



ENCUESTA SOBRE HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS

¡Cada paso cuenta! Verifique si el hospital o el servicio de salud de su barrio es "amigo de los niños".

¡Es importante que usted actúe ahora! Si completa este cuestionario y comparte la información así recabada con los administradores de hospitales, con el personal de salud y con los amigos, estará ayudando a mejorar los servicios de salud en su propia comunidad. También puede usar el cuestionario para vincularlo con otras actividades y adaptarlo a circunstancias particulares.

¿Qué debe hacer para mejorar la lactancia materna?

1. Complete esta Encuesta sobre Hospitales Amigos de los Niños.
2. Cada respuesta afirmativa vale un punto. La pregunta 9 vale diferentes puntos según la respuesta.
3. Sume todo los puntos y escriba el resultado en la casilla de punteo total.
4. Haga la misma encuesta en varios hospitales. Utilice los resultados para elegir la maternidad o el hospital en el que usted quisiera que naciera su hijo. Muestre a los administradores de los hospitales encuestados cómo su hospital se compara con la norma internacional establecida por la OMS y el UNICEF en la *Declaración Conjunta*.

	Sí	No	No sé
1. Antes de nacer mi bebé, se me explicó por qué y cómo debía amamantarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El personal tenía conocimiento de la lactancia materna y me apoyó a amamantar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me mostraron cómo amamantar a mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me estimularon y ayudaron a amamantar sin dar otros alimentos ni líquidos a mi bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me examinaron los pechos antes y después del parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me dijeron que le diera pecho al bebé cada vez que lo pidiera o llorara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El peso de mi bebé fue anotado al nacer en una gráfica de control de crecimiento que me fue entregada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi bebé y yo tuvimos un contacto de piel a piel inmediatamente después del parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le ofrecí el pecho a mi bebé por primera vez:			
<input type="checkbox"/> 30 minutos (2 puntos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 hora (1 punto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> más de una hora después del parto (0 puntos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El personal del hospital no le dio a mi bebé ni comida ni bebida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi bebé y yo no fuimos separados en ningún momento durante nuestra estadía en el hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El personal del hospital no le dio a mi bebé ni biberones con leche artificial ni chupetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. No me dieron ni fórmula, ni sustitutos de leche materna, ni biberones o tetinas cuando salí del hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me dijeron cuándo mi bebé debería ser examinado y pesado, y cómo podía solicitar control médico para él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cuando me dieron egreso, me dijeron cómo podría contactar un grupo de apoyo de madres que dan de lactar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. El hospital tiene una política de lactancia materna escrita que refleja los <i>Diez Pasos</i> de la OMS/UNICEF y el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero que mi experiencia sobre la lactancia materna fue facilitada por este hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para calcular la nota que le daría a este hospital, sume todos los puntos y compare el resultado con el cuadro siguiente. Envíe una copia de esta encuesta al administrador del hospital. Puede incluir una nota personal al administrador, sugiriéndole que exhiba en su maternidad el cuadro con los *Diez Pasos hacia una Lactancia Natural Feliz* que aparece en el reverso. Guarde una copia de la encuesta para usted y para su comité nacional o de barrio de promoción de la lactancia materna.

¿Qué nota le da a su hospital?

Total

- 17 - 18 **EXCELENTE:** ¡Felicitaciones! Su hospital está haciendo un magnífico trabajo protegiendo, apoyando y promoviendo la lactancia materna.
- 15 - 16 **BUENO:** Continúe mejorando. Su hospital está ayudando a las madres que dan de lactar y a sus bebés. Averigüe cómo puede ayudar aún más, contactando a una de las organizaciones patrocinadoras de la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños.
- 12 - 14 **REGULAR:** Su hospital puede hacer mucho más para apoyar la lactancia materna. Las organizaciones patrocinadoras podrán brindarle asistencia técnica para poner en práctica los *Diez Pasos*.
- 0 - 11 **DEFICIENTE:** Las madres y los bebés en su hospital encuentran muchas dificultades para amamantar. Averigüe por qué es tan importante la lactancia materna. Comience haciendo cambios que aumentarán la satisfacción de sus pacientes y mejorarán la salud de los niños.

POR FAVOR COMPLETE ESTA ENCUESTA Y ENTREGUE UNA COPIA A LA PERSONA U ORGANIZACION QUE LE DIO ESTE FOLLETO O MANDE UNA COPIA A LA SECRETARIA DE WABA. ¡MUCHAS GRACIAS!