrados en el proceso de implementación, evaluación, monitoreo y seguimiento de la norma.

5. Proceso de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)

Para certificarse como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y del Niño (ESAMyN), los establecimientos de salud deben cumplir con los procesos de: autoevaluación, pre-evaluación y evaluación externa, donde se verificará el cumplimiento de los parámetros de la Norma técnica ESAMyN.



Fuente: Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño 2021.

6. Instrumentos de evaluación: Formularios ESAMyN

Los seis formularios de la norma técnica son una herramienta útil para recopilar información y evaluación del cumplimiento de 73 parámetros de la norma ESAMyN.

Cada uno, está compuesto por preguntas referentes a los cuatro componentes de la norma, detallados a continuación:

- Componente General
- Componente Prenatal
- Componente Parto y Posparto
- Componente Lactancia Materna

Para la recopilación de información, se requiere de diferentes fuentes de información según el contexto del formulario.

De acuerdo con estas especificaciones, existen dos tipos de formularios:

1. Formularios de sistematización de información

- Formulario de evaluación

2. Formularios recopiladores de información

- 01 Formulario de información del establecimiento de salud
- 02 Formulario de observación
- 03 Formulario de encuesta para embarazadas
- 04 Formulario de encuesta para mujeres en el posparto
- 05A Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre y 05B Formulario de encuesta para personal sin contacto directo con madres
- 06 Formulario de revisión de historias clínicas de embarazadas y mujeres en el posparto

Todos los formularios recopiladores de información, retroalimentan los parámetros de cumplimiento del formulario de evaluación.

7. Metodología para la recolección de información:

Para garantizar la correcta aplicación de los formularios de la norma técnica ESAMyN, se han establecido los siguientes criterios:

Formulario	Entrevistado	Entrevistador*	Muestra mínima	Muestra ideal	Comentarios
Formulario de información del establecimiento de salud	Gerente o encargado del establecimiento	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	1	1	
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			
Formulario de observación	A cargo del evaluador en compañía de una persona asignada por el gerente o encargado del establecimiento	Autoevaluación: Personal especializado en salud materno infantil del ES	1	1	
		Pre-evaluación: Personal especializado en salud materno infantil de la Zona			
Formulario de encuesta a embarazadas	Embarazadas	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	10 o el universo en una semana	20	
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			
Formulario de encuesta a mujeres en el posparto	Mujeres en posparto céfalo-vaginal	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	10 o el universo en una semana	30	Realizar encuesta a mujeres con más de 6 horas de haber dado a luz y que estén con indicaciones de alta.
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			
	Mujeres en posparto por cesárea	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	5 o el universo en una semana	10	Realizar encuesta a mujeres con más de 6 horas de haber dado a luz y que estén con indicaciones de alta.
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			
	Mujeres en posparto con recién nacidos en neonatología	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	5 No aplica en establecimientos que no tienen servicios de neonatología	10	Realizar encuesta a mujeres con más de 6 horas de haber dado a luz.
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			

Formulario para el profesional de salud en contacto con madres	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			
Formulario de encuesta para el personal sin contacto con madres	Personal sin contacto directo con madres	Autoevaluación: Encargado de calidad del ES	5 o 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			
Formulario de revisión de historias clínicas	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 prenatal y de parto en los últimos 3 meses
		Pre-evaluación: Calidad de la Zona			

Fuente: Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño 2021

Todo el personal a cargo de la evaluación, deberá estar capacitado en los temas técnicos de la norma. El personal especializado corresponderá a médicos especialistas en pediatría o neonatología, y/o ginecología y profesionales de salud de obstetricia, además deberá conocer las normativas de atención materno- neonatal del MSP.

Nota: La periodicidad de la revisión de los instrumentos de recolección de información (informes, registros, historias clínicas, matrices, entre otros) y capacitaciones, se considerarán de los últimos **tres meses**.

8. Ponderación de los parámetros de cumplimiento

Para la ponderación, se realiza una asignación de valor a cada uno de los 73 parámetros existentes en la norma técnica ESAMyN. Es importante considerar que 24 de los parámetros, se consideran **centinelas**, es decir, el establecimiento de salud que no cumpla con estos parámetros, no podrá ser certificado aún si cumple con el puntaje mínimo requerido.

Los **parámetros centinelas**, son recomendados para el seguimiento de las prácticas clínicas esenciales que aplican los establecimientos de salud y que tienen un impacto sobre la salud de las embarazadas y los recién nacidos para reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal.

Estos **parámetros centinelas** se los identificará en el formulario de evaluación con un “*” en la puntuación y resaltados de color rosado.

Todos los establecimientos de salud deben hacer seguimiento sistemático de esos parámetros y deberán ser analizados por el Comisión Técnica ESAMyN de cada uno de ellos, para identificar las dificultades y alcanzar la meta establecida que permita instaurar un plan de mejora continua de la calidad.

9. Matriz de Ponderación de la Norma Técnica ESAMyN

Para la ponderación de los 73 parámetros, se deberán tomar en cuenta los 74 verificables de los formularios en los que constan un total de 88 preguntas.

En este sentido, para la asignación de puntaje, se debe revisar el cumplimiento total de los verificables, que se encuentran en el formulario de evaluación. Como se detalla en la siguiente matriz.

COMPONENTE	PARAMETROS	VERIFICABLES	PREGUNTAS	PUNTAJE	Porcentaje
Componente general	4	5	5	14	8.45%
Componente Prenatal	17	17	21	38	22.89%
Componente de Parto y posparto	30	30	39	57	34.33%
Componente de lactancia Materna	22	22	23	57	34.33%
Total	73	74	88	166	100%

Fuente: Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño 2021

10. Estructura de los Formularios ESAMyN

10.1 Formularios recopiladores de información

Los 6 formularios recopiladores de información tienen una sección de datos generales del establecimiento de salud (ES) que consta de lo siguiente:

Formulario de evaluación					No.
Evaluación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)					
Zona:		Distrito:	Nombre establecimiento de salud (ES):		
Nombre del responsable del ES:			UNICÓDIGO		
Fecha:	(dd)	(mm)	(aaaa)	Nombre del evaluador/a:	

A su vez, cada formulario está dividido por secciones, especificando el componente que se evalúa dentro del formulario.

Sección

↓

A. Datos de la madre y bebé		
1. Semanas de gestación:	<input type="text"/>	2. Fecha probable del parto:
		(dd) / (mm) / (aaaa)
		No sabe <input type="checkbox"/>
		No contesta <input type="checkbox"/>
3. ¿Dará a luz en el establecimiento de salud donde se realiza los controles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> explique dónde será y la razón:
		No sabe <input type="checkbox"/>

En cada sección se detalla los verificadores, las preguntas y las opciones de respuesta.

Verificador Pregunta Sección Respuesta

↓ ↓ ↓ ↓

C. Componente general			
G.1.a EP 5ª	3. ¿Puede mencionar los 6 objetivos de la Norma ESAMyN?	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal,</i> <i>Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido,</i> <i>Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales,</i> <i>Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,</i> <i>Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna</i> (Debe mencionar los 5 objetivos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>

Letra con negrilla se lee en voz alta Letra con cursiva indicación para evaluador

A excepción del formulario de revisión de historias clínicas, donde las preguntas se detallan como parámetro, debe ser revisado el formulario 051 o en las Historias clínicas (físicas o digitales).

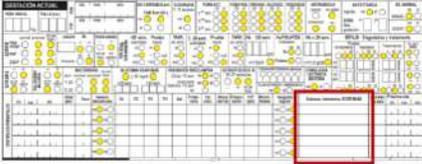
A. Formulario 051

EMBARAZADAS

El parto fue: bajar a sección de madre puerpera

Vaginal

Por cesárea:

Verif	Parámetro	N° de parámetros que cumple	N° de parámetros que no cumple
R.3. d.1 051	1. En las Historias clínicas revisadas todas las embarazadas tienen registrado el SCORE MAMÁ	Si cumple <input type="checkbox"/>	No cumple <input type="checkbox"/>
		No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica, cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud, o es referida de otro establecimiento de salud
	Observaciones		

10.2 Formulario de evaluación

El formulario de evaluación sistematiza el cumplimiento de los 73 parámetros establecidos en la norma técnica ESAMyN, a través de la información levantada en los formularios recopiladores de información, con el fin de establecer un puntaje, según corresponda.

El formulario de evaluación está estructurado con las siguientes secciones: paso, directriz y parámetro de cumplimiento, SI, No, Puntaje y Verificable.

Los parámetros se califican del 1 al 3

B. Componente general						
Paso	Directriz	Parámetro de cumplimiento	Si	No	Puntaje	Verif
1. Contar con el marco normativo ESAMYN y que sistemáticamente se ponga en conocimiento a usuarios internos y usuarios externos.	a) Difundir la Norma ESAMYN.	Al menos 4 actividades de difusión de la norma ESAMYN a usuarios internos y externos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe interno
		Al menos 4 actividades de difusión de la norma ESAMYN a usuarios internos y externos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe Externo
		Al menos tres piezas educacionales sobre la norma ESAMYN disponible y visible en sitios de mayor afluencia en los ES (Exposición de un resumen de la Norma ESAMYN).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	G.1.a Ob
		80% de profesionales de la salud que brindan atención materno – neonatal conocen la norma ESAMYN y los documentos normativos que la integran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	G.1.a EP5

El "*" corresponde a parámetros centinela

Corresponde al verificable de la pregunta que califica el parámetro correspondiente

10.3 Interpretación de los verificadores del formulario de evaluación

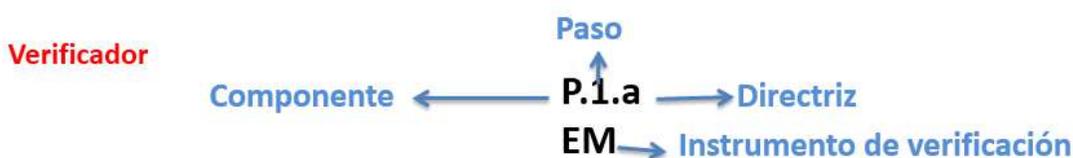
Para cada componente de la norma técnica se asigna una letra, como se muestra a continuación:

Componente	Letra
General	G
Prenatal	R
Parto y posparto	P
Lactancia materna	LM

Fuente: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 2022.

Elaboración propia.

Los verificadores que se detallan en el formulario de evaluación hacen referencia a la ubicación de este en los formularios recopiladores de información de la siguiente manera:



Los instrumentos de verificación, se identifican con siglas de acuerdo al formulario al que pertenece, como se detalla a continuación.

Instrumento de verificación		Formulario
Informe	Informe del establecimiento.	De observación.
Registro	Registro del establecimiento	De observación.
Ob	Observación.	De observación.
HCU	Historia Clínica.	De historia clínicas.
051	Formulario 051.	De historias clínicas.
EM	Encuesta a la madre.	Encuesta para embarazadas. Encuesta para mujeres en el posparto.
EP5A	Encuesta al personal con contacto.	Encuesta para profesionales de la salud en contacto con la madre.
EP5B	Encuesta al personal sin contacto.	Encuesta para el personal de salud que no tiene relación directa con la madre.

Fuente: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 2022.

Elaboración propia

11. Descripción de los formularios ESAMyN

Consideraciones Generales:

- Las evaluaciones deben realizarse durante el proceso de la atención, siempre en compañía de una persona de la comisión técnica del establecimiento de salud. Asimismo, deberá verificar in situ que existan las condiciones mínimas necesarias para el cumplimiento de cada parámetro de la Norma técnica.
- Las notas con letra cursiva dentro de algunas preguntas en los formularios recopiladores de información son indicaciones exclusivas para el evaluador.
- Para realizar la evaluación del formulario EP5B tomar en consideración que este personal debe tener como mínimo tres meses laborando en el establecimiento de salud.
- Tomar en cuenta que todos los formularios tanto de recopilación de información como el de evaluación dispone de un apartado de “Datos Generales” que contiene la misma información.

11.1 Formulario de información del establecimiento de salud (01)

Este formulario sistematiza la información general sobre infraestructura, nivel de complejidad y reportes estadísticos de atención, referentes a la prestación de servicios maternos y neonatales.

Nota: Para recopilar la información, se debe entrevistar al gerente, director y/o administrador técnico responsable del establecimiento de salud o a su delegado de la comisión técnica ESAMyN.

Para el registro de este formulario se debe tener cuenta lo descrito a continuación:

01 Formulario de información del establecimiento Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño (ESAMyN)					No.
<i>Este formulario se llena una sola vez por establecimiento. La información la provee el gerente, director o encargado oficial del establecimiento de salud</i>					
Zona:		Distrito:		Nombre del establecimiento de salud (ES):	
Nombre del responsable del ES:				Unicódigo	
FECHA:	(dd)	(mm)	(aaaa)	Nombre del Evaluador/a:	

Número: Corresponde al número del formulario de información que se está levantando. En el caso de este formulario, siempre existirá uno por cada proceso de evaluación de cada establecimiento de salud.

Zona: identifica la ubicación territorial del establecimiento de salud, de acuerdo a las 9 coordinaciones zonales.

Distrito: corresponde a la subdivisión territorial del establecimiento de salud.

Nombre de establecimiento de salud (ES): registra el nombre del establecimiento de salud.

Nombre del responsable del ES: identifica el nombre de la máxima autoridad del establecimiento de salud.

Unicódigo: describe el Registro Único del Establecimientos de Salud.

Fecha (dd/mm/aaaa): corresponde a la fecha de aplicación del formulario, registrando el número del día, mes y año.

Nombre del evaluador: identifica el nombre del responsable que levantó la información del formulario.

SECCIONES

Sección A. Datos del establecimiento de salud

Esta sección identifica oportunamente la información principal del establecimiento de salud referente al tipo y al nivel de atención, así como reportes estadísticos de atención relativos a la prestación de servicios materno-neonatales.

1. Instituciones del sistema de salud.	1.1 Indique el tipo de establecimiento de salud al que corresponde:
MSP <input type="checkbox"/>	Establecimiento de salud tipo B <input type="checkbox"/>
IESS <input type="checkbox"/>	Establecimiento de salud tipo C –Materno Infantil. <input type="checkbox"/>
Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/>	Hospital básico <input type="checkbox"/>
Policía Nacional <input type="checkbox"/>	Hospital general <input type="checkbox"/>
Establecimientos de salud privados <input type="checkbox"/>	Hospital especializado en gineco-obstetricia <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Especifique: _____	Especifique: _____
	Nivel de complejidad automáticamente se debe identificar

En este apartado se identifica a qué Red del Sistema Nacional de Salud pertenece el establecimiento de salud. Si se selecciona al Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas (ISSFA) o Policía Nacional (ISSPOL); se identifica que el establecimiento de salud pertenece a la Red Pública Integral de Salud (RPIS). De la misma manera, si se selecciona establecimientos de salud privados

u otros, se identifica que el establecimiento de salud pertenece a la Red Complementaria. En este apartado se podrá escoger una sola opción.

En caso de seleccionar que el establecimiento de salud pertenece al MSP, se debe pasar a la subpregunta 1.1, en la que se debe seleccionar la tipología del establecimiento de salud. Si corresponde al primer nivel de atención, se debe seleccionar establecimiento de salud tipo B o tipo C - Materno Infantil. Si pertenece al segundo nivel de atención, se debe seleccionar Hospital Básico u Hospital General. Finalmente, si es del tercer nivel de atención, se debe seleccionar Hospital Especializado en Gineco-Obstetricia.

En este apartado se podrá escoger una sola opción.

Pregunta 2

2. El establecimiento de salud:	
Atiende controles prenatales	<input type="checkbox"/>
Realiza cesáreas	<input type="checkbox"/>
Realiza cesáreas con anestesia general	<input type="checkbox"/>

En esta pregunta se debe seleccionar si el establecimiento de salud realiza uno, dos o todos los tipos de atención detalladas.

Pregunta 3

3. Total de personas que laboran en el área administrativa del establecimiento de salud:	Número de camas censables en el establecimiento de salud:	_____
	Número de camas para gineco-obstetricia:	_____
Total de personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud:	Número de camillas de recuperación posparto inmediato:	_____
	Número de unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR):	_____
	Número de camillas/camas para el parto en libre posición:	_____
	Número de camillas para parto litotómico:	_____
	Número de quirófanos destinados a cesáreas:	_____

En base a los registros administrativos de Talento Humano del establecimiento de salud, se debe registrar el número total de personas que trabajan en el área administrativa (incluyendo el personal de servicios generales como limpieza y seguridad) y del personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud.

Una vez ingresada la información en la pregunta 3, se debe proceder a registrar los siguientes ítems:

1. **Número total de camas censables en el establecimiento de salud:** se debe detallar las camas de rotación normal con que cuenta del establecimiento de salud.

2. **Número de camas para gineco-obstetricia:** se debe detallar las camas instaladas y disponibles para hospitalización en el servicio de gineco-obstetricia. Es importante considerar que este ítem no aplica para primer nivel de atención.
3. **Número de camillas de recuperación posparto inmediato:** se debe detallar las camas destinadas para las usuarias en posparto inmediato dependiendo el tipo de parto. Es importante considerar que este ítem no aplica para primer nivel de atención.
4. **Número de Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR):** se debe detallar los espacios destinados para atender partos en libre posición.
5. **Número de camillas/camas para el parto en libre de posición:** se debe detallar las camillas/camas destinadas para ser utilizadas por las mujeres que se encuentran en labor de parto. Incluir las camillas de las UTPR
6. **Número de camillas para parto litotómico:** se debe detallar el número de camillas destinadas para la atención de partos en posición litotómica (camilla ginecológica), sin incluir las camillas de las UTPR.
7. **Número de quirófanos destinados a cesáreas:** se debe detallar el número de quirófanos destinados para realizar cesáreas únicamente. Es importante considerar que este ítem no aplica para primer nivel de atención.

Pregunta 4

4. Total de profesionales de la salud para la atención materno neonatal. Desglose por tipo de profesionales y temas.	Profesional	Total de profesionales que cumplen las siguientes funciones: Lactancia Maternal, VIH, Educación prenatal.
	Enfermera/o del centro obstétrico	
	Enfermera/o de neonatología	
	Enfermera/o de consulta externa	
	Especialista en ginecoobstetricia	
	Obstetras - obstetrices	
	Enfermeras neonatología	
	Pediatra / Neonatólogo	
	Dietistas o nutricionistas	
	Médicos generales	
	Auxiliares enfermería	

Se debe registrar el total de profesionales de salud, que cumplen con las funciones detallados en la pregunta 4.

Pregunta 5

5. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto: _____	Título profesional: _____ Teléfono y/o extensión: _____ Correo electrónico: _____
--	---

Se debe colocar el nombre y apellido de identificación del responsable del servicio de gineco-obstetricia, centro obstétrico o sala de parto, para luego registrar el título profesional, teléfonos de contacto de referencia y correo electrónico institucional.

Pregunta 6

6. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Promedio de ingresos diarios: _____ Número de cunas/camas totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Tiene cuidados del recién nacido: Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____
---	--

Si el establecimiento de salud tiene **servicio de neonatología** debe responder si, una vez que se afirma, se debe registrar la siguiente información:

- **Promedio de ingreso diario:** se debe detallar el número promedio de niños ingresados en neonatología registrado en los últimos tres meses.
- **Número de cunas / totales para el servicio:** se debe detallar el número de cunas disponibles para ser usadas.
- **Nombre del jefe o responsable del servicio de neonatología:** se debe detallar nombre y apellido del responsable del servicio de neonatología.

Posteriormente, si el establecimiento cuenta con el servicio, deberá registrar el número de cunas que cada área dispone.

Cuidados básicos: es el área destinada al manejo de pacientes totalmente estables, sin riesgo conocido y que están hospitalizados por estudio o tratamiento de patologías no complejas; en espera de condiciones para el alta sin riesgo inminente; y, pacientes con fototerapia de bajo riesgo, que no requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo o

vigilancia permanente. También se hospitalizan los neonatos que no pueden ser trasladados juntos a su madre en el período de posparto.

Cuidados intermedios: es el área de neonatología que está dirigida a neonatos que requieren de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente; además de cuidados médicos.

Cuidados intensivos: es el área de neonatología que está dirigida para la hospitalización de neonatos críticos inestables que requieren de un cuidado más especializado y permanente.

No aplica: cuando el establecimiento de salud no cuenta con el servicio de neonatología en su cartera de servicios.

Pregunta 7

<p>7. ¿Existe una Comisión Técnica Amigo de la Madre y del Niño?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Cuándo se conformó:</p> <p>_____</p> <p>(dd/mm/aaaa)</p> <p>Cuándo se actualizó:</p> <p>_____</p> <p>(dd/mm/aaaa)</p>
--	--

Se debe registrar si el establecimiento de salud cuenta con una Comisión Técnica Amigo de la Madre y del Niño (ESAMyN). En caso de ser afirmativo, se debe registrar la fecha de conformación, detallándose el número del día, mes y año correspondiente. También se debe registrar el dato de actualización, es posible que los establecimientos de salud hayan realizado cambios en los equipos y se deberá colocar la última fecha de actualización.

Nota: el establecimiento de salud deberá presentar el acta de conformación y/o actualización de la Comisión Técnica ESAMyN.

Pregunta 8

<p>8. Estadística de control prenatal.</p>	<p>Cobertura y concentración (promedio del último año fiscal de enero a diciembre)</p> <p>Cobertura de control prenatal; Número de atención por primera consulta preventiva de control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en un periodo (t) / Población estimada de mujeres embarazadas en un periodo (t) _____</p> <p>Concentración de control prenatal= Número de primeras consultas de controles prenatales, más número de consultas subsecuentes de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) / Número de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) _____</p>
--	--

Los datos se obtendrán del último año fiscal (enero-diciembre), a través de un documento validado por estadística o quien haga sus veces en cada institución de salud.

Nota: Esta información solo se registra en establecimientos de primer nivel de atención. No aplica para establecimientos de segundo y tercer nivel de atención.

Pregunta 9

	Indicador	Número
9. Estadísticas de control de partos y nacimientos. Total de partos en el último año: _____ Total de nacimientos en el último año: _____ Total de nacidos vivos en el último año: _____ Si presenta una tasa de cesáreas que supera el 15%, deberá presentar un plan de acción del ES para disminuirla.	Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.	No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____
	Porcentaje de partos en adolescentes.	Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud _____
	Porcentaje de partos en libre posición.	No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____
	Partos atendidos a madres VIH positivo.	
	Partos expulsivos de madres VIH positivo.	
	Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____
	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____
	Número de muertes maternas	

Para el registro de los datos de esta pregunta, se debe contar con la información del último año fiscal (enero-diciembre).

Nota: El establecimiento de salud deberá presentar los datos sistematizados y validados mediante un documento con firmas de responsabilidad.

Pregunta 10

10. Cobertura de tamizaje neonatal.	Sumatoria de neonatos tamizados en el periodo/ total de nacidos vivos en el año * 100 en el establecimiento de salud. _____
-------------------------------------	---

Esta información se aplica al primer nivel de atención. Se deberá tomar la información último año fiscal (enero-diciembre).

Nota: El establecimiento de salud deberá presentar los datos sistematizados y validados mediante un documento con firmas de responsabilidad.

Pregunta 11

11. Información en VIH/Sida.	En el último año:
	Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH por primera vez: _____
	Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH según la norma: _____
	Número de embarazadas que recibieron asesoría pre-prueba para VIH: _____
	Número de embarazadas que recibieron asesoría post-prueba para VIH: _____
	Número de embarazadas diagnosticadas con VIH _____
Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento: _____	

Para el registro de información, se debe contar con los datos consolidados de los registros de pre y post asesoría en VIH, así como, del número de embarazadas tamizadas.

Se considerarán los registros del último año fiscal (enero-diciembre). Es importante indicar que las mujeres embarazadas para ser consideradas tamizadas, deben haber cumplido con cuatro pruebas (una cada trimestre y una en el momento del parto) como lo indica la normativa vigente. Esta información se obtendrá del Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) o del parte diario de laboratorio para tamizaje de VIH-Sífilis.

Nota: El establecimiento de salud deberá presentar los datos sistematizados y validados mediante un documento con firmas de responsabilidad.

Pregunta 12

12. Información para Sífilis.	En el último año fiscal de enero a diciembre: Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____
-------------------------------	---

De igual manera, para el registro de información de esta pregunta, se debe contar con la información consolidada de los registros del último año fiscal (enero-diciembre), de los tamizajes de sífilis que fueron realizados en embarazadas. Se contabiliza como mujeres tamizadas cuando se ha cumplido con las tres pruebas (dos durante el embarazo y una en el momento del parto)

Nota: El establecimiento de salud deberá presentar los datos sistematizados y validados mediante un documento con firmas de responsabilidad.

Pregunta 13

13. Es un establecimiento de salud inclusivo con amigabilidad para adolescentes.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
--	--

Esta pregunta se aplica a los establecimientos de salud del primer nivel de atención que han sido reconocidos como inclusivos con amigabilidad para adolescentes.

No aplica: Cuando los establecimientos de salud no cuentan con el reconocimiento y/o certificado vigente.

Pregunta 14

14. Fuentes de información: Nombre y apellido: _____	_____ Firma:
--	-----------------

Este registro debe ser llenado por el gerente, el director o administrador técnico responsable del establecimiento de salud.

11.2 Formulario de Observación (02)

Este formulario recopila información referente a los procesos de atención materna y neonatal, mediante constatación in situ, revisión de informes, registros, matrices y otros instrumentos que permitan evaluar el cumplimiento de los parámetros correspondientes a este formulario.

El levantamiento de la información será realizado por un profesional capacitado en el manejo de los cuatro componentes de la Norma técnica ESAMyN con experiencia en salud materno y neonatal, que evaluará los procesos durante el trabajo de parto, parto, puerperio y lactancia; así como, la atención al neonato.

Sección A. Datos del establecimiento de salud

A. Datos del establecimiento de salud	
Tipo de establecimiento:	

Esta sección identifica la información principal del establecimiento de salud referente a la tipología.

Sección B. Observaciones

Componente General

Pregunta 1

G.1.a Ob	1. ¿El establecimiento cuenta con material educativo exhibido en las áreas visibles del establecimiento de salud, relacionado a la norma ESAMyN? <i>Se debe cumplir con mínimo tres piezas educativas para marcar si</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántos elementos observó? _____	No <input type="checkbox"/>
		¿Incluye un resumen de la Norma ESAMyN? Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Para marcar si, se debe observar al menos tres piezas educativas sobre la norma ESAMyN disponible y visible en sitios de mayor afluencia en los establecimientos de salud.

Se consideran materiales educativos (póster, cartelera, desplegables, folletos, banners, afiches, roll-up, proyecciones en la televisión de cuñas y videos) de la Norma técnica ESAMyN.

Nota: Se considera como parte del material educativo para asignar la calificación de este parámetro piezas gráficas de años anteriores.

Componente prenatal

Pregunta 2

R.2.b. Ob	<p>El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado que puede ser permanente o un espacio adaptado para cada sesión y equipamiento mínimo para realizar las sesiones de educación prenatal</p> <p><i>Televisión, proyector o computador.</i> <i>Armario o sitio para guardar materiales.</i> <i>Sillas apilables.</i> <i>Silla holandesa.</i> <i>Barras de sujeción a la pared (opcional).</i> <i>Colchonetas individuales.</i> <i>Dispensador de agua y vasos desechables o vasos limpios.</i> <i>Almacenamiento para pelotas.</i> <i>Almohadas o cojines.</i> <i>Pelotas.</i> <i>Maquetas</i> <i>Pizarra o rotafolio.</i> <i>Implementos de higiene y ajuar de RN.</i> <i>Dispositivos para reproducir melodías.</i> <i>Material de promoción.</i></p> <p><i>Se debe cumplir con diez para marcar si</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		<p>Observaciones:</p> <hr/>	

Para marcar si, el establecimiento de salud debe contar con diez (10) de los insumos y/o equipamiento mínimo para realizar las sesiones de educación prenatal. No es un limitante para asignar la puntuación el no contar con espacios exclusivos para las sesiones.

En los establecimientos de salud que no cuenten con un espacio exclusivo para educación prenatal, las barras de sujeción en la pared se consideran opcionales.

Nota: Este parámetro será evaluado en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y complejidad.

Pregunta 3

R.2.c Ob	<p>3. El establecimiento de salud cuenta con un cronograma y registro de asistencia para las sesiones de educación prenatal</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		<p>Observaciones:</p> <hr/>	

Para marcar si, el establecimiento de salud deberá contar con un cronograma y registro nominal de asistencia a las sesiones de educación prenatal, este puede ser físico o electrónico. Se aceptará sesiones virtuales. (ANEXO 1 CRONOGRAMA Y REGISTRO).

Nota: Este parámetro será evaluado en todos los establecimientos independientemente de su tipología y complejidad.

Pregunta 4

R.3.a Ob	<p>4. Cobertura de control prenatal</p> <p><i>Tome el dato de la herramienta GPR del último año fiscal de enero a diciembre.</i></p> <p><i>Si no cumple con la meta esperada por el MSP. Verifique el plan de acción del establecimiento de salud.</i></p>	<p>Cumple con la cobertura</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i></p>
		<p>Si no cumple con la cobertura, ¿tiene el ES un plan de acción para aumentarla?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>(el plan de acción, no le otorga el puntaje asignado)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i></p>

Para marcar si, debe cumplir con la cobertura de control prenatal del 70% de embarazadas que reciben la atención (esta meta va variando de forma anual según los lineamientos que se emitan desde la Máxima Autoridad Sanitaria). En caso de no cumplir se marca como no.

En caso, que el establecimiento de salud no cumpla con la cobertura, se debe verificar el plan de acción con firmas de responsabilidad. Es importante considerar que la presentación del plan de acción, no le otorga el puntaje.

Para obtener este dato se debe considerar:

Cobertura de control prenatal; Numero de atención por primera consulta preventiva de control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en un periodo (t) / Población estimada de mujeres embarazadas en un periodo (t)

Nota: Este parámetro se evaluará solo en los establecimientos de salud de primer nivel de atención de salud del MSP.

Pregunta 5

R.3.b Ob	<p>5. El establecimiento de salud cumple con al menos 4 controles prenatales (concentración de controles prenatales).</p> <p><i>Tomar el promedio de la Herramienta GPR del último año fiscal de enero a diciembre.</i></p> <p><i>¿Si no cumple con la meta esperada por el MSP, verifique el plan de acción del establecimiento de salud.</i></p>	<p>Cumple con la concentración de controles prenatales</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i></p>
		<p>Si no cumple con la concentración, ¿tiene el ES un plan de acción para aumentarla?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>(el plan de acción, no le otorga el puntaje asignado)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i></p>

Para marcar si, el establecimiento de salud debe cumplir con al menos 4 controles prenatales (concentración de controles prenatales). Caso contrario, se marcará como no.

En caso, que el establecimiento de salud no cumpla con la concentración, se debe verificar el plan de acción con firmas de responsabilidad. Es importante considerar que la presentación del plan de acción, no le otorga el puntaje asignado.

Para obtener este dato se debe considerar:

Concentración de control prenatal= Numero de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) más número de consultas subsecuentes consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) Numero de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t).

Nota: Este parámetro se evaluará solo en los establecimientos de primer nivel de atención de salud MSP.

Pregunta 6

R.4.b Ob	6. El establecimiento de salud cuenta con pruebas de VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y hepatitis B en emergencia y laboratorio central. <i>(De no contar con las pruebas en estos servicios, se verificará en centro obstétrico o farmacia).</i> <i>(La enfermedad de Chagas se verificará en zona endémica)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar si, se debe verificar que el establecimiento de salud cuente con pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B, en los servicios de emergencia o laboratorio de no contar en estos servicios, se verificará en centro obstétrico o farmacia.

Nota: Las pruebas de detección de enfermedad de Chagas en gestantes serán verificadas en los establecimientos de salud ubicados en zonas endémicas (ANEXO 2) de esta enfermedad y todos los niveles de atención de dichas zonas deben estar abastecidos.

Pregunta 7

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo la pregunta 7 y 24 del verificable R.4. c. Ob.

R.4.c Ob	7. El establecimiento de salud está abastecido de medicamentos antirretrovirales, kit profiláctico (KIT verde) para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH. <i>Verificar en centro obstétrico del ES. (En caso de que las condiciones de centro obstétrico no permiten guardar los kits, se puede verificar en farmacia).</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Este parámetro se evaluará solo en establecimiento de salud del MSP)</i>
-------------	---	-----------------------------	---

Para marcar sí, se debe verificar si el establecimiento de salud cuenta con kit profiláctico para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH (kit verde completo para la madre y el niño), el kit deberá estar abastecido de medicamentos antirretrovirales, supresor de la prolactina (cabergolina) y los sucedáneos de la leche materna, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de implementación en kit verde de profilaxis de transmisión materno infantil de VIH (junio 2019). Caso contrario marcar no.

No aplica: Para establecimientos de salud que no sean del MSP.

COMPONENTE PARTO Y POSPARTO

El evaluador para asignar el puntaje a las preguntas correspondientes a los verificables del componente parto y posparto, deberá observar al menos 10 partos céfalo vaginales y 5 cesáreas o el universo de una semana.

Pregunta 8

<p>P.7.d Ob</p>	<p>8. Asegurar espacio adecuados para el parto en libre posición.</p> <p>Equipamiento mínimo será el siguiente:</p> <p>Tela suspendida en el techo <input type="checkbox"/></p> <p>Taburete para la atención del parto en cucullas <input type="checkbox"/></p> <p>Colchoneta <input type="checkbox"/></p> <p>Masa baja auxiliar <input type="checkbox"/></p> <p>Lámpara cuello de ganso o similar <input type="checkbox"/></p> <p>Barra de sujeción <input type="checkbox"/></p> <p>Taburete de parto (silla holandesa) <input type="checkbox"/></p> <p>Silla del acompañante <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema de climatización para una temperatura de 25° <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se debe cumplir con ocho para marcar si</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
---------------------	--	------------------------------------	------------------------------------

Se marcará sí, cuando se verifique que el establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado y equipamiento mínimo para la atención del parto en libre posición. Se debe cumplir con mínimo ocho (8) de los ítems.

Nota: En los establecimientos de salud que no se cuente con la lámpara cuello de ganso, se evaluará lámparas similares para el cumplimiento de este parámetro.

Pregunta 9

P.8.a Ob	<p>9. El establecimiento de salud cuenta con al menos cuatro (4) métodos no farmacológicos, para ofrecer en la sala de trabajo de parto y parto alivio del dolor a las embarazadas.</p> <p>Masaje <input type="checkbox"/></p> <p>Calor local <input type="checkbox"/></p> <p>Deambulaci3n <input type="checkbox"/></p> <p>Ba1os de agua <input type="checkbox"/></p> <p>Relajaci3n <input type="checkbox"/></p> <p>Musicoterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Aromaterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Visualizaci3n <input type="checkbox"/></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		<p>(Para otorgar la calificaci3n, el evaluador deber1 visualizar la aplicaci3n de los m3todos no 1nicamente que se cuente con los mismos)</p>	

Se marcar1 s, cuando el establecimiento de salud cuente con al menos cuatro (4) m3todos no farmacol3gicos para el manejo y alivio del dolor de las embarazadas en sala de trabajo de parto y parto.

Para otorgar la calificaci3n, el evaluador deber1 visualizar la aplicaci3n de los m3todos no farmacol3gicos en las embarazadas durante la evaluaci3n, no 1nicamente que se cuente con los mismos

Pregunta 10

P.9.a Informe	10. Todas las ces1reas cuentan con pertinencia m3dica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
<p>(Para establecimientos de salud del primer nivel de atenci3n)</p>				

Para marcar s, el evaluador deber1 revisar el informe de pertinencia de ces1reas de los tres (3) 1ltimos meses, cada informe deber1 contar con las firmas de responsabilidad.

Pregunta 11

P.10.a Ob	<p>11. Despu3s de observar el parto vaginal o ces1rea con anestesia raquidea, ¿el reci3n nacido fue colocado al pecho de la madre en contacto piel a piel inmediatamente despu3s del nacimiento y por al menos una hora?</p> <p>(Salvo que la madre no lo desee o exista alguna contraindicaci3n clnica)</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		<p>(Cumpli3 con la norma de apego precoz)</p>	No aplica <input type="checkbox"/>

Para marcar s, se debe observar que el reci3n nacido fue colocado sobre el pecho de la madre, en contacto piel a piel inmediatamente despu3s del nacimiento, por al menos una hora, salvo que la madre no lo haya deseado o por alguna contraindicaci3n clnica que lo justifique, de presentarse estos casos, se deber1 responder **no aplica**.

Los partos por ces1rea con anestesia raquidea no son una restricci3n para esta pr1ctica.

Nota: Para evitar la pérdida de calor del recién nacido se puede aceptar que se coloque un gorro.

En el caso de cesárea se debe considerar que se respeten los protocolos de cirugía segura, conforme al Manual de seguridad del paciente-usuario emitido con acuerdo ministerial 00000115-2016.

Pregunta 12

P.10.c Ob	12. Después de observar el parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea, ¿el cordón umbilical fue cortado después de los dos minutos o cuando el cordón umbilical dejó de latir? (Salvo que exista una restricción específica)	Si <input type="checkbox"/> <i>(Cumplió con la norma de clampeo/ oportuno del cordón umbilical)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
--------------	---	--	---

Para marcar sí, se debe observar que el profesional de la salud realice el pinzamiento oportuno del cordón umbilical a los dos minutos o cuando este deje de latir, a no ser que exista una restricción específica,

Nota: se marcará no aplica en caso de existir una indicación médica que lo justifique.

Pregunta 13

P.11.a Ob	13. Los recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazaletes. (Deberá constar dos nombres, dos apellidos, sexo, fecha y hora de nacimiento)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar sí, se verificará que todos los recién nacidos estén identificados correctamente, conforme al Manual de seguridad del paciente-usuario emitido con acuerdo ministerial 00000115-2016 (nombres y apellidos de la madre; sexo, fecha y hora del nacimiento).

Pregunta 14

P.11.b Ob	14. Después de observar el parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea, ¿Los procedimientos preventivos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K, se realizaron frente a la madre y/o algún familiar o acompañante, después de la primera hora de vida. ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
--------------	--	-----------------------------	---

Para marcar si, los procedimientos preventivos se deberán realizar frente a la madre o un familiar (profilaxis ocular, administración de vitamina K, medidas antropométricas) después de la primera hora de vida.

Pregunta 15

P.14.b Ob.	15. El establecimiento de salud cuenta al menos con 5 métodos anticonceptivos modernos. Condón femenino <input type="checkbox"/> Condón masculino <input type="checkbox"/> Implantes <input type="checkbox"/> Pastillas con progestágenos <input type="checkbox"/> Pastillas combinadas <input type="checkbox"/> DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Inyectables <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(En métodos anticonceptivos definitivos revisar el registro de vasectomías y ligaduras)</i>	No <input type="checkbox"/>
---------------	--	---	-----------------------------

Se marcará si, cuando el establecimiento de salud cuente con al menos 5 métodos anticonceptivos modernos, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.

Nota: Los registros de vasectomías y ligaduras, únicamente serán evaluados en los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, de los últimos tres (3) meses.

COMPONENTE LACTANCIA MATERNA

Pregunta 16

L.15.a Ob.	16. De las madres observadas que amamantan. ¿Cuántas amamantan con la técnica adecuada? <i>Nota: Observar madres que están amamantando de las cuales cumplen con la técnica adecuada</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Cerca y frente al pecho.</i> <i>Cabeza y cuerpo en línea recta.</i> <i>Sostiene cabeza y hombros</i> <i>Boca del recién nacido bien abierta.</i> <i>labio inferior hacia afuera</i> <i>Mentón del recién nacido toca el pecho.</i> <i>Areola visible más arriba que abajo.</i> <i>mejillas del recién nacido llenas</i> <i>Succión lenta y sonidos de deglución.</i> <i>Se debe cumplir con nueve para marcar si</i>	No <input type="checkbox"/>
---------------	---	---	-----------------------------

Para marcar si, se debe observar que la madre realice los nueve pasos de la técnica de amamantamiento. Caso contrario marcar no.

Nota: De existir situaciones en que, al momento de la evaluación las madres o recién nacidos se encuentren dormidos, no se deberá despertarlos, la observación se realizará posteriormente.

Pregunta 17

L.17.b Ob	17. De las madres observadas ¿Cuántas practican el alojamiento conjunto?	a) N° de madres observadas: _____	b) N° de madres que comparten habitación con su recién nacido: _____	c) % de madres que practican alojamiento conjunto con su recién nacido: _____
		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

Para marcar si, se deberá obtener un porcentaje mayor o igual al 80%, que se calcula con los parámetros señalados, el evaluador deberá observar que las madres practiquen alojamiento conjunto con sus recién nacidos en la misma habitación.

En el caso de separación de recién nacido de su madre por algún procedimiento, deberá ser acompañado por el padre y/o familiar, de no existir esta posibilidad, no se deberá sobrepasar más de una hora, y se justificará la razón clínica

Pregunta 18

L.19.a Ob	18. Mediante observación en las salas de posparto ¿Cuántos no fueron alimentados con biberón o usaron chupón?	a) N° de recién nacidos observados: _____	b) N° de recién nacidos que no usaron biberón o usando chupón _____	c) % de recién nacidos que no usan biberones ni chupones: _____
		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

Para marcar si, se deberá obtener un porcentaje del 100%, que se calcula con los parámetros señalados.

El evaluador deberá observar que los recién nacidos no sean alimentados con biberón o usen chupón.

Pregunta 19

L.21.c Ob	19. Existe patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de la leche materna, biberones y/o chupones en el establecimiento de salud.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable)</i>
--------------	---	-----------------------------	---

Para asignar el puntaje, la respuesta es No, se deberá constatar mediante observación que no exista patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de la leche materna, biberones y/o chupones en el establecimiento de salud.

Nota: El evaluador debe tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable.

Pregunta 20

L.21.d Ob	20. ¿El establecimiento de salud tiene a la vista envases de sucedáneos de leche materna o biberones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable)</i>
--------------	---	-----------------------------	---

Para asignar el puntaje, la respuesta es No, se deberá constatar, que el establecimiento de salud, NO debe mantener visibles envases de fórmula y biberones.

Nota: El evaluador debe tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable.

Sección C: Documentos para revisar

Componente general

Pregunta 21

G.1.a Informe Interno	21 ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Norma ESAMyN para usuarios internos? <i>(Al menos dos actividades de difusión)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas actividades? _____ ¿Existe informe de actividades con nombres de asistentes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si es que no existe, se marca No)</i>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	---	-----------------------------

Para marcar si, se debe revisar un informe en el que consten todas las actividades realizadas para la difusión de la Norma ESAMyN para usuarios internos, de los tres (3) últimos meses, los eventos pueden ser presenciales, pero también virtuales, con los respectivos verificables.

De no existir informe con registro de asistentes marcar no.

Pregunta 22

G.1.a Informe Externo	22. ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Norma ESAMyN para los usuarios externos del establecimiento de salud? <i>(Al menos dos actividades de difusión)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas actividades? _____ ¿Existe informe de actividades con registro fotográfico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si es que no existe, se marca No)</i>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	--	-----------------------------

Para marcar si, se debe revisar un informe en el que consten todas las actividades realizadas, se debe revisar mínimo dos actividades para la difusión de la Norma ESAMyN para usuarios externos, de los tres (3) últimos meses, los eventos pueden ser presenciales, pero también virtuales, con los respectivos verificables.

De no existir informe con registro de fotográfico marcar no.

Componente prenatal

Pregunta 23

R.4.c Registro/ Informe	23. Existe un registro de embarazadas con resultado reactivo o positivo para sífilis, hepatitis B y/o VIH que reciben tratamiento o han sido referidas a un establecimiento que cuente con el servicio de Atención Integral de VIH.	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Verificar en Historia Clínica/PRASS, el tamizaje se lo realiza en todos los niveles de atención. Chagas solamente en zonas endémicas)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando el establecimiento no tenga atenciones con el resultado indicado o cuando la paciente se reusa a recibir el tratamiento)</i>
-----------------------------------	---	--	--

Se marcará si, cuando el establecimiento haya tenido atenciones de pacientes con resultado reactivo o positivo para hepatitis B, VIH o sífilis, en este caso, se solicitará un registro/informe que será, correlacionado con la HCL y/o PRAS donde se evidencie que reciben tratamiento o han sido referidas. Este registro deberá ser de los tres (3) últimos meses.

No aplica: cuando el establecimiento no tenga atenciones con el resultado indicado o cuando la paciente se reusa a recibir el tratamiento.

Pregunta 24

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo la pregunta 7 y 24 del verificable R.4. c. Ob.

R.4.ct Registro	24. Existe una matriz que reporte si el establecimiento cuenta con kit profiláctico (kit verde) para la prevención de la transmisión materno- infantil de VIH.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Solo para establecimiento del MSP
------------------------	--	-----------------------------	--

Para marcar si, se solicitará la matriz de reporte actualizada para verificar el abastecimiento de insumos en el kit verde. Esta información se obtendrá de la matriz de reporte de consumo y stock de kits profilácticos.

No aplica: en caso de que no sean establecimientos del MSP

11.3 Formulario de Encuesta para Embarazadas (03)

Este formulario tiene como finalidad sistematizar información general referente a la atención prenatal en el establecimiento de salud, considerándose el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal y Norma Técnica de Educación Prenatal.

La muestra mínima a evaluar será de 10 embarazadas o el universo de una semana, la muestra ideal es 20, para que la embarazada sea considerada en la aplicación del formulario de encuesta debe haberse realizado controles prenatales subsecuentes en el establecimiento de salud, donde se le realizará la encuesta.

Nota: Considerar que se realizará una encuesta por cada embarazada.

Sección A. Datos de la madre y el bebé

Pregunta 1:

A. Datos de la madre y bebé		
1. Semanas de gestación:	<input type="text"/>	2. Fecha probable del parto: _____ (dd) / (mm) / (aaaa) No sabe <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/>

Nota: Esta pregunta nos permitirá conocer si la madre es elegible o no.

Pregunta 2:

En la fecha probable de parto se debe colocar el día, mes y año, dato referido por la embarazada de acuerdo a la información entregada en sus controles prenatales, o de igual manera este dato puede ser tomado de la libreta integral de salud, en caso de no contar con esa información, colocar no sabe/no contesta.

Pregunta 3:

3. ¿Daré a luz en el establecimiento de salud donde se realiza los controles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> explique dónde será y la razón: _____ No sabe <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	--

Se debe preguntar a la embarazada si su decisión es que su parto sea atendido en el establecimiento de salud donde se realiza los controles prenatales. Si la respuesta es no, se deberá preguntar dónde dará a luz y la razón.

Pregunta 4

	<p>4. ¿Le han informado cuántos controles prenatales debería realizarse?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿A cuántos controles debería asistir?</p> <p><i>(Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción)</i></p> <p>1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/> más <input type="checkbox"/></p> <p><i>(No se refiere a un verificador, pero la información servirá al establecimiento en su plan de acción)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No sabe, no contesta <input type="checkbox"/></p>
--	--	---	------------------------------------	--

Para marcar sí, se debe preguntar a la embarazada si le han informado en el establecimiento de salud cuántos controles prenatales debería realizarse durante su embarazo; si la respuesta es afirmativa, preguntar a cuántos controles debería asistir.

En caso de que la embarazada indique que no le han informado marcar no.

Si la embarazada responde que no sabe marcar en la opción no sabe/ no contesta.

Nota: Esta pregunta no tiene verificador que califique un parámetro de cumplimiento, esta información servirá al establecimiento de salud para su plan de acción.

Pregunta 5

<p>R.3.c.1</p> <p>EM</p>	<p>5. ¿Cuenta con un plan de parto y de transporte?</p> <p><i>(subpregunta en caso necesario: sabe usted que hacer y que llevar cuando llegue la hora del parto)</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)</i></p>
--------------------------	--	------------------------------------	------------------------------------	---

Para marcar sí, se realiza la pregunta a la embarazada y, con base a la respuesta, se debe escoger la opción sí o no. En el caso que embarazada no comprenda la pregunta realizada, efectuar la subpregunta.

No aplica: cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 6

R.3.c.2 EM	6. ¿Le informaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
		¿Puede mencionar las que recuerde?		
		Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>		
		Visión borrosa <input type="checkbox"/>		
		Fuerte dolor de barriga <input type="checkbox"/>		
		Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/>		
		Salida de agua de fuente <input type="checkbox"/>		
		Fiebre alta <input type="checkbox"/>		
		Falta de movimiento del bebe <input type="checkbox"/>		
		(Si informa al menos 3 , se marca "SI")		(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)

Para marca si, se pregunta a la embarazada si le informaron sobre los signos de peligro durante el embarazo, si la respuesta es afirmativa, se procede a preguntar si puede mencionar los que recuerde, debe mencionar al menos tres (3) opciones. Caso contrario marcar no.

No aplica: cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 7

R.3.c.3 EM	7. ¿Le han asesorado sobre métodos anticonceptivos en los controles prenatales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
		¿Qué métodos le han asesorado?		
		Condón femenino <input type="checkbox"/>		
		Condón masculino <input type="checkbox"/>		
		Implantes <input type="checkbox"/>		
		Pastillas <input type="checkbox"/>		
		DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/>		
		Vasectomía <input type="checkbox"/>		
		Ligadura <input type="checkbox"/>		
		Inyectable <input type="checkbox"/>		
		(Si no menciona ninguno, se marca no)		
		(Se evaluará a partir del segundo trimestre de embarazo)		(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud o se encuentra en el primer trimestre de embarazo)

Para marcar si, se pregunta a la embarazada si le han asesorado sobre métodos anticonceptivos durante el control prenatal en el establecimiento de salud, en caso de responder si, el evaluador deberá realizar la subpregunta (que métodos anticonceptivos le han asesorado), la embarazada debe mencionar mínimo uno (1).

En el caso, que la embarazada no mencione ningún método anticonceptivo, se marca no.

No aplica: cuando la embarazada no se ha realizado ningún control prenatal en el establecimiento de salud o se encuentra en el primer trimestre de gestación.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 8

R.3.c.4 EM		<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué le han informado? Se debe esperar la explicación de la madre, puede mencionar:</p> <p><i>Lograr que usted y su bebé sean saludables.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Evitará gastos innecesarios en fórmulas, biberones y calentadores.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Evitará que usted falte al trabajo por enfermedad del recién nacido.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Protegerá al recién nacido de la Obesidad</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</i></p>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
---------------	--	---	------------------------------------	---

Se pregunta a la embarazada si le han informado sobre lactancia materna en los controles prenatales, en caso de responder si, se procede a solicitar que mencione lo que recuerde, debe mencionar al menos uno, para marcar si. Si la madre no menciona ninguno se marca como no.

No aplica: cuando la gestante no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 9

R.3.c.5 EM		<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna? <i>(Esperar explicación de la madre)</i></p> <p>Beneficios para el recién nacido <input type="checkbox"/></p> <p>Beneficios para la madre <input type="checkbox"/></p> <p>Beneficios económicos <input type="checkbox"/></p> <p>Vínculo madre-hijo <input type="checkbox"/></p> <p>Otros beneficios <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</i></p>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
---------------	--	--	------------------------------------	---

Se pregunta a la embarazada si le han brindado asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna, si la respuesta es afirmativa se procede a preguntar qué beneficios le

explicaron sobre la leche materna, debe mencionar al menos uno, para marcar si. En el caso que no mencione ningún beneficio se marca como no.

No aplica: cuando la gestante no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 10

R.4.a EM	<p>10. ¿Ha recibido asesoría para prevenir Infecciones de transmisión sexual entre ellas VIH y sífilis?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué le han asesorado?</p> <p>Uso correcto del preservativo <input type="checkbox"/></p> <p>Tamizaje de VIH, Sífilis y otras ITS <input type="checkbox"/></p> <p>Acudir al establecimiento de salud en los casos (ardor, comezón, secreción vaginal) <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)</i></p>
-------------	--	---	---	--

Se pregunta a la embarazada si recibió asesoría sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre ellas VIH y Sífilis, si la respuesta es afirmativa, se debe preguntar que le han asesorado, debe mencionar al menos uno, para marcar si. Solo en el caso que no mencione ningún método se marca como no.

No aplica: cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

11.4 Formulario de Encuesta para Mujeres en el Posparto (04)

El formulario de encuesta para mujeres en el posparto tiene como finalidad sistematizar información general referente a la atención del parto, posparto y lactancia materna que ha recibido en el establecimiento de salud.

Considerar que se realizará una encuesta por cada mujer en periodo de posparto.

La muestra mínima a evaluar es de 10 mujeres si el parto es céfalo vaginal y 5 si es parto por cesárea o si el recién nacido se encuentra en el servicio de neonatología, en el caso de no cumplir con la muestra mínima se considerará el universo de una semana.

Secciones del formulario:

Datos del parto

Esta sección está conformada por 5 preguntas que nos permitirá conocer la condición de la mujer en el posparto y si su recién nacido fue ingresado a neonatología para la aplicación de las preguntas respectivas.

1. El parto fue:	Vaginal <input type="checkbox"/> Expulsivo <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
2. Su bebé nació:	A término <input type="checkbox"/>	Prematuro <input type="checkbox"/>
3. ¿El bebé se encuentra en neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> Si es que sí, llenar incluso la sección D	No <input type="checkbox"/>
4. ¿En qué fecha nació su bebé?	(dd) (mm) (aaaa)	
5. Lugar donde se realiza la entrevista: Se escogerá mujeres en las que transcurrió más de 6 horas de posparto o que estén con indicciones de alta.	a) Consulta externa <input type="checkbox"/> b) Neonatología <input type="checkbox"/>	c) Sala de parto o recuperación <input type="checkbox"/> d) Hospitalización <input type="checkbox"/>

Pregunta 1:

Se debe registrar el tipo de parto, teniendo como opciones: parto vaginal, cesárea o expulsivo.

Nota: Las madres que llegaron al establecimiento de salud en fase expulsiva de parto, no son consideradas parte de la muestra elegible.

Pregunta 2:

Se debe registrar si el neonato nació prematuro (nacimiento antes de las 37 semanas de gestación) o si fue a término (nacimiento entre la semana 37 a la 41.6 semanas de gestación).

Pregunta 3:

Se debe registrar si el bebé de la madre encuestada se encuentra o no en neonatología. Si la respuesta es afirmativa se deberá completar la sección D (Para madres que no amamantan) de este formulario.

Pregunta 4:

Se debe registrar la fecha de nacimiento de recién nacido, utilizando el formato de día, mes y año.

Pregunta 5:

Se debe registrar el lugar donde se está realizando la encuesta, seleccionar una sola opción de las cuatro alternativas.

Nota: Las madres deben cumplir mínimo seis (6) o más horas de posparto o con indicaciones de alta, para ser consideradas parte de la muestra elegible.

Componente parto y posparto**Pregunta 6:**

P.5.a.1 EM	6. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
---------------	--	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron estar acompañada durante el trabajo de parto, caso contrario marcar no.

No aplica: en el caso que la mujer no haya deseado estar acompañada o exista una indicación clínica que lo justifique, previa información a la gestante y acompañante.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 7:

P.5.a.2 EM	7. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el parto (Vaginal o cesárea).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
---------------	---	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron estar acompañada durante el parto vaginal o cesárea, caso contrario marcar no.

No aplica: en el caso que la mujer no haya deseado estar acompañada o exista una indicación clínica que lo contraindique, previa información a la gestante y acompañante

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 8:

P.5.a.3 EM	8. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección al menos dos horas en el posparto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
---------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron estar acompañada durante el posparto (al menos dos horas), caso contrario marcar no.

No aplica: en el caso que exista una condición que esté clínicamente justificada.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 9:

P.6.a EM	9. El personal de salud le ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda y mantenga su privacidad en el establecimiento de salud.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
-------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le ofrecieron la opción de usar su propia ropa durante el trabajo de parto y parto, caso contrario marcar no.

No aplica: en el caso que exista una condición que esté clínicamente justificada.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 10:

P.6.b EM	10. El personal de salud le permitió ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
-------------	---	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto, caso contrario marcar no.

No aplica: en el caso que exista una condición que esté clínicamente justificada.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 11:

P.7.a EM	<p>11. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante el trabajo de parto?</p> <p><i>(No aplica en parto expulsivo o que exista una restricción que esté clínicamente justificada).</i></p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>En parto expulsivo exista una restricción que esté clínicamente justificada.</i></p>
-------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron moverse o caminar durante el trabajo de parto, caso contrario marcar no.

No aplica: en partos expulsivos o que exista una condición que esté clínicamente justificada.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 12:

P.7.b EM	<p>12. ¿Pudo elegir la posición para el parto?</p> <p><i>(No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea)</i></p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea o si existe una restricción que está clínicamente justificada.</i></p>
-------------	--	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar que le permitieron elegir la posición durante el parto, caso contrario marcar no.

No aplica: en partos expulsivos, cesáreas o que exista una condición que esté clínicamente justificada.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 13:

P.10.b EM	<p>13. ¿Le pusieron al bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>¿Su bebé lactó en este tiempo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p><i>(debe mencionar si en las dos opciones)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando existió una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido)</i></p>
--------------	---	---	---	--

Para marcar si, la mujer puérpera debe mencionar de manera afirmativa las dos opciones, que le colocaron al recién nacido en el pecho inmediatamente después del nacimiento y que lactó en ese tiempo, caso contrario marcar no.

No aplica: cuando exista una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 14:

P.14.a EM	14. El personal de salud le ha asesorado sobre métodos anticonceptivos después del parto.	Si <input type="checkbox"/> ¿En qué métodos le han asesorado? Condón femenino <input type="checkbox"/> Condón masculino <input type="checkbox"/> Implantes <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Inyectables (progestágenos) <input type="checkbox"/> <i>(Debe mencionar mínimo cinco opciones.)</i>	No <input type="checkbox"/>
--------------	--	---	-----------------------------

Se pregunta a la mujer puérpera si le han asesorado sobre métodos anticonceptivos después del parto, en caso de responder sí, el encuestador deberá realizar la subpregunta (que métodos anticonceptivos le han asesorado), la puérpera debe mencionar al menos cinco (5), para registrar como si, caso contrario marcar no.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad

Pregunta 15:

P.14.b EM	15. El establecimiento de salud le entregó algún método anticonceptivo.	Si <input type="checkbox"/> ¿Qué métodos le entregaron? Barrera (preservativos femeninos o masculinos) <input type="checkbox"/> Hormonales (implantes o pastillas vía oral) <input type="checkbox"/> DIU – T de cobre <input type="checkbox"/> Definitivos (vasectomía o ligadura) <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando las mujeres en posparto no deseen utilizar métodos anticonceptivos)</i>
--------------	--	---	-----------------------------	--

Para marcar si, se pregunta a la mujer puérpera si le han entregado algún método anticonceptivo antes del alta del establecimiento de salud, en caso de responder sí, el

evaluador deberá realizar la subpregunta (que método anticonceptivo le entregaron), caso contrario marcar no.

No aplica: cuando las mujeres en posparto no deseen utilizar métodos anticonceptivos. El evaluador deberá constatar que se le entregó el método.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 16:

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo las pregunta 16 y 17 del verificable P.14. c. EM.

P.14.c.1 EM	16. ¿Conoce los signos de alarma del recién nacido, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?	Si <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar lo que recuerde? Cambio de coloración de la piel <input type="checkbox"/> Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tieso o ataques <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> <i>(debe mencionar mínimo 2 signos)</i>	No <input type="checkbox"/>
----------------	---	--	-----------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a la mujer puérpera si conoce cuáles son los signos de alarma que puede presentar su recién nacido, en caso de responder sí, el evaluador deberá realizar la subpregunta (puede mencionar qué signos de alarma que recuerde), caso contrario marcar no.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 17:

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo las pregunta 16 y 17 del verificable P.14. c. EM.

P.14.c.2 EM	17. ¿Conoce los signos de alarma para usted después del parto?	Si <input type="checkbox"/> ¿Puede mencionar los que recuerde? Sangrado <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de barriga <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> <i>(debe mencionar mínimo 2 signos)</i>	No <input type="checkbox"/>
----------------	---	---	-----------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a la mujer puérpera si conoce cuáles son los signos de alarma después del parto, en caso de responder sí, el evaluador deberá realizar la subpregunta (puede mencionar qué signos de alarma recuerde), la madre deberá mencionar al menos dos signos de alarma. Caso contrario, se debe marcar no.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 18:

P.14.d EM	18. ¿Le informaron si tiene una cita o una hoja de referencia para acudir al control de salud para usted y su bebé en los siete días posparto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Cuando la madre o el recién nacido no han recibido el alta médica).</i>
--------------	--	-----------------------------	-----------------------------	---

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si cuenta con una cita o una hoja de referencia para acudir al control de salud en la primera semana posparto para ella y su hijo. Caso contrario marcar no.

No aplica: cuando la madre o el recién nacido no han recibido el alta médica.

Sección B. En caso de hospitalización del neonato

Pregunta 19:

P.13.a EM	19. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene libre acceso 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. La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Solo para 2do y 3er nivel de atención)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
--------------	---	---	-----------------------------	------------------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si ha tenido libre acceso al servicio de neonatología sin restricción, caso contrario marcar no

No aplica: cuando existan restricciones de acceso justificado o si fue referido a otro establecimiento de salud.

Este verificable aplica para los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda si.

Pregunta 20:

P.13.b EM	<p>20. En caso de hospitalización del neonato: ¿el personal de salud permitió acceso al padre o a un familiar a la unidad de neonatología al menos una vez al día.</p> <p><i>No existen restricciones de acceso justificado al padre o familiar a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato.</i></p> <p><i>La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i></p>	Si <input type="checkbox"/> (Solo para 2do y 3er nivel de atención)	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
--------------	---	--	-----------------------------	------------------------------------

Para marcar si, se pregunta a la madre si le informaron respecto al ingreso del padre o familiar a la unidad de neonatología al menos una vez al día, caso contrario marcar no.

No aplica: cuando exista restricciones de acceso justificado o si fue referido a otro establecimiento de salud.

Este verificable aplica para los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda si.

Pregunta 21:

P.13.c EM	<p>21. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita?</p> <p><i>(La información debe haberse brindado al menos 2 veces al día)</i></p>	Si <input type="checkbox"/> (Solo para 2do y 3er nivel de atención)	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
--------------	--	--	-----------------------------	------------------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si se le brindó información sobre la evolución del recién nacido, al menos 2 veces al día, caso contrario marcar no.

No aplica: cuando existan restricciones de acceso justificado o si fue referido a otro establecimiento de salud.

Este verificable aplica para los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda Si

Sección C. Componente Lactancia materna

Pregunta 22:

L.15.a EM	22. ¿En las horas posteriores al parto, algún profesional de la salud le prestó ayuda con la lactancia materna?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando existan restricciones que se justifican clínicamente o la madre no desea amamantar)</i>
--------------	---	-----------------------------	-----------------------------	--

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si dentro de las seis (6) horas posteriores al parto algún profesional de salud le prestó ayuda con la lactancia materna, caso contrario marcar no.

No aplica: cuando existan restricciones que se justifican clínicamente o la madre no desea amamantar

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda Si

Pregunta 23:

L.16.a EM	23. ¿Podría indicarme si su recién nacido ha recibido exclusivamente leche materna desde que nació? (neonatos prematuros y a término) <i>Si la madre está junto al recién nacido, hay que preguntar si le ha dado sólo leche materna.</i> <i>Si la madre tiene al recién nacido en las unidades de neonatología se debe preguntar si ha recibido leche materna de la madre o también del banco de leche.</i>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Si el RN fue referido o existe justificación médica o no cuenta con banco de leche)</i>
--------------	--	-----------------------------	-----------------------------	---

Para marca si, se debe preguntar a la madre si su recién nacido ha recibido exclusivamente leche materna desde que nació; caso contrario, se marca no.

No aplica: si el recién nacido fue referido a otro establecimiento de salud o si existe justificación médica para no amamantar y si el establecimiento de salud no cuenta con banco de leche.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Si la madre refiere que su hijo está ingresado en la unidad de neonatología, preguntar si su recién nacido ha recibido leche materna o leche del banco.

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda Si

Pregunta 24:

L.17.a EM	24. ¿Permaneció con su recién nacido en la misma habitación sin ser separados por más de una hora desde el nacimiento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando exista justificación clínica)
--------------	--	-----------------------------	-----------------------------	---

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si su recién nacido permaneció en la misma habitación, en los casos que la separación sea clínicamente justificada, no deberá ser más de una hora, caso contrario marcar no.

No aplica: cuando exista una condición que justifique clínicamente la separación del recién nacido de la madre.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 25:

L.18.a EM	25. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mencione que entiende por libre demanda</i> <i>Alimentar sin horarios</i> <input type="checkbox"/> <i>Cuando el recién nacido lo requiera</i> <input type="checkbox"/> <i>(debe mencionar mínimo una opción)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando exista justificación clínica)
--------------	--	---	-----------------------------	---

Para marcar si, se debe preguntar a la mujer si le informaron en el establecimiento de salud lo que es la lactancia a libre demanda en caso de responder sí, el evaluador deberá realizar la subpregunta (mencione que entiende por libre demanda) la madre deberá mencionar mínimo una opción. Caso contrario, se debe marcar no.

No aplica: cuando existan restricciones que se justifican clínicamente.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 26:

L.18.b EM	26. ¿Puede reconocer cuándo su recién nacido está con hambre?	Si <input type="checkbox"/> Puede mencionar señales que les indiquen que su hijo está hambriento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Acerca su cara hacia el seno <input type="checkbox"/> Abre la boca <input type="checkbox"/> Sacar la lengua <input type="checkbox"/> Aprieta los puños y se acerca a la boca <input type="checkbox"/> Se queja <input type="checkbox"/> (debe mencionar al menos 2 señales)	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando exista justificación clínica)
--------------	---	--	-----------------------------	---

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si reconoce cuando su recién nacido está con hambre, si la respuesta es afirmativa, se le pregunta puede mencionar las señales que le indiquen que su recién nacido está hambriento. Debe mencionar mínimo dos señales. Caso contrario marcar no.

No aplica: cuando existan restricciones que se justifican clínicamente.

Nota: esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 27:

L.19.a EM	27. ¿Su bebé fue alimentado con biberón o usó chupón en su estadía en el establecimiento de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> (si la respuesta es no se asigna el puntaje)	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando exista justificación clínica)
--------------	--	-----------------------------	---	---

Para asignar la puntuación, se debe preguntar a la madre si su recién nacido fue alimentado con biberón o usó chupón durante su estadía en el establecimiento de salud, si la respuesta es no se asigna el puntaje. Caso contrario marcar si y el puntaje será de cero.

No aplica: cuando exista justificación clínica para su uso.

Nota: esta pregunta se realizará a todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 28:

L.19.c EM	<p>28. ¿Le informaron sobre los riesgos de la alimentación con leche de fórmula, uso de biberones y/o chupones?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Mencione los riesgos que recuerde</p> <p>Sobrepeso-Obesidad Infantil <input type="checkbox"/></p> <p>Diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>Gases <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas en los dientes <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas en la alimentación <input type="checkbox"/></p> <p>(debe mencionar al menos 1 señales)</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
--------------	---	--	------------------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a la mujer si le informaron sobre los riesgos de la alimentación con leche de fórmula, uso de biberones y/o chupones, en caso de responder sí, el evaluador deberá realizar la subpregunta (mencione los riesgos que recuerde) la madre deberá mencionar mínimo una señal. Caso contrario, se debe marcar no.

Nota: esta pregunta se realizará a todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 29:

L.20.a EM	<p>29. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar?</p> <p>(Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad).</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Dónde o quién?</p> <p>Directo en el establecimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Algún profesional de salud <input type="checkbox"/></p> <p>Línea 171 opción 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/></p> <p>(Debe mencionar al menos uno.)</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>(en madres que no desea amamantar).</p>
--------------	--	---	------------------------------------	--

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si en el establecimiento de salud le informaron dónde o quién le puede ayudar si tiene problemas para amamantar, si la respuesta es afirmativa se le debe preguntar (donde o quién), debe mencionar mínimo una opción. Caso contrario, marcar no.

No aplica: en madres que no desea amamantar.

Nota: En esta pregunta se debe incluir a madres VIH, pero por temas de confidencialidad, no se debe desagregar esta especificidad y se debe manejar el tema con responsabilidad y ética.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 30:

NOTA: Para asignar el puntaje de tres (3) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo la pregunta 30 y 31 del verificable L.21. a. EM.

L.21.a.1 EM	30. ¿En el establecimiento de salud, alguna empresa o casa farmacéutica se ha comunicado con usted para ofrecerle leche de fórmula, biberones o chupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(si la respuesta es no se asigna el puntaje)</i>
----------------	---	-----------------------------	--

Se debe preguntar a la madre, si en el establecimiento, alguna empresa o casa farmacéutica se ha comunicado con usted para ofrecerle leche de fórmula, biberones o chupones si la respuesta es NO, se asignará el puntaje. Caso contrario se marcará sí y el puntaje será cero.

Nota: Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 31:

NOTA: Para asignar el puntaje de tres (3) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar con positivo la pregunta 30 y 31 del verificable L.21. a. EM.

L21.a.2 EM	31. ¿Alguien del establecimiento de salud le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones, chupones o cupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(si la respuesta es no se asigna el puntaje)</i>
---------------	--	-----------------------------	--

Para otorgar el puntaje, se debe preguntar a la madre, si en el establecimiento de salud le han ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones o chupones, si la respuesta es NO, se asignará el puntaje. Caso contrario se marcará si y el puntaje será cero.

Nota: esta pregunta se realizará a todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Pregunta 32:

L.21.b. EM	32. ¿En el establecimiento de salud, alguna empresa o casa farmacéutica le han entregado propaganda, muestras gratis, paquetes o regalos que incluyan leches de fórmula, biberones o chupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <i>(si la respuesta es no se asigna el puntaje)</i>
---------------	--	-----------------------------	--

Para otorgar el puntaje, se debe preguntar a la madre si en los establecimientos de salud, alguna empresa o casa farmacéutica le han entregado propaganda, muestras gratis,

paquetes o regalos que incluyan leches de fórmula, biberones o chupones. Si la respuesta es NO, se asignará el puntaje. Caso contrario se marcará si

Nota: esta pregunta se realizará a todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad

Sección D. Para madres que no amamantan

Pregunta 33:

L.15.c EM	<p>33. ¿Alguien en el establecimiento de salud le indicó y realizó una demostración de cómo preparar la leche de fórmula?</p> <p><i>(La madre con VIH está catalogada como madre que no amamanta, por motivos de confidencialidad se debe manejar el tema de corresponsabilidad y ética.)</i></p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(En mujeres que amamantan).</i></p>
--------------	--	-----------------------------	-----------------------------	---

Para marcar si, se debe preguntar a la madre si en el establecimiento de salud, se le indicó y realizó una demostración de cómo preparar la leche de fórmula para su recién nacido, caso contrario marcar no.

No aplica: en mujeres que amamantan.

Esta pregunta se realizará en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad

Nota: Es importante mencionar que, para que sea una respuesta positiva se debe esperar que el encuestado/a responda si.

11.5 Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (05A)

El formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre tiene como finalidad sistematizar información referente a los componentes general, prenatal y lactancia materna.

Considerar que se realizará una encuesta por cada personal de salud (médicos, enfermeras y obstetras/obstetrices).

Nota: Los profesionales de salud anesthesiólogos y auxiliares de enfermería para fines de los procesos de evaluación serán considerados como personal sin contacto directo con la madre. Es decir, para este personal de salud se utilizará el formulario 05B.

La muestra mínima a evaluar es de 10 profesionales de salud o el universo del establecimiento de salud.

Secciones

Secciones A: Datos del profesional de salud

A. Datos del empleado en salud	
1. Área de trabajo en el establecimiento:	
2. Personal que estuvo en contacto con la madre:	¿Momento? a) Prenatal <input type="checkbox"/> b) Durante el parto <input type="checkbox"/> c) Posparto <input type="checkbox"/>

En esta sección se debe registrar el área de trabajo a la que pertenece el profesional de salud encuestado y el momento en el que el personal estuvo en contacto con la madre.

Este formulario se aplica en todos los establecimientos de salud independientemente de su tipología y nivel de complejidad.

Sección B. Evaluación al personal

Componente general

Pregunta 3:

G.1.a EP 5A	3. ¿Puede mencionar los 5 objetivos de la Norma ESAMYN?	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal,</i> <i>Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido,</i> <i>Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales,</i> <i>Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,</i> <i>Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna</i> <i>(Debe mencionar los 5 objetivos)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
----------------	---	---	--	-----------------------------

Para marcar sí, el personal de salud debe mencionar los cinco objetivos de la Norma ESAMyN. Caso contrario, se marca no.

Componente prenatal

Pregunta 4

R.2.a EP5A	4. Mencione los temas de las 6 sesiones de educación prenatal	Sí <input type="checkbox"/> <i>Educación prenatal, cambios en embarazo y signos de alarma</i> <i>Atención prenatal</i> <i>Preparación para el parto</i> <i>Atención del parto y apego precoz</i> <i>Puerperio y lactancia</i> <i>Preparación de la gestante con el ambiente de parto</i> <i>(Debe mencionar los 6 temas)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
---------------	---	---	--	---

Para marcar si, el personal de salud debe mencionar los seis temas de las sesiones de educación prenatal que constan en la normativa, caso contrario, se marca no.

No aplica: para profesionales de salud en pediatría y neonatología.

Nota: Se realizará la encuesta a médicos, enfermeras y obstetras.

Componente parto

Pregunta 5

P.7.c EP	5. Mencione 4 ventajas del parto en libre posición (de pie, cuclillas, arrodillada, semi sentada o apoyada en 4 puntos) <i>(Realizar pregunta a personal: médicos, obstetras)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Menor duración del parto</i> <i>Menos nacimientos asistidos</i> <i>Disminución de episiotomías</i> <i>Menor dolor agudo durante el parto</i> <i>Menos alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal</i> <i>Menor dolor lumbar</i> <i>Menor dolor perineal posparto</i> <i>Factor protector del trauma perineal</i> <i>Fomenta la autonomía de la madre en el nacimiento</i> <i>(mencionar mínimo 4 ventajas)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
-------------	---	---	---

Para marcar si, se debe pedir al personal de salud (médicos y obstetras) que mencione las ventajas del parto en libre posición, deberán mencionar al menos cuatro. Caso contrario marcar no.

No aplica: para profesionales de la salud en pediatría y neonatología.

Pregunta 6

Nota: Para asignar el puntaje de uno (1) al parámetro de cumplimiento del paso 8, directriz b, se debe marcar como positivo la pregunta 6 del formulario 5 A (Encuesta del personal en contacto directo) y las preguntas 4 del formulario 5B (encuesta al personal sin contacto) del verificable P.8. b. EP.

P.8.b EP	6. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto? <i>(Realizar pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Masaje</i> <i>Calor local</i> <i>Deambulaci3n</i> <i>Baños de agua</i> <i>Relajaci3n</i> <i>Musicoterapia</i> <i>Aromaterapia</i> <i>Visualizaci3n</i> <i>(mencionar mínimo 5 métodos)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
-------------	---	---	---

Para marcar si, se debe pedir al personal de salud (médicos, obstetras y enfermeras) que mencione los métodos no farmacológicos para alivio del dolor durante el parto, deben mencionar al menos cinco para otorgar la calificación. Caso contrario se marca no.

No aplica: Para profesionales de salud en pediatría y neonatología.

Pregunta 7

P.9.a EP	7. Mencione diez procedimientos que deban evitarse durante el trabajo de parto y parto.	<i>(Esperar a que el encuestado/a mencione al menos diez procedimientos. NO mencione la lista de procedimientos)</i>	
	<i>(Realizar pregunta a personal: médicos, obstetras)</i>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Procedimiento	<i>(Marque X los procedimientos mencionados)</i>
		Canalización intravenosa de rutina.	<input type="checkbox"/>
		Episiotomías	<input type="checkbox"/>
		Parto instrumentado (utilización de fórceps y extracción al vacío).	<input type="checkbox"/>
		Enema	<input type="checkbox"/>
		Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas (Maniobra de Hamilton).	<input type="checkbox"/>
		Inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto.	<input type="checkbox"/>
		Exámenes vaginales repetidos; La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas.	<input type="checkbox"/>
		Fluidos intravenosos.	<input type="checkbox"/>
		Monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía).	<input type="checkbox"/>
		Control farmacológico del dolor sin que la usuaria lo solicite.	<input type="checkbox"/>
		Colocación de catéter urinario.	<input type="checkbox"/>
		Posición de litotomía (piernas en estribos).	<input type="checkbox"/>
		Pujos dirigidos por el personal de salud;	<input type="checkbox"/>
		Presión del fondo uterino (Kristeller).	<input type="checkbox"/>
		Cesárea sin pertinencia médica.	<input type="checkbox"/>
		Exploración manual del útero o aspiración del recién nacido.	<input type="checkbox"/>
		Rasurado perineal.	<input type="checkbox"/>
<i>(Si menciona 10 procedimientos marca "si" en evaluación)</i>			

Para marcar si, se debe pedir al personal de salud (médicos y obstetras) que indique los procedimientos que deban evitarse durante el trabajo de parto y parto, se debe mencionar al menos 10 para otorgar la calificación. Caso contrario se marca no.

El evaluador no debe mencionar las opciones que están descritas en el formulario, antes del que el profesional de salud de sus respuestas.

Pregunta 8

Nota: Para asignar el puntaje de tres (3) al parámetro de cumplimiento, se debe marcar como positivo las preguntas 8, 9, 10, 11 y 12 del verificable P.12. a. EP, de no responder una de estas preguntas, no se asignará puntuación

P.12.a EP	8. Mencione los 8 parámetros en los que se basa el score mamá para evaluar y analizar factores de riesgo y signos de alarma en una gestante. <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Frecuencia cardíaca <input type="checkbox"/> Presión sistólica <input type="checkbox"/> Presión diastólica <input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Saturación de oxígeno <input type="checkbox"/> Estado de conciencia <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>

Para marcar si, se debe solicitar al personal de salud (médicos, obstetras y enfermeras) que indique los parámetros en los que se basa el score mamá, se debe mencionar los 8 para otorgar el puntaje. Caso contrario marcar no.

Nota: El personal de enfermería se tomará en cuenta para la evaluación de esta pregunta.

No aplica: Para profesionales de salud en pediatría y neonatología.

Pregunta 9

P.12.a EP	9 Cuál es la dosis de sulfato de magnesio de impregnación y mantenimiento en pacientes con preeclampsia sin signos de severidad para prevenir convulsiones <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Para colocar si, deberá responder correctamente las dos opciones: <i>Impregnación: Sulfato de magnesio 4 g IV en 20 minutos</i> <i>Mantenimiento: 1g/hora/IV en infusión continua</i>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>

Para marcar si, se debe solicitar al personal de salud (médicos obstetras y enfermeras) que mencione la dosis de impregnación y mantenimiento del sulfato de magnesio en preeclampsia sin signos de severidad. De no responder de manera correcta marcar no.

No aplica: Para profesionales de salud en pediatría y neonatología

Pregunta 10

P.12.a EP	10 Cuáles son las principales causas de hemorragia post parto (4T) <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Para colocar si, deberá responder correctamente las cuatro opciones: Tono (atonía uterina) <input type="checkbox"/> Tejido (retención de placenta o coágulos) <input type="checkbox"/> Trauma (lesión cervical o vaginal, ruptura uterina) <input type="checkbox"/> Trombina (problemas de coagulación) <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>

Para marcar si, se debe solicitar al personal de salud (médicos, enfermeras y obstetras) que mencione las principales causas de hemorragia postparto. De no responder de manera correcta marcar no.

No aplica: Para profesionales de salud en pediatría y neonatología

Pregunta 11

P.12.a EP	11. Mencione el significado del acrónimo REFIERA del AIEPI.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	<i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras)</i>	<i>(Para colocar si, deberá responder correctamente todas las opciones)</i> Respiración oxígeno <input type="checkbox"/> Estabilidad hemodinámica <input type="checkbox"/> Frio- evitar hipotermia <input type="checkbox"/> Información a padres y cuidadores <input type="checkbox"/> Energía- glucosa <input type="checkbox"/> Registro y monitorización <input type="checkbox"/> Administración de líquidos y medicamentos <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud de enfermería)</i>

Para marcar si, se debe solicitar al personal de salud (médicos y obstetras) que mencione el significado del acrónimo REFIERA del AIEPI. Caso contrario marcar no.

No aplica: Para profesionales de salud de enfermería.

Nota: Los profesionales de salud en pediatría y neonatología serán considerados para evaluar este verificable.

Pregunta 12

P.12.a EP	12. Mencione de forma correcta el número de compresiones y respiraciones para reanimar a un recién nacido.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	<i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras)</i>	3 compresiones, 1 respiración <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud de enfermería)</i>

Para marcar si, se debe solicitar al personal de salud (médicos y obstetras) que mencione la manera correcta de la reanimación de un recién nacido. De no responder de manera correcta marcar no.

No aplica: Para profesionales de salud de enfermería.

Nota: Los profesionales de salud en pediatría y neonatología serán considerados para evaluar este verificable.

Pregunta 13

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento del paso 14, directriz c, se debe marcar como positivo las preguntas 13 y 14 del formulario de encuesta 5 A (personal en contacto directo) y las preguntas 5 y 6 del formulario 5B (personal sin contacto) del verificable P.14. c. EP.

<p>P.14.c EP</p>	<p>13. Mencione los principales signos de alarma para la madre después del parto</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Sangrado <input type="checkbox"/></p> <p>Secreción vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor abdominal <input type="checkbox"/></p> <p>Visión borrosa. <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de cabeza. <input type="checkbox"/></p> <p><i>(mencionar mínimo 4 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i></p>
----------------------	--	---	--

Se debe solicitar al personal de salud (médicos obstetras y enfermaras) que mencione los signos de peligro para la madre después del parto, se debe mencionar al menos 4 para asignar la puntuación. Caso contrario marcar no.

No aplica: Para profesionales de salud en pediatría y neonatología

Pregunta 14

<p>P.14.c EP</p>	<p>14. Mencione los principales signos de alarma para el recién nacido</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Cambio de coloración <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad para respirar <input type="checkbox"/></p> <p>Rigidez o convulsiones <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida de tono muscular <input type="checkbox"/></p> <p>Irritabilidad <input type="checkbox"/></p> <p><i>(mencionar mínimo 4 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
----------------------	--	---	------------------------------------

Se debe solicitar al personal de salud (médicos, obstetras y enfermeras) que mencione los signos de peligro para el recién nacido, se debe mencionar al menos 4, para otorgar la calificación. Caso contrario marcar no.

Nota: Los profesionales de salud en pediatría y neonatología serán considerados para evaluar este verificable.

Componente lactancia materna

Pregunta 15

L.15.a. 1 EP	15. En los últimos dos años ha recibido capacitaciones y evaluaciones (conocimientos y habilidades) en lactancia materna.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar si, se debe preguntar a personal de salud si ha recibido en los últimos 2 años capacitaciones y evaluaciones de conocimientos y habilidades en lactancia materna. Caso contrario marcar no.

Nota: Los profesionales de salud anesthesiólogos y auxiliares de enfermería para fines de los procesos de evaluación serán considerados como personal sin contacto directo con la madre. Es decir, para este personal de salud se utilizará el formulario 05B

Pregunta 16

Nota: Para asignar el puntaje de “3” en el parámetro de cumplimiento del paso 15 directriz “a” el personal de salud debe responder de manera correcta 3 de las 4 subpreguntas que constan el verificable L.15.a.2 EP.

Subpregunta 1

L.15.a. 2 EP	16. El profesional de la salud responde 3 de cada 4 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna y aptitudes de apoyo a la lactancia. (Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)	1. ¿La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses evita enfermedades prevalentes de la infancia, mencione al menos 2? Diarrea <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--------------------	---	--	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar si, el personal de salud debe mencionar al menos 2 enfermedades prevalentes de la infancia que se previenen con la lactancia materna exclusiva (6 meses). Caso contrario marcar no.

Subpregunta 2

<p>2. ¿Cuál es la principal causa de dolor y grietas en pezón relacionados a la lactancia?</p> <p><i>Técnica inadecuada de amamantamiento/mal agarre</i></p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar si, el personal de salud debe mencionar la causa principal de dolor y grietas en el pezón relacionados con la lactancia. Caso contrario marcar no.

Subpregunta 3

<p>3. ¿Cuán frecuentemente recomienda que él bebe se alimente en la primera semana de vida?</p> <p><i>Libre demanda</i></p>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Para marcar si, se le debe preguntar al personal de salud con qué frecuencia indica que se debe alimentar al recién nacido en la primera semana de vida. Caso contrario marcar no.

Subpregunta 4

<p>4. Describa la técnica correcta del amamantamiento</p> <p><i>Cerca y frente al pecho.</i></p> <p><i>Cabeza y cuerpo en línea recta.</i></p> <p><i>Sostiene cabeza y hombros</i></p> <p><i>Boca del recién nacido bien abierta.</i></p> <p><i>Labio inferior hacia afuera</i></p> <p><i>Mentón del recién nacido toca el pecho.</i></p> <p><i>Areola visible más arriba que abajo.</i></p> <p><i>Mejillas del recién nacido llenas</i></p> <p><i>Succión lenta y sonidos de deglución.</i></p> <p><i>(debe mencionar las 9 opciones)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Para marcar si, el personal de salud debe describir los nueve pasos de la técnica correcta del amamantamiento. Caso contrario marcan no.

Pregunta 17

L.15.b EP	<p>17. ¿Enseña a las madres cómo extraerse, almacenar y alimentar al recién nacido con leche materna?</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar la técnica de extracción?</p> <p><i>Higiene de manos</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Estimula el flujo de la leche (relajación, masaje, calentamiento, etc.)</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Colocando mano en forma de C</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Presión hacia costillas</i> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar cómo almacenar la leche extraída?</p> <p><i>Usar recipiente de vidrio estéril con tapa de plástico estéril</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Etiquetar con el nombre, fecha y hora</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Guardar en la refrigeradora</i> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar cómo alimentar con la leche almacenada?</p> <p><i>Descongelar la leche a baño maría</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Administrar la leche con vaso o con cucharita</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No se usan biberones</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No volver a congelar la leche que sobra</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(debe mencionar todos los pasos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
--------------	---	--	------------------------------------

El personal de salud debe mencionar los pasos de extracción manual de leche, almacenamiento y alimentación, se debe responder todos los ítems para marcar si. Caso contrario marcan no.

Pregunta 18

L.21.e EP	<p>18. Mencione los elementos que regula el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar?</p> <p><i>No publicitar fórmulas lácteas</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No alentar el uso de fórmulas</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No entregar muestras gratis</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No permitir el contacto de promotores con madres</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>El profesional no debe aceptar productos</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>No usar palabras que idealicen el consumo</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>El material entregado en lactancia materna debe ser científico</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Incluir en todas las etiquetas ventajas de lactancia</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Mencionar mínimo cinco opciones)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
--------------	--	--	------------------------------------

Para marcar si, el personal de salud debe mencionar los elementos que regula el código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, se debe responder al menos 5 para otorgar la calificación. Caso contrario marcan no.

11.5 Formulario de Encuesta para Personal sin Contacto Directo con Madres (05B)

El formulario de encuesta para personal sin contacto con la madre tiene como finalidad sistematizar información referente al conocimiento de la Normativa Técnica Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto, signos de peligro para la madre posparto y del recién nacido.

Considerar que se realizará una encuesta por cada personal de salud, para los procesos de evaluación se incluirán a los anestesiólogos y auxiliares de enfermería.

La muestra mínima a evaluar es de 5 o el universo de personal de salud del establecimiento.

Secciones

A. Datos del empleado en salud.

Pregunta 1 y 2

A. Datos del empleado en salud	
1. Área de trabajo en el establecimiento:	
2. Ocupación:	_____

En la pregunta 1 se debe registrar el área de trabajo a la que pertenece el personal de salud encuestado.

En la pregunta 2 se debe registrar la ocupación que el personal encuestado ocupa en el establecimiento de salud.

Pregunta 3

G.1.a EP5B	3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño? Mencione al menos dos objetivos de la normativa	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal,</i> <input type="checkbox"/> <i>Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido,</i> <input type="checkbox"/> <i>Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales,</i> <input type="checkbox"/> <i>Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,</i> <input type="checkbox"/> <i>Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna</i> <input type="checkbox"/> <i>(mencionar mínimo 2 objetivos)</i>	No <input type="checkbox"/>
---------------	--	---	-----------------------------

Para marcar si, el personal de salud debe indicar mínimo 2 objetivos de la Norma ESAMyN, para otorgar la calificación. Caso contrario marcar no.

Pregunta 4

Nota: Para asignar el puntaje de uno (1) al parámetro de cumplimiento del paso 8, directriz b, se debe marcar como positivo la pregunta 6 del formulario 5 A (Encuesta del personal en contacto directo) y las preguntas 4 del formulario 5B (encuesta al personal sin contacto) del verificable P.8. b. EP.

P.8.b EP	4. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?	Si <input type="checkbox"/> <i>(Esperar a que el entrevistado responda y marque según corresponda)</i> Masaje <input type="checkbox"/> Calor local <input type="checkbox"/> Deambulaci3n <input type="checkbox"/> Baños de agua <input type="checkbox"/> Relajaci3n <input type="checkbox"/> Musicoterapia <input type="checkbox"/> Aromaterapia <input type="checkbox"/> Visualizaci3n <input type="checkbox"/> <i>(mencione al menos 5 métodos)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para personal administrativo y de servicios externalizados)</i>
-------------	--	---	--

Para marcar si, se debe pedir al personal de salud indicar los métodos no farmacológicos para alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto, se deberán mencionar al menos 5 para otorgar la calificaci3n. Caso contrario se marca no.

No aplica: Para personal administrativo y de servicios externalizados.

Pregunta 5

Nota: Para asignar el puntaje de dos (2) al parámetro de cumplimiento del paso 14, directriz c, se debe marcar como positivo las preguntas 13 y 14 del formulario de encuesta del personal en contacto directo y las preguntas 5 y 6 del formulario de encuesta al personal sin contacto del verificable P.14. c. EP.

P.14.c EP	5. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para la madre después del parto?	Si <input type="checkbox"/> mencione dos: Sangrado o secreci3n <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de barriga <input type="checkbox"/> Visi3n borrosa <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> <i>(mencionar mínimo 2 signos)</i>	No <input type="checkbox"/>
--------------	---	---	-----------------------------

Se debe solicitar al personal de salud que mencione mínimo 2 signos de peligro para la madre después del parto, para otorgar la calificaci3n. Caso contrario marcar no.

Pregunta 6

6. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para el recién nacido	Si <input type="checkbox"/> mencione dos:	No <input type="checkbox"/>
	<i>Cambio de coloración</i> <i>Dificultad para alimentarse</i> <i>Fiebre</i> <i>Dificultad para respirar</i> <i>Tieso o ataque</i> <i>Debilidad</i> (menciona mínimo 2 signos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Se debe solicitar al personal de salud que mencione mínimo 2 signos de peligro para el recién nacido para otorgar la calificación. Caso contrario marcar no.

11.6 Formulario de Revisión de Historias Clínicas de Embarazadas y Mujeres en el Posparto

Este formulario recopila información referente a los procesos de atención materna y neonatal, mediante la revisión de la Historia Clínica Materna, neonatal y el formulario 051.

La muestra debe realizarse al azar y mínimo se evaluarán 10 historias clínicas o el universo de los 3 meses evaluados. Para que la historia clínica sea considerada en la muestra ideal a evaluar en el componente prenatal se debe tomar en cuenta que tenga controles subsecuentes en el establecimiento de salud.

Nota: Para recopilar la información, el evaluador deberá estar acompañado por el punto focal ESAMyN y/o gerente, director, administrador técnico, responsable del establecimiento de salud.

Para el llenado de formulario se debe tener cuenta lo descrito a continuación:

Secciones

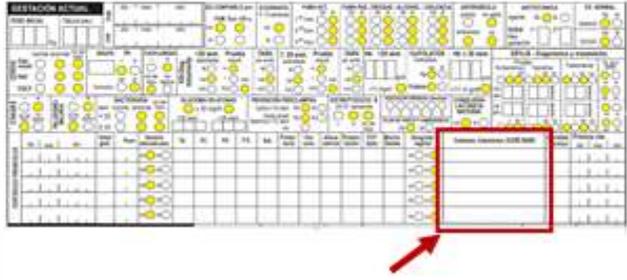
A. Formulario 051

A. Formulario 051	
EMBARAZADAS	
El parto fue: bajar a sección de madre puerpera	
Vaginal	<input type="checkbox"/>
Por cesárea:	<input type="checkbox"/>

Esta sección está conformada por un espacio de información para registro del tipo de parto reportado en la historia clínica. El cual se deberá marcar con una X.

Pregunta 1

R.3. d.1 051	1. En las Historias clínicas revisadas todas las embarazadas tienen registrado el SCORE MAMA	Sí cumple <input type="checkbox"/>	No cumple <input type="checkbox"/>
		No aplica <input type="checkbox"/> <i>No aplica, cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud, o es referida de otro establecimiento de salud</i> Observaciones	



Para marcar si cumple, se debe verificar el registro del Score Mamá en el formulario 051, identificando las siglas y el puntaje.

De no encontrar el registro en este formulario, se puede revisar cualquiera de los siguientes formularios:

- Formulario 005 (evolución y prescripciones)
- Formulario 006 (epicrisis)
- Formulario 008 (emergencia)
- Formulario 053 (referencia y contrareferencia)
- Ficha de control de signos vitales y evaluación del score mamá.

De no encontrar registro en ninguno de los formularios descritos, marcar no cumple.

No aplica: cuando la embarazada no se haya realizado el control prenatal en el establecimiento de salud o es referida.

Pregunta 2

Nota: Para asignar el puntaje de “3” en el parámetro de cumplimiento del paso 4 directriz “b” el evaluador debe revisar que este registrado las preguntas 2, 3, 4 y 6 (esta última de la sección HCU) del verificable R.4.b 051 y HCU.

Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta.

Caso contrario obtendrá cero puntos.

R.4. b

051

2. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de VIH.

(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)

GESTACIÓN ACTUAL		ES CONFIABLE por	ECOGRAFÍA	FUM. ACT.	FUM. PAS.
PREO INICIAL	TALLA (mm.)	FUM. Eco <20 s.	>13 semanas	1º sem.	2º sem.
CERVA	GRUPO	>20 sem. Prueba solicitada	TARY. en emb.	> 20 sem. Prueba solicitada	TARY. en emb.
PAP	Rh	si	si	si	si
COLP.	COAGULOS	no	no	no	no

En el caso de establecimientos de salud, que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital

Si cumple No cumple

Para marcar si cumple, se tiene que revisar en el formulario 051 (físico o digital) el registro del tamizaje para detección de VIH. Caso contrario marcar, no cumple.

Pregunta 3

R.4. b

051

3. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas, se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de sífilis,

(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)

GESTACIÓN ACTUAL		ES CONFIABLE por	ECOGRAFÍA	FUM. ACT.	FUM. PAS.	SIFILIS - Diagnóstico y tratamiento
PREO INICIAL	TALLA (mm.)	FUM. Eco <20 s.	>13 semanas	1º sem.	2º sem.	Diagnóstico
CERVA	GRUPO	>20 sem. Prueba solicitada	TARY. en emb.	> 20 sem. Prueba solicitada	TARY. en emb.	Tratamiento
PAP	Rh	si	si	si	si	si
COLP.	COAGULOS	no	no	no	no	no

En el caso de establecimientos de salud que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.

Si cumple No cumple

Para marcar si cumple, se tiene que revisar en el formulario 051 (físico o digital) el registro del tamizaje para detección de sífilis. Caso contrario marcar, no cumple.

Pregunta 4

R.4. b	4. En las HCU revisadas, las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de enfermedad de Chagas	(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémica deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)																																																																																																	
051	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">GESTACIÓN ACTUAL</th> <th colspan="2">FPP</th> <th colspan="2">FUM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">PESO INICIAL</td> <td colspan="2">TALLA (cm.)</td> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>dia</td> <td>mes</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Kg.</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">CERVIX</td> <td>Insp. visual</td> <td>normal</td> <td>anormal</td> <td>no se hizo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PAP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COLP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHAGAS</td> <td>no se hizo</td> <td>no aplicable</td> <td>no se hizo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">PALUDISMO/ MALARIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">BACTERIURIA</td> <td></td> <td>sem normal</td> <td>anormal</td> <td>no se hizo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Λ 20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>IV 20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>En el caso de establecimientos de salud 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>	GESTACIÓN ACTUAL				FPP		FUM		PESO INICIAL		TALLA (cm.)		dia	mes	dia	mes	Kg.								CERVIX	Insp. visual	normal	anormal	no se hizo				PAP							COLP							CHAGAS	no se hizo	no aplicable	no se hizo				PALUDISMO/ MALARIA															BACTERIURIA		sem normal	anormal	no se hizo				Λ 20							IV 20														<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>(En ES que no están en zona endémica)</p>
GESTACIÓN ACTUAL				FPP		FUM																																																																																													
PESO INICIAL		TALLA (cm.)		dia	mes	dia	mes																																																																																												
Kg.																																																																																																			
CERVIX	Insp. visual	normal	anormal	no se hizo																																																																																															
	PAP																																																																																																		
	COLP																																																																																																		
	CHAGAS	no se hizo	no aplicable	no se hizo																																																																																															
PALUDISMO/ MALARIA																																																																																																			
BACTERIURIA		sem normal	anormal	no se hizo																																																																																															
	Λ 20																																																																																																		
	IV 20																																																																																																		

Para marcar si cumple, se tiene que revisar en el formulario 051 (físico o digital) el registro del tamizaje para detección de enfermedad de Chagas. Caso contrario marcar, no cumple.

Para los establecimientos de salud que se encuentran en zona endémica se debe verificar el registro correcto de las cuatro preguntas 2, 3, 4 y 6 (esta última de la sección HCL) para asignar el puntaje correspondiente en el parámetro de cumplimiento.

Nota: No aplica en los establecimientos de salud que NO están en Zona endémica.

Sección B. Historias clínicas

Pregunta 5

R.3. d.2	5. La gestante es controlada de acuerdo al riesgo en el nivel de atención correspondiente según Norma del MSP	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
HCU	(Historias clínicas de embarazadas con score mamá alto ≥ 2 reciben tratamiento y/o son referidas)		No aplica <input type="checkbox"/>
			(Cuando no exista casos registrados)

Para marcar si, se debe revisar en las historias clínicas y/o formularios descritos en la pregunta 1, el score mamá mayor o igual a dos que recibieron tratamiento y/o fueron referidas. Caso contrario, se marcará no.

No aplica: cuando no existan casos registrados

Nota: Para la evaluación de esta pregunta se tomará en cuenta las HCU y/o formularios de los 3 últimos meses o el universo de este período. De manera excepcional de no contar con la muestra se tomará el universo de 6 meses.

Para marcar sí, se debe revisar en la historia clínica (física o digital) que todos los procedimientos descritos se hayan realizado bajo una justificación médica o clínica válida. Caso contrario marcar, no

No aplica: para los establecimientos que no hayan registrado en sus atenciones procedimientos invasivos.

Pregunta 8

P.13. d	8. Recién nacidos hospitalizados alimentados exclusivamente con leche materna	No aplica <input type="checkbox"/>
HCU	<i>(Revisar indicaciones médicas en formulario 005 de evolución y prescripciones)</i>	<i>(cuando exista una justificación clínica)</i>
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Para marcar sí, se debe verificar en la historia clínica (física o digital) en el formulario 005 evolución y prescripciones, si los recién nacidos hospitalizados son alimentados exclusivamente con leche materna. Caso contrario, marcar no.

No aplica: cuando exista una justificación clínica

Pregunta 9

L.16. b	9. Recién nacidos que recibieron agua glucosada, suero oral o sucedáneos de la leche materna para probar tolerancia oral.	No aplica <input type="checkbox"/>
HCU	<i>(Revisar indicaciones médicas en formulario 005 de evolución y prescripciones)</i>	<i>(Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición)</i>
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Se debe verificar en la historia clínica (física o digital) en el formulario 005 evolución y prescripciones, si los recién nacidos NO probaron tolerancia oral con suero glucosado, suero oral o sucedáneos de la leche materna, para asignar la puntuación se debe responder no. Caso contrario, marcar si y la puntuación será de cero.

No aplica: Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición.

Pregunta 10

L.19. b	10. Recién nacidos en los que se prescribió sucedáneos de la leche materna y se documenta su justificación.	No aplica <input type="checkbox"/>
HCU	(Revisar indicaciones médicas en formulario 005 evoluciones y prescripciones)	(Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición)
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Para marcar sí, se debe verificar en la historia clínica (física o digital) en el formulario 005 evolución y prescripciones, si existe prescripción médica justificada para la administración de sucedáneos de la leche materna. Marcar no cuando se prescribió sucedáneos de la leche materna sin justificación médica.

No aplica: Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición.

11.7 Formulario de Evaluación

El formulario de evaluación, tiene como finalidad consolidar toda la información recogida de los formularios de recopilación de datos (formulario de información del establecimiento de salud, formulario de observación, formulario de encuesta para embarazadas, formularios de encuesta para mujeres en posparto, formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre, formulario de encuesta para personal de salud sin contacto directo con madre, formulario de revisión de historias clínicas de embarazadas y mujeres posparto) que permitirán asignar la puntuación correspondiente a cada parámetro de cumplimiento.

Se debe tomar en cuenta que, para asignar el puntaje correspondiente en el formulario de evaluación, existen una o varias preguntas que califican un mismo verificable que a su vez asignan el puntaje a cada parámetro de cumplimiento.

Los parámetros con asterisco (*) y resaltado en color rosado son de cumplimiento obligatorio (24 parámetros centinelas), el establecimiento que no cumpla con estos no podrá ser certificado aún si cumple con el puntaje mínimo requerido.

Nota: El no aplica no se consideran dentro del promedio del puntaje y tampoco afecta a la calificación final.

Secciones

A. Datos del establecimiento de salud

La información de esta sección se completará con los datos del formulario de información del establecimiento de salud previamente levantado.

A. Datos del establecimiento de salud

<p>1. Instituciones del sistema de salud.</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>Especifique: _____</p>	<p>Indique el tipo de ES al que corresponde:</p> <p>Establecimiento de salud tipo B <input type="checkbox"/></p> <p>Establecimiento de salud tipo C –Materno Infantil. <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital básico <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital general <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital especializado en gineco-obstetricia <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: _____</p> <p>Nivel de complejidad automáticamente se debe identificar</p>
<p>2. Total de personas que laboran en el área administrativa del establecimiento de salud</p> <p>_____</p> <p>Total, de personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud:</p> <p>_____</p>	<p>Número de camas censables en el establecimiento de salud: _____</p> <p>Número de camas para gineco-obstetricia: _____</p> <p>Número de camillas de recuperación posparto inmediato: _____</p> <p>Número de unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR): _____</p> <p>Número de camillas/camas para el parto en libre posición: _____</p> <p>Número de camillas para parto litotómico: _____</p> <p>Número de quirófanos destinados a cesáreas _____</p>

<p>2.2 Total de profesionales de la salud para la atención materna neonatal. Desglose por tipo de profesionales y temas.</p>	<p>Profesional</p>	<p>Total de profesionales que cumplen las siguientes funciones: Lactancia Maternal, VIH, Educación prenatal.</p>
	<p>Enfermera/o del centro obstétrico</p>	<p>_____</p>
	<p>Enfermera/o de neonatología</p>	<p>_____</p>
	<p>Enfermera/o de consulta externa</p>	<p>_____</p>
	<p>Especialista en ginecoobstetricia</p>	<p>_____</p>
	<p>Obstetras – obstétrices</p>	<p>_____</p>
	<p>Enfermeras neonatología</p>	<p>_____</p>
	<p>Pediatra / Neonatólogo </p>	<p>_____</p>
	<p>Dietistas o nutricionistas</p>	<p>_____</p>
<p>3. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto:</p> <p>_____</p>	<p>Título profesional: _____</p> <p>Teléfono y/o extensión: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	

4. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
	Promedio de ingresos diarios: _____ Número de cunas/camas totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Tiene cuidados del recién nacido: Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____	
5. ¿Existe una Comisión Técnica ESAMyN?	Sí <input type="checkbox"/> Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa)	No <input type="checkbox"/> Cuándo se actualizó: _____ (dd/mm/aaaa)
	_____ (dd/mm/aaaa)	
6. Estadística de control prenatal.	Cobertura y concentración (promedio del último año fiscal de enero a diciembre) Cobertura de control prenatal; Número de atención por primera consulta preventiva de control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en un periodo (t) / Población estimada de mujeres embarazadas en un periodo (t) _____ Concentración de control prenatal= Número de primeras consultas de controles prenatales, más número de consultas subsiguientes de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) / Número de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) _____	

	Indicador	Número
7. Estadísticas de control de partos y nacimientos.	Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.	No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____
	Porcentaje de partos en adolescentes.	Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud. _____
	Porcentaje de partos en libre posición.	No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____
	Total, de partos en el último año: _____	
	Total, de nacimientos en el último año: _____	
	Total, de nacidos vivos en el último año: _____	
	Si presenta una tasa de cesáreas que supera el 15% deberá presentar un plan de acción del ES para disminuirla.	
	Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____
	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____
	Número de muertes maternas	

8. Cobertura de tamizaje neonatal.	Sumatoria de neonatos tamizados en el periodo/ total de nacidos vivos en el año * 100 en el establecimiento de salud
9. Información en VIH/Sida.	En el último año: Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH por primera vez: ___ Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH según la norma: ___ Número de embarazadas que recibieron asesoría pre-prueba para VIH: ___ Número de embarazadas que recibieron asesoría post-prueba para VIH: ___ Número de embarazadas diagnosticadas con VIH: ___ Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento: _____
10. Información para Sífilis.	En el último año fiscal de enero a diciembre: Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____
11. Es un establecimiento de salud inclusivo con amigabilidad para adolescentes.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
12. Fuentes de esta información Nombre y apellido: _____	Firma: _____

Sección B Componente General

El componente general tiene cuatro parámetros de cumplimiento que se evalúan mediante 5 verificables con una puntuación total de 14 puntos. La información se obtendrá de los siguientes formularios:

- Formulario de observación (preguntas 1, 21, 22)
- Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (pregunta 3)
- Formulario de encuesta para personal de salud sin contacto directo con madre (pregunta 3)

B. Componente general						
Paso	Directriz	Parámetro de cumplimiento	Si	No	Puntaje	Verif
1. Contar con el marco normativo ESAMYN y que sistemáticamente se ponga en conocimiento a usuarios internos y usuarios externos.	a) Difundir la Norma ESAMYN.	Al menos 4 actividades de difusión de la norma ESAMYN a usuarios internos y externos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe interno
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe externo
		Al menos tres piezas educomunicacionales sobre la norma ESAMYN disponible y visible en sitios de mayor afluencia en los ES (Exposición de un resumen de la Norma ESAMYN).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	G.1.a Ob
		80% de profesionales de la salud que brindan atención materno – neonatal conocen la norma ESAMYN y los documentos normativos que la integran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	G.1.a EP5A
		80% de personas que trabajan en el establecimiento de salud conocen la norma ESAMYN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	G.1.a EP5B
Total general (5 verificadores)					___/14	

Sección C Componente Prenatal

El componente prenatal tiene 17 parámetros de cumplimiento que se evalúan mediante 17 verificables con una puntuación total de 38 puntos. La información se obtendrá de los siguientes formularios:

- Formulario de observación (preguntas 2, 3, 4,5,6,7,23,24)
- Formulario de encuesta para embarazadas (preguntas 5,6,7,8,9,10)
- Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (pregunta 4)
- Formulario de revisión de historias clínicas (preguntas 1,2,3 4,5,6)

C. Componente prenatal						
Paso	Directriz	Parámetro de cumplimiento	Si	No	Puntaje	Verif
2. Cumplir con la Norma de Educación Prenatal (NEP) vigente del MSP.	a) Capacitar en la Norma de Educación Prenatal (NEP) a los profesionales de salud que brinda atención materna.	80% de profesionales de salud que brindan atención materna que se encuentran capacitados en la norma de Educación Prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.2.a EP5A
	b) Adecuar un espacio con equipamiento para realizar las sesiones de la norma de Educación Prenatal.	El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado y equipamiento mínimo para realizar las sesiones de educación prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.2.b Ob
	c) Planificar y ejecutar las sesiones de educación prenatal.	El establecimiento de salud cuenta con un cronograma y registro de asistencia para las sesiones de educación prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.2.c Ob
3. Monitorear la cobertura, concentración de controles prenatales y actividades de promoción, según el nivel de atención.	a) Cobertura del control prenatal.	---- % de cobertura de control prenatal * Esta meta será establecida anualmente por la Autoridad Sanitaria Nacional por lo que está sujeta a variaciones, sin embargo, no podrá ser menor al 70%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica al Primer Nivel	R.3.a Ob
	b) Concentración de controles prenatales	El establecimiento de salud cumple con al menos 4 controles prenatales (concentración de controles prenatales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica al Primer Nivel	R.3.b Ob
	c) Asesoría (información, educación y comunicación) en el período prenatal	80% de embarazadas que manifiestan contar con un plan de parto y de transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica al Primer Nivel	R.3.c.1 EM
		80% de embarazadas que conocen los signos de alarma durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.3.c.2 EM
		80% de embarazadas han recibido asesoría sobre anticoncepción a partir del segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.3 EM
		80% de embarazadas han recibido asesoría sobre lactancia materna en los controles prenatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.4 EM
		80% de embarazadas indica que algún profesional del establecimiento de salud le brindó información sobre los beneficios de la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.5 EM
	d) Realizar detección y control del riesgo obstétrico según normas vigentes del MSP.	100% de embarazadas que acuden al control tienen registrado el Score mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.3.d.1 051
		100% de historias clínicas de embarazadas con score mamá alto ≥ 2 reciben tratamiento y/o son referidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.3.d.2 HCU

<p>4. Garantizar la asesoría, tamizaje y tratamiento de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas durante el embarazo.</p> <p>Durante el embarazo se realizará un tamizaje para la enfermedad de Chagas. En el caso de obtener un resultado reactivo se confirma el diagnóstico y se refiere al especialista para el plan de tratamiento postparto.</p>	<p>a) Asesorar sobre los riesgos de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH durante el embarazo.</p>	<p>100% de embarazadas reciben asesoría en VIH</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3* Aplica a todos ES</p>	<p>R.4.a EM</p>
	<p>b) Tamizar para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas según la norma vigente del MSP.</p>	<p>El establecimiento de salud cuenta con pruebas de VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y hepatitis B en emergencia y laboratorio central</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2 Aplica a todos ES</p>	<p>R.4.b Ob</p>
		<p>95% de las HCU de embarazadas que acudieron al control prenatal registran tamizaje para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas de acuerdo a la norma vigente.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3 Aplica a todos ES</p>	<p>R.4.b HCU 051</p>
	<p>c) Referir o realizar una interconsulta para el acceso al tratamiento correspondiente a toda mujer con resultado positivo para VIH, sífilis y hepatitis B.</p>	<p>100 % de embarazadas con resultado positivo para sífilis, hepatitis B y/o VIH reciben tratamiento</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3* Aplica a todos ES y UAI</p>	<p>R.4.c Registro /informe</p>
		<p>El establecimiento de salud cuenta con antirretrovirales y sucedáneos de la leche materna para la prevención de la transmisión materno- infantil de VIH.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2 Aplica a todos ES y UAI</p>	<p>R.4.c Ob Registro</p>
<p>Total general (17 verificadores)</p>					<p>___/38 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)</p>	

Sección D Componente parto y posparto

El componente parto y posparto tiene 30 parámetros de cumplimiento que se evalúan mediante 30 verificables con una puntuación total de 57 puntos. La información se obtendrá de los siguientes formularios:

- Formulario de observación (preguntas 8,9,10,11,12,13,14,15)
- Formularios de encuesta para mujeres en posparto (preguntas 6,7,8, 9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21)
- Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (preguntas 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)
- Formulario de encuesta para personal de salud sin contacto directo (preguntas 4,5,6,)
- Formulario de revisión de historias clínicas (preguntas 7,8)

D. Componente parto y posparto						
5. Promover el acompañamiento de la mujer durante la labor del parto, parto y posparto por una persona de su elección	a) Permitir el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, parto (vaginal o cesárea) y posparto por una persona de su elección a excepción que la mujer no lo desee o exista una indicación clínica que lo contraindique y se informe a la mujer y/o acompañante.	80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas por la persona de su elección durante el trabajo de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.5.a.1 EM
		80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas por la persona de su elección durante el parto (vaginal o cesárea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden	P.5.a.2 EM
					partos!	
		80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas al menos dos horas durante el posparto por la persona de su elección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.5.a.3 EM
6. Brindar atención respetuosa de la maternidad a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad.	a) Ofrecer la opción a las mujeres de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga la privacidad y se respete su dignidad.	80% de mujeres encuestadas refieren que se les ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga la privacidad y se respete su dignidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.6.a EM
	b) Permitir a las mujeres que puedan ingerir líquidos o alimentos ligeros durante el trabajo de parto siempre y cuando no exista una indicación clínica que la restrinja y sea informado a la mujer y /o acompañante.	80% de mujeres encuestadas indican que el profesional de salud les permitió ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto cuando no hubo una indicación clínica que la restrinja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.6.b EM
7. Asegurar un espacio físico, equipamiento, insumos, materiales y profesionales de la salud capacitados para atender partos en libre posición.	a) Alentar a las mujeres a caminar y moverse durante el trabajo de parto, siempre que no esté clínicamente contraindicado.	80% de mujeres encuestadas indican que el profesional de salud les alentó a moverse durante el trabajo de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.a EM
	b) Permitir que las mujeres asuman la posición de su elección en el parto a no ser que esté clínicamente contraindicado	80% de mujeres encuestadas pudieron elegir la posición en el parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.b EM
	c) Capacitar a los profesionales de salud para que atiendan partos en libre posición.	80% de los profesionales de salud capacitados para atender partos en libre posición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.c EP5A
	d) Asegurar un espacio adecuado para el parto en libre posición	El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado y equipamiento mínimo para la atención del parto en libre posición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.d Ob

8. Proporcionar a la embarazada, métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.	a) Ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor según la norma vigente de educación prenatal	El ES cuenta con métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en la sala de trabajo de parto y parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.8.a Ob
	b) Asegurar que los profesionales de la salud que atienden partos estén capacitados en el manejo del dolor con métodos no farmacológicos	80% del personal de salud del área obstétrica describe cinco métodos no farmacológicos para manejo del dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.8.b EP5A EP5B
9. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias		80% del personal de salud, conoce los procedimientos invasivos que deben evitarse durante el trabajo de parto y parto a menos que se requiera debido a complicaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.9.a EP
	a) Evitar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicadas por la complicación de la madre y/o del niño/a	100% de cesáreas tienen pertinencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos por cesárea.	P.9.a Informe
		100% de los procedimientos invasivos tienen justificación clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.9.a HCU
10. Garantizar las prácticas integradas a la atención del parto	a) Garantizar el contacto piel a piel de manera inmediata e ininterrumpidamente al menos una hora entre la madre y el recién nacido/a, 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 raquídea no son una restricción para esta práctica.	80% de mujeres con parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea en las que se colocó al recién nacido sobre su pecho en contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por al menos una hora salvo que la madre no lo desee o por alguna contraindicación clínica que los justifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.a Ob
	b) Iniciar la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora de vida del recién nacido salvo que la madre no lo desee o exista una restricción que esté clínicamente justificada.	80% de mujeres informan que iniciaron la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora de vida del recién nacido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.b EM
	c) Realizar 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	80% de partos que registran pinzamiento oportuno del cordón umbilical, a excepción de existir una restricción específica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.c Ob

11. Realizar los procedimientos preventivos del recién nacido frente a la madre.	a) Identificar correctamente al neonato inmediatamente después del parto	100% de recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazalete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.11.a Ob
	b) Realizar los procedimientos de antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K frente a la madre/familiar / acompañante.	80% de recién nacidos a los que se realizó la antropometría, profilaxis ocular, y administración de vitamina K frente a la madre o un familiar o un acompañante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.11.b Ob
12. Fortalecer las capacidades en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido.	a) Capacitar a los profesionales de la salud en emergencias obstétricas (Score mamá, claves obstétricas, traje anti shock), reanimación del recién nacido y activación de la red).	100% del profesionales 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* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.12.a EP
13. Promover unidades de neonatología de puertas abiertas para permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido, así como proveer la información sobre la evolución del recién nacido que requiera internación.	a) Permitir el libre acceso de la madre a neonatología a excepción de que se realicen procedimientos médicos al recién nacido.	80% de las madres indican tener libre acceso al servicio de neonatología.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.a EM
	b) Permitir el acceso a neonatología del padre o un familiar una vez al día.	80% de las madres afirman que el padre y/o un familiar tuvo acceso al servicio de neonatología al menos una vez al día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.b EM
	c) Brindar información sobre la evolución del recién nacido cuando la madre o el padre o familiar lo requieran.	El 100% de madres refieren haber sido informadas sobre la evolución del recién nacido cada vez que la madre o el padre lo solicite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.c EM
	d) Promover y facilitar la alimentación del recién nacido hospitalizado con leche materna.	El 80% de los recién nacidos hospitalizados, alimentados exclusivamente con leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.d HCU

14. Asegurar la asesoría y entrega de métodos anticonceptivos post evento obstétrico, así como la asesoría en signos de alarma a la madre y el recién nacido antes del alta del establecimiento de salud.	a) Fortalecer la asesoría en métodos anticonceptivos	100% de madres encuestadas refieren haber recibido asesoría en métodos anticonceptivos después del parto vaginal o cesárea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.a EM
	b) Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos después del parto (vaginal o cesárea).	El ES cuenta con al menos 5 métodos anticonceptivos modernos de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.b Ob
		80% de mujeres encuestadas acceden a un método anticonceptivo moderno después de un evento obstétrico de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.b EM
	c) Informar sobre signos de alarma de la madre y del recién nacido.	90% de mujeres reciben información y mencionan al menos dos signos de alarma para ella y su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.c EM
		100% del personal de salud mencionan los signos de alarma para madre y el recién nacido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.c EP5A EP5B
	d) Concertar fecha y hora o realizar referencia para el primer control de salud de la madre y del recién nacido al alta según el nivel de atención.	100% de las madres con el alta tienen cita o referencia para el primer control del posparto y de su recién nacido dentro de los primeros 7 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.d EM
TOTAL GENERAL (30 verificadores)					/57 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del Nº de N/A)	

Sección E: Componente lactancia materna

El componente lactancia tiene 22 parámetros de cumplimiento que se evalúan mediante 22 verificables con una puntuación total de 57 puntos. La información se obtendrá de los siguientes formularios:

- Formulario de observación (preguntas 16,17,18,19,20)
- Formularios de encuesta para mujeres en posparto (preguntas 22,23,24,25, 26,27,28,29,30,31,32,33)
- Formulario de encuesta para personal de salud en contacto con la madre (pregunta 15,16,17,18)
- Formulario de revisión de historias clínicas (preguntas 9,10)

E. Componente lactancia materna						
15. Prestar apoyo a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia incluso en caso de separación del recién nacido/a.	a) Apoyar a las mujeres cómo amamantar directamente del pecho.	80% del personal de atención materno neonatal, señala haber aprobado evaluaciones de competencia (conocimiento y habilidades) en apoyo a la lactancia materna en los dos últimos años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	L.15.a.1 EP5A
		80% de profesionales de la salud que prestan atención prenatal, perinatal y/o neonatal que pueden responder correctamente a tres de cada cuatro preguntas sobre conocimientos y aptitudes de apoyo a la lactancia materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.15.a.2 EP5A
		Al menos el 80% de las mujeres en posparto que dieron a luz recién nacidos a término mencionan, que un profesional de la salud le prestó ayuda con la lactancia materna en las seis horas posteriores al parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.15.a EM
	80% de mujeres observadas amamantan según la técnica adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.15.a Ob	
b) Apoyar a las mujeres lactantes cómo extraer leche para alimentar al recién nacido, para donar o para aumentar la producción de leche.	80% de profesionales de la salud que prestan atención prenatal, perinatal y/o neonatal encuestado describe cómo extraer leche del pecho materno, cómo almacenarla y alimentar al RN con leche materna extraída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.15.b EP5A	
16. No ofrecer a los recién nacidos amamantados, ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo por razones médicas	a) Promover la lactancia materna como único alimento para el recién nacido	80 % de mujeres encuestadas respondieron que sus hijos (prematuros y a término) han recibido sólo leche materna (de su propia madre o de un banco de leche humana) durante su estancia en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.16.a EM
	b) Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral o sucedáneos de leche materna para probar tolerancia oral	80% de recién nacidos que no recibieron agua glucosada, suero oral o sucedáneo de la leche materna para probar tolerancia oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.16.b HCU
17. Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las mujeres y a sus recién nacidos permanecer juntos en cohabitación las 24 horas de día.	a) Favorecer la práctica de alojamiento conjunto las 24 horas del día a menos que existan razones clínicamente justificadas.	80% de mujeres encuestadas permanecieron con su hijo en la habitación desde el nacimiento y no estuvieron separadas más de una hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atiendan partos.	L.17.a EM
	b) Colocar al niño inmediatamente después del nacimiento con su madre en la misma habitación, incluido madres VIH positivo.	80% de mujeres y sus recién nacidos practican el alojamiento conjunto, de no hacerlo, deben existir razones justificadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atiendan partos.	L.17.b Ob

18. Fomentar la lactancia a libre demanda.	a) No poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia para amamantar	80% de las mujeres encuestadas conocen sobre el amamantamiento a libre demanda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.18.a EM
	b) Ayudar a la mujer a reconocer las señales de hambre y saciedad del lactante	80% de mujeres encuestadas, informan que se les enseñó a reconocer el momento en que sus recién nacidos están hambrientos y saciados, y describen por lo menos dos señales para cada caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.18.b EM
19. No dar biberones ni chupones a los recién nacidos que amamantan	a) Prohibir el uso de biberones y chupones para alimentar a los recién nacidos.	Mediante observación en salas, el 100% de recién nacidos no deben recibir ningún tipo de biberón y/o chupón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.a Ob
		80% de las mujeres encuestadas de recién nacidos a término, así como prematuros declaran que no han sido alimentados con biberón, ni se les ha ofrecido biberones o chupones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.a EM
	b) Recién nacidos a término que reciben sucedáneos de la leche materna y tienen una indicación médica documentada que la justifica.	100% de recién nacidos a término que recibieron sucedáneos de la leche materna, tienen una indicación médica justificada y documentada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.19.b HCU
	c) Asesorar a las mujeres lactantes sobre el riesgo de utilizar sucedáneos de la leche materna, biberones o chupones.	80% de mujeres lactantes encuestadas fueron asesoradas sobre el riesgo de uso de sucedáneos de la leche materna, biberones o chupones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.c EM
20. Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las mujeres lactantes a estos grupos al momento del alta del hospital o establecimiento de salud.	a) Formar grupos de apoyo o referir a las mujeres lactantes a grupos de apoyo y asesoría en lactancia materna en el momento del alta.	80% de las mujeres con recién nacidos a término o prematuros declaran haber recibido información acerca de cómo contactar grupos de apoyo, asesoría telefónica (171) opción 2, u otro servicio de salud comunitario en caso de tener dudas sobre el amamantamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.20.a EM

21. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos 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 mujeres lactantes;	100% de las mujeres encuestadas informan no haber sido contactadas en el establecimiento de salud por representantes de la industria de SLM, B, CH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.a 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 chupones;	100% de las mujeres lactantes encuestadas informan que no han recibido material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan SLM, B, CH o cupones en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.b EM
	c) Prohibir en el establecimiento toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de SLM,B,CH;	Por observación, constatar que no existe patrocinio, o promoción de la industria de SLM, B, CH en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.c Ob
	d) En caso de alimentación con sucedáneo justificado por razones clínicas, los envases de fórmula y biberones se mantienen fuera de la vista.	El establecimiento de salud mantiene fuera del alcance visible envases de fórmula y biberones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.21.d Ob
	e) Personal de salud conocer los elementos del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna	80% de los profesionales de la salud que trabaja en el área obstétrica es capaz de explicar al menos cinco elementos del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.21.e EP5A
Total general (22 verificadores)					_____/57 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del Nº de N/A)	
Total(73 parámetros)					_____/166 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del Nº de N/A)	
Porcentaje						
<p>* <input type="checkbox"/> El establecimiento que no cumpla con este indicador, no podrá ser certificado, aún si cumple con el puntaje mínimo requerido.</p> <p>N/A: este indicador permite la opción "no aplica"</p>						

12. Abreviaturas

ACCESS:	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
DNCSS:	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ES:	Establecimiento de Salud
ESAMYN:	Establecimientos de salud amigos de la madre y el niño
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IHAN:	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA:	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NEP:	Norma Técnica de Educación Prenatal
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
SLM:	Sucedáneos de la Leche Materna
SLM,B,CH	Sucedáneos de la Leche Materna, Biberones, Chupones
UAI:	Unidades de atención integral de VIH
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH:	Virus de inmunodeficiencia adquirida
TARV	Tratamiento Antiretroviral

13. ANEXOS

ANEXO 1: Formularios de Recolección de Información y Evaluación

Formulario de evaluación						No.
Evaluación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)						
Zona:		Distrito:	Nombre establecimiento de salud (ES):			
Nombre del responsable del ES:			UNICÓDIGO			
Fecha:	(dd)	(mm)	(aaaa)	Nombre del evaluador/a:		
A. Datos del establecimiento de salud						
1. Instituciones del sistema de salud. MSP <input type="checkbox"/> IESS <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/> Establecimientos de salud privados <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique: _____			Indique el tipo de ES al que corresponde: 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"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique: _____ Nivel de complejidad automáticamente se debe identificar			
2. Total de personas que laboran en el área administrativa del establecimiento de salud _____ Total, de personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud: _____			Número de camas censables en el establecimiento de salud: _____ Número de camas para gineco-obstetricia: _____ Número de camillas de recuperación posparto inmediato: _____ Número de unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR): _____ Número de camillas/camas para el parto en libre posición: _____ Número de camillas para parto litotómico: _____ Número de quirófanos destinados a cesáreas _____			
2.2 Total de profesionales de la salud para la atención materna neonatal. Desglose por tipo de profesionales y temas.			Profesional Enfermera/o del centro obstétrico Enfermera/o de neonatología		Total de profesionales que cumplen las siguientes funciones: Lactancia Maternal, VIH, Educación prenatal.	

	Enfermera/o de consulta externa	
	Especialista en ginecoobstetricia	
	Obstetras – obstetricas	
	Enfermeras neonatología	
	Pediatra / Neonatólogo	
	Dietistas o nutricionistas	
3. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto: _____	Título profesional: _____ Teléfono y/o extensión: _____ Correo electrónico: _____	
4. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Promedio de ingresos diarios: _____ Número de cunas/camas totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Tiene cuidados del recién nacido: Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____	
5. ¿Existe una Comisión Técnica ESAMyN?	Sí <input type="checkbox"/> Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa) Cuándo se actualizó: _____ (dd/mm/aaaa)	No <input type="checkbox"/>
6. Estadística de control prenatal.	Cobertura y concentración (promedio del último año fiscal de enero a diciembre) Cobertura de control prenatal; Número de atención por primera consulta preventiva de control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en un periodo (t) / Población estimada de mujeres embarazadas en un periodo (t) _____ Concentración de control prenatal= Número de primeras consultas de controles prenatales, más número de consultas subsecuentes de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) / Número de primeras	

	consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) _____	
7. Estadísticas de control de partos y nacimientos. Total, de partos en el último año: _____ Total, de nacimientos en el último año: _____ Total, de nacidos vivos en el último año: _____ Si presenta una tasa de cesáreas que supera el 15% deberá presentar un plan de acción del ES para disminuirla.	Indicador	Número
	Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.	No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____
	Porcentaje de partos en adolescentes.	Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud _____
	Porcentaje de partos en libre posición.	No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____
	Partos atendidos a madres VIH positivo.	
	Partos expulsivos de madres VIH positivo.	
	Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____
	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____
	Número de muertes maternas	
8. Cobertura de tamizaje neonatal.	Sumatoria de neonatos tamizados en el periodo/ total de nacidos vivos en el año * 100 en el establecimiento de salud _____	
9. Información en VIH/Sida.	En el último año: Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH por primera vez: ____ Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH según la norma: ____ Número de embarazadas que recibieron asesoría pre-prueba para VIH: ____ Número de embarazadas que recibieron asesoría post-prueba para VIH: ____ Número de embarazadas diagnosticadas con VIH: ____ Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento: _____	
10. Información para Sífilis.	En el último año fiscal de enero a diciembre: Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____	
11. Es un establecimiento de salud inclusivo con amigabilidad para adolescentes.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
12. Fuentes de esta información Nombre y apellido: _____	Firma: _____	

B. Componente general

Paso	Directriz	Parámetro de cumplimiento	Si	No	Puntaje	Verif
1. Contar con el marco normativo ESAMYN y que sistemáticamente se ponga en conocimiento a usuarios internos y usuarios externos.	a) Difundir la Norma ESAMYN.	Al menos 4 actividades de difusión de la norma ESAMYN a usuarios internos y externos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe interno
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	G.1.a Informe Externo
		Al menos tres piezas educacionales sobre la norma ESAMYN disponible y visible en sitios de mayor afluencia en los ES (Exposición de un resumen de la Norma ESAMYN).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	G.1.a Ob
		80% de profesionales de la salud que brindan atención materno – neonatal conocen la norma ESAMYN y los documentos normativos que la integran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	G.1.a EP5A
		80% de personas que trabajan en el establecimiento de salud conocen la norma ESAMYN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	G.1.a EP5B
Total general (5 verificadores)					___/14	

C. Componente prenatal

Paso	Directriz	Parámetro de cumplimiento	Si	No	Puntaje	Verif
2. Cumplir con la Norma de Educación Prenatal (NEP) vigente del MSP.	a) Capacitar en la Norma de Educación Prenatal (NEP) a los profesionales de salud que brinda atención materna.	80% de profesionales de salud que brindan atención materna que se encuentran capacitados en la norma de Educación Prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.2.a EP5A
	b) Adecuar un espacio con equipamiento para realizar las sesiones de la norma de Educación Prenatal.	El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado y equipamiento mínimo para realizar las sesiones de educación prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.2.b Ob
	c) Planificar y ejecutar las sesiones de educación prenatal.	El establecimiento de salud cuenta con un cronograma y registro de asistencia para las sesiones de educación prenatal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.2.c Ob
3. Monitorear la cobertura, concentración de controles prenatales y actividades de promoción, según el nivel de atención.	a) Cobertura del control prenatal.	---- % de cobertura de control prenatal * Esta meta será establecida anualmente por la Autoridad Sanitaria Nacional por lo que está sujeta a variaciones, sin embargo, no podrá ser menor al 70%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica al Primer Nivel	R.3.a Ob
	b) Concentración de controles prenatales	El establecimiento de salud cumple con al menos 4 controles prenatales (concentración de controles prenatales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica al Primer Nivel	R.3.b Ob
	c) Asesoría (información, educación y comunicación) en el periodo prenatal	80% de embarazadas que manifiestan contar con un plan de parto y de transporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica al Primer Nivel	R.3.c.1 EM
		80% de embarazadas que conocen los signos de alarma durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	R.3.c.2 EM
		80% de embarazadas han recibido asesoría sobre anticoncepción a partir del segundo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.3 EM

		80% de embarazadas han recibido asesoría sobre lactancia materna en los controles prenatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.4 EM
		80% de embarazadas indica que algún profesional del establecimiento de salud le brindó información sobre los beneficios de la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.3.c.5 EM
	d) Realizar detección y control del riesgo obstétrico según normas vigentes del MSP.	100% de embarazadas que acuden al control tienen registrado el Score mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.3.d.1 051
		100% de historias clínicas de embarazadas con score mamá alto ≥ 2 reciben tratamiento y/o son referidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.3.d.2 HCU
4. Garantizar la asesoría, tamizaje y tratamiento de VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas durante el embarazo. Durante el embarazo se realizará un tamizaje para la enfermedad de Chagas. En el caso de obtener un resultado reactivo se confirma el diagnóstico y se refiere al especialista para el plan de tratamiento postparto.	a) Asesorar sobre los riesgos de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH durante el embarazo.	100% de embarazadas reciben asesoría en VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	R.4.a EM
	b) Tamizar para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas según la norma vigente del MSP.	El establecimiento de salud cuenta con pruebas de VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y hepatitis B en emergencia y laboratorio central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	R.4.b Ob
		95% de las HCU de embarazadas que acudieron al control prenatal registran tamizaje para VIH, sífilis, hepatitis B y enfermedad de Chagas de acuerdo a la norma vigente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	R.4.b HCU 051
	c) Referir o realizar una interconsulta para el acceso al tratamiento correspondiente a toda mujer con resultado positivo para VIH, sífilis y hepatitis B.	100 % de embarazadas con resultado positivo para sífilis, hepatitis B y/o VIH reciben tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES y UAI	R.4.c Registro /informe
		El establecimiento de salud cuenta con antirretrovirales y sucedáneos de la leche materna para la prevención de la transmisión materno- infantil de VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES y UAI	R.4.c Ob Registro
Total general (17 verificadores)					___/38 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)	
D. Componente parto y posparto						
5. Promover el acompañamiento de la mujer durante la labor del parto, parto y posparto por una persona de su elección	a) Permitir el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, parto (vaginal o cesárea) y posparto por una persona de su elección a excepción que la mujer no lo desee o exista una indicación clínica que lo contraindique y se informe a la mujer y/o acompañante.	80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas por la persona de su elección durante el trabajo de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.5.a.1 EM
		80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas por la persona de su elección durante el parto (vaginal o cesárea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.5.a.2 EM
		80% de mujeres encuestadas informan que el personal de salud les permitió estar acompañadas al menos dos horas durante el posparto por la persona de su elección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.5.a.3 EM

6. Brindar atención respetuosa de la maternidad a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad.	a) Ofrecer la opción a las mujeres de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga la privacidad y se respete su dignidad.	80% de mujeres encuestadas refieren que se les ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda, mantenga la privacidad y se respete su dignidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.6.a EM
	b) Permitir a las mujeres que puedan ingerir líquidos o alimentos ligeros durante el trabajo de parto siempre y cuando no exista una indicación clínica que la restrinja y sea informado a la mujer y /o acompañante.	80% de mujeres encuestadas indican que el profesional de salud les permitió ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto cuando no hubo una indicación clínica que la restrinja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.6.b EM
7. Asegurar un espacio físico, equipamiento, insumos, materiales y profesionales de la salud capacitados para atender partos en libre posición.	a) Alentar a las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto, siempre que no esté clínicamente contraindicado.	80% de mujeres encuestadas indican que el profesional de salud les alentó a movilizarse durante el trabajo de parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.a EM
	b) Permitir que las mujeres asuman la posición de su elección en el parto a no ser que esté clínicamente contraindicado	80% de mujeres encuestadas pudieron elegir la posición en el parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.b EM
	c) Capacitar a los profesionales de salud para que atienda partos en libre posición.	80% de los profesionales de salud capacitados para atender partos en libre posición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.c EP5A
	d) Asegurar un espacio adecuado para el parto en libre posición	El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado y equipamiento mínimo para la atención del parto en libre posición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.7.d Ob
8. Proporcionar a la embarazada, métodos y estrategias para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.	a) Ofrecer métodos no farmacológicos para el manejo del dolor según la norma vigente de educación prenatal	El ES cuenta con métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en la sala de trabajo de parto y parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.8.a Ob
	b) Asegurar que los profesionales de la salud que atienden partos estén capacitados en el manejo del dolor con métodos no farmacológicos	80% del personal de salud del área obstétrica describe cinco métodos no farmacológicos para manejo del dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.8.b EP5A EP5B

9. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias		80% del personal de salud, conoce los procedimientos invasivos que deben evitarse durante el trabajo de parto y parto a menos que se requiera debido a complicaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.9.a EP
	a) Evitar procedimientos invasivos a no ser que estén clínicamente indicadas por la complicación de la madre y/o del niño/a	100% de cesáreas tienen pertinencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos por cesárea.	P.9.a Informe
		100% de los procedimientos invasivos tienen justificación clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.9.a HCU
10. Garantizar las prácticas integradas a la atención del parto	a) Garantizar el contacto piel a piel de manera inmediata e ininterrumpidamente al menos una hora entre la madre y el recién nacido/a, 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 raquídea no son una restricción para esta práctica.	80% de mujeres con parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea en las que se colocó al recién nacido sobre su pecho en contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento por al menos una hora salvo que la madre no lo desee o por alguna contraindicación clínica que los justifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.a Ob
	b) Iniciar la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora de vida del recién nacido salvo que la madre no lo desee o exista una restricción que esté clínicamente justificada.	80% de mujeres informan que iniciaron la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora de vida del recién nacido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.b EM
	c) Realizar 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	80% de partos que registran pinzamiento oportuno del cordón umbilical, a excepción de existir una restricción específica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.10.c Ob
11. Realizar los procedimientos preventivos del recién nacido frente a la madre.	a) Identificar correctamente al neonato inmediatamente después del parto	100% de recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazalete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.11.a Ob

	b) Realizar los procedimientos de antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K frente a la madre/familiar / acompañante.	80% de recién nacidos a los que se realizó la antropometría, profilaxis ocular, y administración de vitamina K frente a la madre o un familiar o un acompañante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.11.b Ob
12. Fortalecer las capacidades en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la madre y del recién nacido.	a) Capacitar a los profesionales de la salud en emergencias obstétricas (Score mamá, claves obstétricas, traje anti shock), reanimación del recién nacido y activación de la red).	100% del profesionales 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* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.12.a EP
13. Promover unidades de neonatología de puertas abiertas para permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido, así como proveer la información sobre la evolución del recién nacido que requiera internación.	a) Permitir el libre acceso de la madre a neonatología a excepción de que se realicen procedimientos médicos al recién nacido.	80% de las madres indican tener libre acceso al servicio de neonatología.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.a EM
	b) Permitir el acceso a neonatología del padre o un familiar una vez al día.	80% de las madres afirman que el padre y/o un familiar tuvo acceso al servicio de neonatología al menos una vez al día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.b EM
	c) Brindar información sobre la evolución del recién nacido cuando la madre o el padre o familiar lo requieran.	El 100% de madres refieren haber sido informadas sobre la evolución del recién nacido cada vez que la madre o el padre lo solicite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.c EM
	d) Promover y facilitar la alimentación del recién nacido hospitalizado con leche materna.	El 80% de los recién nacidos hospitalizados, alimentados exclusivamente con leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a ES de 2do y 3er nivel de atención	P.13.d HCU
14. Asegurar la asesoría y entrega de métodos anticonceptivos post evento obstétrico, así como la asesoría en signos de alarma a la madre y el recién nacido antes del alta del establecimiento de salud.	a) Fortalecer la asesoría en métodos anticonceptivos	100% de madres encuestadas refieren haber recibido asesoría en métodos anticonceptivos después del parto vaginal o cesárea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.a EM
	b) Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos después del parto (vaginal o cesárea).	El ES cuenta con al menos 5 métodos anticonceptivos modernos de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.b Ob
		80% de mujeres encuestadas acceden a un método anticonceptivo moderno después de un evento obstétrico de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.b EM
	c) Informar sobre signos de alarma de la madre y del recién nacido.	90% de mujeres reciben información y mencionan al menos dos signos de alarma para ella y su hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios	P.14.c EM

					atienden partos.	
		100% del personal de salud mencionan los signos de alarma para madre y el recién nacido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.c EP5A EP5B
	d) Concertar fecha y hora o realizar referencia para el primer control de salud de la madre y del recién nacido al alta según el nivel de atención.	100% de las madres con el alta tienen cita o referencia para el primer control del posparto y de su recién nacido dentro de los primeros 7 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atienden partos.	P.14.d EM
TOTAL GENERAL (30 verificadores)					<u> </u> /57 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)	

E. Componente lactancia materna

15. Prestar apoyo a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia incluso en caso de separación del recién nacido/a.	a) Apoyar a las mujeres cómo amamantar directamente del pecho.	80% del personal de atención materno neonatal, señala haber aprobado evaluaciones de competencia (conocimiento y habilidades) en apoyo a la lactancia materna en los dos últimos años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplica a todos ES	L.15.a.1 EP5A
		80% de profesionales de la salud que prestan atención prenatal, perinatal y/o neonatal que pueden responder correctamente a tres de cada cuatro preguntas sobre conocimientos y aptitudes de apoyo a la lactancia materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.15.a.2 EP5A
		Al menos el 80% de las mujeres en posparto que dieron a luz recién nacidos a término mencionan, que un profesional de la salud le prestó ayuda con la lactancia materna en las seis horas posteriores al parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.15.a EM
		80% de mujeres observadas amamantan según la técnica adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.15.a Ob
	b) Apoyar a las mujeres lactantes cómo extraer leche para alimentar al recién nacido, para donar o para aumentar la producción de leche.	80% de profesionales de la salud que prestan atención prenatal, perinatal y/o neonatal encuestado describe cómo extraer leche del pecho materno, cómo almacenarla y alimentar al RN con leche materna extraída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.15.b EP5A
	c) Enseñar cómo preparar sucedáneos de la leche materna y alimentar correctamente al recién nacido cuando la mujer decide o no puede alimentar a su hijo/a con leche materna (madres VIH) o metabopatías.	100% de las mujeres, que deciden o no pueden alimentar con leche materna afirman que el personal de la salud explicó las distintas opciones que existen para alimentar al recién nacido y recibió una demostración de la preparación (alimentación y conservación) de sucedáneos de la leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.15.c EM
16. No ofrecer a los recién nacidos amamantados, ningún alimento o líquido que no	a) Promover la lactancia materna como único alimento para el recién nacido	80 % de mujeres encuestadas respondieron que sus hijos (prematuros y a término) han recibido sólo leche materna (de su propia madre o de un banco de leche humana) durante su estancia en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.16.a EM

sea leche materna, salvo por razones médicas	b) Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral o sucedáneos de leche materna para probar tolerancia oral	80% de recién nacidos que no recibieron agua glucosada, suero oral o sucedáneo de la leche materna para probar tolerancia oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.16.b HCU
17. Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las mujeres y a sus recién nacidos permanecer juntos en cohabitación las 24 horas de día.	a) Favorecer la práctica de alojamiento conjunto las 24 horas del día a menos que existan razones clínicamente justificadas.	80% de mujeres encuestadas permanecieron con su hijo en la habitación desde el nacimiento y no estuvieron separadas más de una hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atiendan partos.	L.17.a EM
	b) Colocar al niño inmediatamente después del nacimiento con su madre en la misma habitación, incluido madres VIH positivo.	80% de mujeres y sus recién nacidos practican el alojamiento conjunto, de no hacerlo, deben existir razones justificadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES que en su cartera de servicios atiendan partos.	L.17.b Ob
18. Fomentar la lactancia a libre demanda.	a) No poner horarios de lactancia, ni restricciones en la duración o frecuencia para amamantar	80% de las mujeres encuestadas conocen sobre el amamantamiento a libre demanda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.18.a EM
	b) Ayudar a la mujer a reconocer las señales de hambre y saciedad del lactante	80% de mujeres encuestadas, informan que se les enseñó a reconocer el momento en que sus recién nacidos están hambrientos y saciados, y describen por lo menos dos señales para cada caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.18.b EM
19. No dar biberones ni chupones a los recién nacidos que amamantan	a) Prohibir el uso de biberones y chupones para alimentar a los recién nacidos.	Mediante observación en salas, el 100% de recién nacidos no deben recibir ningún tipo de biberón y/o chupón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.a Ob
		80% de las mujeres encuestadas de recién nacidos a término, así como prematuros declaran que no han sido alimentados con biberón, ni se les ha ofrecido biberones o chupones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.a EM
	b) Recién nacidos a término que reciben sucedáneos de la leche materna y tienen una indicación médica documentada que la justifica.	100% de recién nacidos a término que recibieron sucedáneos de la leche materna, tienen una indicación médica justificada y documentada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.19.b HCU
	c) Asesorar a las mujeres lactantes sobre el riesgo de utilizar sucedáneos de la leche materna, biberones o chupones.	80% de mujeres lactantes encuestadas fueron asesoradas sobre el riesgo de uso de sucedáneos de la leche materna, biberones o chupones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.19.c EM
20. Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las mujeres lactantes a estos grupos al momento del alta del hospital o establecimiento de salud.	a) Formar grupos de apoyo o referir a las mujeres lactantes a grupos de apoyo y asesoría en lactancia materna en el momento del alta.	80% de las mujeres con recién nacidos a término o prematuros declaran haber recibido información acerca de cómo contactar grupos de apoyo, asesoría telefónica (171) opción 2, u otro servicio de salud comunitario en caso de tener dudas sobre el amamantamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.20.a EM

21. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización 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 mujeres lactantes;	100% de las mujeres encuestadas informan no haber sido contactadas en el establecimiento de salud por representantes de la industria de SLM, B, CH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.a 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 chupones;	100% de las mujeres lactantes encuestadas informan que no han recibido material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan SLM, B, CH o cupones en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.b EM
	c) Prohibir en el establecimiento toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de SLM,B,CH;	Por observación, constatar que no existe patrocinio, o promoción de la industria de SLM, B, CH en el establecimiento de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3* Aplica a todos ES	L.21.c Ob
	d) En caso de alimentación con sucedáneo justificado por razones clínicas, los envases de fórmula y biberones se mantienen fuera de la vista.	El establecimiento de salud mantiene fuera del alcance visible envases de fórmula y biberones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Aplica a todos ES	L.21.d Ob
	e) Personal de salud conocer los elementos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna	80% de los profesionales de la salud que trabaja en el área obstétrica es capaz de explicar al menos cinco elementos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Aplica a todos ES	L.21.e EP5A
Total general (22 verificadores)					____/57 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)	
Total(73 parámetros)					____/166 (el puntaje puede ser menor, dependiendo del N° de N/A)	
Porcentaje						
* <input type="checkbox"/> El establecimiento que no cumpla con este indicador, no podrá ser certificado, aún si cumple con el puntaje mínimo requerido.						
N/A: este indicador permite la opción "no aplica"						

01 Formulario de información del establecimiento

Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)

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 establecimiento de salud (ES):	
Nombre del responsable del ES:		UNICÓDIGO	
Fecha:	(dd)	(mm)	(aaaa) Nombre del evaluador/a:

D. Datos del establecimiento de salud

<p>1. Instituciones del sistema de salud.</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>Especifique: _____</p>	<p>1.1 Indique el tipo de establecimiento de salud al que corresponde:</p> <p>Establecimiento de salud tipo B <input type="checkbox"/></p> <p>Establecimiento de salud tipo C –Materno Infantil. <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital básico <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital general <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital especializado en gineco-obstetricia <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: _____</p> <p>Nivel de complejidad automáticamente se debe identificar</p>
---	--

<p>2. El establecimiento de salud:</p> <p>Atiende controles prenatales <input type="checkbox"/></p> <p>Realiza cesáreas <input type="checkbox"/></p> <p>Realiza cesáreas con anestesia general <input type="checkbox"/></p>	
--	--

<p>3. Total de personas que laboran en el área administrativa del establecimiento de salud:</p> <hr/> <p>Total de personal de salud que trabaja en el establecimiento de salud:</p> <hr/>	<p>Número de camas censables en el establecimiento de salud: _____</p> <p>Número de camas para gineco-obstetricia: _____</p> <p>Número de camillas de recuperación posparto inmediato: _____</p> <p>Número de unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR): _____</p> <p>Número de camillas/camas para el parto en libre posición: _____</p> <p>Número de camillas para parto litotómico: _____</p> <p>Número de quirófanos destinados a cesáreas: _____</p>
---	--

4. Total de profesionales de la salud para la atención materno neonatal. Desglose por tipo de profesionales y temas.	Profesional	Total de profesionales que cumplen las siguientes funciones: Lactancia Maternal, VIH, Educación prenatal.
	Enfermera/o del centro obstétrico	
	Enfermera/o de neonatología	
	Enfermera/o de consulta externa	
	Especialista en ginecoobstetricia	
	Obstetras – obstetrices	
	Enfermeras neonatología	
	Pediatra / Neonatólogo	
	Dietistas o nutricionistas	
	Médicos generales	
	Auxiliares enfermería	
5. Nombre y apellido del responsable del área de gineco-obstétrica, centro obstétrico o sala de parto: _____	Título profesional: _____ Teléfono y/o extensión: _____ Correo electrónico: _____	
6. ¿Tiene el establecimiento servicio de neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Promedio de ingresos diarios: _____ Número de cunas/camas totales para el servicio: _____ Nombre del jefe o responsable del servicio: _____ Tiene cuidados del recién nacido: Básicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intermedios Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____ Intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de cunas/camas ____	
7. ¿Existe una Comisión Técnica Amigo de la Madre y del Niño?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuándo se conformó: _____ (dd/mm/aaaa) Cuándo se actualizó: _____ (dd/mm/aaaa)	

8. Estadística de control prenatal.	<p>Cobertura y concentración (promedio del último año fiscal de enero a diciembre)</p> <p>Cobertura de control prenatal; Número de atención por primera consulta preventiva de control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en un periodo (t) / Población estimada de mujeres embarazadas en un periodo (t) _____</p> <p>Concentración de control prenatal= Número de primeras consultas de controles prenatales, más número de consultas subsecuentes de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) / Número de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de primer nivel de atención en un periodo (t) _____</p>																			
9. Estadísticas de control de partos y nacimientos. Total de partos en el último año: _____ Total de nacimientos en el último año: _____ Total de nacidos vivos en el último año: _____ Si presenta una tasa de cesáreas que supera el 15%, deberá presentar un plan de acción del ES para disminuirla.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 493 872 541">Indicador</th> <th data-bbox="881 493 1528 541">Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 546 872 615">Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.</td> <td data-bbox="881 546 1528 615">No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 619 872 688">Porcentaje de partos en adolescentes.</td> <td data-bbox="881 619 1528 688">Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 693 872 762">Porcentaje de partos en libre posición.</td> <td data-bbox="881 693 1528 762">No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 766 872 846">Partos atendidos a madres VIH positivo.</td> <td data-bbox="881 766 1528 846"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 850 872 930">Partos expulsivos de madres VIH positivo.</td> <td data-bbox="881 850 1528 930"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 934 872 1003">Mortalidad neonatal</td> <td data-bbox="881 934 1528 1003">Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1008 872 1077">Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.</td> <td data-bbox="881 1008 1528 1077">Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1081 872 1129">Número de muertes maternas</td> <td data-bbox="881 1081 1528 1129"></td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	Número	Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.	No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____	Porcentaje de partos en adolescentes.	Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud _____	Porcentaje de partos en libre posición.	No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____	Partos atendidos a madres VIH positivo.		Partos expulsivos de madres VIH positivo.		Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____	Número de muertes maternas		
Indicador	Número																			
Porcentaje de Cesáreas por partos atendidos.	No. de partos por cesárea atendidos en el ES/Total de partos atendidos en el establecimiento de salud * 100. _____																			
Porcentaje de partos en adolescentes.	Número total partos en mujeres de 19 años o menos/ total de partos atendidos en el establecimiento de salud _____																			
Porcentaje de partos en libre posición.	No. de partos atendidos en libre posición/total de partos vaginales atendidos en el ES * 100. _____																			
Partos atendidos a madres VIH positivo.																				
Partos expulsivos de madres VIH positivo.																				
Mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales/total de nacidos vivos en el establecimiento de salud*100. _____																			
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Recién nacidos vivos con un peso al nacer inferior a 2.500g/ total nacidos vivos *100. _____																			
Número de muertes maternas																				
10. Cobertura de tamizaje neonatal.	Sumatoria de neonatos tamizados en el periodo/ total de nacidos vivos en el año * 100 en el establecimiento de salud. _____																			
11. Información en VIH/Sida.	En el último año: Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH por primera vez: ____ Número de embarazadas que fueron tamizadas para VIH según la norma: ____ Número de embarazadas que recibieron asesoría pre-prueba para VIH: ____ Número de embarazadas que recibieron asesoría post-prueba para VIH: ____ Número de embarazadas diagnosticadas con VIH: ____ Número de embarazadas con VIH que recibieron tratamiento: _____																			
12. Información para Sífilis.	En el último año fiscal de enero a diciembre: Número de embarazadas que fueron tamizadas para sífilis: _____																			
13. Es un establecimiento de salud inclusivo con amigabilidad para adolescentes.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>																			
14. Fuentes de información: Nombre y apellido: _____	_____ Firma:																			

02 Formulario de observación					No.
Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN)					
ZONA:		DISTRITO:		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (ES):	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ES:				CARGO:	
UNICÓDIGO				NOMBRE DEL EVALUADOR/A:	
FECHA:	(dd)	(mm)	(a aa a)	Número de personal que trabaja en el ES: _____	
A. Datos del establecimiento de salud					
Tipo de establecimiento:					
B. Observaciones					
VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS			
Componente general					
G.1.a Ob	<p>1. ¿El establecimiento cuenta con material educomunicacionales exhibido en las áreas visibles del establecimiento de salud, relacionado a la norma ESAMyN?</p> <p><i>Se debe cumplir con mínimo tres piezas educomunicacionales para marcar si</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos elementos observó? _____</p> <p>¿Incluye un resumen de la Norma ESAMYN? Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>		
Componente prenatal					
R.2.b. Ob	<p>El establecimiento de salud cuenta con un espacio físico adecuado que puede ser permanente o un espacio adaptado para cada sesión y equipamiento mínimo para realizar las sesiones de educación prenatal</p> <p><i>Televisión, proyector o computador.</i></p> <p><i>Armario o sitio para guardar materiales.</i></p> <p><i>Sillas apilables.</i></p> <p><i>Silla holandesa.</i></p> <p><i>Barras de sujeción a la pared (opcional).</i></p> <p><i>Colchonetas individuales.</i></p> <p><i>Dispensador de agua y vasos desechables o vasos limpios.</i></p> <p><i>Almacenamiento para pelotas.</i></p> <p><i>Almohadas o cojines.</i></p> <p><i>Pelotas.</i></p> <p><i>Maquetas</i></p> <p><i>Pizarra o rotafolio.</i></p> <p><i>Implementos de higiene y ajuar de RN.</i></p> <p><i>Dispositivos para reproducir melodías.</i></p> <p><i>Material de promoción.</i></p> <p><i>Se debe cumplir con diez para marcar si</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>		
		<p>Observaciones:</p> <p>_____</p>			

R.2.c Ob	3. El establecimiento de salud cuenta con un cronograma y registro de asistencia para las sesiones de educación prenatal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Observaciones: _____	
R.3.a Ob	4. Cobertura de control prenatal <i>Tome el dato de la herramienta GPR del último año fiscal de enero a diciembre.</i> <i>Si no cumple con la meta esperada por el MSP. Verifique el plan de acción del establecimiento de salud.</i>	Cumple con la cobertura Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i>
		Si no cumple con la cobertura, ¿tiene el ES un plan de acción para aumentarla? Sí <input type="checkbox"/> <i>(el plan de acción, no le otorga el puntaje asignado)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i>
R.3.b Ob	5. El establecimiento de salud cumple con al menos 4 controles prenatales (concentración de controles prenatales). <i>Tomar el promedio de la Herramienta GPR del último año fiscal de enero a diciembre.</i> <i>¿Si no cumple con la meta esperada por el MSP, verifique el plan de acción del establecimiento de salud.</i>	Cumple con la concentración de controles prenatales Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i>
		Si no cumple con la concentración, ¿tiene el ES un plan de acción para aumentarla? Sí <input type="checkbox"/> <i>(el plan de acción, no le otorga el puntaje asignado)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para 2do y 3er nivel de atención y Red Complementaria)</i>
R.4.b Ob	6. El establecimiento de salud cuenta con pruebas de VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y hepatitis B en emergencia y laboratorio central. <i>(De no contar con las pruebas en estos servicios, se verificará en centro obstétrico o farmacia).</i> <i>(La enfermedad de Chagas se verificará en zona endémica)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

R.4.c Ob	<p>7. El establecimiento de salud está abastecido de medicamentos antirretrovirales, kit profiláctico (Kit verde) para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH.</p> <p><i>Verificar en centro obstétrico del ES. (En caso de que las condiciones de centro obstétrico no permiten guardar los kits, se puede verificar en farmacia).</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Este parámetro se evaluará solo en establecimiento de salud del MSP)</i>
Componente parto y posparto			
P.7.d Ob	<p>8. Asegurar espacio adecuados para el parto en libre posición.</p> <p>Equipamiento mínimo será el siguiente:</p> <p>Tela suspendida en el techo <input type="checkbox"/></p> <p>Taburete para la atención del parto en cuclillas <input type="checkbox"/></p> <p>Colchoneta <input type="checkbox"/></p> <p>Masa baja auxiliar <input type="checkbox"/></p> <p>Lámpara cuello de ganso o similar <input type="checkbox"/></p> <p>Barra de sujeción <input type="checkbox"/></p> <p>Taburete de parto (silla holandesa) <input type="checkbox"/></p> <p>Silla del acompañante <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema de climatización para una temperatura de 25° <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se debe cumplir con ocho para marcar si</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
P.8.a Ob	<p>9. El establecimiento de salud cuenta con al menos cuatro (4) métodos no farmacológicos, para ofrecer en la sala de trabajo de parto y parto alivio del dolor a las embarazadas.</p> <p><i>Masaje</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Calor local</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Deambulaci3n</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Baños de agua</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Relajaci3n</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Musicoterapia</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aromaterapia</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Visualizaci3n</i> <input type="checkbox"/></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		<i>(Para otorgar la calificaci3n, el evaluador deber3 visualizar la aplicaci3n de los m3todos no 3nicamente que se cuente con los mismos)</i>	

P.9.a Informe	10. Todas las cesáreas cuentan con pertinencia médica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para establecimientos de salud del primer nivel de atención)</i>																		
<i>Para la pregunta del paso 10 se debe observar al menos 10 partos vaginales y 5 cesáreas o la muestra de una semana</i>																						
P.10.a Ob	11. Después de observar el parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea, ¿el recién nacido fue colocado al pecho de la madre en contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y por al menos una hora? <i>(Salvo que la madre no lo desee o exista alguna contraindicación clínica)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Cumplió con la norma de apego precoz)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>																			
P.10.c Ob	12. Después de observar el parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea, ¿el cordón umbilical fue cortado después de los dos minutos o cuando el cordón umbilical dejó de latir? <i>(Salvo que exista una restricción específica)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Cumplió con la norma de clampeo oportuno del cordón umbilical)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>																			
P.11.a Ob	13. Los recién nacidos están correctamente identificados por manilla o brazaletes. <i>(Deberá constar dos nombres, dos apellidos, sexo, fecha y hora de nacimiento)</i>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																			
P.11.b Ob	14. Después de observar el parto vaginal o cesárea con anestesia raquídea, ¿Los procedimientos preventivos como antropometría, profilaxis ocular y administración de vitamina K, se realizaron frente a la madre y/o algún familiar o acompañante, después de la primera hora de vida. ?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>																			
P.14.b Ob.	15. El establecimiento de salud cuenta al menos con 5 métodos anticonceptivos modernos. <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Condón femenino</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Condón masculino</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Implantes</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pastillas con progestágenos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pastillas combinadas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DIU – (T de cobre)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vasectomía</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ligadura</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Inyectables</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Condón femenino	<input type="checkbox"/>	Condón masculino	<input type="checkbox"/>	Implantes	<input type="checkbox"/>	Pastillas con progestágenos	<input type="checkbox"/>	Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>	DIU – (T de cobre)	<input type="checkbox"/>	Vasectomía	<input type="checkbox"/>	Ligadura	<input type="checkbox"/>	Inyectables	<input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(En métodos anticonceptivos definitivos revisar el registro de vasectomías y ligaduras)</i>	No <input type="checkbox"/>	
Condón femenino	<input type="checkbox"/>																					
Condón masculino	<input type="checkbox"/>																					
Implantes	<input type="checkbox"/>																					
Pastillas con progestágenos	<input type="checkbox"/>																					
Pastillas combinadas	<input type="checkbox"/>																					
DIU – (T de cobre)	<input type="checkbox"/>																					
Vasectomía	<input type="checkbox"/>																					
Ligadura	<input type="checkbox"/>																					
Inyectables	<input type="checkbox"/>																					

Componente lactancia materna				
L.15.a Ob	16. De las madres observadas que amamantan. ¿Cuántas amamantan con la técnica adecuada? <i>Nota: Observar madres que están amamantando de las cuales cumplen con la técnica adecuada</i>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cerca y frente al pecho.</i></p> <p><i>Cabeza y cuerpo en línea recta.</i></p> <p><i>Sostiene cabeza y hombros</i></p> <p><i>Boca del recién nacido bien abierta.</i></p> <p><i>labio inferior hacia afuera</i></p> <p><i>Mentón del recién nacido toca el pecho.</i></p> <p><i>Areola visible más arriba que abajo.</i></p> <p><i>mejillas del recién nacido llenas</i></p> <p><i>Succión lenta y sonidos de deglución.</i></p> <p><i>Se debe cumplir con nueve para marcar si</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
L.17.b Ob	17. De las madres observadas ¿Cuántas practican el alojamiento conjunto?	<p>a) N° de madres observadas: _____</p>	<p>b) N° de madres que comparten habitación con su recién nacido: _____</p>	<p>c) % de madres que practican alojamiento conjunto con su recién nacido: _____</p>
		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.19.a Ob	18. Mediante observación en las salas de posparto ¿Cuántos no fueron alimentados con biberón o usaron chupón?	<p>a) N° de recién nacidos observados: _____</p>	<p>b) N° de recién nacidos que no usaron biberón o usando chupón _____</p>	<p>c) % de recién nacidos que no usan biberones ni chupones: _____</p>
		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
L.21.c Ob	19. Existe patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de la leche materna, biberones y/o chupones en el establecimiento de salud.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		<i>(tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable)</i>		
L.21.d Ob	20. ¿El establecimiento de salud tiene a la vista envases de sucedáneos de leche materna o biberones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		<i>(tomar en cuenta que el NO es la respuesta correcta, para calificar este verificable)</i>		

C. Documentos para revisar

VERIF	DOCUMENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
COMPONENTE GENERAL			
G.1.a Informe Interno	21 ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Norma ESAMyN para usuarios internos? <i>(Al menos dos actividades de difusión)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas actividades? _____ ¿Existe informe de actividades con nombres de asistentes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si es que no existe, se marca No)</i>	No <input type="checkbox"/>
G.1.a Informe Externo	22. ¿Se realizaron actividades para la difusión de la Norma ESAMyN para los usuarios externos del establecimiento de salud? <i>(Al menos dos actividades de difusión)</i>	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuántas actividades? _____ ¿Existe informe de actividades con registro fotográfico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>(Si es que no existe, se marca No)</i>	No <input type="checkbox"/>
COMPONENTE PRENATAL			
R.4.c Registro/ Informe	23. Existe un registro de embarazadas con resultado reactivo o positivo para sífilis, hepatitis B y/o VIH que reciben tratamiento o han sido referidas a un establecimiento que cuente con el servicio de Atención Integral de VIH.	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Verificar en Historia Clínica/PRASS, el tamizaje se lo realiza en todos los niveles de atención. Chagas solamente en zonas endémicas)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando el establecimiento no tenga atenciones con el resultado indicado o cuando la paciente se reusa a recibir el tratamiento)</i>
R.4.c Registro	24. Existe una matriz que reporte si el establecimiento cuenta con kit profiláctico (kit verde) para la prevención de la transmisión materno- infantil de VIH.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Solo para establecimiento del MSP

03 Formulario de encuesta para embarazadas

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. Fecha probable del parto:	_____ / _____ / _____ (dd) / (mm) / (aaaa)
			No sabe <input type="checkbox"/>
			No contesta <input type="checkbox"/>
3. ¿Daré a luz en el establecimiento de salud donde se realiza los controles?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	explique dónde será y la razón: _____
			No sabe <input type="checkbox"/>

B. Atención prenatal

Marque con una "X"

VERIF	PREGUNTA	RESPUESTAS		
	4. ¿Le han informado cuántos controles prenatales debería realizarse?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe, no contesta <input type="checkbox"/>
		¿A cuántos controles debería asistir? (Esperar explicación de la madre. Seleccionar una opción) 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> más <input type="checkbox"/> (No se refiere a un verificador, pero la información servirá al establecimiento en su plan de acción)		
R.3.c.1 EM	5. ¿Cuenta con un plan de parto y de transporte? (subpregunta en caso necesario: sabe usted que hacer y que llevar cuando llegue la hora del parto)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/> (cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)

<p>R.3.c.2 EM</p>	<p>6. ¿Le informaron sobre los signos de peligro durante el embarazo?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mencionar las que recuerde?</p> <p>Dolor de cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Visión borrosa <input type="checkbox"/></p> <p>Fuerte dolor de barriga <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>Salida de agua de fuente <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre alta <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de movimiento del bebe <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Si informa al menos 3 , se marca "SI")</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)</i></p>
<p>R.3.c.3 EM</p>	<p>7. ¿Le han asesorado sobre métodos anticonceptivos en los controles prenatales?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué métodos le han asesorado?</p> <p>Condón femenino <input type="checkbox"/></p> <p>Condón masculino <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes <input type="checkbox"/></p> <p>Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/></p> <p>Vasectomía <input type="checkbox"/></p> <p>Ligadura <input type="checkbox"/></p> <p>Inyectable <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Si no menciona ninguno, se marca no)</i></p> <p><i>(Se evaluará a partir del segundo trimestre de embarazo)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud o se encuentra en el primer trimestre de embarazo)</i></p>
<p>R.3.c.4 EM</p>	<p>8. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna en los controles prenatales?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué le han informado? Se debe esperar la explicación de la madre, puede mencionar:</p> <p><i>Lograr que usted y su bebé sean saludables.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Evitará gastos innecesarios en fórmulas, biberones y calentadores.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Evitará que usted falte al trabajo por enfermedad del recién nacido.</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Protegerá al recién nacido de la Obesidad</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p>
<p>R.3.c.5 EM</p>	<p>9. ¿Ha recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna por parte de los</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué beneficios le explicaron sobre la leche materna?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No Aplica <input type="checkbox"/></p>

	profesionales del establecimiento de salud?	<p>(Esperar explicación de la madre)</p> <p>Beneficios para el recién nacido <input type="checkbox"/></p> <p>Beneficios para la madre <input type="checkbox"/></p> <p>Beneficios económicos <input type="checkbox"/></p> <p>Vínculo madre-hijo <input type="checkbox"/></p> <p>Otros beneficios <input type="checkbox"/></p> <p>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</p>		(cuando la embarazada no se ha realizado ningún control en el establecimiento de salud)
R.4.a EM	10. ¿Ha recibido asesoría para prevenir Infecciones de transmisión sexual entre ellas VIH y sífilis?	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué le han asesorado?</p> <p>Uso correcto del preservativo <input type="checkbox"/></p> <p>Tamizaje de VIH, Sífilis y otras ITS <input type="checkbox"/></p> <p>Acudir al establecimiento de salud en los casos (ardor, comezón, secreción vaginal) <input type="checkbox"/></p> <p>(Debe mencionar al menos 1, si no menciona ninguno, se marca no en la Evaluación)</p>	No <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>
FIN DE LA ENCUESTA				

04 Formulario de encuesta para mujeres en el posparto
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 de salud, 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 del Parto

1. El parto fue:	Vaginal <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>	
	Expulsivo <input type="checkbox"/>		
2. Su bebé nació:	A término <input type="checkbox"/>	Prematuro <input type="checkbox"/>	
3. ¿El bebé se encuentra en neonatología?	Sí <input type="checkbox"/> Si es que sí, llenar incluso la sección D	No <input type="checkbox"/>	
4. ¿En qué fecha nació su bebé?	(dd)	(mm)	(aaaa)
5. Lugar donde se realiza la entrevista: Se escogerá mujeres en las que transcurrió más de 6 horas de posparto o que estén con indicaciones de alta.	a) Consulta externa <input type="checkbox"/>	b) Neonatología <input type="checkbox"/>	c) Sala de parto o recuperación <input type="checkbox"/> d) Hospitalización <input type="checkbox"/>

Componente parto y posparto

Marque con una "X"

VERIF	Pregunta	Respuestas		
P.5.a.1 EM	6. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.5.a.2 EM	7. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección durante el parto (Vaginal o cesárea).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>

P.5.a.3 EM	8. El personal de salud le permitió estar acompañada por una persona de su elección al menos dos horas en el posparto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
P.6.a EM	9. El personal de salud le ofreció la opción de usar su propia ropa para que se sienta cómoda y mantenga su privacidad en el establecimiento de salud.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
P.6.b EM	10. El personal de salud le permitió ingerir líquidos o alimentos ligeros en el trabajo de parto.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En caso de existir condiciones que estén clínicamente justificadas.</i>
P.7.a EM	11. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante el trabajo de parto? <i>(No aplica en parto expulsivo o que exista una restricción que esté clínicamente justificada).</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>En parto expulsivo exista una restricción que esté clínicamente justificada.</i>
P.7.b EM	12. ¿Pudo elegir la posición para el parto? <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"/> <i>No aplica en parto expulsivo, ni en parto por cesárea o si existe una restricción que está clínicamente justificada.</i>
P.10.b EM	13. ¿Le pusieron al bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Su bebé lactó en este tiempo? Sí <input type="checkbox"/> <i>(debe mencionar si en las dos opciones)</i>	No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando existió una restricción específica por el estado de salud de la madre y/o del recién nacido)</i>

<p>P.14.a EM</p>	<p>14. El personal de salud le ha asesorado sobre métodos anticonceptivos después del parto.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿En qué métodos le han asesorado?</p> <p>Condón femenino <input type="checkbox"/></p> <p>Condón masculino <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes <input type="checkbox"/></p> <p>Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>DIU – (T de cobre) <input type="checkbox"/></p> <p>Vasectomía <input type="checkbox"/></p> <p>Ligadura <input type="checkbox"/></p> <p>Inyectables (progestágenos) <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Debe mencionar mínimo cinco opciones.)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>P.14.b EM</p>	<p>15. El establecimiento de salud le entregó algún método anticonceptivo.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué métodos le entregaron?</p> <p>Barrera (preservativos femeninos o masculinos) <input type="checkbox"/></p> <p>Hormonales (implantes o pastillas vía oral) <input type="checkbox"/></p> <p>DIU – T de cobre <input type="checkbox"/></p> <p>Definitivos (vasectomía o ligadura) <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(cuando las mujeres en posparto no deseen utilizar métodos anticonceptivos)</i></p>
<p>P.14.c.1 EM</p>	<p>16. ¿Conoce los signos de alarma del recién nacido, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mencionar lo que recuerde?</p> <p>Cambio de coloración de la piel <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad para respirar <input type="checkbox"/></p> <p>Tieso o ataques <input type="checkbox"/></p> <p>Debilidad <input type="checkbox"/></p> <p><i>(debe mencionar mínimo 2 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>P.14.c.2 EM</p>	<p>17. ¿Conoce los signos de alarma para usted después del parto?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede mencionar los que recuerde?</p> <p>Sangrado <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	

		Secreción Fiebre Dolor de barriga Visión borrosa Dolor de cabeza <i>(debe mencionar mínimo 2 signos)</i>		
P.14.d EM	18. ¿Le informaron si tiene una cita o una hoja de referencia para acudir al control de salud para usted y su bebé en los siete días posparto?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Cuando la madre o el recién nacido no han recibido el alta médica).</i>
B. En caso de hospitalización del neonato				
P.13.a EM	19. En caso de hospitalización del neonato: ¿Tiene libre acceso 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. La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Solo para 2do y 3er nivel de atención)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.13.b EM	20. En caso de hospitalización del neonato: ¿el personal de salud permitió acceso al padre o a un familiar a la unidad de neonatología al menos una vez al día. <i>No existen restricciones de acceso justificado al padre o familiar a excepción de los momentos en los cuales se realizan procedimientos médicos al neonato. La unidad debe tomar en cuenta las prevenciones de acceso necesarias.</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Solo para 2do y 3er nivel de atención)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
P.13.c EM	21. ¿Recibe información sobre la evolución de su bebé cada vez que lo solicita? <i>(La información debe haberse brindado al menos 2 veces al día)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>(Solo para 2do y 3er nivel de atención)</i>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
C. Componente Lactancia materna (LM)				
L.15.a EM	22. ¿En las horas posteriores al parto, algún profesional de la salud le prestó ayuda con la lactancia materna?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(cuando existan restricciones)</i>

				que se justifican clínicamente o la madre no desea amamantar)
L.16.a EM	<p>23. ¿Podría indicarme si su recién nacido ha recibido exclusivamente leche materna desde que nació? (neonatos prematuros y a término)</p> <p><i>Si la madre está junto al recién nacido, hay que preguntar si le ha dado sólo leche materna.</i></p> <p><i>Si la madre tiene al recién nacido en las unidades de neonatología se debe preguntar si ha recibido leche materna de la madre o también del banco de leche.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica</p> <input type="checkbox"/> <p><i>(Si el RN fue referido o existe justificación médica o no cuenta con banco de leche)</i></p>
L.17.a EM	<p>24. ¿Permaneció con su recién nacido en la misma habitación sin ser separados por más de una hora desde el nacimiento?</p>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica</p> <input type="checkbox"/> <p><i>(cuando exista justificación clínica)</i></p>
L.18.a EM	<p>25. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>Mencione que entiende por libre demanda</i></p> <p><i>Alimentar sin horarios</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cuando el recién nacido lo requiera</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(debe mencionar mínimo una opción)</i></p>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica</p> <input type="checkbox"/> <p><i>(cuando exista justificación clínica)</i></p>
L.18.b EM	<p>26. ¿Puede reconocer cuándo su recién nacido está con hambre?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Puede mencionar señales que les indiquen que su hijo está hambriento</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Acerca su cara hacia el seno</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Abre la boca</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Saca la lengua</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aprieta los puños y se acerca a la boca</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se queja</i> <input type="checkbox"/></p>	No <input type="checkbox"/>	<p>No aplica</p> <input type="checkbox"/> <p><i>(cuando exista justificación clínica)</i></p>

		(debe mencionar al menos 2 señales)		
L.19.a EM	27. ¿Su bebé fue alimentado con biberón o usó chupón en su estadía en el establecimiento de salud?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (cuando exista justificación clínica)
L.19.c EM	28. ¿Le informaron sobre los riesgos de la alimentación con leche de fórmula, uso de biberones y/o chupones?	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mencione los riesgos que recuerde</i> Sobrepeso-Obesidad Infantil <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Problemas en los dientes <input type="checkbox"/> Problemas en la alimentación <input type="checkbox"/> (debe mencionar al menos 1 señales)	No <input type="checkbox"/>	
L.20.a EM	29. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar? (Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad).	Sí <input type="checkbox"/> ¿Dónde o quién? Directo en el establecimiento <input type="checkbox"/> Algún profesional de salud <input type="checkbox"/> Línea 171 opción 2 <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/> (Debe mencionar al menos uno.)	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> (En madres que no desea amamantar).
L.21.a.1 EM	30. ¿En el establecimiento de salud, alguna empresa o casa farmacéutica se ha comunicado con usted para ofrecerle leche de fórmula, biberones o chupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(si la respuesta es no se asigna el puntaje)
L.21.a.2 EM	31. ¿Alguien del establecimiento de salud le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones, chupones o cupones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(si la respuesta es no se asigna el puntaje)
L.21.b. EM	32. ¿En el establecimiento de salud, alguna empresa o casa farmacéutica le han entregada propaganda, muestras gratis, paquetes o regalos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

	que incluyan leches de fórmula, biberones o chupones?		<i>(si la respuesta es no se asigna el puntaje)</i>	
D. Para madres que no amamantan				
L.15.c EM	33. ¿Alguien en el establecimiento de salud le indicó y realizó una demostración de cómo preparar la leche de fórmula? <i>(La madre con VIH está catalogada como madre que no amamanta, por motivos de confidencialidad se debe manejar el tema de corresponsabilidad y ética.)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(En mujeres que amamantan).</i>

05A 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 que estuvo en contacto con la madre:	¿Momento? a) Prenatal <input type="checkbox"/> b) Durante el parto <input type="checkbox"/> c) Posparto <input type="checkbox"/>

B. Evaluación al personal

C. Componente general

G.1.a EP 5ª	3. ¿Puede mencionar los 5 objetivos de la Norma ESAMYN?	Sí <input type="checkbox"/> <i>Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal,</i> <i>Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido,</i> <i>Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales,</i> <i>Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,</i> <i>Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna</i> (Debe mencionar los 5 objetivos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
----------------	--	--	--	-----------------------------

D. COMPONENTE PRENATAL

R.2.a EP5A	4. Mencione los temas de las 6 sesiones de educación prenatal	Sí <input type="checkbox"/> <i>Educación prenatal, cambios en embarazo y signos de alarma</i> <i>Atención prenatal</i> <i>Preparación para el parto</i> <i>Atención del parto y apego precoz</i> <i>Puerperio y lactancia</i> <i>Preparación de la gestante con el ambiente de parto</i> (Debe mencionar los 6 temas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> (para profesionales de salud en pediatría y neonatología)
---------------	--	--	--	--

Componente parto															
P.7.c EP	<p>5. Mencione 4 ventajas del parto en libre posición (de pie, cuclillas, arrodillada, semi sentada o apoyada en 4 puntos)</p> <p><i>(Realizar pregunta a personal: médicos, obstetras)</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>Menor duración del parto</i></p> <p><i>Menos nacimientos asistidos</i></p> <p><i>Disminución de episiotomías</i></p> <p><i>Menor dolor agudo durante el parto</i></p> <p><i>Menos alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal</i></p> <p><i>Menor dolor lumbar</i></p> <p><i>Menor dolor perineal posparto</i></p> <p><i>Factor protector del trauma perineal</i></p> <p><i>Fomenta la autonomía de la madre en el nacimiento</i></p> <p><i>(mencionar mínimo 4 ventajas)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i></p>												
P.8.b EP	<p>6. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto?</p> <p><i>(Realizar pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>Masaje</i></p> <p><i>Calor local</i></p> <p><i>Deambulación</i></p> <p><i>Baños de agua</i></p> <p><i>Relajación</i></p> <p><i>Musicoterapia</i></p> <p><i>Aromaterapia</i></p> <p><i>Visualización</i></p> <p><i>(mencionar mínimo 5 métodos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i></p>												
P.9.a EP	<p>7. Mencione diez procedimientos que deban evitarse durante el trabajo de parto y parto.</p> <p><i>(Realizar pregunta a personal: médicos, obstetras)</i></p>	<p><i>(Esperar a que el encuestado/a mencione al menos diez procedimientos. NO mencione la lista de procedimientos)</i></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimiento</th> <th><i>(Marque X los procedimientos mencionados)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Canalización intravenosa de rutina.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Episiotomías.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Parto instrumentado (utilización de fórceps y extracción al vacío).</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enema.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas (Maniobra de Hamilton);</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Procedimiento	<i>(Marque X los procedimientos mencionados)</i>	Canalización intravenosa de rutina.	<input type="checkbox"/>	Episiotomías.	<input type="checkbox"/>	Parto instrumentado (utilización de fórceps y extracción al vacío).	<input type="checkbox"/>	Enema.	<input type="checkbox"/>	Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas (Maniobra de Hamilton);	<input type="checkbox"/>
Procedimiento	<i>(Marque X los procedimientos mencionados)</i>														
Canalización intravenosa de rutina.	<input type="checkbox"/>														
Episiotomías.	<input type="checkbox"/>														
Parto instrumentado (utilización de fórceps y extracción al vacío).	<input type="checkbox"/>														
Enema.	<input type="checkbox"/>														
Separación, ruptura artificial, o decolamiento de membranas (Maniobra de Hamilton);	<input type="checkbox"/>														

		Inducción médica y/o aceleramiento del trabajo de parto. <input type="checkbox"/> Exámenes vaginales repetidos; La realización de tactos vaginales de acuerdo a lo establecido en la norma: Máximo 1 tacto cada cuatro horas. <input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos. <input type="checkbox"/> Monitoreo electrónico fetal continuo (cardiotocografía); <input type="checkbox"/> Control farmacológico del dolor sin que la usuaria lo solicite. <input type="checkbox"/> Colocación de catéter urinario. <input type="checkbox"/> Posición de litotomía (piernas en estribos). <input type="checkbox"/> Pujos dirigidos por el personal de salud. <input type="checkbox"/> Presión del fondo uterino (Kristeller). <input type="checkbox"/> Cesárea sin pertinencia médica. <input type="checkbox"/> Exploración manual del útero o aspiración del recién nacido. <input type="checkbox"/> Rasurado perineal <input type="checkbox"/>	
		(Si menciona 10 procedimientos marca "sí" en evaluación)	
P.12.a EP	8. Mencione los 8 parámetros en los que se basa el score mamá para evaluar y analizar factores de riesgo y signos de alarma en una gestante. <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Frecuencia cardíaca</i> <input type="checkbox"/> <i>Presión sistólica</i> <input type="checkbox"/> <i>Presión diastólica</i> <input type="checkbox"/> <i>Frecuencia respiratoria</i> <input type="checkbox"/> <i>Temperatura</i> <input type="checkbox"/> <i>Saturación de oxígeno</i> <input type="checkbox"/> <i>Estado de conciencia</i> <input type="checkbox"/> <i>Proteinuria</i> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
P.12.a EP	9 Cuál es la dosis de sulfato de magnesio de impregnación y mantenimiento en pacientes con preeclampsia sin signos de severidad para prevenir convulsiones <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Si <input type="checkbox"/> Para colocar si, deberá responder correctamente las dos opciones: <i>Impregnación: Sulfato de magnesio 4 g IV en 20 minutos</i> <i>Mantenimiento: 1g/hora/IV en infusión continua</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
P.12.a EP	10 Cuáles son las principales causas de hemorragia post parto (4T)	Si <input type="checkbox"/> Para colocar si, deberá responder correctamente las cuatro opciones:	No <input type="checkbox"/>

	<i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	<i>Tono (atonía uterina)</i> <input type="checkbox"/> <i>Tejido (retención de placenta o coágulos)</i> <input type="checkbox"/> <i>Trauma (lesión cervical o vaginal, ruptura uterina)</i> <input type="checkbox"/> <i>Trombina (problemas de coagulación)</i> <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>
P.12.a EP	11. Mencione el significado del acrónimo REFIERA del AIEPI. <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras)</i>	Si <input type="checkbox"/> <i>(Para colocar si, deberá responder correctamente todas las opciones)</i> <i>Respiración oxígeno</i> <input type="checkbox"/> <i>Estabilidad hemodinámica</i> <input type="checkbox"/> <i>Frío- evitar hipotermia</i> <input type="checkbox"/> <i>Información a padres y cuidadores</i> <input type="checkbox"/> <i>Energía- glucosa</i> <input type="checkbox"/> <i>Registro y monitorización</i> <input type="checkbox"/> <i>Administración de líquidos y medicamentos</i> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud de enfermería)</i>
P.12.a EP	12. Mencione de forma correcta el número de compresiones y respiraciones para reanimar a un recién nacido. <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras)</i>	Si <input type="checkbox"/> <i>3 compresiones, 1 respiración</i> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud de enfermería)</i>
P.14.c EP	13. Mencione los principales signos de alarma para la madre después del parto <i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i>	Si <input type="checkbox"/> <i>Sangrado</i> <input type="checkbox"/> <i>Secreción vaginal</i> <input type="checkbox"/> <i>Fiebre</i> <input type="checkbox"/> <i>Dolor abdominal</i> <input type="checkbox"/> <i>Visión borrosa.</i> <input type="checkbox"/> <i>Dolor de cabeza.</i> <input type="checkbox"/> <i>(mencionar mínimo 4 signos)</i>	No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> <i>(Para profesionales de salud en pediatría y neonatología)</i>

<p>P.14.c EP</p>	<p>14. Mencione los principales signos de alarma para el recién nacido</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cambio de coloración</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dificultad para alimentarse</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Fiebre</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dificultad para respirar</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Rigidez o convulsiones</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Pérdida de tono muscular</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Irritabilidad</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(mencionar mínimo 4 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>Componente lactancia materna <input type="checkbox"/></p>				
<p>L.15.a.1 EP</p>	<p>15. En los últimos dos años ha recibido capacitaciones y evaluaciones (conocimientos y habilidades) en lactancia materna.</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>L.15.a.2 EP</p>	<p>16. El profesional de la salud responde 3 de cada 4 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna y aptitudes de apoyo a la lactancia.</p> <p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p>1. ¿La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses evita enfermedades prevalentes de la infancia, mencione al menos 2?</p> <p><i>Diarrea</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Neumonía</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Otitis media</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Desnutrición</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Obesidad</i> <input type="checkbox"/></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
		<p>2. ¿Cuál es la principal causa de dolor y grietas en pezón relacionados a la lactancia?</p> <p><i>Técnica inadecuada de amamantamiento/mal agarre</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
		<p>3. ¿Cuán frecuentemente recomienda que él bebe se alimente en la primera semana de vida?</p> <p><i>Libre demanda</i></p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

		<p>4. Describa la técnica correcta del amamantamiento</p> <p>Cerca y frente al pecho. <input type="checkbox"/></p> <p>Cabeza y cuerpo en línea recta. <input type="checkbox"/></p> <p>Sostiene cabeza y hombros <input type="checkbox"/></p> <p>Boca del recién nacido bien abierta. <input type="checkbox"/></p> <p>Labio inferior hacia afuera <input type="checkbox"/></p> <p>Mentón del recién nacido toca el pecho. <input type="checkbox"/></p> <p>Areola visible más arriba que abajo. <input type="checkbox"/></p> <p>Mejillas del recién nacido llenas <input type="checkbox"/></p> <p>Succión lenta y sonidos de deglución. <input type="checkbox"/></p> <p>(debe mencionar los 9 opciones)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
L.15.b EP	<p>17. ¿Enseña a las madres cómo extraerse, almacenar y alimentar al recién nacido con leche materna?</p> <p>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar la técnica de extracción?</p> <p>Higiene de manos <input type="checkbox"/></p> <p>Estimula el flujo de la leche (relajación, masaje, calentamiento, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>Colocando mano en forma de C <input type="checkbox"/></p> <p>Presión hacia costillas <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar cómo almacenar la leche extraída?</p> <p>Usar recipiente de vidrio estéril con tapa de plástico estéril <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetar con el nombre, fecha y hora <input type="checkbox"/></p> <p>Guardar en la refrigeradora <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar cómo alimentar con la leche almacenada?</p> <p>Descongelar la leche a baño maría <input type="checkbox"/></p> <p>Administrar la leche con vaso o con cucharita <input type="checkbox"/></p> <p>No se usan biberones <input type="checkbox"/></p> <p>No volver a congelar la leche que sobra <input type="checkbox"/></p> <p>(debe mencionar todos los pasos)</p>		<p>No <input type="checkbox"/></p>
L.21.e EP	<p>18. Mencione los elementos que regula el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Puede explicar?</p> <p>No publicitar fórmulas lácteas <input type="checkbox"/></p> <p>No alentar el uso de fórmulas <input type="checkbox"/></p>		<p>No <input type="checkbox"/></p>

	<p><i>(Realizar la pregunta a médicos, obstetras y enfermeras)</i></p>	<p><i>No entregar muestras gratis</i></p> <p><i>No permitir el contacto de promotores con madres</i></p> <p><i>El profesional no debe aceptar productos</i></p> <p><i>No usar palabras que idealicen el consumo</i></p> <p><i>El material entregado en lactancia materna debe ser científico</i></p> <p><i>Incluir en todas las etiquetas ventajas de lactancia</i></p> <p><i>(Mencionar mínimo cinco opciones)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
--	--	---	---	--

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:	

D. Datos del empleado en salud

1. Área de trabajo en el establecimiento:

2. Ocupación:

E. Evaluación al personal

G.1.a EP5B	<p>3. ¿Conoce usted la Norma de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño?</p> <p>Mencione al menos dos objetivos de la normativa</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p><i>Mejorar la calidad e integralidad de la atención prenatal,</i> <i>Promover el parto en libre posición y la adecuada atención del recién nacido,</i> <i>Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales,</i> <i>Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis,</i> <i>Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna</i></p> <p>(mencionar mínimo 2 objetivos)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
P.8.b EP	<p>4. ¿Conoce métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(Esperar a que el entrevistado responda y marque según corresponda)</p> <p>Masaje <input type="checkbox"/></p> <p>Calor local <input type="checkbox"/></p> <p>Deambulaci3n <input type="checkbox"/></p> <p>Baños de agua <input type="checkbox"/></p> <p>Relajaci3n <input type="checkbox"/></p> <p>Musicoterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Aromaterapia <input type="checkbox"/></p> <p>Visualizaci3n <input type="checkbox"/></p> <p>(menciona al menos 5 métodos)</p>		<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p>(Para personal administrativo y de servicios externalizados)</p>

<p>P.14.c EP</p>	<p>5. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para la madre después del parto?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> mencione dos:</p> <p><i>Sangrado o secreción</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Fiebre</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dolor de barriga</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Visión borrosa</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dolor de cabeza</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(mencionar mínimo 2 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
	<p>6. ¿Conoce al menos 2 signos de peligro para el recién nacido</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> mencione dos:</p> <p><i>Cambio de coloración</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dificultad para alimentarse</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Fiebre</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Dificultad para respirar</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Tieso o ataque</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Debilidad</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>(menciona mínimo 2 signos)</i></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

06 Formulario de revisión de historias clínicas de embarazadas y mujeres en el posparto

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:	

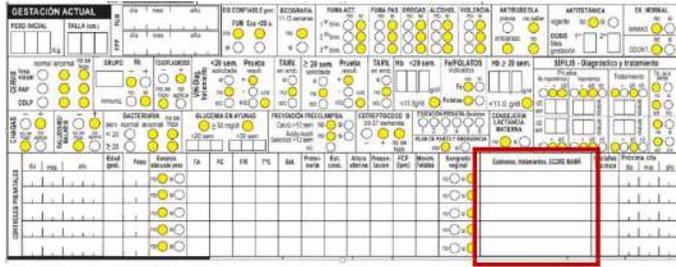
A. Formulario 051

EMBARAZADAS

El parto fue: bajar a sección de madre puérpera

Vaginal

Por cesárea:

Verif	Parámetro	Nº de parámetros que cumple	Nº de parámetros que no cumple
R.3. d.1 051	1. En las Historias clínicas revisadas todas las embarazadas tienen registrado el SCORE MAMÁ	Si cumple <input type="checkbox"/>	No cumple <input type="checkbox"/>
		No aplica <input type="checkbox"/>	<p>No aplica, cuando la gestante no se ha realizado el control de su embarazo en el establecimiento de salud, o es referida de otro establecimiento de salud</p> <p>Observaciones</p> <hr/>

R.4. b

051

2. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de VIH,

En el caso de establecimientos de salud, que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital

Si cumple No cumple

(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)

R.4. b

051

3. En las HCU revisadas las mujeres embarazadas, se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de sífilis,

En el caso de establecimientos de salud que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.

Si cumple No cumple

(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)

R.4. b

051

4. En las HCU revisadas, las mujeres embarazadas se realizaron pruebas de tamizaje para la detección de enfermedad de Chagas

En el caso de establecimientos de salud que no usen el formulario 051 en físico, se revisará este seguimiento en el formulario 051 digital.

Si cumple No cumple

(Para los establecimientos de salud que se encuentran en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas deberá registrar como mínimo 3 de 4 preguntas de manera correcta; mientras en los establecimientos que no se encuentran en zona endémicas deberá registrar como mínimo 2 de 4 preguntas de manera correcta)

No aplica

(En ES que no están en zona endémica)

<p>L.16. b</p> <p>HCU</p>	<p>9. Recién nacidos que recibieron agua glucosada, suero oral o sucedáneos de la leche materna para probar tolerancia oral.</p> <p><i>(Revisar indicaciones médicas en formulario 005 de evolución y prescripciones)</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición)</i></p>
<p>L.19. b</p> <p>HCU</p>	<p>10. Recién nacidos en los que se prescribió sucedáneos de la leche materna y se documenta su justificación.</p> <p><i>(Revisar indicaciones médicas en formulario 005 evoluciones y prescripciones)</i></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>No aplica <input type="checkbox"/></p> <p><i>(Cuando exista una justificación médica para estos procedimientos en el recién nacido o no existan atenciones con esta condición)</i></p>

ANEXO 2: Clasificación de niveles de riesgo por provincia, cantón, parroquia

Provincia	Cantón	Parroquia	Niveles de Riesgo
Guayas	Guayaquil		Muy alto
Guayas	Alfredo Baquerizo Moreno		Muy alto
Guayas	Balao		Muy alto
Guayas	Balzar		Muy alto
Guayas	Colimes		Muy alto
Guayas	Coronel Marcelino Maridueña		Muy alto
Guayas	Daule		Muy alto
Guayas	Durán		Muy alto
Guayas	El Empalme		Muy alto
Guayas	El Triunfo		Muy alto
Guayas	Gral. Antonio Elizalde		Muy alto
Guayas	Isidro Ayora		Muy alto
Guayas	Lomas de Sargentillo		Muy alto
Guayas	Milagro		Muy alto
Guayas	Naranjal		Muy alto
Guayas	Naranjito		Muy alto
Guayas	Nobol		Muy alto
Guayas	Palestina		Muy alto
Guayas	Pedro Carbo		Muy alto
Guayas	Playas		Muy alto
Guayas	Salitre		Muy alto

Guayas	Samborondom		Muy alto
Guayas	Santa Lucia		Muy alto
Guayas	Simón Bolívar		Muy alto
Guayas	Yaguachi		Muy alto
Manabí	Portoviejo		Muy alto
Manabí	Bolívar		Muy alto
Manabí	Chone		Muy alto
Manabí	El Carmen		Muy alto
Manabí	Flavio Alfaro		Muy alto
Manabí	Jama		Muy alto
Manabí	Jaramijó		Muy alto
Manabí	Jipijapa		Muy alto
Manabí	Junín		Muy alto
Manabí	Manta		Muy alto
Manabí	Montecristi		Muy alto
Manabí	Olmedo		Muy alto
Manabí	Paján		Muy alto
Manabí	Pedernales		Muy alto
Manabí	Pichincha		Muy alto
Manabí	Puerto López		Muy alto
Manabí	Rocafuerte		Muy alto
Manabí	San Vicente		Muy alto
Manabí	Santa Ana		Muy alto
Manabí	Sucre		Muy alto
Manabí	Toságua		Muy alto

Manabí	Veinticuatro de Mayo		Muy alto
Loja	Loja		Muy alto
Loja	Catamayo		Muy alto
Loja	Celica		Muy alto
Loja	Chaguarpamba		Muy alto
Loja	Espíndola		Muy alto
Loja	Gonzanamá		Muy alto
Loja	Macara		Muy alto
Loja	Olmedo		Muy alto
Loja	Paltas		Muy alto
Loja	Pindal		Muy alto
Loja	Puyango		Muy alto
Loja	Quilanga		Muy alto
Loja	Saraguro		Muy alto
Loja	Sozoranga		Muy alto
Loja	Zapotillo		Muy alto
El Oro	Machala		Muy alto
El Oro	Arenillas		Muy alto
El Oro	Balsas		Muy alto
El Oro	Chilla		Muy alto
El Oro	El Guabo		Muy alto
El Oro	Huaquillas		Muy alto
El Oro	Las Lajas		Muy alto
El Oro	Machala		Muy alto
El Oro	Marcabelfí		Muy alto

El Oro	Pasaje		Muy alto
El Oro	Piñas		Muy alto
El Oro	Portovelo		Muy alto
El Oro	Santa Rosa		Muy alto
El Oro	Zaruma		Muy alto
Santo Domingo de los Tsáchilas	Santo Domingo		Muy Alto
Azuay	Cuenca		Muy alto
Azuay	Girón		Muy alto
Azuay	Gualaceo		Muy alto
Azuay	Paute		Muy alto
Azuay	Santa Isabel		Muy alto
Azuay	Pucará		Alto
Azuay	Chordeleg		Medio
Azuay	El Pan		Medio
Azuay	Guachapala		Medio
Azuay	Nabón		Medio
Azuay	Oña		Medio
Azuay	San Fernando		Medio
Azuay	Sevilla de Oro		Medio
Azuay	Sigsig		Alto
Los Ríos	Babahoyo		Muy Alto
Los Ríos	Baba		Muy Alto
Los Ríos	Mocache		Muy Alto
Los Ríos	Montalvo		Muy Alto

Los Ríos	Palenque		Muy Alto
Los Ríos	Quevedo		Muy Alto
Los Ríos	Vínces		Muy Alto
Los Ríos	Buena Fe		Alto
Los Ríos	Pueblo viejo		Alto
Los Ríos	Urdaneta		Alto
Los Ríos	Valencia		Alto
Los Ríos	Ventanas		Alto
Pichincha	Pedro Vicente Maldonado		Alto
Pichincha	Puerto Quito		Alto
Pichincha	S. Miguel de los Bancos		Alto
Pichincha	Mejía	Manuel Cornejo Astorga	Alto
Pichincha	Quito	Nanegalito, Nanegal, Gualea, Pacto Nono y Calacali.	Alto
Pichincha	Cayambe		Nulo
Pichincha	Pedro Moncayo		Nulo
Cañar	Azogues		Muy alto
Cañar	Biblián		Muy alto
Cañar	La Troncal		Alto
Cañar	Cañar		Medio
Cañar	Déleg		Medio
Cañar	El Tambo		Medio
Cañar	Suscal		Medio
Sucumbíos	Lago Agrio		Alto

Sucumbíos	Cáscales		Alto
Sucumbíos	Cuyabeno		Alto
Sucumbíos	Gonzalo Pizarro		Alto
Sucumbíos	Putumayo		Alto
Sucumbíos	Shushufindi		Alto
Sucumbíos	Sucumbíos		Medio
Napo	Tena		Alto
Napo	Archidona		Alto
Napo	C.J Arosemena		Alto
Napo	El Chaco		Alto
Napo	Quijos		Medio
Orellana	Orellana		Alto
Orellana	Aguarico		Alto
Orellana	Joya de los Sachas		Alto
Orellana	Loreto		Alto
Pastaza	Pastaza		Alto
Pastaza	Arajuno		Alto
Pastaza	Mera		Alto
Pastaza	Santa Clara		Alto
Morona Santiago	Morona		Alto
Morona Santiago	Gualaquiza		Alto
Morona Santiago	Huamboya		Alto
Morona Santiago	Limón Indanza		Alto

Morona Santiago	Logroño		Alto
Morona Santiago	Palora		Alto
Morona Santiago	S. Juan Bosco		Alto
Morona Santiago	Sgo. de Méndez		Alto
Morona Santiago	Sucúa		Alto
Morona Santiago	Taisha		Alto
Zamora Chinchipe	Zamora		Alto
Zamora Chinchipe	Centinela del Cóndor		Alto
Zamora Chinchipe	Chinchipe		Alto
Zamora Chinchipe	El Panguí		Alto
Zamora Chinchipe	Nangaritzic		Alto
Zamora Chinchipe	Palanda		Alto
Zamora Chinchipe	Yacuambi		Alto
Zamora Chinchipe	Yantzaza		Alto
No delimitada	Las Golondrinas		Alto
No delimitada	La Concordia		Alto
No delimitada	Manga del Cura		Alto

No delimitada	El Piedrero		Alto
Bolívar	Chimbo	Telimbela	
Bolívar	Guaranda	Zonas bajas de San Luis de Pambil, Facundo Vela, Salinas y Guanujo.	Medio
Bolívar	Caluma		Medio
Bolívar	Chillanes		Medio
Bolívar	Echeandía		Medio
Bolívar	Las Naves		Medio
Bolívar	San Miguel	San Pablo, Bilován y Régulo de Mora	Medio
Cotopaxi	La Mana		Alto
Cotopaxi	Pangua		Alto
Cotopaxi	Sigchos	Palo Quemado y las Pampas.	Medio
Cotopaxi	Pujilí	Parte baja de la Parroquia El Tingo (Sarahuasi),	Bajo
Cotopaxi	Latacunga		Nulo
Cotopaxi	Salcedo		Nulo
Cotopaxi	Saquisilí		Nulo
Chimborazo	Alausí	Achupallas, Sibambe, Multitud y Huigra.	Medio
Chimborazo	Chunchi	Chunchi, Capzol, Compud y Llagos.	Medio
Chimborazo	Cumandá		Medio
Chimborazo	Colta		Nulo
Chimborazo	Pallatanga		Nulo
Chimborazo	Chambo		Nulo

Chimborazo	Guamote		Nulo
Chimborazo	Guano		Nulo
Chimborazo	Penipe		Nulo
Chimborazo	Riobamba		Nulo
Esmeraldas	Esmeraldas		Medio
Esmeraldas	Atacames		Medio
Esmeraldas	Eloy Alfaro		Medio
Esmeraldas	Muisne		Medio
Esmeraldas	Quinindé		Medio
Esmeraldas	Rio Verde		Medio
Esmeraldas	San Lorenzo		Medio
Carchi	Tulcán	El Chical y Tobar Donoso	Medio
Carchi	Mira	Jijón y Caamaño	Medio
Carchi	Espejo	Goaltal (zonas bajas).	Bajo
Carchi	Bolívar		Nulo
Carchi	Montufar		Nulo
Carchi	San Pedro de Huaca		Nulo
Imbabura	Ibarra	Lita y Carolina	Medio
Imbabura	Cotacachi	García Moreno y Vacas Galindo	Medio
Imbabura	S. Miguel de Urcuquí	La Merced de Buenos Aires.	Medio
Imbabura	Antonio Ante		Nulo
Imbabura	Otavalo		Nulo
Imbabura	Pimampiro		Nulo
Imbabura	Rumiñahui		Nulo

Tungurahua	Baños	Río Negro	Bajo
Tungurahua	Ambato		Nulo
Tungurahua	Cevallos		Nulo
Tungurahua	Mocha		Nulo
Tungurahua	Patate		Nulo
Tungurahua	Quero		Nulo
Tungurahua	S. Pedro de Pelileo		Nulo
Tungurahua	Santiago de Pillaro		Nulo
Tungurahua	Tisaleo		Nulo

Elaborado por: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control- MSP. Julio 2019.

ANEXO 3: Registro de sesiones de educación prenatal



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
EDUCACIÓN PRENATAL (Psicoprofilaxis Obstétrica)
REGISTRO DE ASISTENCIA**



Establecimiento: _____

Fecha de Inicio: _____

Lugar: _____

Instructora: _____

Fecha de Finalización: _____

Hora: _____

EDUCACIÓN PRENATAL																													
Nº	DATOS MATERNOS					Taller Regular												Taller de emergencia											
						SESIÓN I		SESIÓN II		SESIÓN III		SESIÓN IV		SESIÓN V		SESIÓN VI		SESIÓN I		SESIÓN II									
						Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____									
NOMBRES COMPLETOS					Nro. Historia Clínica	Cédula de identidad	EDAD	F.U.M.	TELÉFONO	EG	SI	NO	EG	SI	NO	EG	SI	NO	EG	SI	NO	EG	SI	NO	EG	SI	NO		
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
1	SESIÓN I	Educación Prenatal, cambios durante el embarazo y signos de alarma					TALLER DE EMERGENCIA																						
2	SESIÓN II	Atención prenatal					SESIÓN I																						
3	SESIÓN III	Preparación para el parto					SESIÓN II																						
4	SESIÓN IV	Atención del parto y apego precoz																											
5	SESIÓN V	Lactancia materna																											
6	SESIÓN VI	Puerperio y recién nacido																											
Observaciones:																													

ANEXO 4: Cronograma de sesiones de educación prenatal



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 EDUCACIÓN PRENATAL
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Establecimiento de Salud :
 Fecha de cronograma:
 Lugar:

SESIÓN I				
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TÉCNICAS/MÉTODOS	RECURSOS	DURACIÓN

Firma del Responsable -----

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Mgs. Sandra Elizabeth Salazar Obando	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	 Firmado electrónicamente por: SANDRA ELIZABETH SALAZAR OBANDO
	Mgs. Manuel Mancheno	Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: MANUEL ELICIO MANCHENO NOGUERA
Revisado	Mgs. Wendy Marianela Campoverde Pabón	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Directora	 Firmado electrónicamente por: WENDY MARIANELA CAMPOVERDE PABON
	Dra. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Dirección Nacional de Hospitales	Directora	 Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Edison Javier Ligña Cachago	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control	Director	 Firmado electrónicamente por: EDISON JAVIER LIGNA CACHAGO
	Esp. Cristina Elizabeth Aldaz Barreno	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	Directora	 Firmado electrónicamente por: CRISTINA ELIZABETH ALDAZ BARRENO
	Mgs. Cecilia Patricia León Vega	Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud	Directora	 Firmado electrónicamente por: CECILIA PATRICIA
	Esp. Verónica Anavel Inuca Tocagón	Dirección Nacional de Salud Intercultural	Directora	 Firmado electrónicamente por: VERONICA ANAVEL INUCA TOCAGON

	Mgs. Andrés Alejandro Viteri García	Dirección Nacional de Normatización	Director	 Firmado electrónicamente por: ANDRÉS ALEJANDRO VITERI GARCÍA
	Mgs. Janella Cuesta Benavides	Dirección Nacional de Normatización	Especialista	 Firmado electrónicamente por: JANELLA GEOMARA CUESTA BENAVIDES
Elaborado	Mgs. Mariela Marivel Illapa Idrovo	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Especialista	 Firmado electrónicamente por: MARIELA MARIVEL ILLAPA IDROVO
	Obs. John Gilser Arias Lobato	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Especialista	 Firmado electrónicamente por: JOHN GILSER ARIAS
	Mgs. Gabriela Fernanda Saldaña Beltrán	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Especialista	 Firmado electrónicamente por: GABRIELA FERNANDA SALDANA BELTRAN