

ANEXO 4
FICHA DE MONITOREO EN LACTANCIA MATERNA

 PERÚ Ministerio de Salud				 PERÚ PROGRESO PARA TODOS		
Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna "FORMATO DE MONITOREO EN LACTANCIA MATERNA"						
DIRESA / DISA			FECHA:		HORA	
Establecimiento de Salud				Informe N°		
INFORMACION ESTADISTICA (del año anterior)						
Número de nacimientos en el establecimiento en un año (incluye todos los tipos de partos atendidos en un año)		Proporción de partos atendidos por cesárea en un año (N° de cesáreas realizadas/Total de nacimientos)x100 en un año				
Proporción de RN con LM dentro de la 1ra Hora (N° de RN que inician LM dentro la 1ra hora/Total de nacimientos) x 100 en un año		RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del EESS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año				
REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL						
Publicidad y Disponibilidad de sucedáneos de la leche materna (formulas), biberones, y tetinas (Registre en el cuadro)						
SERVICIO VISITADO / AREA VISITADA (Observación)	FORMULAS			Publicidad		INFORMACION ADICIONAL (**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atención Pre Natal						
Atención Integral CRED						
Consultorio de Pediatría						
Hospitalización, Neonatología y Pediatría						
Neonatología						
Maternidad (puerperio)						
Nutrición						
Farmacia						
Adquisición de sucedáneos de la leche materna (fórmulas)						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una X en el rubro correspondiente)	Donación			OBSERVACION		
	Adquisición directa					
	Adquisición directa por la madre					
Preparación de sucedáneos de leche materna						
Servicio de Nutrición Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° de latas	Preparación solo para Neonatología			OBSERVACION		
	Preparación para pacientes lactantes (hasta 24 meses)					
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
1. Registre la presencia de visitadores o distribuidores de fórmulas, biberones y tetinas. Especifique el tipo de publicidad (cualquier producto que promueva el uso de fórmulas) 2. En caso de zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre nombre y apellido de la persona responsable. 3. De ser el caso, solicite una Historia Clínica (HC) al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación medica del uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote el N° de HC. 4. En caso de hospitalización de neonato (<28 días) y lactantes (hasta los 24 meses), registrar, si lo permite la madre acompañante o espacio para que las madres extraigan su leche para ser administrada a sus bebés. 5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico						

LACTARIO INSTITUCIONAL			
Características mínimas de Lactario	Si	No	Observaciones
Existencia de Lactario Institucional			
Área no menos de 10 m ²			
Cuenta con un lavabo dentro/dentro del área y con jabón líquido			
Garantiza privacidad y seguridad			
Garantiza comodidad a la mujer trabajadora para la extracción de la leche			
Ubicado en lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento			
Realiza actividades de capacitación a las trabajadoras para promover el uso del lactario			
Las mujeres trabajadoras usuarias están satisfechas con el lactario			
EN LA COLUMNA “OBSERVACIONES” 1. De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características elegidas en la implementación de los lactarios. 2. De ser posible, entreviste a una trabajadora usuaria del lactario, si ha sido informada sobre sus derechos, si es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario, si se siente satisfecha con las condiciones y espacios que ofrece el lactario de su centro laboral.			
LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Mat.	No	OBSERVACIONES
Cuenta con Comité de Lactancia Materna			
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia materna			
Cuenta con merchandising de lactancia materna			
Cuenta con un programa de capacitación para todo el personal que cumple con sus 20 horas mínimo e incluye 3 horas de práctica.			
Cuenta con materiales de capacitación			
Cuenta con al menos un(a) consejero(a) en lactancia materna capacitado(a)			
EN LA COLUMNA “OBSERVACIONES” 1. En tipo de Documento: detalle si es una Resolución Directoral, Memorandum, etc. 2. Si cuenta con Merchandising y/o materiales de capacitación de LM, registre el tipo de piezas educativo-comunicacionales.			
Apreciaciones generales, Recomendaciones			
FIRMA(S)			
NOMBRES Y APELLIDOS			
DNI			