

Formulario de Solicitud de   
Re-acreditación

**Centros de Salud**

**2018**

IHAN-España

**Instrucciones para la cumplimentación de esta solicitud**

Para comprender la utilidad de este documento y cumplimentarlo, por favor, lea el Manual para la acreditación IHAN de Centros de Salud, descargable en [www.ihan.es](http://www.ihan.es).

Para solicitar la Re-acreditación, el centro de salud debe cumplimentar adecuadamente este formulario. Lea atentamente las preguntas que se formulan y conteste en los apartados correspondientes, **proporcionando la información más completa posible en cada sección**.

El formulario de solicitud es solamente uno de los documentos que necesitan enviar para solicitar la Re-acreditación. Al final de este formulario, se incluye un listado de comprobación con toda la documentación que es necesario que envíen adicionalmente. Le recomendamos que repase detalladamente dicho listado ya que la no recepción de alguno de los documentos indicados hará que la re-evaluación del centro de salud no se inicie.

Es imprescindible que esta solicitud contenga toda la información solicitada y **esté firmada por los responsables indicados**.

Para la adecuada planificación de la evaluación, tanto el formulario de solicitud como el resto de documentos deben ser enviados con al menos **seis meses de antelación** a la fecha en la que el centro de salud desea ser evaluado.

Toda la documentación deberá ser enviada en soporte digital a [evaluaciones@ihan.es](mailto:evaluaciones@ihan.es), junto con la página de firmas escaneada (solo es necesario escanear la hoja de firmas). Para ello, organice por favor todos los documentos que se solicitan en carpetas o apartados, tal y como se indica en la tabla resumen al final de este documento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD | | | | | |
| **Nombre del centro:** |  | | | | |
| **Dirección:** | Calle  Avenida  Plaza | | **C.P.** |  | |
| **Población/Provincia:** |  | | | | |
| **Departamento/Área de Salud:** |  | | | | |
| **Comunidad Autónoma:** |  | | | | |
| **Teléfono del centro de salud:** |  | | **Fax:** |  | |
| Fecha de última acreditación: | |  | Fecha nueva solicitud: | |  |

*Indique la* ***composición del CS****:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Profesionales: | | Número: | Profesionales: | Número |
| **Pediatras:** |  | | **Auxiliares de enfermería:** |  |
| **Personal de enfermería de pediatría:** |  | | Auxiliares administrativos: |  |
| **Matronas:** |  | | Celadores: |  |
| **Médicos de familia:** |  | | Trabajadores sociales: |  |
| **Personal de enfermería de medicina general:** |  | | Otros (indicar): |  |

*Indique el nombre del* ***Coordinador/a IHAN de la iniciativa conjunta*** *solamente en el caso de solicitar una acreditación IHAN conjunta para varios centros de salud de un mismo departamento/área de salud:*

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO/ÁREA DE SALUD: | |
| **Coordinador/a IHAN de la iniciativa conjunta:** |  |

|  |
| --- |
| DECLARACIÓN Y SOLICITUD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD |

**Certificamos que toda la información aportada en este formulario se corresponde verazmente con la realidad del Centro de Salud y solicitamos la evaluación para la re-acreditación del mismo como Centro de Salud IHAN.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO/ÁREA DE SALUD | | COORDINADOR/A IHAN EN EL CENTRO DE SALUD | | |
| **Cargo:** |  | | **Cargo:** |  |
| **Nombre y apellidos:** |  | | **Nombre y apellidos:** |  |
| **Teléfono y extensión:** |  | | Teléfono y extensión: |  |
| **E-mail:** |  | | E-mail: |  |
| **Fax:** |  | | Fax: |  |
| **Firma y sello Fecha:** | | | **Firma Fecha:** | |
| COORDINADOR/A MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD | | | COORDINADOR/A DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD | |
| **Firma y sello Fecha:** | | | **Firma Fecha:** | |

*Indique, a continuación, información actualizada sobre los* ***datos básicos de su zona de influencia****:*

|  |  |
| --- | --- |
| Perfil geográfico y demográfico del área de influencia del Centro de Salud: | |
| **Población total atendida:** |  |
| **Porcentaje de población infantil menor de 2 años:** |  |
| **Idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma:** |  |
| **Idiomas hablados por más del 10% de la población atendida en el CS:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos de nacimientos: | |
| **Número de recién nacidos usuarios del Centro en el último año:** |  |
| **Nombre de la maternidad pública de referencia:** |  |
| **Tasa de nacimientos de la maternidad pública de referencia:** |  |
| **Tasa estimada de nacimientos en las maternidades privadas**(1)**:** |  |

(1)Si se dispone del dato o de una aproximación tomando en consideración las maternidades privadas de las que se reciben recién nacidos en el Centro de Salud.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN | | |
| * *Cumplimente el cuestionario de autoevaluación del centro de salud* [*online*](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdz2xax_f5WjTwEmOZVs1wM5paz2dRsWg5Qd1JTe1tEM1Fc8Q/viewform?formkey=cEg2VWNfWWZJd1NoY3QyZW1VcGd6VEE6MA..) *(más información en el Manual de acreditación IHAN de centros de salud).* | | |
| MEJORAS EMPRENDIDAS | | |
| ¿Ha llevado a cabo alguna de las recomendaciones y mejoras referidas en el Informe de evaluación en el que se obtuvo el galardón IHAN del área/departamento de salud o del centro de salud? | Sí | No |
| *En caso afirmativo, especifique detalladamente las mejoras y recomendaciones realizadas, agrupándolas por los diferentes temas.*  *En caso de no haber acometido las recomendaciones relacionadas con alguno de los temas indique,* ***“Las recomendaciones no se han llevado a cabo hasta la fecha”****.*  PASO 1. LA NORMATIVA DE LACTANCIA    PASO 2. PLAN DE FORMACIÓN DEL PERSONAL    PASO 3. INFORMACIÓN A MUJERES EMBARAZADAS    PASO 4. APOYO A LA MADRE QUE AMAMANTA PARA ESTABLECER Y MANTENER LA LACTANCIA    PASO 5. FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA    PASO 6. AMBIENTE ACOGEDOR A LA MADRE LACTANTE    PASO 7. TALLERES Y GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA    ADHESIÓN AL CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA    ATENCIÓN AMIGABLE A LA MADRE    INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL | | |
| * *Adjunte cualquier documentación relacionada con las recomendaciones y mejoras ejecutadas.* | | |
| ¿Ha llevado a cabo reuniones periódicas de la Comisión de Lactancia? | Sí | No |
| * *Adjunte cualquier documentación relacionada.* | | |
| ¿Ha llevado a cabo alguna mejora como consecuencia de las actividades de monitorización realizadas por el centro y estas han sido discutidas y aprobadas por la Comisión de Lactancia? | Sí | No |
| * *Adjunte cualquier documentación relacionada con las mejoras ejecutadas.* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LA NORMATIVA DE LACTANCIA | | |
| ¿Ha llevado a cabo la revisión y aprobación de una nueva versión de la Normativa de Lactancia? | Si | No |
| * *Adjunte* ***nueva versión de la normativa aprobada.*** | | |
| La normativa actualizada se difunde a los profesionales con implicación directa y más de una semana trabajando en el centro.  *Actualizaciones de la normativa suponen la difusión a todos los profesionales del centro.* | Si | No |
| * *Adjunte* ***CERTIFICADO firmado por el responsable del centro de salud o del área/departamento de salud*** *sobre el % del personal que lleva más de una semana trabajando en el centro al que se ha difundido la normativa.* | | |
| ¿Ha llevado actividades de monitorización de la normativa? | Si | No |
| * *Adjunte cualquier documentación relacionada.* | | |
| La versión abreviada de la normativa, disponible para los usuarios, | | |
| * Está disponible, al menos en los idiomas oficiales de la comunidad autónoma | Si | No |
| * Contiene una mención al cumplimiento del Código | Si | No |
| * Especifica que cualquier usuario puede solicitar una copia íntegra de la misma. | Si | No |
| * *Adjunte versión abreviada de la normativa.* | | |
| Indique los materiales empleados por el centro para su difusión, método de entrega y lugar de exposición | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RESULTADOS DE LA FORMACION DEL PERSONAL | | |
| El 80% de personal sanitario responsable de la atención a embarazadas, madres y recién nacidos, el 80% del personal sanitario no directamente responsable de la atención al lactante y a su madre y el 80% del personal auxiliar ha sido formado.  *Personal sanitario responsable de la atención a embarazadas, madres y recién nacidos: Matronas, pediatras y personal de enfermería de pediatría o médicos y personal de enfermería general que atienden pediatría*  *Personal sanitario no directamente responsable de la atención al lactante y a su madre: Médicos y personal de enfermería general que no atienden pediatría*  *Personal auxiliar: Celadores, recepcionistas, personal de limpieza, administrativos, etc.* | Si | No |
| * *Adjunte* ***CERTIFICADO firmado por el responsable del centro de salud o del área/departamento de salud*** *con la siguiente información:* * La relación de los profesionales de cada categoría profesional. * Nº y % de profesionales con **responsabilidad en la atención al lactante y a su madre** que se encuentran formados   (ej.: el centro de salud cuenta con 8 pediatras, de los que se han formado 6, que suponen el 75% de la plantilla actual de esta categoría profesional).   * Nº y % de profesionales que **no tienen responsabilidad directa en la atención al lactante y a su madre** que se encuentra formados. * Nº y % de **personal auxiliar** que se encuentran formados. * De entre todos los profesionales del centro, indicación del % que ha recibido formación continuada en lactancia (asistencia a congresos, cursos o talleres de actualización en lactancia) en caso de que hayan transcurrido más de 5 años desde la realización del curso inicial de formación. | | |
| * *Adjunte Fichero Excel cumplimentado sobre los resultados de la formación del personal. Una vez cumplimentado, y antes de su envío, recuerde eliminar los nombres de los profesionales incluidos en el mismo.* |  | |
| El personal que realizó su formación inicial hace más de 5 años, mantiene actualizados sus conocimientos en relación con la lactancia. | Si | No |
| * *Las actividades de formación continuada realizadas por los profesionales deben incluirse en el anterior certificado*   *No es preciso que los profesionales repitan periódicamente el curso de formación que debe tener por el cargo que ocupan, pero sí deberán demostrar que se mantienen actualizados en el tema de lactancia mediante congresos, cursos, talleres,…* | | |
| El personal de nueva incorporación recibe la formación adecuada a su categoría profesional y grado de responsabilidad en la atención a embarazadas, madres y recién nacidos durante los 6 primeros meses tras su incorporación. | Si | No |
| * *Adjunte* ***Plan de formación del personal de nueva incorporación****, de forma que se asegure que son formados de acuerdo a su categoría profesional y grado de responsabilidad en los 6 primeros meses tras su incorporación.*   *Este plan debe detallar las fechas previstas, contenido teórico, práctico y duración de los cursos a impartir.* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCION Y COORDINACIÓN | | |
| ¿Ha llevado a cabo la revisión y aprobación de los siguientes protocolos de acuerdo con la mejor evidencia disponible? | | |
| - La coordinación con la maternidad de referencia para continuidad asistencial al alta. | Si | No |
| * La actuación en la primera visita del recién nacido al centro de salud y evaluación de la toma. | Si | No |
| - El apoyo y seguimiento a la lactancia materna en las visitas sucesivas. | Si | No |
| - El apoyo y ayuda a la madre que no amamanta. | Si | No |
| - La alimentación complementaria. | Si | No |
| * *Adjunte protocolos actualizados y aprobados* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MATERIALES DE DIFUSION A EMBARAZADAS Y MADRES | | |
| El centro dispone de materiales actualizados para su difusión a embarazadas, nuevas madres y madres que no amamantan. | Si | No |
| * *Adjunte materiales de difusión para embarazadas.* | | |
| * *Adjunte materiales de difusión para nuevas madres.* | | |
| * *Adjunte materiales de difusión para madres que no amamantan.* | | |
| * Especifique si realiza otras actividades de difusión: | Si | No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADHESION AL CÓDIGO DE COMERCIALIZACION DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA | | |
| El centro cumple con las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche y las subsecuentes resoluciones de la AMS | Si | No |
| * *Adjunte* ***CERTIFICADO firmado por el responsable del centro de salud*** *en relación con:* * *La entrega a embarazadas y madres de materiales informativos y productos (paquetes regalo).* * *La entrega a las embarazadas y madres de muestras (incluidas monodosis).* * *La exposición en las instalaciones del centro de materiales provistos por industrias o distribuidoras de sucedáneos, biberones chupetes o tetinas.* * *La exposición de latas de leche, monodosis o biberones preparados.* * *El contacto de personal de las industrias o distribuidoras con madres o embarazadas en el centro de salud.* * *La aceptación por los profesionales del centro de regalos procedentes de industrias o distribuidoras.* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL | | | |
| Los indicadores de lactancia materna y alimentación infantil muestran que se mantienen o se han mejorado los valores obtenidos por el centro de salud para su acreditación en Fase 4D. | Si | No |
| * *Adjunte:*   + Formulario para el envío de indicadores de lactancia debidamente cumplimentado (Manual para la Acreditación IHAN de Centros de Salud).   + Documentación que justifique la difusión de los resultados de los indicadores a los profesionales y a los usuarios. Por favor, adjunte la información tal y como se presenta a los usuarios y profesionales del CS (fotografías, informes de cómo se expone la información, etc). | | | |

|  |
| --- |
| LISTA DE COMPROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS A ENVIAR JUNTO CON ESTE FORMULARIO |

Señale a continuación los documentos anexados a la Solicitud de re-acreditación. Como ya le ha sido indicado al inicio de esta solicitud, es necesario enviar, toda la documentación que figura en este listado. La no recepción de alguno de estos documentos hará que la planificación de la evaluación del área/departamento de salud o del centro de salud se retrase.

Si no es posible adjuntar alguno de estos documentos, deberá especificar la razón y el plazo en el que se realizará el envío.

Todos los documentos deben ser agrupados por temas, identificando claramente cada tema con el nombre que se indica en la siguiente tabla. *Algunos ejemplos: puede enviarse la documentación en formato comprimido dividiendo los archivos por carpetas o puede enviarse la documentación en varios correos electrónicos identificando el tema en el asunto.*

| **Si** | **No** | **Documentos a enviar.** | **NOMBRE(s) DEL DOCUMENTO(s)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TEMA: MEJORAS EMPRENDIDAS** |  |
|  |  | 1. Documentación relacionada con las recomendaciones y mejoras ejecutadas desde la última evaluación |  |
|  |  | 1. Relación de acciones emprendidas como consecuencia de las recomendaciones y mejoras ejecutadas. |  |
|  |  | **TEMA: LA NORMATIVA DE LACTANCIA** |  |
|  |  | 1. Normativa de lactancia en vigor. |  |
|  |  | 1. Resultados de la difusión de la normativa a profesionales:   **CERTIFICADO firmado por el responsable del centro de salud o del área/departamento de salud** sobre el % del personal de más de una semana trabajando en el centro al que se ha difundido la normativa. |  |
|  |  | **TEMA: RESULTADOS DE LA FORMACION DEL PERSONAL** |  |
|  |  | 1. **CERTIFICADO** **firmado por el responsable del centro de salud o del área/departamento de salud** que refleje, por categoría profesional, el personal sanitario con responsabilidad directa o no directa en la atención de las embarazadas, madres y recién nacidos y el personal auxiliar que ha sido formado en lactancia materna según su categoría profesional y grado de responsabilidad.   *Esta formación se refiere al personal que se encuentre en el centro de salud a fecha de la evaluación y que cuente con más de 6 meses de trabajo en el centro.* |  |
|  |  | 1. Fichero Excel con resultados de la formación |  |
|  |  | 1. Plan de formación del personal de nueva incorporación, de forma que se asegure que son formados en los 6 primeros meses tras su incorporación. |  |
|  |  | **TEMA: PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCION Y COORDINACION** |  |
|  |  | 1. Protocolos actualizados y relativos a:  * La coordinación con la maternidad de referencia para continuidad asistencial al alta. * La actuación en la primera visita del recién nacido al centro de salud. * El apoyo y seguimiento a la lactancia materna en las visitas sucesivas. * El apoyo y ayuda a la madre que no amamanta. * La alimentación complementaria. |  |
|  |  | **TEMA: MATERIALES DE DIFUSION A EMBARAZADAS Y MADRES** |  |
|  |  | 1. Materiales de formación e información para:  * Embarazadas. * Nuevas madres. * Madres que no amamantan |  |
|  |  | **TEMA: ADHESION AL CODIGO DE COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA** |  |
|  |  | 1. **CERTIFICADO** **firmado por el responsable del centro de salud** sobre su cumplimiento y las directrices establecidas por el área/departamento de salud o por el centro de salud en este sentido. |  |
|  |  | **TEMA: INDICADORES DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL** |  |
|  |  | 1. Formulario para el envío de indicadores de lactancia y alimentación infantil. |  |
|  |  | 1. Documentación de la difusión de los resultados de los indicadores a los profesionales y a los usuarios. |  |

UNICEF. IHAN España. 2018