|  |
| --- |
| **PAUTA DE AUTOEVALUACIÓN y monitoreo****PARA APS** |

**eSTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE Y DEL NIÑO**

****

**Pauta para CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Centro de Salud Familiar (CESFAM), CECOF, postas dependientes de Departamento de salud municipal, Centros de Salud General (CSG), Centro de Salud Urbano o Rural (CSU o CSR) u homólogos en el caso Centros de Salud de otra dependencia.**

*Esta pauta de autoevaluación es una adaptación a la realidad chilena realizada por el Ministerio de Salud de la Pauta elaboradas por la OMS-UNICEF.*

**INTRODUCCIÓN**

Esta pauta de auto aplicación permitirá a los Centros de Salud de atención primaria o consultas privadas realizar un resumen inicial de sus prácticas y rutinas en relación con la promoción, fomento y apoyo de la lactancia materna.

Completar la “*Monitoreo para Centro de Salud y Pauta de Autoevaluación*” constituye una parte del proceso de certificación, pero no es en sí mismo suficiente para calificar a un Centro de Salud, ya que debe ser evaluado posteriormente por el comité evaluador designado desde la Comisión Regional de Lactancia Materna (CRLM).

Antes de iniciar la autoevaluación es importante que los equipos se reúnan para su organización y búsqueda de información necesaria desde las estadísticas locales para el formulario de monitoreo y se revisen los 7 pasos, con sus criterios en el comité local de lactancia CLLM

Se sugiere que el Centro de Salud se auto-aplique estos instrumentos de modo de evaluar si cumplen con los criterios y coordinen plan de mejoras para realizar ajustes de procesos y procedimientos antes de responder la versión final que será enviada a la CRLM para la revisión de Comité Evaluador.

Cada uno de los pasos determina una ponderación de cumplimiento y se desagrega en criterios, los que se asocian a medios de verificación.

Los medios de verificación en su mayoría se asocian a lo descrito en el manual de certificación del proceso y para lo que fueron incluidos los anexos (Parte I).

Los medios de verificación son algunos estándares que serán revisados durante la visita del comité evaluador, a través de la observación y/o entrevistas a distintos actores, con la finalidad de ratificar algunas de las informaciones y documentos que se adjuntaron a la pauta de autoevaluación.

Las respuestas negativas en la pauta de auto aplicación deben generar coordinaciones para mejoras al interior del establecimiento de acuerdo con los problemas detectados, si en la revisión de estrategias se gatillan otras que no están determinadas en los medios de verificación de esta pauta, pero sin embargo dan respuesta a la fidelidad del criterio será igualmente considerada su revisión.

Se sugiere a los equipos de los establecimientos que se preparan para esta certificación que se evalúen internamente además por entrevistas a las madres y funcionarios con la finalidad de tener una exploración inicial.

Cuando todo el proceso culmina con éxito y el establecimiento es certificado como “Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño/a”, los centros deberán continuar anualmente monitoreando sus prácticas con este mismo instrumento.

Esta pauta fue elaborada pensando en Centros de Salud del tipo: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centros de Salud General (CSG), Centro de Salud Urbano o Rural (CSU o CSR) u otros homólogos.

Para el caso de las postas rurales, se podrán certificar bajo la dependencia administrativa mayor, siempre que presenten sus medios de verificación correspondientes, acorde a su complejidad de atención.

El nivel primario otorga atención ambulatoria de baja complejidad, que se distribuyen en todo el territorio chileno, el que cuenta con distinto tipos dependencias coordinados por las municipalidades o servicios de salud.

La importancia de abordar a estos centros es su amplia cobertura a través de sus acciones, centrados fundamentalmente en el fomento, prevención y la promoción de la salud.

**Dependencias y modalidad de acreditación según tipo de establecimiento en APS y Centros privados**

|  |  |
| --- | --- |
| **\***(Sistema Público de salud) | **Modalidad de acreditación** |
| **\*Consultorio General Rural y Urbano** | Para CSU/CSR, si corresponde se incluye cada uno de sus sectores, CESCOSF, Postas Rurales, DSM Departamento de Salud Municipal o (DSAM) y/o estaciones médicas)En el caso de los Deptos. de Salud que tengan a cargo de su dependencia solo Postas de Salud Rurales, la certificación la realizaran como Depto. de Salud.Sin perjuicio delo anterior, se considerar la coordinación independiente del CECOF y si dispone de otros medios para la evaluación. |
| **\*Centro de Salud – CESFAM** | La certificación del CESFAM se realizará considerando sus sectores, CECOSF (Centro Comunitario de Salud Familiar), Postas Rurales, siempre que incluyan los medios de verificación correspondientes.Podrán los CECOF trabajar con algunos indicadores y medios de verificación independientes, sin embargo, deben estar notificados en la certificación del centro de dependencia administrativaPara evaluar a las postas, que pertenecen a un CESFAM, deben cumplir con requisitos mínimos y puntuales para acceder a la certificación, estos deben estar incluidos en la documentación del CESFAM.Para la evaluación de estas postas la CRLM determinara cuáles serán los requisitos de cumplimiento específicos que deberán tener, aludiendo a la diversidad de centros, geografía y población de las comunas.Podrán ser solicitados estadísticas de la posta, la capacitación del personal que allí atiende, folletería que se entrega y algún material audiovisual que dé cuenta de aquello. (fotos, folletos, videos, etc.) DSM Departamento de Salud Municipal o (DSAM) y/o estaciones médicas,  |
| **\*Posta de Salud Rural** | La certificación de las postas de salud rural deberá realizarse por polo de administración, es decir aquellas postas que dependen de una unidad administrativa. |
| **CENTRO DE SALUD Privado** | La certificación se realizará con los mismos pasos, donde podrá variar los medios de verificación que sean concordantes y comparables a los de la APS.Se considerarán los centros con atención de gestantes y pediatría para esta evaluación  |

**DESCRIPCION DE LOS Siete pasos para lactancia exitosa en atención abierta y la ponderación de cada uno:**

Los 7 pasos son determinados para todo establecimiento que brindo atención en APS y centros privados ambulatorios, con atención de gestantes, recién nacidos y lactantes.

|  |  |
| --- | --- |
| **PASOS** | **PONDERACION PARA CADA PASO, ESTABLECIMIENTO DE ATENCION ABIERTA**  |
| **1** | Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia materna, conocida por todo el personal | **15%** |
| **2** | Asegura que el personal cuenta con conocimientos habilidades y competencias suficiente para apoyar a la gestantes y madres en una lactancia materna exitosa  | **15%** |
| **3** | Informar en el periodo prenatal sobre la lactancia materna y analizar la importancia y el manejo de este con las gestantes y sus familias  | **12%** |
| **4** | Apoyar a las madres a iniciar y mantener la lactancia y asegurar la atención ante alguna dificultad de este proceso, atendiéndolas idealmente entre las 48 a 72 horas tras el alta hospitalaria. \*con un máximo de 7 días | **20%** |
| **5** | Apoyar a las madres que amamantan para mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del hijo/a y a continuarla junto a la alimentación complementaria posteriormente. (A no ser que este medicamente indicado) | **20%** |
| **6** |  Proporcionar un entorno receptivo y de acogida a las madres y familias de los lactantes  | **10%** |
| **7** | Fomentar a colaboración entre los profesionales de salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales  | **8%** |

**ANEXO 10**

**FORMULARIO para diagnostico Y MONITOREO**

**ANTECEDENTES DEL CENTRO DE SALUD ABIERTA (APS)**

***Identificación e información general del Centro de Salud***

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de datos para el diagnostico  |  |
| Nombre del Centro de Salud |  |
| Dirección |  | Comuna |  |
| Servicio de Salud  |  | Región |  |
| Dependenciaadministrativa | Servicio de Salud |  |
| Municipal |  |
| Otra Institución (ONG) |  |
| Consulta-Clínica Privada |  |
| Tipo | Centro de Salud Familiar |  |
| Centro de Salud Rural |  |
| Centro de Salud Urbano |  |
| Consultorio General Rural |  |
| Consultorio General Urbano |  |
| En caso de tener sectores  | Menciónelos   |  |
|  |
|  |
|  |
| En caso de tener postas rurales  | Cuantas  |  |

|  |
| --- |
| ***Datos del Director/a del establecimiento*** |
| **Nombre**  |  |
| **Profesión**  |  |
| **Teléfono interno /Celular\*** |  |
| **Correo electrónico** |  |

\*opcional

|  |
| --- |
| ***Datos del Comité Local de Lactancia Materna***  |
| **Tiene un encargado o coordinador del CLLM** | **SI** | **NO** |
| **Nombre**  |  |
| **Profesión**  |  |
| **Teléfono Interno****Celular\*** |  |
| **Correo**  |  |

\*Opcional

***Estadísticas del nacimiento y alimentación por Centro de salud***

A continuación, indicar los datos que se solicitan

Recuerde que esta información se utilizará como antecedente por el Comité Evaluador y podrán ser solicitados durante la visita.

Algunos medios de verificación serán insumo en más de un criterio, según la aplicabilidad

**Se solicitan los datos de corte de último semestre**

|  |
| --- |
| Fecha intervalo de extracción de datos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Población total bajo control en el establecimiento
 |  |
| 1. Población en control de niños menores de 2 años
 |  |
| 1. Población en control menor de 6 meses
 |  |
| 1. Población total bajo control de mujeres gestantes
 |  |
| 1. Población total bajo control de mujeres gestantes migrantes
 |  |
| 1. Número de ingresos RN en el periodo
 |  |
| Indicadores (número y porcentaje sobre el total) |
| 1. RN ingresados a control antes de las 72 horas post alta en el periodo
 |  | % |
| 1. RN ingresados a control antes de los 10 días de vida en el periodo.
 |  | % |
| 1. RN ingresados con Lactancia Materna Exclusiva
 |  | % |
| 1. RN ingresados con Lactancia materna y formula de inicio
 |  | % |
| 1. RN ingresados con Leche artificial, sin Lactancia Materna
 |  | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 1 mes
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 1 mes con lactancia materna exclusiva
 | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 3 meses
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 3 meses con lactancia materna exclusiva
 | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 6 meses
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 6 meses con lactancia materna exclusiva
 | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 12 mes
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 12 meses con lactancia materna más sólidos
 | % |

|  |
| --- |
| Indicadores de niños/as de madres migrantes  |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 1 mes
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 1 mes con lactancia materna exclusiva
 | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 3 meses
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 3 meses con lactancia materna exclusiva
 | % |
| 1. **Número** de niños y niñas controlados de 6 meses
 |  |
| 1. **Porcentaje** de niños y niñas de 6 meses con lactancia materna exclusiva
 | % |

**PAUTA DE AUTOEVALUACION**

**7 PASOS PARA AUTOEVALUACIÓN CENTRO DE SALUD ABIERTA (APS y Centros Privados)**

**Criterios de los Pasos**

Para la auto aplicación de esta pauta se determinan algunos medios de verificación, con la finalidad de orientar la tarea de los equipos a cumplir el paso. Los medios de verificación en algunos casos son una orientación y si cuentan con otro que demuestre el criterio lo podrá incluir para ser evaluado**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 1****15%** | **Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia materna, conocida por todo el personal**  | **Medio de verificación**  | **SI** | **NO** |
| \*1.1 | ¿La normativa local se encuentra escrita e incorpora explícitamente los 7 pasos, para una lactancia materna exitosa? | Normativa local con estos componentes (adjunto) |   |   |
| 1.2 | ¿La normativa se encuentra disponible en los lugares de atención pertinentes, para que el personal que atiende madres, niños y/o niñas? | Disponible en las dependencias y/o sectores donde se atiende a gestantes y madres de lactantes, (ya sea impresa y/o digital)ya sea impresa o digital Revisión del CE |   |   |
| 1.3 | El CLLM cuenta con resolución, actualizada en caso de que haya tenido algún cambio en sus integrantes | Documento oficial con listado de integrantes (adjunto)Actualizada (cada 3 años o antes si ha cambiado algún integrante) |   |   |
| \*1.4 | ¿Esta norma ha sido elaborada por equipo multidisciplinario, liderado por CLLM? | Documento que declara los autores y colaboradores. (adjunto en la Normativa)Actas de reuniones del CLLM,Fecha de actualización de Norma  |  |  |
| \*1.5 | ¿La normativa incluye y respeta el Código internacional de comercialización de sucedáneos y da cumplimiento a la implementación del reglamento de la ley 20.869 del año 2018?  |  La normativa declara estos aspectosComplementada con entrevista CE |   |   |
| \*1.6 | En la normativa de LM se indica que está prohibida la publicidad y venta directa o indirecta de sucedáneos de leche materna o artículos relacionados con la misma como fórmulas comerciales (excepto las entregadas por PNAC), alimentos para lactantes, chupetes o mamaderas | La normativa declara estos aspectos Complementada con entrevistas CE |   |   |
|  1.7 | ¿Se encuentran visible los 7 pasos para usuarios en los sectores del Centro de Salud y/o áreas comunes donde se atiende a gestantes, niños y niñas lactantes? | Afiche o cuadro con los pasos 7 para la información al usuario (OIRS SALA ESPERA u otros) |   |   |
| 1.8\* | ¿En el Centro de Salud NO se exhibe, no se vende ni se entrega a las familias ningún material que incluya publicidad, logos o marcas de la industria de alimentación infantil (calendarios, carteles, hojas de notas, bolígrafos, materiales educativos, regalos u otros)? | Observación directa del CE y complementa con entrevistas  |  |  |
| 1.9 | El resumen de esta norma o los 7 pasos visibles para el usuario ¿Está escrita en un idioma comprensible para los usuarios y acorde a la pertinencia cultural local? | Afiche, informativo u otro material disponible en traducción dependiendo pertinencia cultural  |   |   |
| Consideraciones: Los puntos con (\*) son obligatorios |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 2****15%** | **Asegurar que el personal cuenta con conocimientos habilidades y competencias suficiente para apoyar a la gestantes y madres en una lactancia materna exitosa**  | **Medio de verificación**  | **SI** | **NO** |
| 2.1 | Todo funcionario de cualquier dependencia del establecimiento recibe, (independiente tipo de contrato) inducción sobre el proceso IHAN  | Documento de inducción firmado con fecha correspondiente a ingreso de profesional al establecimiento  Complementa entrevista CE |   |   |
|  | Todo funcionario que atiende directamente gestante, madres que amamantan conoce donde se encuentra la normativa de LM del establecimiento | Documentación disponible Complementa entrevista CE |  |  |
|  | Está disponible el contenido mínimo de estándar para las capacitaciones de LM según rol de los funcionarios  | Documentación programa de capacitación disponible Complementa entrevista CE |  |  |
| \*2.2 | ¿Al menos el 80% del personal clínico profesional que entrega prestaciones de salud a población objetivo embarazadas y madres que amamantan, niños y niñas (menores de 2 años), poseen al menos 20 hr. de capacitación certificada, ya sea a través de U-VIRTUAL u otro medio, con vigencia de los últimos 3 años | Certificación de curso 20 hr. U Virtual u otro para Matrón/as, Enfermera/os, Nutricionistas, Dentistas, Médicos |   |   |
| 2.3 | ¿el 80% de los técnicos de Enfermería que atienden directamente a gestantes, madres que amamantan, niños y niñas (menores de 2 años), poseen al menos una certificación de capacitación a través de U-VIRTUAL?  | certificación de curso 20 hr otra que sea similar  |   |   |
| \*2.4 | El centro de salud cuenta con al menos un miembrodel comité local con curso vigente (máximo 3 años de antigüedad) de LM avanzado o mínimo 40 horas de capacitación en LM, que permita resolver problemas y el manejo de la consulta en "clínica de lactancia" | Documento que certifique capacitación avanzada Curso avanzado teórico prectico.Complementa entrevista CE. |   |   |
| 2.5 | ¿El 80 % del personal no clínico, administrativos y técnicos de enfermería que no atienden directamente al público objetivo, cuentan con capacitación sobre los beneficios de la LM para la madre y su hijo(a), y como contribuye su rol al cumplimiento de la norma de lactancia materna? | lista de asistencia de capacitación realizada (con 4hr)complementa entrevista CE |   |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 3****12%** | **Informar en el periodo prenatal sobre la lactancia materna y analizar la importancia y el manejo de este con las gestantes y sus familias**  | **Medio de verificación**  | **SI** | **NO** |
| 3.1 | ¿En los controles prenatales se les informa a las gestantes sobre los beneficios de la LME y cómo debe iniciarla desde la maternidad (contacto precoz piel con piel, la importancia de la LM en la primera hora de vida y habitación conjunta)?  | Dispone de folleto, revisión de ficha clínica, carné prenatalRevisión de contenidos Complementa entrevista CE  |   |   |
| \*3.2 | Los talleres y controles prenatales incorporan educación de la importancia del parto acompañado, el movilizarse durante el trabajo de parto, incluyen talleres pareja o familia si es pertinente | Revisar Programa de talleres y constatar que incluyan esta temática |   |   |
| 3.3 | ¿Los talleres prenatales tienen la intención la educación y orientación a la madre de la importancia de solicitar ayuda y consultar ante cualquier problema de lactancia en la estadía en la maternidad?  | Revisar Programa de talleres y constatar que incluyan esta temática |   |   |
| \*3.4 | ¿En los controles prenatales se les informa a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, hasta los 6 meses y complementada hasta los dos años? | Registros de control ficha clínica o cartola, constatar entrega de folleto informativo |   |   |
| \*3.5 | ¿Los talleres prenatales de educación grupal a gestantes incorporan los temas de la lactancia materna, técnica de extracción de leche materna, técnica, posiciones para amamantar, parto y apego | N de talleres realizados en periodo, asistencia a talleresPrograma de talleres  |   |   |
| 3.6 | Se entregar información sobre como contactar a la APS, posterior al alta de la maternidad, ¿en caso de problemas con la lactancia?  | Incluido en, material entregado, Registro en ficha Complementa entrevista CE |  |  |
| **PASO 4****20%** | **Apoyar a las madres a iniciar y mantener la lactancia y asegurar que, ante alguna dificultad de la lactancia, la atención será idealmente entre las 48 a 72 horas tras el alta hospitalaria.**  | **Medio de verificación**  | **SI** | **NO** |
| 4.1. | ¿El Centro de Salud cuenta con estrategias para recibir a los RN antes de las 72 horas post-alta, con un máximo de 7 días post alta? 80% de los niños ingresados a lo menos 7mo día\*\*(Sabiendo que la norma permite hasta el día 10, se considera importante acortar esta brecha) | Estrategias de coordinación con nivel secundario /Protocolo de referencia y seguimiento |   |   |
| 4.2 | ¿El Centro de Salud cuenta con estrategias para informar a las madres que puede acudir antes de los 7 días a consultar, si tiene problemas de lactancia al salir del hospital post alta? | RegistroInformativo, folleto  |  |  |
| \*4.3. | ¿Existe alguna instancia de coordinación con los hospitales de referencia para el seguimiento de niños/as de madres con riesgo de fracaso o dificultad para lograr una lactancia materna exitosa (prematuros, prematuros extremos, gemelares, lactancia previa fracasada, etc.)? | flujograma de derivación de nivel secundario a Registro de ingresos precoz por dificultad en la lactancia -Score de riesgo  |   |   |
| \*4.4 | ¿Dentro del control de ingreso del RN, se indican los beneficios, se apoya y se fomenta la LME como mínimo hasta el sexto mes a libre demanda, además se desaconseja el uso de chupete y orienta en el uso de la mamadera?  | registro en ficha clínica Dentro de la consulta y evaluación del niño sano (revisar estos aspectos)  |   |   |
| 4.5 | ¿Dentro de las indicaciones del control de ingreso del RN y según las condiciones de la madre y la familia, se aconseja a las madres compartir habitación con su hijo(a), al menos hasta los primeros 6 meses de vida? | Registro en ficha, folleto informativo u otro  |   |   |
| 4.6 | El personal apoya y educa a las madres de recién nacidos en relación a las técnicas correctas de amamantamiento y técnica de extracción de leche materna, dejando espacio para resolver dudas y derivación a clínica de lactancia si lo requiere. | Clínica de Lactancia, REM (n° de consultas de alerta y seguimiento), control de la diada  |   |   |
| 4.7 | ¿En el control de la diada o ingreso del RN, al centro de APS, se evalúa la lactancia y se observa la técnica realizadas | Dispone de pauta de observación de lactancia  |   |   |
| **PASO 5****20%** | **Apoyar a las madres para mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del hijo/a y apoyar que la continúe junto a la alimentación complementaria después de los 6 meses.****(A no ser que este medicamente indicado)** | **Medio de verificación**  | **Si** | **No** |
| 5.1 | ¿Dentro de los controles de salud de los lactantes se promueve y se explica la importancia y beneficios de la lactancia materna exclusiva sin restricción de horarios hasta el 6to mes y complementados a partir del sexto mes? | Controles de salud con registros en fichas de esta actividad.Registro por cualquier profesional que tenga el control que amerite esta educación a la madre  |   |   |
| 5.2 | El establecimiento cuenta con prestación “clínica de lactancia”, resolviendo algún problema de lactancia dentro de las 24 hr de la consulta \*\*\* | Registros Observación CE  |  |  |
| 5.3 | Si dentro de los controles de salud de los lactantes se detectan situaciones de riesgo para la mantención de lactancia materna ¿Se entrega apoyo o se deriva a las madres a la clínica de lactancia materna? | Revisión de ficha Control de enfermería (Factores de detección de riesgo determinado y consensuado en los centros) \* |   |   |
| \*5.4 | ¿En los controles de salud infantil de menores de 2 años y controles de la mujer se indican los beneficios de mantener lactancia materna con alimentación complementaria hasta los 2 años o más? (respetando la decisión de cada madre) | Registro en ficha clínica, Control del profesional matrón, nutricionista, de enfermería u otro que amerite esta educación.Libro de registro Otro  |   |   |
| 5.5 | ¿En los controles de salud de la mujer y controles de salud infantil de menores de 2 años se pregunta cuando se reincorporará la madre al trabajo o retoma como estudiante, con la finalidad de apoyar la planificación de algunas medidas pertinentes con anticipación?(volver a trabajar, estudiar u otra condición, según sea el caso) | EntrevistasInformación de salas de lactancia de los jardines del sector.Educación de los beneficios laborales Salas de lactancia centros laborales Material educativo  |   |   |
| 5.6 | ¿En los controles de salud de la mujer y controles de salud infantil de menores de 2 años se les explica sobre sus derechos laborales según la situación laboral de la madre?  | Registro, -Folleto explicativo -Educación grupal o individual-Otro.  |   |   |
| 5.7 | ¿En los controles de salud de la mujer y en controles de salud infantil de menores de 2 años se enseña a la madre que debe trabajar o estudiar sobre métodos de extracción, conservación de leche materna y cómo administrar la leche extraída? | -Derivación y asistencia a clínica de LM-Educación a la extracción de leche y conservaciónFicha control niño sano  |   |   |
| \*5.8 |  ¿Tiene el personal profesional que atiende en clínica de lactancia, conocimiento claro de cuáles son las razones aceptables para prescribir otro alimento que no sea leche materna en lactantes menores de 6 meses? | Existe el documento que indica razones suplementar (protocolo)Difundido (firma de toma de conocimiento)  |   |   |
| 5.9 | Se enseña a las madres a reconocer señales tempranas de hambre del niño/a | Información, folletos Registros Entrevistas CE  |   |   |
| \*5.10 | ¿Las consultas de alerta de lactancia materna son consideradas como una urgencia y se atienden dentro del mismo día? | Flujograma (Agenda de horas) \*\*plan operativo + seguimiento REM |   |   |
| Consideraciones:\*este puede ser trabajado como un score con los factores de riesgo determinados l escore es \*\*se sugiere evaluar la posibilidad de hacer calendarios de turnos con profesionales capacitados para atención de clínica de lactancia \*\*\*Como concepto es importante considerar que la “Clínicas de Lactancia” es una prestación, no necesariamente un lugar específico para ello. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 6****10%** |  **Proporcionar un entorno receptivo y de acogida a las madres de lactantes y familias** | **Medio de verificación**  | **Si** | **No** |
| 6.1 | En el Centro de Salud ¿Existe un lugar reservado, protegido para las madres que desean amamantar con privacidad  | Observación directa CE de la existencia de un espacio amigable o sala para la lactancia. |   |   |
| 6.2 | El lugar para amamantar está claramente señalizado y accesible  | En lugar bien señalizadoObservación de CE |  |  |
| 6.3 | El centro de salud facilita la lactancia para sus funcionarias, con iniciativas cómo sala de lactancia, para el regreso laboral luego del post natal. | Observación y complementa entrevista CE\*Sala de lactancia u otro lugar que reúna las condiciones para ello |   |   |
| Consideraciones \*La sala de lactancia será evaluado por el CE la pertinencia y la factibilidad de tener en el establecimiento, sabiendo que los esfuerzos deben buscar todas las posibilidades para que así sea.) |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASO 7****8%** | **Fomentar la colaboración entre los profesionales de salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales**  | **Medio de verificación**  | **Si** | **No** |
| 7.1 | ¿El Centros de Salud cuenta con un registro actualizado de grupos GALM, que se encuentre a disposición por escrito a las usuarias, indicando forma de contacto, en caso de que lo requiera? | Registro de grupos de apoyo, con el que tiene contacto del establecimiento Contactos con GALM por redes sociales u otro medio  |   |   |
| 7.2 | ¿En el Centro de Salud realiza consultas grupales de Lactancia Materna, donde las madres pueden interactuar y compartir sus experiencias con equipos multidisciplinario? | Registro de actividades realizadas con o por monitoras comunitarias y/o talleres realizados por el equipo de salud. |   |   |
| 7.3 | El centro de salud promueve la formación de GALM, haciendo formación de ellos con contenidos pertinentes para su rol. | Programa de formación de GALM del establecimiento  |  |  |
| Consideraciones QUE DEFINE PERFIL DEL MONITOR Y CONTENIDOS MINIMOS NOMINA DE MONITORAS COMUNITARIASMONITOR (disponibilidad para pertenecer a GALM, capacitación mínimo 20 horas +4 practica)Disponer nomina (NOMBRE-TELEFONO-DIRECCION-ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE |