



HOSPITAL REGIONAL
HERMILO VALDIZÁN MEDRANO
HUÁNUCO · PERÚ



DOCUMENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

VERSIÓN 1.1 — 2026

Separación cero, contacto piel a piel y acompañamiento a las madres, los recién nacidos y sus familias.



ELABORADO POR EL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA
HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO · HUÁNUCO, 2026

ÍNDICE

- I. Introducción
- II. Antecedentes
- III. Justificación de la Política
- IV. Finalidad
- V. Objetivos
- VI. Alcance de la Política
- VII. Base Legal
- VIII. Disposiciones Específicas
 - 8.1. Cumplimiento de los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa
 - 8.2. Prohibición de publicidad y donación de sucedáneos
 - 8.3. Lactario institucional y alimentación complementaria
- IX. Comité Institucional de Lactancia Materna
- X. Indicadores y Metas
- XI. Monitoreo y Evaluación
- XII. Programación de Actividades
- XIII. Responsabilidad
- XIV. Anexos
- XV. Referencias Bibliográficas

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe evidencia científica sólida sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud a corto y largo plazo de la madre y el niño, incluyendo menor riesgo de enfermedades agudas y crónicas y mejores resultados cognitivos. La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses —iniciada en la primera hora de vida— y continuada hasta los dos años o más (Resolución WHA55.25, 2002). Además del beneficio en salud, la evidencia económica es contundente: se estima un retorno de 35 dólares por cada dólar invertido en lactancia materna (Banco Mundial, 2017), frente a los riesgos de la comercialización de sucedáneos, documentados en informes de la OMS/UNICEF (2022) sobre publicidad engañosa dirigida a familias y personal de salud⁴⁵.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO Y LACTANCIA MATERNA COMO DETERMINANTE

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Perú aumentó a 0.662 en 2024 (PNUD, 2025), pero persisten brechas territoriales importantes: Huánuco se ubica reiteradamente entre las regiones con menor IDH, mayor pobreza monetaria (35.7%) y menor densidad estatal del país, con una anemia infantil en aumento (43.7% nacional; 51.8% en Huánuco). Pese a este contexto adverso, la región muestra indicadores de lactancia materna consistentemente superiores al promedio nacional: 75.3% de lactancia materna exclusiva en 2025 (vs. 71.1% nacional) y 65% de inicio temprano de la lactancia (vs. ~48% nacional) (INEI, ENDES 2023-2025). Esta evidencia respalda a la lactancia materna como una palanca costo-efectiva de desarrollo humano en contextos de vulnerabilidad, tal como lo documentan la OMS y UNICEF.

EFFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA LACTANCIA MATERNA Y EFFECTOS DAÑINOS DEL USO DE SUCEDÁNEOS

La evidencia científica muestra que, frente a la lactancia materna, el uso de sucedáneos se asocia con mayor riesgo de diarrea, neumonía y otitis media desde los primeros meses de vida (Lamberti et al., 2011, 2013; Bowatte et al., 2015)^{126,127,118}, con riesgos propios del producto en polvo —contaminación por *Cronobacter sakazakii* y errores de reconstitución que pueden causar deshidratación hipernatrémica (Kalyantanda et al., 2015; Rosenkranz et al., 2024)^{125,131}— y con mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (Thompson et al., 2017)¹³³. A largo plazo, se asocia con mayor riesgo de sobrepeso/obesidad y diabetes tipo 2 (Horta et al., 2015, 2023)^{122,123}, menor coeficiente intelectual (Horta et al., 2015; Vitoria et al., 2016)^{121,135}, mayor riesgo de leucemia infantil (Amitay y Keinan-Boker, 2015)¹¹⁶, asma y rinitis alérgica (Lodge et al., 2015)¹²⁸, y alteración de la microbiota intestinal (Borrego-Ruiz y Borrego, 2025)¹¹⁷. La revisión más reciente y exhaustiva sobre el tema (AAP/AHRQ, Patnode et al., 2025)¹²⁹, que integró 29 revisiones sistemáticas y 145 estudios primarios, confirma de manera consolidada estas asociaciones.

EFFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO: BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS

En el recién nacido prematuro, la disyuntiva clínica no es solo “leche materna versus fórmula”, sino con frecuencia “leche materna fortificada versus fórmula versus leche materna sin fortificar”. El riesgo mejor documentado del uso de fórmula estándar es la enterocolitis necrotizante (Quigley et al., 2019; Strobel et al., 2022)^{130,132}, mientras que la fortificación multinutriente de la leche materna propia —cuando esta es insuficiente— muestra beneficios en crecimiento sin ese riesgo (Brown et al., 2020)¹¹⁹. En cuanto a la densidad ósea, una eventual ventaja inicial de la fórmula no se sostiene en el seguimiento a largo plazo (Toftlund et al., 2025)¹³⁴.

Síntesis del balance riesgo-beneficio en el prematuro

- El riesgo más grave y mejor documentado del uso de fórmula estándar en el prematuro es la enterocolitis necrotizante, con las consecuencias neurológicas que esta puede acarrear.

- La ganancia de peso y talla puede ser más rápida a corto plazo con fórmula o con fortificación, pero esta ventaja no se traduce en mejores resultados de crecimiento, salud ósea ni neurodesarrollo a mediano o largo plazo.
- El uso de fortificantes (que comparten origen bovino con los sucedáneos) sobre leche materna propia —no la sustitución completa por fórmula— es la estrategia con mejor perfil de beneficio cuando existe déficit nutricional documentado en el prematuro.
- La recomendación basada en la evidencia disponible favorece maximizar el volumen de leche materna propia (o donada, cuando esté disponible) y reservar la fórmula estándar para cuando no exista alternativa, dado su perfil de riesgo más desfavorable en esta población vulnerable.

Síntesis para la práctica clínica

- La evidencia de mayor calidad es consistente en señalar mayor riesgo de diarrea, neumonía, otitis media, deshidratación hipernatrémica, infecciones por *Cronobacter sakazakii* y síndrome de muerte súbita del lactante en el corto y mediano plazo, así como obesidad, diabetes tipo 2, leucemia infantil y enterocolitis necrotizante (en prematuros) a más largo plazo, asociados al uso de sucedáneos frente a la lactancia materna.
- El efecto sobre el coeficiente intelectual, aunque estadísticamente significativo, es de magnitud modesta y se atenúa al controlar por factores maternos (educación, nivel socioeconómico, estimulación en el hogar).
- En el recién nacido prematuro, la evidencia no es unidireccional: existen beneficios documentados de la fortificación (de origen predominantemente bovino) cuando la leche materna propia es insuficiente, pero el riesgo de enterocolitis necrotizante asociado a la fórmula estándar es sustancialmente mayor y sus consecuencias son las más graves de todo el cuerpo de evidencia revisado.
- Los mecanismos biológicos propuestos —mayor carga proteica, ausencia de factores bioactivos e inmunológicos, alteración de la microbiota intestinal y riesgo de contaminación microbiológica del producto— ofrecen plausibilidad biológica a las asociaciones epidemiológicas encontradas.

CALOSTROTERAPIA

La calostroterapia orofaríngea consiste en depositar pequeñas cantidades de calostro materno (0.1-0.2 mL) en la mucosa bucal del prematuro que aún no puede alimentarse por vía enteral completa, permitiendo su absorción a través del tejido linfoide de la mucosa oral. La evidencia muestra beneficio consistente sobre la modulación inmunológica e inflamatoria (Martín-Álvarez et al., 2020; Slouha et al., 2023)^{141,136} y sobre el tiempo a alimentación enteral completa (Panchal et al., 2019; Fu et al., 2023)^{142,140}, con un perfil de seguridad favorable. El efecto sobre sepsis tardía, enterocolitis necrotizante y mortalidad es heterogéneo entre estudios (Fu et al., 2023 vs. Anne et al., 2024; Rodríguez et al., 2023)^{140,138,44} y debe comunicarse como beneficio probable, no definitivo. En el recién nacido a término, el equivalente es el inicio de la lactancia en la primera hora de vida, que se asocia con una reducción de aproximadamente 44% en la mortalidad neonatal (Debes et al., 2013)¹³⁹ y un posible rol en la prevención de la hipoglucemia (Roberts et al., 2024)¹⁴³.

Síntesis para la práctica clínica

- En el prematuro, la calostroterapia orofaríngea cuenta con evidencia sólida y consistente de beneficio sobre la modulación inmunológica/inflamatoria, la tolerancia alimentaria y el tiempo a alimentación enteral completa, con un perfil de seguridad favorable que respalda su uso rutinario en la unidad de neonatología.

- El efecto sobre sepsis tardía, enterocolitis necrotizante y mortalidad es prometedor pero heterogéneo entre estudios; debe comunicarse como un beneficio probable, no como un hecho establecido de forma definitiva, a la espera de ensayos de mayor tamaño muestral.
- En el recién nacido a término, el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida — permitiendo que el calostro sea el primer alimento— tiene uno de los efectos más contundentes de toda la literatura de lactancia materna: reducción de aproximadamente 44% en la mortalidad neonatal, además de un posible rol en la prevención de la hipoglucemia.
- Estos hallazgos respaldan directamente el Paso 4 de los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa (contacto piel con piel e inicio de la lactancia en la primera hora) y las prácticas del lactario institucional para la recolección y uso de calostro en prematuros.

•

CONTACTO PIEL A PIEL

El contacto piel a piel precoz consiste en colocar al recién nacido desnudo sobre el tórax de la madre inmediatamente tras el nacimiento; en el prematuro o de bajo peso, su forma prolongada se conoce como Método Madre Canguro (MMC). En el recién nacido sano a término, la revisión Cochrane de Moore et al. (2025)¹¹⁴, sobre 69 ensayos y más de 7000 díadas, encontró mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva, mejor termorregulación y estabilidad glucémica, y menor puntaje de dolor procedimental (Johnston et al., 2017)¹¹²; estos beneficios se extienden también a la cesárea (Frederick et al., 2020)¹¹¹. En el prematuro, el MMC reduce la mortalidad (RR 0.60), la sepsis nosocomial (RR 0.35) y la hipotermia (RR 0.28) frente al cuidado en incubadora (Conde-Agudelo y Díaz-Rossello, 2016)¹¹⁰; y el ensayo iKMC de la OMS (2021)¹¹⁵ demostró que iniciarlo de inmediato, sin esperar la estabilización completa, reduce la mortalidad en 25% adicional.

Síntesis para la práctica clínica

- El contacto piel a piel precoz debe ofrecerse de forma rutinaria a todo recién nacido a término estable, dentro de la primera hora de vida, incluyendo después de la cesárea cuando las condiciones maternas y neonatales lo permitan (Paso 4 de los Diez Pasos).
- En el prematuro o de bajo peso, el Método Madre Canguro debe iniciarse lo más pronto posible tras el nacimiento —siguiendo el modelo del ensayo iKMC de la OMS— y no limitarse a un inicio tardío tras la estabilización completa, dado el beneficio adicional en supervivencia documentado con el inicio inmediato.
- El contacto piel a piel debe incorporarse como medida de manejo del dolor durante procedimientos menores (tamizaje metabólico, punción de talón), en línea con la evidencia Cochrane sobre reducción del puntaje de dolor.
- Estos hallazgos respaldan directamente la actualización del Paso 4 y de las Disposiciones Específicas de la política institucional relacionadas con la atención inmediata del recién nacido y el manejo del prematuro en la unidad de neonatología. [El protocolo operativo específico del Método Madre Canguro se desarrolla en el numeral 8.1.4-B y en el Anexo 6 de la presente política.](#)

II. ANTECEDENTES

INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO

La Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (BFHI) fue lanzada en 1991 por la OMS/UNICEF para promover los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa, [presentados originalmente en 1989 en la Declaración Conjunta OMS/UNICEF “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el Papel Especial de los Servicios de Maternidad”](#) y [refrendados por la Declaración de Innocenti \(1990\)](#), que fijó como meta mundial su cumplimiento pleno en todas las maternidades. [Los Diez Pasos fueron actualizados en 2018](#) tras una revisión de evidencia. En el Perú, el marco de certificación equivalente se rige por la Directiva Administrativa N.º 201-MINSA/DGSP-V.01 (R.M. N.º 609-2014/MINSA), que organiza la evaluación en tres ejes: los Diez Pasos, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos, y el Lactario Institucional (Ley N.º 29896).

El proceso de certificación nacional muestra un crecimiento sostenido y documentado: 17 establecimientos certificados entre agosto de 2018 y junio de 2019, con avances registrados en tres indicadores clave —pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida—; 21 establecimientos acumulados para marzo de 2020; y 27 establecimientos a nivel nacional entre diciembre de 2020 y agosto de 2021, con continuidad hasta la actualidad. En Huánuco, el MINSA ha desarrollado talleres nacionales de capacitación dirigidos a los Comités de Lactancia Materna de las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA), con la región participando desde las primeras convocatorias; actualmente se han certificado múltiples centros de salud e incluso microrredes completas, un hito relevante para la salud del binomio madre-niño en la región.

La evidencia científica que respalda esta estrategia es robusta y proviene de múltiples fuentes independientes:

Revisión Cochrane: efectividad para promover el inicio de la lactancia

La revisión Cochrane de Balogun et al. (2016)¹⁴⁴, que evaluó intervenciones de servicios de salud para promover el inicio de la lactancia materna, concluyó que la BFHI —un programa estructurado y multifacético que implica cambios organizacionales— es la intervención de servicios de salud más efectiva identificada para este fin, superando a intervenciones aisladas no acompañadas de cambio institucional.

Revisión Cochrane: apoyo organizado a la lactancia materna

La revisión Cochrane de Gavine et al. (2022)¹⁴⁵, sobre apoyo a madres con lactancia materna en binomios sanos a término, confirma que el apoyo profesional y organizado —el tipo de apoyo estructurado que la BFHI institucionaliza a través de sus Diez Pasos— se asocia con mayor continuidad de la lactancia materna frente a la atención estándar, proporcionando el marco Cochrane más amplio sobre por qué funcionan las intervenciones estructuradas como la BFHI.

Revisión sistemática sobre impacto en desenlaces de lactancia y salud infantil

Pérez-Escamilla, Martínez y Segura-Pérez (2016)¹⁴⁸, en una revisión sistemática publicada en *Maternal & Child Nutrition*, encontraron que la implementación de la BFHI se asocia de forma consistente con mayores tasas de inicio y duración de la lactancia materna exclusiva, tanto en países de altos ingresos como de ingresos bajos y medios, así como con mejoras en desenlaces de salud infantil relacionados.

Metaanálisis reciente (2025): magnitud del efecto

El metaanálisis de Habte et al. (2025)¹⁴⁷, publicado en *Nutrients*, cuantificó el efecto de la BFHI sobre dos indicadores clave: un incremento del 43% en el inicio precoz de la lactancia materna (RR

agrupado 1.43; IC95%: 1.12–1.81) y del 18% en la lactancia materna exclusiva a los 4 meses (RR 1.18; IC95%: 1.08–1.29), en comparación con establecimientos no certificados.

Ejemplo de implementación a nivel de país: Francia (2024)

El estudio de Guajardo-Villar et al. (2024)¹⁴⁶, publicado en el International Journal of Epidemiology y basado en la Encuesta Nacional Perinatal francesa (2010, 2016 y 2021), encontró que las maternidades certificadas como BFHI en Francia presentaron tasas ajustadas de lactancia materna exclusiva 5.8 puntos porcentuales más altas y de lactancia materna en cualquier modalidad 4.7 puntos porcentuales más altas que las no certificadas, confirmando que el efecto de la certificación se sostiene incluso en contextos de altos ingresos con sistemas de salud consolidados.

Síntesis para la práctica y relevancia para el Hospital Valdizán

- La evidencia de mayor rigor metodológico disponible (revisión Cochrane de Balogun et al., 2016)¹⁴⁴ identifica a la BFHI/IHAN como la intervención de servicios de salud más efectiva para promover el inicio de la lactancia materna, por encima de intervenciones aisladas.
- El efecto se ha cuantificado de forma consistente en metaanálisis recientes: aproximadamente 43% más de inicio precoz de la lactancia y 18% más de lactancia materna exclusiva a los 4 meses en establecimientos certificados frente a no certificados.
- En el Perú, el marco normativo (Directiva 201-2014-MINSA) es plenamente equivalente en contenido técnico a la BFHI internacional, y el proceso de certificación nacional muestra un crecimiento sostenido.

LACTANCIA MATERNA EN EL PERÚ (ENDES 2023-2025)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-INEI), la lactancia materna exclusiva (LME) nacional en menores de 6 meses pasó de 69.3% (2023) a 67.4% (2024) y alcanzó su máximo histórico de 71.1% en 2025. Huánuco se mantuvo sistemáticamente por encima del promedio nacional en los tres años, **aunque retrocedió en 2025 mientras el país mejoraba**, reduciendo su ventaja de +11.5 p.p. (2024) a +4.2 p.p. (2025) —**una señal de alerta a monitorear**—. La región destaca ampliamente en inicio temprano de la lactancia y en menor uso de alimentación prelacteal, y su duración e intensidad de lactancia también superan el promedio nacional, como se detalla a continuación:

Indicador	2023	2024	2025
LME nacional (<6 meses)	69.3%	67.4%	71.1%
LME Huánuco	77.3%	78.9%	75.3%
Inicio en la 1ª hora — nacional	48.0%	—	48.3%
Inicio en la 1ª hora — Huánuco	65.0%	—	65.0%
Alimentación prelacteal — nacional	42-44%	—	—
Alimentación prelacteal — Huánuco	26-29%	—	—
Duración total lactancia — Huánuco (meses)	22.7	24.8	25.3
Duración total lactancia — nacional (meses)	21.6	—	22.9

A nivel nacional, la brecha urbano-rural en LME no ha sido lineal: 12.8 p.p. (2023) → 20.6 p.p. (2024) → 11.9 p.p. (2025). La región Costa presenta la menor prevalencia de LME en los tres años (57-63%), aunque fue la que más mejoró en 2025 (+6.0 p.p.). En 2023 los departamentos con mayor LME fueron Junín, Ucayali, Puno, Huancavelica, Áncash y Cajamarca (80.3%-85.2%), y los más bajos Tumbes (46.8%) e Ica (48.5%); en 2025 los departamentos líderes fueron Huancavelica (93.2%), Cajamarca (84.6%) y Puno (84.5%), con Huánuco (75.3%) por debajo de estos pese a seguir superando el promedio nacional. La continuidad de la lactancia mejoró en los tres tramos de edad entre 2023 y 2025 (81.5% → 84.9% al año; 29.4% → 31.6% a los dos años), mientras que el uso de biberón bajó de forma consistente después de los 6 meses, aunque aumentó en menores de 2 meses (19.8% → 23.7%), una posible área de atención en la consejería hospitalaria temprana.

Lactancia materna exclusiva según nivel educativo de la madre (nacional)

Un hallazgo relevante para la consejería hospitalaria es el patrón inverso entre nivel educativo materno y LME: las madres sin nivel educativo o con primaria presentan sistemáticamente mayor LME que las madres con educación superior, en los tres años de la serie, como se detalla a continuación:

Nivel educativo de la madre	2023	2024	2025
Sin nivel / Primaria	74.3%	80.5%	77.6%
Secundaria	72.8%	69.5%	74.3%
Superior	62.6%	60.4%	64.6%

Esta brecha —una diferencia de 13 a 20 puntos porcentuales entre madres sin nivel/primaria y madres con educación superior— sugiere que las madres con mayor escolaridad podrían estar más expuestas a la promoción de sucedáneos o a barreras propias del retorno laboral temprano, y constituyen un grupo prioritario para la consejería antenatal reforzada en el Hospital Valdezán.

Tendencia por región natural y duración de la lactancia

Por región natural, la Sierra mantiene la mayor prevalencia de LME en los tres años (81.9% → 79.4% → 82.8%), seguida de la Selva, con una tendencia de mejora sostenida (72.4% → 77.1% → 78.3%); la Costa es la región con menor prevalencia y mayor variabilidad (61.1% → 57.3% → 63.3%). En cuanto a la duración de la lactancia, se observa un patrón divergente entre área urbana y rural: la duración total en el área urbana aumentó de forma sostenida (22.0 → 23.1 → 24.0 meses), pero la duración exclusiva disminuyó en el mismo período (3.7 → 3.4 → 3.4 meses); en el área rural, ambas duraciones se mantuvieron más estables, con una duración exclusiva consistentemente más alta que en zonas urbanas (4.6 → 4.6 → 4.5 meses). Esto sugiere que, si bien las madres urbanas amamantan por más tiempo en total, lo hacen de forma menos exclusiva, posiblemente por mayor introducción temprana de fórmula o alimentación complementaria.

Iniciación de la lactancia en Huánuco: comparación adicional

Más allá del inicio dentro de la primera hora ya reportado, el Anexo Estadístico permite una comparación adicional: en Huánuco, el 99.6% de los niños y niñas lactó alguna vez en los tres años de la serie (vs. 98.3-98.9% nacional), y el inicio durante el primer día de vida osciló entre 93.8% y 96.5% (vs. 91.5-92.4% nacional), reforzando el patrón favorable ya descrito. Nota metodológica: el tamaño muestral de Huánuco en la ENDES disminuyó de 502 (2023) a 484 (2024) y 457 (2025), lo que amerita cautela al interpretar variaciones recientes.

III. JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

De lo expuesto previamente se concluye que la implementación de la estrategia de hospital amigo de la madre, el niño y la niña tiene efectos positivos en los principales indicadores de lactancia, así como diversos estudios muestran los **efectos beneficiosos** de la lactancia materna, del inicio precoz de la lactancia, y de prácticas como el contacto piel a piel y la lactancia durante la primera hora, **sobre la salud a largo plazo de la población**, así como los efectos deletéreos del uso de sucedáneos. Sumando a esto el impacto económico de las políticas que promueven la lactancia materna, y el hecho que la pobreza pone en riesgo a la lactancia materna, nos lleva a mantener el trabajo y lograr aplicar las políticas de la estrategia de hospital amigo de la madre, el niño y la niña, así como reforzar esfuerzos a nivel regional para mejorar los indicadores de lactancia que han disminuido durante el último año.

Principios

- El Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano reconoce que la lactancia materna es un derecho fundamental del ser humano que debe ser promovido y protegido por el Estado, la Sociedad, las Familias y la Comunidad, en la medida que contribuye al desarrollo integral de las niñas y niños, mejora la salud de la madre y fortalece los vínculos familiares.
- Todos los niños tienen el derecho a recibir leche materna como el mejor alimento que existe.
- Todas las madres tienen el derecho de ser bien informadas para alimentar de la manera más adecuada a sus hijos.

Por tanto, este hospital se ha propuesto basar su política de lactancia materna, teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS y de UNICEF contenidas en su declaración conjunta de "Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna" (1989), respetando el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981) y cumplir con los "Diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa" que constituye la base de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Encontrando en nuestro país el Reglamento de Alimentación Infantil D.S. N.º 009-2006-SA, que traduce el espíritu del código al no permitir la donación de sucedáneos o venta a precios reducidos y limitar el acceso de promotores de sustitutos artificiales de la leche materna en los Servicios de Salud.

Esta política de lactancia constituye el primero de los "Diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa" (Anexo 1), y pretende ser el punto de partida para lograr los cambios adecuados en las prácticas de este hospital para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF diferencian sus lineamientos según el nivel de complejidad del establecimiento de salud: los Diez Pasos completos y la acreditación IHAN/BFHI están dirigidos a hospitales y maternidades, mientras que los establecimientos de primer nivel de atención cuentan con una iniciativa adaptada y más liviana, la Iniciativa Comunitaria Amigable con la Lactancia Materna (Baby-Friendly Community Initiative). El Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, al atender partos por cesárea y recién nacidos prematuros, y contar con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y cuidados intermedios, corresponde plenamente al nivel hospitalario y debe, por tanto, cumplir los Diez Pasos en su totalidad, sin las adaptaciones previstas para el primer nivel de atención⁴².

Para la redacción y estructura de la presente política, el Comité de Lactancia ha tomado como documento de referencia el "ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding" de la Academy of Breastfeeding Medicine (Hernández-Aguilar et al., 2018, actualizado en 2025)⁶¹, documento que opera bajo los lineamientos de la OMS/UNICEF y que integra la totalidad de los Criterios Globales de la IHAN. Asimismo, dado que este hospital brinda atención a recién nacidos prematuros y enfermos en la UCIN y en cuidados intermedios, la presente política incorpora los principios orientadores de la iniciativa "Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal

Wards” (Neo-BFHI), desarrollada por el grupo de expertos nórdico-canadiense (Nygqvist et al., 2012; Maastrup et al., 2022)⁴⁰, que adapta los Diez Pasos a las necesidades específicas de los recién nacidos prematuros o enfermos mediante tres principios orientadores: la atención centrada en la familia e individualizada según la situación de cada madre y su recién nacido, un entorno físico y organizativo que facilite la participación continua de los progenitores, y la continuidad de cuidados desde el embarazo hasta después del alta. Esta adaptación cuenta, además, con respaldo oficial directo de la OMS y UNICEF, que en 2020 publicaron conjuntamente la guía “Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns”, documento que aplica formalmente los Diez Pasos a las unidades neonatales y que esta política toma como referencia central para la atención del recién nacido prematuro o enfermo en la UCIN⁴².

IV. FINALIDAD

Contribuir a la disminución de la morbilidad infantil y al desarrollo integral de la niña y el niño atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco.

V. OBJETIVOS

5.1. *Objetivo general*

Establecer una política escrita de promoción y protección de lactancia materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco.

5.2. *Objetivos específicos*

- Establecer y unificar los criterios normativos para la atención de las madres embarazadas, puérperas, niños y niñas de 0 a 2 años de edad, sobre cómo promover, proteger y apoyar la lactancia materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.
- Cumplir con los diez (10) pasos de una Lactancia Materna segura y exitosa, que se establecen en la Directiva para Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.
- Prohibir el uso de biberones y chupones, así como de dispositivos que no mejoran los mecanismos de succión de recién nacidos (jeringas; revisión y resumen en Anexo 8) debiendo implementar el uso de vasito o cucharita ([video descargable de Técnica del Vasito \(1\).mp4](#)), así como prohibir el uso de sucedáneos de la leche materna (fórmulas lácteas), exceptuando los casos indicados por el médico pediatra, para lo cual se pone a disposición los protocolos de la ABM como guías internacionales sobre el tema, en especial el protocolo 3 (descargable de [protocolos ABM](#)), para su cumplimiento.
- Promover el uso del Lactario Institucional, como un espacio para que las madres trabajadoras del presente nosocomio puedan ejercer su derecho de lactancia materna durante la jornada laboral.
- Realizar un programa de capacitación en forma continua para todo el personal en aspectos de promoción y protección de la Lactancia Materna.
- Difundir y hacer cumplir el Reglamento de Alimentación Infantil en los Departamentos y Servicios del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano involucrados con la atención de la madre y el niño.
- Cumplir con el contacto piel a piel tanto en partos eutócicos como en cesáreas. (Anexo 5) y [video descargable de cesarea_final_con_14_textos.mp4](#)
- Aplicación de las guías de la ABM (descargable de [protocolos ABM](#)) como herramienta con soporte científico y avalada por una asociación internacional en Lactancia Materna.
- Garantizar el desarrollo de habilidades de las puérperas y gestantes en la extracción tanto de calostro como de leche de transición-madura con técnicas adecuadas (video descargable de [extraccion_manual_leche_compatible.mp4](#), toda puérpera debe al alta saber cómo extraer su leche y administrarla (anexo 8)

VI. ALCANCE DE LA POLÍTICA

6.1. Esta política es congruente con la Misión del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano y, para garantizar su implementación y sostenibilidad, está incluida dentro del Plan Operativo Institucional como uno de los instrumentos para el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

6.2. Esta política es de aplicación obligatoria para todo el personal que labora en los departamentos y diferentes servicios del Hospital, con mayor énfasis en los departamentos y Servicios de Gineco-Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Centro Quirúrgico y Emergencia y Cuidados Críticos, sean estos de consulta externa o de hospitalización, así como en las unidades funcionales donde se brinda atención a madres embarazadas, puérperas, lactantes y/o niños/niñas hasta los 2 años de edad.

6.3. Todo el personal deberá actuar de acuerdo a lo estipulado en esta política con el fin de evitar consejos contradictorios a la madre, al padre y familia. Asimismo, cualquier acción que vaya en contra de lo estipulado en esta normativa tendrá que justificarse y deberá constar en la historia clínica de la madre y/o del niño. Infringir la presente normativa será motivo de sanción administrativa.

VII. BASE LEGAL

Normas internacionales

- Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad (1989).
- Declaración de Innocenti sobre la Protección, la Promoción y el Apoyo de la Lactancia Materna. OMS/UNICEF, 1990.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, OMS (1981).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Guía de implementación de la estrategia Hospital Amigo de la Madre, el Niño y la Niña. UNICEF, 2018 (Baby-Friendly Hospital Initiative Implementation Guidance). Disponible en: <https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
- Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck PK, Chapin EM. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding (revisado 2025). Academy of Breastfeeding Medicine. Modelo de política de maternidad alineado con los lineamientos de la OMS/UNICEF, que integra la totalidad de los Criterios Globales de la IHAN. DOI: <https://doi.org/10.1177/15568253251375964>
- Maastrup R, et al. The Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards (Neo-BFHI): adaptación de los Diez Pasos a unidades neonatales de cuidados especiales e intensivos, desarrollada por el grupo de expertos nórdico-canadiense (Nygqvist et al.). Acta Paediatrica, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.16230>
- Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. Journal of Human Lactation. 2012;28(3):289-296. DOI: <https://doi.org/10.1177/0890334412441862>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Ginebra: OMS; 2020. ISBN 978-92-4-000564-8. DOI: [who.int/publications/i/item/9789240005648](https://www.int/publications/i/item/9789240005648)

Leyes

- Ley N.º 26842, Ley General de Salud.
- Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N.º 27240, Ley que otorga permiso por lactancia materna, ampliada por la Ley N.º 27591 (concede el derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que el hijo cumpla un año de edad).
- Ley N.º 27337, Código de los Niños y Adolescentes.
- Ley N.º 27403, Ley que precisa los alcances del permiso por lactancia materna.
- Ley N.º 28731, Ley que amplía la duración del permiso por lactancia materna.
- Ley N.º 29896, Ley que establece la Implementación de Lactarios en las Instituciones del Sector Público y del Sector Privado, promoviendo la Lactancia Materna.

- Ley N.° 30807, Ley que otorga 10 días de licencia por paternidad a los trabajadores de empresas públicas o privadas, para ayudar a la madre en el cuidado y protección del bebé.
- Ley N.° 31633, Ley que implementa y desarrolla los Bancos de Leche Humana.
- [Ley N.° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro.](#)

Resoluciones y material del Hospital Regional Hermilio Valdizán

- Resolución de conformación del comité de lactancia 2026.
- Contenido del curso de Lactancia Materna dictado en mayo 2026 (descargable de [presentaciones curso 2026](#))
- Directiva de Lactario Institucional

Decretos Supremos

- Decreto Supremo N.° 020-82-SA, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Decreto Supremo N.° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil (RAI).
- Decreto Supremo N.° 009-2006-MIMDES, que dispuso la implementación de lactarios en las instituciones del Sector Público.
- Decreto Supremo N.° 018-2008-SA, que crea la Comisión Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna.
- Decreto Supremo N.° 001-2012-MIMP, que aprueba el "Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021".
- Decreto Supremo N.° 023-2021-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 29896, Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia.
- Reglamento de la Ley N.° 31633, Ley que implementa y desarrolla los Bancos de Leche Humana.
- [Decreto Supremo N.° 005-2026-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro. Su artículo 12 regula el acompañamiento familiar durante la atención prenatal y el acceso del padre, la madre o un familiar de primer grado a las unidades de hospitalización o Cuidados Intensivos Neonatales.](#)

Resoluciones Ministeriales, Directivas y Normas Técnicas de Salud

- Resolución Ministerial N.° 609-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N.° 201-MINSA/DGSP-V.01, para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.
- Resolución Ministerial N.° 353-2016/MINSA, que incorpora a la Directiva Administrativa N.° 201-MINSA/DGSP-V.01 los Anexos 5, 5A, 5B, 6, 6A, 6B, 6C, 6D, 6E, 6F, 6G, 7, 7A, 7B y 7C.

- Resolución Ministerial N.° 126-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.° 006-MINSA-INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Materna".
- Resolución Ministerial N.° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.° 010-MINSA-INS-V.01 "Lineamientos de Nutrición Infantil".
- Resolución Ministerial N.° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N.° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N.° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención Materno Infantil".
- Resolución Ministerial N.° 464-2011-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N.° 527-2013/MINSA y Resolución Ministerial N.° 827-2013/MINSA, que aprueban la Norma Técnica N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna"
- Resolución Ministerial N.° 528-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.° 106-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".
- Resolución Ministerial N.° 260-2014/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna".
- Resolución Ministerial N.° 462-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna".
- Resolución Ministerial N.° 537-2017/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.° 137-MINSA/2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco años".
- Norma Técnica de Salud N.° 152-MINSA/2019/DGIESP, "Norma Técnica de Salud para la implementación, funcionamiento y promoción de Bancos de Leche Humana en el Perú".
- Norma Técnica de Salud N.° 214-MINSA/DGIESP-2024, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por Resolución Ministerial N.° 545-2024-MINSA.
- Resolución Ministerial N.° 440-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N.° 108-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para la Implementación de la Práctica del Método Canguro.
- Resolución Ministerial N.° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N.° 018-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N.° 427-2015/HCH-DG, Directiva Sanitaria N.° 001-HCH-DPE-SNEONAT-V.01, "Directiva para la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna" del Hospital Cayetano Heredia, Lima.

PUBLICACIONES DE LA OMS

- [Más de la mitad de los progenitores y las embarazadas están expuestos a la mercadotecnia abusiva de los sucedáneos de la leche materna – OMS y UNICEF \(feb. 2022\)](#)
- [La OMS revela que la comercialización abusiva llega a niveles alarmantes en el sector de los preparados para lactantes \(abr. 2022\)](#)

- [Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes \(informe completo, OMS\)](#)
- [Orientaciones sobre medidas de reglamentación para restringir la comercialización digital de sucedáneos de la leche materna \(OMS, 2023\)](#)
- [La OMS revela el abusivo marketing digital de la industria de sucedáneos de leche materna \(IHAN, resumen en español\)](#)
- Resolución **WHA55.25**, aprobada en mayo de 2002 por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, que adoptó la "Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño" -elaborada conjuntamente por OMS y UNICEF
- Walters, D., Dayton Eberwein, J., Sullivan, L., D'Alimonte, M., & Shekar, M. (2017). An Investment Framework for Meeting the Global Nutrition Target for Breastfeeding. Washington, DC: World Bank Group

• **Referencias de la sección Índice de desarrollo humano**

- PNUD Perú. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2025. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://www.undp.org/es/peru/noticias/en-los-ultimos-7-anos-el-peru-logro-mejoras-en-el-desarrollo-humano-y-en-la-densidad-del-estado>
- Gestión. "Las 5 regiones del Perú rezagadas cuando se habla de salud, educación e ingresos". <https://gestion.pe/economia/las-5-regiones-del-peru-rezagadas-cuando-se-habla-de-salud-educacion-e-ingresos-pnud-presento-indice-de-desarrollo-humano-noticia/>
- Salud en Casa Perú. "Las regiones más pobres del Perú también son las que tienen más anemia y desnutrición". <http://saludx.blogspot.com/2026/05/las-regiones-mas-pobres-del-peru.html>
- Consultorsalud. "Panorama de la salud infantil en Perú". <https://consultorsalud.com/panorama-salud-infantil-en-peru/>
- PNUD Perú. Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2025 — Actuar, confiar y conectar caminos: el valor de la acción conjunta para el desarrollo sostenible (documento completo de 122 páginas, cargado por el usuario y revisado en su totalidad). Figura 1 (p. 10): IDH nacional 1990-2023. Figura 2 (p. 11): IDH distrital 2024 (mapa, sin tabla numérica). Cuadro 8 (p. 62-63): confianza institucional y evaluación de la democracia por departamento, 2024 (fuente INEI-ENAH0).

VIII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, la política institucional a favor de la lactancia materna se ejecuta a través de las siguientes disposiciones normativas, organizadas según los tres ejes de evaluación de la Directiva 201-2014-MINSA: los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa, el cumplimiento del Código Internacional de sucedáneos, y el funcionamiento del Lactario Institucional.

8.1. Cumplimiento de los Diez Pasos hacia una Lactancia Materna Exitosa

8.1.1. Existencia de una política escrita de promoción y protección de la lactancia

Acciones:

- Aprobada la presente política de promoción y protección de la lactancia, se deberá realizar la difusión del documento a las oficinas, unidades, departamentos y servicios para conocimiento de todo el personal asistencial o administrativo.
- Asimismo, se deberá difundir en la página web institucional para que las gestantes y usuarios externos tengan conocimiento de la existencia de la política.
- Coordinar con la Oficina de Imagen Institucional y Comunicaciones, o con el miembro del presente comité, la publicación en un lugar visible de un resumen de la presente política, en las áreas donde se brinda atención a la madre y el niño.
- La política deberá darse a conocer al personal de nueva incorporación al inicio de sus labores en el hospital, como parte de la inducción recibida.
- Todo el personal deberá tener acceso a una copia de esta normativa; para tal efecto, deberá estar disponible en todos los servicios donde se realice la atención a madres embarazadas, puerperas, lactantes y/o niños/niñas hasta los 2 años de edad.
- *Se implementará un registro (bitácora) que documente qué personal recibió la inducción sobre la presente política y en qué fecha, como evidencia auditable de su difusión.*

8.1.2. Capacitación al personal de la salud

Acciones:

- Elaborar un plan de capacitación o curso taller, considerando el programa de capacitación durante las fechas que el comité crea conveniente.
- Brindar capacitación a todo el personal asistencial que brinda atención a la madre y niño, y administrativo, en coordinación con la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
- Los jefes de los departamentos y servicios asistenciales deben garantizar la asistencia del personal a la capacitación y/o curso taller.
- Se brindará en el Plan de Capacitación la reunión de inducción para personal de salud nuevo, relacionada a la política de lactancia materna y alimentación infantil.
- Se procederá a ejecutar el plan de capacitación permanente para la promoción y protección de la lactancia materna, considerando cursos de 20 horas presenciales y 3 horas de práctica clínica, dirigidos a todo el personal de la salud que trabaja con la madre y el niño.

- Garantizar la capacitación en Servicio para el personal de las áreas de Enfermería, Neonatología y Obstetricia que laboren en áreas de consultorio, hospitalización y emergencia en forma continua y regular.
- Se realizará una evaluación de competencias al término de cada capacitación —mediante lista de verificación o evaluación práctica del manejo de la lactancia materna—, no limitándose al registro de asistencia.
- El personal de nueva incorporación deberá recibir la capacitación en lactancia materna dentro de un plazo máximo de 6 meses desde su ingreso al hospital.

8.1.3. Entrega de información a gestantes

Acciones:

- El Departamento de Gineco-Obstetricia deberá garantizar el cumplimiento de la atención del control prenatal a todas las gestantes atendidas en el hospital.
- Contar con un programa de consejería prenatal donde se describan las actividades realizadas o a realizar (consultas, psicoprofilaxis y nutrición), permitiendo ofrecer a las gestantes, pareja o familiar que acompaña, los conocimientos durante el proceso de gestación, parto y lactancia materna.
- Informar a todas las gestantes que acuden al control prenatal acerca de los beneficios que ofrece la lactancia materna.
- Toda gestante que acude a consultorio de alto riesgo de Gineco Obstetricia o que llega por emergencia y es hospitalizada debe recibir consejería en el Consultorio de Lactancia Materna y/o por el personal de turno, garantizando que se podrá iniciar la lactancia durante la primera hora, tanto en parto eutócico como en las cesáreas.
- La consejería prenatal en lactancia materna se iniciará, de ser posible, antes de las 32 semanas de gestación, cubriendo como mínimo los siguientes temas: beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, riesgos asociados al uso de sucedáneos, contacto piel a piel inmediato, alojamiento conjunto, reconocimiento de señales de hambre del recién nacido, no uso de biberones ni chupones, y orientación sobre los grupos de apoyo a la lactancia materna, y esta se realizara en el consultorio de lactancia materna.

8.1.4. Realización del contacto piel a piel al nacer

Acciones:

- Los recién nacidos por parto vaginal o cesárea sin anestesia general se colocarán en contacto piel a piel sobre el torso desnudo de la madre, inmediatamente después del nacimiento¹¹⁴. (Anexo 5) y video descargable de [cesarea_final_con_14_textos.mp4](#)
- Los recién nacidos por cesárea con anestesia general se colocarán en contacto piel a piel con sus madres o acompañante, apenas estas sean capaces de responder y estar alertas y al tener oportunidad con el/los acompañantes¹¹¹.
- El contacto piel a piel se mantendrá de forma continua durante un mínimo de 2 horas, o hasta la primera toma efectiva, lo que ocurra después; esta disposición incluye a los recién nacidos prematuros tardíos (34 a 36.6 semanas) y a los de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) que se encuentren clínicamente estables. Los procedimientos rutinarios de atención inmediata¹¹³ (antropometría, profilaxis ocular, aplicación de vitamina K) se aplazarán hasta la conclusión de dicho período, salvo indicación médica que amerite su realización inmediata.

- Esta extensión del contacto piel a piel y del inicio precoz de la lactancia a los recién nacidos prematuros, de bajo peso o que requieran atención en la UCIN o en cuidados intermedios se sustenta en la guía oficial OMS/UNICEF (2020) “Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns”, que aplica formalmente los Diez Pasos a las unidades neonatales y establece la atención centrada en la familia, incluyendo la participación del acompañante, como principio rector de dicha adaptación⁴².

8.1.4-A. Acompañante en el parto y en la cesárea

Conforme al artículo 12 del Reglamento de la Ley N.° 31856 (Decreto Supremo N.° 005-2026-SA) y al modelo de “parto con acompañante” promovido por el MINSA y el Instituto Nacional Materno Perinatal, toda gestante tiene derecho a elegir libremente un acompañante para el proceso de parto.

Acciones:

- Desde la atención prenatal y la psicoprofilaxis obstétrica, se informará a la gestante sobre su derecho a elegir un acompañante (pareja o familiar) durante el trabajo de parto, el parto y, de ser posible, la cesárea.
- El acompañante deberá portar su documento de identidad y recibir información sobre su rol y las normas de bioseguridad del servicio; el establecimiento le proveerá el equipo de protección necesario.
- En el parto vaginal (eutócico), se facilitará la presencia continua del acompañante, quien podrá brindar apoyo emocional y físico a la gestante y participar durante el expulsivo.
- En la cesárea, la presencia del acompañante en sala de operaciones se evaluará según el tipo de anestesia (de preferencia regional) y los protocolos de bioseguridad del centro quirúrgico del hospital, priorizando su ingreso cuando las condiciones lo permitan.
- El acompañante podrá participar en el momento del nacimiento y en el contacto piel a piel precoz, tanto en parto vaginal como en cesárea, conforme a lo dispuesto en el numeral 8.1.4.
- Concluido el parto, el acompañante permanecerá junto a la puérpera al menos las 2 horas posteriores, apoyando las indicaciones del personal de salud, como el masaje uterino.
- Cuando el recién nacido requiera atención en la UCIN o en cuidados intermedios, se facilitará de igual modo la presencia y participación de la madre, el padre o el acompañante designado, así como el contacto piel a piel tan pronto la condición clínica lo permita, conforme al enfoque de atención centrada en la familia que la guía OMS/UNICEF (2020) establece expresamente para la aplicación de los Diez Pasos en unidades neonatales⁴².

Ver Anexo 7 — Flujograma del acompañante en el parto y en la cesárea.

8.1.4-B. Método Madre Canguro (MMC) en el prematuro y el recién nacido de bajo peso

El Método Madre Canguro es el conjunto de cuidados del recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, basado en el contacto piel a piel continuo con la madre, el padre o un cuidador, que comprende tres componentes: la posición canguro, la alimentación y nutrición canguro, y el egreso en posición canguro, conforme a la Directiva Sanitaria N.° 108-MINSA/2020/DGIESP (Resolución Ministerial N.° 440-2020-MINSA) y a la Guía de Procedimiento del Método Madre Canguro del Instituto Nacional Materno Perinatal^{110,42}.

Acciones:

- El médico tratante evaluará la indicación del Método Canguro en todo recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, independientemente de su edad gestacional o peso, en cuanto logre estabilidad hemodinámica; el inicio puede darse desde el nacimiento y no debe limitarse a un inicio tardío tras la estabilización completa¹¹⁵.
- Se informará a la madre, padre o familiar responsable sobre el método, se entregará material educativo y la faja canguro según talla, y se registrará el consentimiento y el compromiso de cumplimiento en la historia clínica.
- El personal de Enfermería capacitará a la madre, padre o familiar en la técnica de colocación de la posición canguro (lavado de manos, atuendo canguro, colocación de la faja) hasta que puedan realizarla de forma autónoma.
- La transferencia del recién nacido a la posición canguro se realizará en posición vertical, piel con piel, con vigilancia de signos vitales durante los primeros 5 a 10 minutos; en los bebés que reciban CPAP o ventilación mecánica, la transferencia se realizará con apoyo de dos profesionales de Enfermería, sin desconectar el soporte ventilatorio.
- La posición canguro se mantendrá de forma continua, evitando sesiones menores a 120 minutos y avanzando de forma progresiva hasta alcanzar las 24 horas del día; en los recién nacidos recién estabilizados se podrá iniciar de forma intermitente, alternando con la incubadora.
- La alimentación se brindará según la edad gestacional del bebé: sonda orogástrica antes de las 32 semanas, succión no nutritiva combinada con sonda entre las 32 y 34 semanas, y succión directa del seno materno a partir de las 34 semanas, con vigilancia de la ganancia de peso diaria.
- El egreso en posición canguro se decidirá de forma independiente del peso o la edad gestacional del bebé, cuando este regule su temperatura en posición canguro, haya tenido una adaptación intrahospitalaria exitosa, muestre una ganancia de peso adecuada y la familia se encuentre capacitada; se brindará consejería sobre signos de alarma, lactancia materna y vacunación.
- Se realizará seguimiento ambulatorio (Consultorio de Lactancia) del Método Canguro en el domicilio hasta que el bebé rechace espontáneamente la posición, con la primera consulta entre las 48 y 72 horas posteriores al alta, en coordinación con el numeral 8.1.10.

Ver Anexo 6 — Flujograma del Método Madre Canguro.

8.1.5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun si deben separarse de sus hijos

Acciones:

- El personal de salud ofrecerá ayuda a las madres con la lactancia materna para que alimenten a sus bebés iniciando durante la primera hora de vida.
- El personal que realice la atención a la madre y el niño deberá enseñar a la madre la posición de agarre correcto de sus bebés para amamantar (anexo 2), y enseñarle a extraer de manera manual la leche materna (video descargable de [extraccion_manual_leche_compatible.mp4](#))
- Se brindará apoyo reforzado y diferenciado a las madres en situación de mayor riesgo de dificultades para amamantar (parto por cesárea, obesidad, adolescentes o sin red de apoyo

familiar). En los recién nacidos prematuros o ante riesgo de hipogalactia, se recomendará iniciar la extracción de leche materna dentro de la primera a segunda hora posparto.

8.1.6. No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna

Acciones:

1. El recién nacido solo recibirá otro tipo de alimento o líquido que no sea leche materna cuando el profesional de la salud haya prescrito la fórmula en la receta única estandarizada, dejando registro en la historia clínica del neonato debido a alguna situación especial, para la toma de decisiones sobre este tópico se usará como referencia las guías de la ABM, [descargables de protocolos ABM](#) en particular el Protocolo ABM n.º 3. Kellams, A., Harrel, C., O'age, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C., y la Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) (2017). Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado, revisado en 2017. Breastfeeding Medicine, 12(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>, u otro que sustente técnicamente la conducta a tomar.
- El profesional de la salud informará sobre las alternativas de alimentación a las madres con niños de casos especiales.

8.1.7. Alojamiento conjunto durante la estancia en el establecimiento de salud

Acciones:

- Todos los recién nacidos deben permanecer con sus madres, a no ser que el estado clínico de alguno de ellos condicione encontrarse en un área diferenciada, o que la madre decida no tener al niño con ella, siendo esto registrado en la historia clínica.
- Las madres que hayan tenido parto por cesárea con anestesia general permanecerán con sus hijos cuando sean capaces de responder a sus necesidades.
- Durante el alojamiento conjunto, las madres asumirán la responsabilidad primaria del cuidado del bebé.
- Los familiares —madre, padre o un familiar hasta el primer grado de consanguinidad— de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o en cuidados intermedios no serán considerados “visita”: se facilitará su acceso y presencia continua junto al recién nacido, la extracción de leche materna cerca de la unidad, y el contacto piel a piel o Método Canguro cuando la condición clínica del bebé lo permita, conforme al artículo 12 del Reglamento de la Ley N.º 31856 (Decreto Supremo N.º 005-2026-SA) y a los principios de la Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Neo-BFHI) señalados en el Anexo 1⁴².

Asimismo, se ofrecerá apoyo psicológico o consejería emocional a las familias de recién nacidos hospitalizados en la UCIN o en cuidados intermedios, articulando la interconsulta al servicio de Psicología del hospital cuando la situación lo amerite, conforme al enfoque de atención centrada en la familia promovido por la OMS/UNICEF para estas unidades⁴².

8.1.8. Lactancia materna a demanda

Acciones:

- El personal de salud enseñará a las madres a reconocer los signos de hambre y la importancia de responder a ese signo.
- Aconsejar a las madres que deben amamantar con la frecuencia deseada por el bebé cuando tenga hambre; asimismo, en caso de que duerma demasiado, despertarlo para el amamantamiento.

8.1.9. No dar chupones ni biberones a recién nacidos

Acciones:

- No se permitirá el uso de biberones, tetinas y chupones que entorpezcan la práctica de la lactancia materna en la institución así como de dispositivos que no mejoran los mecanismos de succión de recién nacidos (jeringas; Anexo 8) debiendo implementar el uso de vasito o cucharita ([video descargable de Técnica del Vasito \(1\).mp4](#)) y, tampoco el uso de sucedáneos de la leche materna (fórmulas lácteas), exceptuando los casos indicados por el médico pediatra (usar como referencias las guías ABM descargables de [protocolos ABM](#), en especial la guía N3).
- El personal del Servicio de Neonatología no administrará la toma de leche utilizando biberones a los bebés hospitalizados, a no ser que se trate de una decisión médica justificada, debidamente registrada en la historia clínica del recién nacido.

8.1.10. Fomento de grupos de apoyo y coordinación del alta

Acciones:

- Antes del alta, el personal de salud verificará el estado de la lactancia materna del recién nacido y brindará consejería de reforzamiento en caso de identificarse dificultades.
- Dado que el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano es un hospital de referencia sin población adscrita, y que la mayoría de las madres proceden de zonas alejadas, al alta se emitirá la contrarreferencia formal al establecimiento de salud de origen, conforme a la Norma Técnica N.º 018-MINSA/DGSP-V.01 (Sistema de Referencia y Contrarreferencia), a fin de que dicho establecimiento asuma la continuidad de la atención en lactancia materna más cerca del domicilio de la madre.
- El seguimiento en lactancia materna tras el alta se realizará, según la accesibilidad de la madre, mediante consulta presencial en el Consultorio de Lactancia Materna del hospital o mediante teleconsulta coordinada con el establecimiento de salud de origen, cuando la distancia dificulte el retorno presencial, garantizando en ambos casos la continuidad del apoyo a la lactancia materna.
- En los recién nacidos que hayan recibido el Método Madre Canguro, se reforzará la consejería sobre la continuación del método en el domicilio y se programará la primera consulta ambulatoria —presencial o mediante teleconsulta, según la accesibilidad de la familia— dentro de las 48 a 72 horas posteriores al alta, conforme al numeral 8.1.4-B.

8.2. Prohibición de publicidad y donación de sucedáneos

Alineada al objetivo específico de prohibir el uso de biberones y chupones, y el uso de sucedáneos de la leche materna (fórmulas lácteas), exceptuando los casos indicados por el médico pediatra.

8.2.1. Prohibición de publicidad o distribución de muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna

Acciones:

- Visitas de manera inopinada a los servicios que brindan asistencia a la gestante y al niño.
- Prohibición de la publicidad de los sucedáneos de leche materna (fórmulas), alimentación con biberón, chupones y tetinas.

- Prohibición de la donación y distribución de regalos, muestras comerciales y suministros o material de propaganda de estos productos al personal de la salud, mujeres embarazadas y madres que amamantan o están en periodo de lactancia.
- El personal de salud deberá estar capacitado para explicar, al menos, los elementos esenciales del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna a las madres, familias y demás trabajadores de salud que lo requieran.

8.2.2. El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precio rebajado

Acciones:

- Verificar en el Servicio de Farmacia (u otras áreas del Hospital) que no haya suministros gratuitos ni de bajo costo de los sucedáneos de la leche materna en el hospital.
- No se aceptarán descuentos institucionales superiores al 30% en la adquisición de sucedáneos de la leche materna, ni el patrocinio de actividades educativas o de capacitación del personal por parte de la industria de sucedáneos.

8.3. Lactario institucional y alimentación complementaria

8.3.1. Existencia del lactario

Acciones:

- Implementado el lactario, se deberá realizar la difusión del mismo, así como del derecho de la madre trabajadora a que se le otorguen las facilidades correspondientes para asegurar una lactancia materna exitosa.
- El jefe inmediato donde labora la madre trabajadora, cualquiera sea su condición laboral, deberá otorgar las facilidades y permisos correspondientes para la utilización del lactario.

8.3.2. Características del lactario según normativa

El lactario es un ambiente apropiadamente implementado para la extracción y conservación adecuada de la leche materna durante el horario laboral, y deberá contar con las siguientes condiciones que garanticen su funcionamiento óptimo:

- Espacio: no deberá ser menor de 7.5 metros cuadrados.
- Privacidad y comodidad: deberá contar con elementos básicos (papel toalla, mesas, sillas y/o sillones, servicios higiénicos, entre otros).
- Refrigerado: se deberá contar con una refrigeradora o friobar en buen estado para la conservación de la leche materna extraída.
- Accesibilidad: estar en un lugar de fácil acceso para todas las madres, además de estar adecuado para usuarias con discapacidad.

8.3.3. De la alimentación complementaria

Acciones:

- A partir de los 6 meses de edad, el niño, además de continuar con lactancia materna, debe iniciar la alimentación complementaria en forma progresiva, para evitar la brecha energética y nutricional del niño en crecimiento. Se recomendará a la madre continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
- En los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, Consultorio de Lactancia materna, Pediatría, Nutrición y Hospitalización Pediátrica, donde es atendido el niño(a), se brindará

asesoría y apoyo a la madre sobre alimentación complementaria y continuidad de la lactancia materna. En la consejería se tendrá en cuenta: consistencia de los alimentos, higiene en la preparación de alimentos, frecuencia e incremento de alimentos, alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal, e identificación de alimentos locales.

- Se deberá enfatizar en la importancia de la alimentación interactiva con los padres o cuidadores atentos a las señales que dé el niño/a durante el proceso, velando por un ambiente familiar armónico que estimule su desarrollo psicoafectivo.

IX. COMITÉ INSTITUCIONAL DE LACTANCIA MATERNA

8.1. De acuerdo al Reglamento de Alimentación Infantil (RAI), se debe contar con un Comité Institucional de Lactancia Materna, el cual deberá ser reconocido formalmente por la Dirección Ejecutiva del Hospital.

8.2. El comité estará integrado por un equipo multidisciplinario de las áreas materno-infantil, [Psicología](#), dirección ejecutiva, así como áreas administrativas involucradas en la atención de la madre y el niño.

8.3. Este comité se encargará de la coordinación, difusión y supervisión de las normas establecidas en la presente política.

X. INDICADORES Y METAS

- Inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida (indicador centinela OMS/IHAN): registrar el porcentaje de recién nacidos que inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, con meta institucional inicial de 80% o más, sujeta a ajuste tras la primera medición basal.
 - Lactancia materna exclusiva al alta (indicador centinela OMS/IHAN): registrar el porcentaje de recién nacidos dados de alta con lactancia materna exclusiva, con meta institucional inicial de 80% o más, sujeta a ajuste tras la primera medición basal.
 - Sensibilización en lactancia materna dirigida a todo el personal del hospital: 4 sesiones al año, con al menos 90% de trabajadores sensibilizados y 100% de cumplimiento de los Diez Pasos hacia la Lactancia Materna Exitosa.
 - Sensibilización en lactancia materna a las madres lactantes y familiares: consejería al 100% de gestantes y puérperas atendidas, implementación de 1 consultorio de lactancia materna/psicoprofilaxis, y formación de grupos de apoyo al 100% de lo programado.
 - Capacitación a todo el Comité Institucional de Lactancia Materna: 5 capacitaciones al año (con actas), 100% de miembros del comité capacitados.
 - Capacitación al personal de salud en general sobre lactancia materna: al menos 3 capacitaciones al año, con 80% o más de trabajadores capacitados.
 - Participación en la Semana de la Lactancia Materna: 5 actividades organizadas, con al menos 100 participantes.
 - Creación e implementación del Lactario Institucional: 1 lactario en funcionamiento, con verificación de sus condiciones según la normativa vigente.
 - Evaluación interna: 3 evaluaciones internas al año, como sustento de la autoevaluación exigida por la Directiva 201-2014-MINSA.
 - Atención en Consultorio de Lactancia Materna, cubriendo al 100 % de gestantes que concurren al consultorio de gineco Obstetricia de Alto riesgo. 100 % de neonatos y lactantes dados de alta y que requieren seguimiento en consolidación de lactancia materna exclusiva, respuesta a Interconsultas de Gineco Obstetricia respecto a uso de medicación y lactancia materna al 100%.
- * Cumplimiento al 100% de aplicación de la guía de calostroterapia.
- * Realizar la auditoría de al menos el 30% de historias clínicas de pacientes de alojamiento conjunto, cuidados intermedios, UCIN, Hospitalización Pediatría, en cuanto al cumplimiento del RAI y la guía institucional de Calostroterapia, y cumplimiento de la política de Lactancia Materna del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco.
- * Aplicar semestralmente una encuesta breve a una muestra de madres o gestantes atendidas, sobre su experiencia con la consejería y el apoyo recibido en lactancia materna, como complemento cualitativo a los indicadores de proceso.

XI. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Monitoreo

Estará a cargo del Comité Institucional de Lactancia Materna, mediante una ficha de supervisión para monitorear los procedimientos y procesos relacionados a la lactancia materna, aplicada al personal de las áreas asistenciales materno-infantil. Se presentará un informe trimestral con los hallazgos y las sugerencias de mejora correspondientes.

Evaluación

Estará a cargo de un equipo de evaluadores internos, en conjunto con el Comité Institucional de Lactancia Materna, mediante los instrumentos correspondientes para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados. Se realizará con periodicidad semestral, como parte de la autoevaluación previa a la evaluación externa que exige la Directiva 201-2014-MINSA para la certificación como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño.

XII. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

La programación anual del Comité Institucional de Lactancia Materna se organiza en los siguientes componentes:

- Organización: actualización o ratificación del Comité Institucional de Lactancia Materna y aprobación del Plan de Trabajo Anual.
- Capacitación: reuniones periódicas del Comité (por menos dos veces al mes), sesiones de sensibilización al personal, difusión y seguimiento del cumplimiento de los Diez Pasos, y capacitación continua al personal de salud y a los miembros del Comité.
- Comunicaciones: difusión de la presente política y del Reglamento de Alimentación Infantil (RAI), reproducción de material educativo, formación de grupos de apoyo, registro de consejería en lactancia materna, y difusión de logros y actividades en los canales institucionales.
- Movilización: actividades por la Semana de la Lactancia Materna (concursos, ambientación, ferias informativas, campañas de sensibilización dirigidas al personal y a las familias).
- Monitoreo y supervisión para la certificación: evaluaciones internas periódicas del funcionamiento del lactario institucional y del cumplimiento de la política en los servicios asistenciales del hospital, como preparación para la evaluación externa de certificación.

XIII. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad del cumplimiento de la presente política está a cargo, en primera instancia, del Comité Técnico de Lactancia Materna, conjuntamente con el apoyo de la Dirección Ejecutiva o quien corresponda, y el apoyo conjunto de las jefaturas de los departamentos, servicios y áreas involucradas en la atención de la madre, el niño y la niña.

XIV. ANEXOS

Anexo 1 — Diez pasos hacia una lactancia materna exitosa

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto, con el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia a primera hora.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de su hijo.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto. Permitir que las madres y sus recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Apoyo a la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar biberones, tetinas y chupones de entretenimiento a los bebés que amamantan.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Nota — *Aplicación en unidades neonatales especiales: dado que el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano brinda atención a recién nacidos prematuros y enfermos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y en cuidados intermedios, la aplicación de estos Diez Pasos en dichas áreas se guía además por los principios de la iniciativa “Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” (Neo-BFHI), desarrollada por el grupo de expertos nórdico-canadiense: (i) atención centrada en la familia, adaptada a la situación individual de cada madre y su recién nacido, incluyendo apoyo psicológico o emocional cuando sea necesario; (ii) entorno físico y organizativo que facilite la presencia y participación continua de los progenitores; y (iii) continuidad de cuidados desde el embarazo hasta después del alta, en coordinación con el primer nivel de atención⁴².*

Esta adaptación de los Diez Pasos a la UCIN cuenta con respaldo oficial directo de la OMS y UNICEF, que en 2020 publicaron conjuntamente la guía oficial “Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns”, documento que aplica formalmente los Diez Pasos a las unidades neonatales y constituye la fuente normativa central de esta Nota⁴².

Anexo 2 — Técnica de amamantamiento

El equipo multidisciplinario involucrado en la atención materno infantil deberá orientar, apoyar y evaluar las técnicas de amamantamiento, tomando en cuenta la norma técnica de consejería en lactancia materna:

1. La posición

Alinear el cuerpo del bebé paralelo al cuerpo de la madre, con la cara del bebé a la altura y frente al pecho de la madre. Cualquiera que sea la posición, se usan los mismos 4 puntos clave para ayudar al bebé a estar cómodo:

Alineado, con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia adelante.

Cerca, muy cerca del cuerpo de la madre, pecho con pecho, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé.

Sostenido, el bebé apoyado con la mano o antebrazo.

Frente, mirando al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón).

2. El agarre y succión

Si es necesario, la madre debe frotar con la punta del pezón la punta de la nariz del bebé, avanzando hasta el labio inferior, en forma reiterada, hasta lograr que el recién nacido abra bien la boca. Entonces deberá aproximar al bebé para que tome el pezón y la mayor parte de la aréola.

Puntos clave de un buen agarre: ve más areola superior que inferior; boca del bebé bien abierta; labio inferior volteado hacia fuera; mentón del bebé toca el pecho.

Puntos clave de buena succión: mejillas rellenas; sonido de deglución; madre no siente dolor durante el amamantamiento; bebé suelta el pecho satisfecho.

3. Frecuencia de las mamadas

Debe ser a libre demanda y efectiva. Debe facilitarse la lactancia durante el día y la noche, garantizando 8 a 12 lactadas en 24 horas. Despertar al bebé para ofrecerle el pecho si permanece dormido más de tres horas en las primeras semanas después del parto.

4. Ofrecer

Primero un seno y dejar que el bebé lacte hasta que se desprenda espontáneamente; luego ofrecer el otro seno, ambos en cada sesión de amamantamiento, iniciando con la última mama que fue ofrecida en la lactancia anterior. En el caso de que el bebé solo haya lactado de un seno, deberá ofrecerse el otro pecho en la siguiente lactada.

5. Retiro del bebé del pecho

La madre colocará su dedo meñique en la comisura labial y suavemente lo introducirá entre las encías; la succión se rompe y entonces se puede desprender al bebé del seno sin lesionarlo. Esta práctica es necesaria solo en caso de que se requiera intentar nuevamente el agarre. Si el bebé está lactando adecuadamente, se desprenderá espontáneamente una vez que esté satisfecho.

6. Durante la lactancia

El niño/a deberá ser aligerado en su abrigo, pues el exceso de ropa es causa reconocida de lactancia inefectiva.

Anexo 3 — Resumen del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS/UNICEF)

1) Objetivo

El Código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

2) Alcance

El Código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos incluyen: fórmulas infantiles, otros productos lácteos, cereales (en papillas), jugos o mezclas de verduras, té y jugos para bebés, y leches llamadas "de seguimiento". El Código se aplica además a los biberones y tetinas.

3) Publicidad

El Código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.

4) Muestras

No se permiten muestras a las madres y sus familias ni a los agentes de salud.

5) Sistemas de atención de salud

No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud: ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.

6) Agentes de salud

Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.

7) Suministros

No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

8) Información

El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

9) Etiquetas

Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo, y contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

10) Productos

Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.

Anexo 4 — Diez claves para una consejería efectiva en lactancia materna

Durante la atención prenatal, las consejerías en lactancia deben ser prácticas, relevantes y útiles para las madres al amparo de la Norma técnica de consejería en lactancia materna, Diez claves para lograrlo:

Como punto clave se aplicarán las habilidades de comunicación en todo el contexto de la interacción con gestantes, familiares, puérperas, antes durante y luego del nacimiento.

- 1.** Explicar la relevancia que tiene la Lactancia Materna Exclusiva para el desarrollo infantil durante los primeros seis meses.
- 2.** Resaltar la importancia del contacto piel a piel sin interrupciones inmediatamente después del parto y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora. Esta práctica favorece los mecanismos hormonales que inician los procesos de producción y bajada de la leche.
- 3.** Comentar los tipos de leche y las características e importancia del calostro, para que no se descarte cuando presenta las diferentes variantes normales de coloración.
- 4.** Mostrar cómo la madre puede tener la posición más conveniente para la lactancia dependiendo de sus necesidades.
- 5.** Enseñar la colocación adecuada al pecho y el agarre correcto.
- 6.** Describir las formas de reconocer una succión eficaz y agarre adecuado.
- 7.** Enseñar las señales de hambre de los bebés, para evitar crisis de llanto y retraso en la alimentación.
- 8.** Enseñar a las madres la extracción manual de la leche para mantener su banco de leche propio en caso de separaciones o de hospitalizaciones.
- 9.** Resaltar de forma clara y precisa los riesgos de no practicar la lactancia materna.
- 10.** Dar a conocer a la madre los recursos comunitarios disponibles para el apoyo de la lactancia en las comunidades.

Los sistemas de salud deben invertir en brindar una consejería sobre lactancia materna de calidad a todas las madres durante la etapa prenatal y durante los primeros meses de vida del bebé. El personal de salud de las áreas de Obstetricia y Neonatología, médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales, estimuladoras tempranas, fisiatras y otros, deben recibir capacitaciones periódicas para que se mantengan actualizados y ofrezcan información de calidad a las madres lactantes durante el embarazo, inmediatamente después del parto y durante los primeros dos años.

Anexo 5

PROCEDIMIENTO PARA CONTACTO PIEL A PIEL EN SALA DE OPERACIONES (CESAREA)



A, B, C

^A Norma Técnica de Salud N.º 214-MINSA/DGIESP-2024, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por Resolución Ministerial N.º 545-2024-MINSA.

^B American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Neonatal resuscitation: 2025 guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Pediatrics. 2026;157(1):e2025074352. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2025-074352>

^C Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Ginebra: OMS; 2020. ISBN 978-92-4-000564-8. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>

Anexo 6 — Método Madre Canguro (MMC): protocolo operativo



Fuentes: Directiva Sanitaria N.º 108-MINSA/2020/DGIESP (RM N.º 440-2020-MINSA); Guía de Procedimiento del Método Madre Canguro, Instituto Nacional Materno Perinatal (RD N.º 232-2022-DG-INMP/MINSA); NTS N.º 214-MINSA/DGIESP-2024; WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant (2022); Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns (2020).

Anexo 7 — Acompañante en el parto y en la cesárea: protocolo operativo



Fuentes: Decreto Supremo N.° 005-2026-SA, Reglamento de la Ley N.° 31856 (artículo 12); Instituto Nacional Materno Perinatal, modelo de “parto con acompañante”; NTS N.° 214-MINSA/DGIESP-2024; Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-Friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns (2020).

Anexo 8 — Métodos de administración de leche materna extraída: jeringa, cucharita y vasito

Comparación de jeringa, vasito (cup feeding) y cucharita/paladai como alternativas al biberón para administrar leche materna extraída a recién nacidos que no pueden alimentarse directamente al pecho (prematuros, dificultades de succión, suplementación transitoria), a la luz de la evidencia disponible.

Evidencia Cochrane

Las revisiones Cochrane de Allen et al. (2021) y Flint et al. (2016) muestran que evitar el biberón — sobre todo mediante vasito— aumenta la lactancia al alta hospitalaria y puede mejorar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, con estancias levemente más prolongadas y certeza de evidencia baja a muy baja (GRADE). Ninguna revisión Cochrane evalúa aún la jeringa o la cucharita de forma independiente; su evidencia proviene de ensayos individuales (ver tabla).

Comparación por método

Método	Ventajas / hallazgos favorables	Riesgos / limitaciones	Estudios clave
Vasito (cup feeding)	Menor desaturación de O ₂ <90% y menor taquicardia que biberón (Marinelli 2001; Dowling 2002). Mayor LME al alta y a 3-6 meses vs. biberón (Yilmaz 2014; RS Cochrane Allen 2021 y Flint 2016). Permite ritmo autorregulado por el neonato.	Mayor derrame/pérdida de volumen y sesiones más largas. Curva de aprendizaje para cuidadores. Evidencia GRADE baja/muy baja (RS Cochrane).	Allen 2021 (Cochrane); Flint 2016 (Cochrane); Marinelli 2001; Dowling 2002; Yilmaz 2014; Penny 2018
Jeringa / inyector	LATCH score materno más alto y transición más rápida a lactancia directa vs. biberón (2 ECA turcos). Útil para volúmenes muy pequeños (calostro) y estimulación oral suave. Frecuencia cardíaca más estable que con biberón.	Riesgo de flujo no autorregulado si se administra en bolo; posible atragantamiento leve. Requiere técnica correcta (goteo lento, ritmo del bebé). Menos estudios comparativos que vasito.	Alinezhad Shebilouysofla 2022; Şengün/Şener Taplak 2022; Say et al. 2019
Cucharita / paladai / katori-spoon	Paladai: mayor volumen ingerido en menor tiempo que vasito/biberón en algunos estudios (Malhotra 1999). Nifty cup (variante de vasito) superó a katori-spoon: transición más rápida a lactancia directa y menos vómitos (Gujjar 2023).	Mayor derrame de leche y más señales de estrés que biberón/vasito rígido (Aloysius 2007). Muy dependiente de la habilidad del cuidador. Escasa estandarización del utensilio entre estudios.	Malhotra 1999; Aloysius 2007; Gujjar 2023

Consideraciones clínicas y conclusión

Conclusión: La evidencia actual respalda evitar el biberón y priorizar métodos alternativos —vasito, jeringa o cucharita— para preservar la lactancia materna directa. El vasito tiene el respaldo comparativo más amplio y es el más recomendado por OMS/UNICEF (IHAN); la jeringa es útil para volúmenes pequeños (calostro) con buena estabilidad fisiológica; la cucharita/paladai es viable pero más dependiente de la técnica del cuidador. La elección se individualiza según edad gestacional, volumen, insumos disponibles y habilidad del cuidador, siempre con técnica correcta y supervisión de un profesional entrenado en lactancia.

Estudios citados: Allen 2021 y Flint 2016 (Cochrane); Marinelli 2001; Dowling 2002; Yilmaz 2014; Penny 2018; Malhotra 1999; Aloysius 2007; Gujjar 2023; Alinezhad Shebilouysofla 2022; Şengün/Şener Taplak 2022; Say 2019; İnal 2023 (ref. completas en Bibliografía General).

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

La lista completa de referencias estará disponible para descarga en [Lista general de referencias - VANCOUVER final.pdf](#).

Nota final: La política institucional en Lactancia Materna del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2026 se publicará en formato digital en el Portal Web del hospital, y será de conocimiento del público en general y trabajadores del hospital. (Para comunicarse puede escribir al correo: anderson_udh@hotmail.com).