

CUESTIONARIO DE AUTO-EVALUACIÓN

DE LOS HOSPITALES IHAN

2011



INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA DE LA OMS/UNICEF



Cómo utilizar el cuestionario de Auto-evaluación

Este cuestionario de auto-evaluación permite a los hospitales una **valoración de las prácticas actuales de apoyo a la lactancia de las madres y sus hijos**. Da una oportunidad de reconsiderar las rutinas de acuerdo con las recomendaciones de la declaración Conjunta de 1989 de la OMS/UNICEF: Protección, Promoción y apoyo de la Lactancia Materna.

El completar este cuestionario **constituye el primer paso del proceso**, pero no es suficiente para calificar el hospital como IHAN.

El personal también debería revisar los Criterios Globales que califican un hospital como IHAN como punto de apoyo a la lactancia de las mujeres y sus niños.

El cuestionario también sirve como un listado de cuestiones que permite al hospital valorar cuan cerca están del logro de los 10 pasos y del restos de requisitos de la Iniciativa.

Cómo analizar los resultados de la Auto-Evaluación

Si la respuesta a la mayoría de las preguntas en este instrumento es “sí” el hospital está en posición de pedir la evaluación externa y posiblemente cumplirá perfectamente los Criterios Globales.

Numerosas respuestas negativas indicarán una divergencia de las recomendaciones de la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF y sus Diez pasos para una Lactancia Materna Eficaz y el hospital podría tomar un **Plan de Acción** con el objetivo de eliminar las prácticas que dificultan la Lactancia materna e introducir nuevas practicas que la estimulen. Desde el Comité Español de la IHAN se colabora para que estos cambios puedan realizarse.

Una vez el cuestionario ha sido completado y se cumplen los Globales y la tasa de lactancia materna al alta es mayor al 75 por ciento el cuestionario debería de ser remitido al Comité de la IHAN y se podría solicitar la visita del evaluador externo.

En cualquiera de las situaciones estamos dispuestos a colaborar con Vds en que los hospitales se transformen en IHAN.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION

Hoja de datos del Hospital: Información general sobre el hospital y personal directivo;

Nombre del Hospital y dirección: _____

Nombre y título del director del hospital o administrador: _____

Teléfono y extensión: _____ Correo electrónico: _____

El hospital es: *[Señale lo correcto, una o varias opciones]*

un hospital de maternidad

un hospital general

un hospital de enseñanza

un hospital terciario

hospital gubernamental

hospital privado

otros (especificar:)

Número total de camas hospitalarias: _____

Número total de empleados en el hospital: _____

Información sobre servicios prenatales:

¿Provee el hospital atención prenatal (dentro o fuera del recinto hospitalario)? Si No

(Si no, vaya a la última pregunta en esta sección)

Nombre y cargo del director o administrador del servicio/clínica prenatal: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

¿Qué porcentaje de madres que dan a luz en este hospital asisten a control prenatal? ____%

¿Tiene el hospital algún servicio de atención prenatal en otros lugares fuera del hospital? Si No

[Si "si":] Favor describir dónde y cuándo funcionan: _____

¿Existen camas designadas para embarazo de alto riesgo? Si No *[Si "Si":]* ¿Cuántas? ____

¿Qué porcentaje de madres dan a luz sin atención prenatal? ____% No se sabe

Información sobre servicios de parto y puerperio:

Nombre y cargo del responsable del Servicio de Obstetricia: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

Nombre y cargo del responsable de matronas: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

Número de camas en salas de parto: _____

Información sobre servicios de maternidad:

Nombre y cargo del responsable del Servicio de Pediatría/Neonatología: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

Nombre y cargo del responsable de la maternidad: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

Número de camas en salas de puerperio: _____

Número promedio de madres con bebés nacidos a término en sala (s) de puerperio (s): _____

¿Tiene el establecimiento una unidad(es) para los recién nacidos que requieren atención especial como RNBP, prematuros, enfermos, etc.)? Si No

[Si "Si":] Nombre de esta unidad: _____

Nombre del jefe(s)/director (es) de esta unidad: _____

Promedio de censo diario: ____

¿Existen áreas en la maternidad designadas para la observación de recién nacidos sanos? Si No

[Si "Si":] Promedio de censo diario en cada área: _____

[Si "si":] Favor describir dónde y cuándo funcionan: _____

Personal responsable de lactancia materna, alimentación del lactante

El siguiente personal tiene responsabilidad directa para atender a nuevas madres y darles indicaciones sobre alimentación infantil: *[señale lo correcto.]*

| Cargo | SI | NO | Número |
|---|----|----|--------|
| Enfermeras de la Maternidad | | | |
| Auxiliares de la Maternidad | | | |
| Enfermeras de la Unidad Neonatal | | | |
| Auxiliares de la Unidad Neonatal | | | |
| Matronas | | | |
| Pediatras | | | |
| Obstetras | | | |
| Auxiliares de Paritorio | | | |
| Personal de área quirúrgica/reanimación | | | |
| Médicos generales | | | |
| Consultoras de lactancia | | | |
| Madres de grupos de apoyo | | | |
| Otro personal voluntario | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Existe un Comité de Lactancia en el hospital? Si No.

[Si "Si":] Favor describir: _____

¿Existe un coordinador de la IHAN en el hospital? Si No

[Si "si":] Nombre y cargo del coordinador del proyecto IHAN: _____

Teléfono o extensión: _____ Correo electrónico: _____

Estadísticas en nacimientos

Total de nacimientos en el último año: _____ de los cuales:

_____ % fueron por Cesárea sin anestesia general

_____ % fueron por Cesárea con anestesia general

_____ % recién nacidos admitidos a las salas de CE/UCIN o unidades similares

Estadísticas en alimentación infantil

Número total de recién nacidos a término dados de alta del hospital en el último año: _____ de los cuales:

_____ % fueron amamantados exclusivamente (o recibieron leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta

_____ % recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna (fórmula, agua u otros líquidos) por razón médica documentada*

_____ % recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna (fórmula, agua u otros líquidos) por decisión informada de la madre

_____ % recibieron al menos una vez otro alimento que no era leche materna sin razón justificada alguna ni decisión informada de la madre

_____ % no iniciaron nunca el amamantamiento.

[Nota: La suma de estos porcentajes debe ser de 100%]

Los datos del hospital arriba mencionados señalan que al menos 75% de los recién nacidos a término en el último año fueron amamantados exclusivamente o se le dio leche materna extraída desde nacimiento hasta el alta o, si recibieron algún alimento que no era leche materna fue por indicación médica documentada.

[Nota: Sumar los porcentajes de las categorías uno y dos para calcular el porcentaje]

Si No

Fuente de datos:

Por favor describa las fuentes de esta información:

* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna. OMS. 2009

PASO 1

Dispone de una Normativa escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se pone en conocimiento de todo el personal de la maternidad.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1.1 ¿Tiene el hospital una Normativa escrita de lactancia materna/alimentación infantil que incluya todos los 10 pasos para una Lactancia Materna eficaz en los servicios de maternidad*? | | |
| 1.2 ¿La Normativa prohíbe toda promoción de los sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes? | | |
| 1.3 ¿Prohíbe la Normativa la distribución de regalos o paquetes que contengan muestras comerciales o suministros o materiales de promoción de los mismos a las mujeres embarazadas y a otros usuarios, así como la entrega de obsequios gratis al personal del hospital? | | |
| 1.4 ¿Está la Normativa sobre lactancia disponible para que todo el personal que presta atención a las madres y niños pueda revisarla? | | |
| 1.5 ¿Existe un resumen de la Normativa fácilmente accesible para los padres (por ejemplo, expuesto en todas las áreas maternoinfantiles o se entrega a modo de Guía para Padres...)? | | |
| 1.6 ¿La Normativa y su resumen están redactados en los idiomas más comúnmente utilizados? | | |
| 1.7 ¿Existe un mecanismo para evaluar la efectividad de la Normativa (ej recogida de tasas de lactancia, encuestas de satisfacción a las madres, encuestas periódicas a los profesionales para determinar sus conocimientos...)? | | |
| 1.8 ¿Están todos los protocolos o guías clínicas relacionadas con la lactancia de acuerdo con criterios basados en la evidencia? | | |

*Para más información sobre los requerimientos de la Normativa, ver la Lista de Comprobación o Autoevaluación de la Normativa

PASO 2

Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 2.1 ¿Se da a conocer la Normativa de lactancia/alimentación infantil a todo el personal que atiende a mujeres embarazadas, madres y bebés al comenzar su trabajo? | | |
| 2.2 ¿Se proporciona capacitación en lactancia materna y la forma de ponerla en práctica a todo el personal que presta atención a madres y niños (o a todo el personal en caso de que el índice de rotación sea muy alto en esos servicios), durante los seis primeros meses de | | |

| | | |
|---|--|--|
| comenzar a trabajar en ese puesto, excepto que ya tuvieran acreditada dicha formación previamente? | | |
| 2.3 ¿Cubre la capacitación los Diez Pasos para una lactancia materna exitosa y el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna? | | |
| 2.4 ¿La duración de la formación es de por lo menos 18 horas en total, entre las cuales se incluyen un mínimo de tres horas de experiencia clínica supervisada? | | |
| 2.5 ¿La capacitación para el personal no clínico, es suficiente dado su rol, para proporcionarles habilidades y conocimiento necesarios para apoyar a las madres a tener una lactancia exitosa? | | |
| 2.6 ¿También se capacita al personal que atiende a madres y bebés en la preparación correcta de fórmula infantil y cómo apoyar a las madres que toman la decisión de no amamantar? | | |

PASO 3

Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 3.1 ¿Tiene el hospital una consulta prenatal, clínica o lugares satélites relacionados con el hospital, o bien un servicio de hospitalización prenatal? | | |
| 3.2 Si la respuesta anterior es sí, ¿las mujeres embarazadas que asisten a estos servicios reciben información sobre la importancia y el manejo de la lactancia? | | |
| 3.3 ¿Los registros prenatales recogen si se ha hablado de la lactancia con la mujer durante su embarazo? | | |
| 3.4 ¿La educación prenatal (tanto la oral, como los documentos escritos que se proporcionan) cubre temas clave relacionados con la importancia y el manejo de la lactancia (ventajas de la lactancia, posición y enganche eficaz, importancia de alimentar a demanda, no usar chupetes ni tetinas..)? | | |
| 3.5 ¿Están las embarazadas protegidas de la promoción oral o escrita sobre lactancia artificial y sólo se les enseña el modo de preparación de la lactancia artificial de manera individual y si lo solicitan? | | |
| 3.6 ¿Las embarazadas que acuden al servicio prenatal pueden describir los riesgos de dar suplementos durante los primeros 6 meses de amamantamiento? | | |
| 3.7 ¿Las mujeres que acuden al servicio prenatal pueden describir la importancia del contacto precoz piel con piel entre madres e hijos y del alojamiento conjunto? | | |

PASO 4

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto

Este paso se interpreta ahora como:

Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres durante por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si la necesitan

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 4.1 ¿Los niños nacidos de parto vaginal o de cesárea SIN anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente tras el nacimiento y sus madres son animadas a mantener este contacto durante por lo menos una hora o más? | | |
| 4.2 ¿Los niños nacidos por cesárea CON anestesia general son colocados en contacto piel con piel con sus madres tan pronto como éstas responden y están alertas y se ha seguido el mismo procedimiento? | | |
| 4.3 ¿Todas las madres reciben ayuda durante este tiempo para reconocer que sus bebés están listos para amamantar y se les ofrece ayuda en caso de que la necesiten? | | |
| 4.4 ¿Se anima a las madres con bebés ingresados en cuidados especiales a tenerlos en contacto piel con piel con ellas, excepto que haya una razón que justifique no hacerlo? | | |

PASO 5

Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 5.1 ¿El personal ayuda a todas las mujeres para amamantar a sus bebés dentro de las primeras seis horas después del parto? | | |
| 5.2 ¿El personal o los consejeros especializados en el manejo de la lactancia están disponibles a tiempo completo para ayudar a las madres durante su estancia en el hospital y en la preparación para el alta? | | |
| 5.3 ¿Las madres que amamantan muestran una correcta posición y buen agarre al pecho? | | |
| 5.4 ¿Se enseña a las madres que amamantan a sacar la leche manualmente o se les da información sobre cómo hacerlo y se les asesora sobre dónde pueden obtener ayuda en caso de necesitarla? | | |
| 5.5 ¿A las madres que han decidido no amamantar, se les enseña de manera individual cómo preparar y dar las tomas? | | |
| 5.6 ¿Se les enseña a las madres los signos de que su lactancia va bien, y los signos de alarma para que puedan autoevaluar su lactancia? | | |
| 5.7 ¿Las madres con bebés en cuidados especiales que piensan amamantar reciben ayuda | | |

| | | |
|---|--|--|
| durante las primeras seis horas tras el nacimiento para establecer y mantener la lactancia a través de la extracción frecuente de su leche (al menos 8 veces al día)? | | |
|---|--|--|

PASO 6

No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado*.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 6.1 ¿El personal sanitario tiene claras las situaciones en las que es aceptable prescribir alimentos o bebidas que no sean leche para niños amamantados?* | | |
| 6.1 ¿A los bebés amamantados no se les da algún alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que existan razones médicas aceptables* o sea por una decisión informada de la madre? | | |
| 6.2 ¿Los registros del hospital reflejan todos los suplementos que reciben los niños amamantados y la causa por la que se administran? | | |

* Ver el Documento sobre Razones Médicas Aceptables para el Uso de Sucedáneos de Leche Materna. OMS. 2009

PASO 7

Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 7.1 ¿Las madres y sus bebés permanecen juntos y/o comienzan el alojamiento conjunto inmediatamente tras el nacimiento? | | |
| 7.2 ¿Las madres que han tenido una cesárea u otros procedimientos con anestesia general permanecen junto a sus bebés y/o comienzan el alojamiento conjunto tan pronto como están en condiciones de responder a las necesidades del bebé? | | |
| 7.3 ¿Permanecen madres y bebés juntos durante las 24 horas del día (en la misma habitación y/o en la misma cama) a no ser que la separación esté completamente justificada? | | |
| 7.4 ¿Se les indica a las madres que deciden no amamantar la importancia de crear y mantener el vínculo con sus hijos (se les alienta al contacto piel con piel y a permanecer cerca de sus hijos)? | | |

PASO 8

Alentar a las madres a amamantar a demanda

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 8.1 ¿Se enseña a las madres que están amamantando a reconocer las señales que indican cuándo sus bebés tienen hambre? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 8.2 ¿Se alienta a las madres que están amamantando a alimentar a sus bebés tan a menudo y durante tanto tiempo como sus bebés quieran? | | |
| 8.3 ¿Se recomienda a las madres que amamantan que si su bebé duerme mucho rato seguido es conveniente que lo despierte y trate de amamantarlo, y también si su pecho está muy lleno? | | |

PASO 9

No dar biberones, chupetes ni tetinas a bebés que amamantan.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 9.1 ¿Los bebés amamantados son atendidos sin usar biberones? | | |
| 9.2 ¿Las madres han recibido alguna información del personal de los riesgos asociados con el uso de chupetes y de biberones y tetinas para administrar leche u otros líquidos? | | |
| 9.3 ¿Los bebés amamantados no utilizan chupete ni tetinas a no ser por decisión informada de la madre? | | |

PASO 10

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos al alta del hospital.

A este paso se añade ahora:

Informar a la madre de todos los recursos de apoyo a la lactancia que tiene disponibles en su localidad tras el alta hospitalaria.

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 10.1 ¿Tiene el hospital un sistema de seguimiento y apoyo a las madres que son dadas de alta, como controles de lactancia o postnatales precoces, visitas domiciliarias o llamadas telefónicas? | | |
| 10.2 ¿Fomenta el hospital el establecimiento de y la coordinación de grupos de apoyo de madres y otros servicios comunitarios que brindan apoyo a las madres para alimentar a sus bebés? | | |
| 10.3 ¿Las madres en caso de necesitar ayuda con la alimentación son derivadas al sistema de seguimiento institucional, a grupos de apoyo de madres, consultores de lactancia y otros servicios comunitarios tales como la atención primaria de salud o centros de salud materno-infantil, si los hay? | | |
| 10.4 ¿Se entrega a las madres información escrita sobre cómo y dónde obtener apoyo tras el alta? | | |
| 10.5 ¿Se anima a las madres a que visiten un profesional de la salud o a una persona con capacitación en lactancia en la comunidad pronto tras el alta (preferiblemente entre el 2-4 día tras el nacimiento y otra vez la segunda semana) que pueda evaluar cómo les va con la alimentación de sus bebés y darles el apoyo que necesitan? | | |

CUMPLIMIENTO DEL CODIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACION DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

| | SI | NO |
|---|----|----|
| Código 1.- ¿Rechaza el hospital suministros de sucedáneos de leche materna gratuitos o a bajo costo y los compra por el precio al por mayor o más? | | |
| Código 2.- ¿Está ausente toda promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas o chupetes en todo el hospital, sin exhibición de materiales (carteles, folletos, calendarios, bloc de notas, bolígrafos....) ni distribución de ellos a las mujeres embarazadas o a las madres? | | |
| Código 3.- ¿Los empleados de los fabricantes y de los distribuidores de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes tienen prohibido tener contacto con mujeres embarazadas o madres? | | |
| Código 4.- ¿El personal del hospital revela cualquier contribución realizada por un fabricante o distribuidor de leche ya sean becas, viajes de estudio, fondos para investigación, asistencia a conferencias profesionales, etc. y es consciente que estos apoyos no deben crear conflicto de intereses? | | |
| Código 5.- ¿El personal del hospital mantiene todas las latas de leche artificial y biberones preparados fuera del alcance de la vista a menos que se estén utilizando? | | |
| Código 6.- ¿El hospital prohíbe dar a las mujeres embarazadas, a las madres y a sus familias, cualquier material de propaganda como muestras o paquetes regalo que incluyan sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas, chupetes o cupones? | | |
| Código 7.- ¿Los miembros del personal comprenden por qué es importante no dar muestras gratuitas o materiales de propaganda de las compañías de leche artificial a las madres? | | |

ATENCIÓN AMIGABLE A LA MADRE DURANTE EL PARTO

| | SI | NO |
|---|----|----|
| A.M. 1.- ¿Las políticas del hospital entre sus requerimientos recogen procedimientos amistosos con las madres durante el trabajo de parto y el parto que incluyan: | | |
| ¿Alentar a las madres a tener acompañantes de su elección para que le brinden apoyo físico y emocional constante durante el trabajo de parto y parto, si así lo desean? | | |
| ¿Permitir que las madres tomen líquidos y ingieran alimentos ligeros durante el trabajo de parto, si así lo desean? | | |
| ¿Animar a las mujeres a considerar el uso de métodos de alivio del dolor no farmacológicos excepto en los casos en que los analgésicos y las drogas anestésicas sean necesarios a causa de complicaciones, respetando las preferencias personales de las mujeres? | | |

| | | |
|---|--|--|
| ¿Animar a las mujeres a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y se coloquen en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer? | | |
| ¿Atención que evite procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, partos instrumentales y cesáreas , excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer? | | |
| ¿Se evitan también procedimientos invasivos y/o innecesarios en la atención al recién nacido tras el nacimiento (paso de sondas nasales o rectales, aspiración de secreciones, administración inmediata de profilaxis ocular o antihemorrágica, peso...) a no ser que la situación clínica del niño lo requiera? | | |
| A.M. 2.- ¿Ha recibido el personal formación respecto a políticas de parto y nacimiento amistosos con las madres y procedimientos tales como los descritos arriba? | | |
| A.M. 3.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que es conveniente que la mujer tenga acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y el parto que le proporcionen apoyo físico y emocional constante, en caso de que ella así lo desee? | | |
| A.M. 4.- ¿Una vez iniciado el trabajo de parto, se permite la presencia de acompañantes para darle a la madre el apoyo que ella quiere? | | |
| A.M. 5.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de las formas de utilizar las medidas de confort no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto y de qué es lo mejor para madres y bebés? | | |
| A.M. 6.- ¿Las mujeres reciben información de que es mejor para las madres y los bebés evitar el uso de medicación, excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación? | | |
| A.M.7.- ¿Tiene en cuenta el personal del hospital la intención de las mujeres de amamantar a la hora de decidir el uso de un sedante, un analgésico o un anestésico (si es el caso) durante el trabajo de parto y el parto? | | |
| A.M.8.- ¿Esta familiarizado el personal sobre los efectos de dichos medicamentos en la lactancia? | | |
| A.M. 9.- ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que pueden caminar y moverse durante el trabajo de parto y colocarse en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación? | | |
| A.M. 10.- ¿Se les anima a las mujeres en la práctica, a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y adopten las posiciones que elijan para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación? | | |

HIV Y ALIMENTACIÓN INFANTIL (OPCIONAL)

Nota: El grupo de coordinación nacional de la IHAN, de acuerdo con los criterios internacionales, ha decidido no evaluar a este respecto a los Servicios de Maternidad.

En España la alimentación que se recomienda para los hijos de madres VIH positivas es la lactancia artificial. No obstante, dado que recientes estudios han demostrado que ***el tipo de alimentación que más aumenta la tasa de transmisión del VIH es la lactancia mixta, se recomienda que las madres VIH positivas reciban esta información***, para que la eviten.

Resumen

¿Implementa su hospital completamente todos los 10 Pasos para proteger, promover y apoyar la lactancia? **SI / NO (táchese lo que no proceda)**.....
.....
.....

¿Cumple su hospital los requerimientos del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna? **SI / NO**.....

¿Proporciona su hospital atención amigable a la madre en el parto? **SI / NO**

¿Proporciona su hospital apoyo adecuado en relación a la preparación de las fórmulas y el fomento del vínculo a las madres que deciden no amamantar? **SI / NO**

Sí la respuesta a cualquiera de las preguntas es negativa, sería necesario mejorar:

En caso de requerir mejoras, ¿quisiera que le ayuden? *

Si la respuesta es **SÍ** ¿Cómo?

* Nota: Puede solicitar asesoría gratuita por parte de la IHAN (sujeto a disponibilidad de recursos).

El objetivo de este formulario es el de facilitar el proceso de autoevaluación del hospital. El hospital o establecimiento de salud debe estudiar los Criterios Globales también. Si un hospital o establecimiento de salud desea solicitar una evaluación para lograr la designación de Hospital IHAN en base a los Criterios Globales, el cuestionario debe presentarse como documento de solicitud.

Si el formulario indica que se requieren mejoras substanciales en la práctica, se sugiere a los hospitales dedicar algunos meses a revisar las rutinas, capacitar nuevamente al personal, y establecer nuevos protocolos de atención. El proceso de autoevaluación puede repetirse. La experiencia muestra que la actividad que consigue un cambio más rápido y eficaz de las rutinas es la formación del personal.

Estamos a su disposición:

INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA. UNICEF ESPAÑA

- **C/ Mauricio Legendre, 36. 28046 Madrid**
- **Teléfono 91 378 95 57**
- **Email : secretaria@ihan.es**