



**Guía de la Fase 3D
(Fase de Difusión)**

Hospitales-Maternidad

2021

IHAN-España

Introducción

La evaluación de la Fase 3D de la IHAN está diseñada para garantizar que los hospitales han llevado a cabo la evaluación de competencias y el plan de formación y han redactado y consensado los protocolos de asistencia.

Este documento **describe los requisitos para conseguir el certificado de la Fase 3D y cómo solicitar que se lleve a cabo el proceso de evaluación**. La palabra **debe/deberán** implica requisito obligatorio. La palabra **recomendable** no se exige, pero ayuda a la implantación de las buenas prácticas.

La evaluación de la Fase 3D cubre las siguientes secciones:

1. **Difusión de la Política** entre profesionales y usuarios.
2. Evaluación de competencias y Formación adecuada del personal: Se ha llevado a cabo el **Plan de evaluación y Formación** para los profesionales. El Hospital estará preparado para la evaluación de la fase 3D **cuando al menos el 80% de la plantilla ha sido evaluado sobre sus competencias en lactancia y realizado la formación necesaria para que los profesionales tengan las competencias**.
3. Se han elaborado **protocolos y guías de atención** a la lactancia y al parto normal y a las madres que no amamantan.
4. Se han elaborado **materiales informativos y de difusión** para las embarazadas y madres (carteles,
5. Se ha elaborado el **Protocolo de coordinación con Atención Primaria**, así como el **protocolo de información al alta de las nuevas madres**.
6. La Dirección del hospital se compromete a **respetar el Código** de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
7. Resultados de la monitorización de las prácticas y estadísticas de lactancia actualizadas.

En esta guía se explican con detalle el contenido de estos temas.

Cada tema comienza con una lista de los documentos y la información que debe ser presentada para probar que el Hospital cumple con los estándares de la acreditación de la Fase 3D. Cada prueba a presentar está desarrollada posteriormente de forma más extensa en párrafos numerados en correspondencia con los del formulario de solicitud.

La IHAN pone a su disposición un servicio **de asesoría gratuita** contactando con la dirección hospitales@ihan.es. También se pueden consultar las [preguntas frecuentes de hospitales](#). Es muy recomendable consultar **antes** de desarrollar la documentación para recibir orientación sobre cómo realizarla.

Cómo solicitar la evaluación de la Fase 3D

Paso 1.- Cumplimentar el formulario de solicitud: Cuando piense que el Hospital ya cumple

todos los requisitos de la Fase 3D, deberá cumplimentar el formulario de solicitud de evaluación de la fase (descargable en la página web www.ihan.es) El formulario deberá ir

firmado por el Director del centro.

Este documento es una guía que le servirá de ayuda para cumplimentar el formulario de solicitud.

Paso 2.- Pago de las tasas: siguiendo las instrucciones del documento “tarifas y formas de pago” (descargable en www.ihan.es). Si desea factura, no olvide enviar sus datos a tesorería@ihan.es.

Paso 3.- Envío de la siguiente documentación:

- documento acreditativo de haber efectuado el pago de la tasa.
- formulario de solicitud cumplimentado (con la hoja de firmas escaneada)
- documentación desarrollada: Al final del formulario de solicitud hay una lista de comprobación de los documentos que tendrá que incluir. Por favor, asegúrese de tenerlos todos disponibles.

El envío de toda la documentación se hará por vía telemática a la secretaría de la IHAN a la dirección evaluaciones@ihan.es

No se admitirá como válida documentación en soporte papel o cualquier otro medio enviado por correo postal.

Tras recibir la solicitud de evaluación y los materiales de la Fase 3D, la IHAN confirmará por email la recepción de los mismos.

Nota: No se comenzará el proceso de evaluación hasta que no se haya hecho efectivo el pago. La factura se enviará a la dirección indicada una vez que se haya realizado la evaluación, a no ser que se solicite de otra manera.

Para cualquier cuestión relacionada con los pagos, consulte en tesorería@ihan.es

Se designará un equipo de evaluación que en primer lugar determinará la necesidad o no de completar el envío con nuevos materiales y estos le serán solicitados al responsable de la Iniciativa en el Hospital. Una vez evaluados los mismos:

- Si el Hospital no supera los requisitos para pasar de Fase, la IHAN contactará con el responsable y le comunicará las áreas de mejora detectadas acordando un plazo para el envío del material necesario.
- Si la IHAN considera superados los requisitos, el Hospital aparecerá públicamente en la web de la IHAN como Hospital en Fase 3D y la IHAN le hará entrega de un certificado en la Ceremonia Anual de Celebración.

Más información

Para ampliar la información y consultar otros documentos puede acudir a la página www.ihan.es

1 – Difusión de la Política de alimentación infantil

1.1 Difusión de la Política entre los profesionales

Los trabajadores deberán conocer la Política y tenerla fácilmente disponible.

Para su difusión se pueden utilizar sesiones informativas, entregar el documento de la política en papel o en formato digital, informar sobre dónde está disponible mediante links...

Todo el personal de reciente contratación ha de conocer la Política de lactancia en el **primer mes de trabajo**. Esto incluye a personal con implicación directa, personal con implicación indirecta y personal no clínico.

Es necesario disponer de un registro de los profesionales que han recibido información sobre la Política.

Para superar esta Fase, el hospital deberá confirmar que **al menos el 80% de los profesionales** que trabajan en el hospital conocen la Política. Para ello se debe remitir un certificado de la Dirección que así lo justifique

1.2 Difusión de la Política entre los usuarios

La Política (en forma resumida) debe darse a conocer a las embarazadas y a las madres y familias. Se trata de que los usuarios conozcan el modo de asistencia que les ofrece el hospital. De manera que deben figurar de forma explícita que cumple los 10 pasos incluido el Código (Paso 1a).

En esta Fase se deberá enviar los **materiales de difusión de la versión abreviada de la Política para los usuarios**. La difusión a los usuarios podrá hacerse con sesiones informativas, en forma de carteles o con entrega de versiones reducidas y en lenguaje sencillo.

La información escrita **deberá**:

- ❑ Estar disponible en los idiomas más hablados en la comunidad. La Política y los materiales de difusión de la misma (carteles, folletos..) **deberán** estar traducidos al menos a los idiomas oficiales de la comunidad autónoma.
- ❑ Contener una mención expresa al cumplimiento del Código.
- ❑ Además es recomendable que esté claramente expuesto que la Política se cumple en el establecimiento y que cualquier usuario puede solicitar una copia íntegra de la Política.

Deberá estar expuesta de forma atractiva y claramente visible en las zonas frecuentadas por embarazadas y madres:

- Áreas de dilatación
- Paritorio
- Salas de maternidad
- Planta de embarazos de alto riesgo
- Consulta prenatal
- Áreas de observación para niños sanos
- Unidad neonatal
- Otras áreas

Cuando se presente la documentación para la evaluación de esta Fase, es importante incluir información sobre:

- Cómo estará expuesta (p.e: como un póster, en un cuadro, o utilizando fotografías, etc)
- Dónde estará expuesta (p.e: sala de partos, sala postnatal, salas de espera de consultas, etc.)

Es **un requisito** de la IHAN que un resumen o versión abreviada de la Política de alimentación infantil **esté expuesta en el momento de la evaluación de la Fase 4D (o antes) en forma de cartel** en un lugar destacado en todas las áreas del centro donde se atiende a mujeres embarazadas, madres y niños. En esta fase 3D se **debe** especificar en qué áreas se expone.

1.3 Plan de seguimiento o monitorización de la Política

La IHAN requiere que se realicen de manera periódica actividades de monitorización de las prácticas mediante la realización de entrevistas a las madres. La herramienta de monitorización de las prácticas está disponible en la web. En el formulario de solicitud **deberá** indicar si tales actividades, determinadas en el plan de seguimiento de la Fase 2D, se llevan a cabo y también los resultados cumplimentando un formulario con los resultados obtenidos.

Para superar esta fase, en los resultados de las entrevistas a las madres (teniendo en cuenta que sea un número representativo de mujeres según el número de partos según se indica en la herramienta de monitorización) se **debe** obtener como mínimo que:

- El porcentaje de madres que, durante el embarazo, refiere haber recibido información antes de la semana 32 de gestación es igual o superior al 65%.

- El porcentaje de madres que refiere que se ha facilitado el enganche en la primera hora de vida del recién nacido es igual o superior al 65%.
- El porcentaje de madres que refiere haber recibido ayuda a poner al pecho al recién nacido en las primeras 6 horas después del parto es igual o superior al 65%.
- El porcentaje de madres que refiere que se le ha enseñado cómo puede extraerse la leche manualmente es igual o superior al 65%.
- El porcentaje de madres que refieren haber recibido orientación sobre los controles al alta en el centro de salud y/o en la consulta de lactancia postnatal es igual o superior al 65%.
- El porcentaje de madres que refiere haber sido informadas al alta sobre la existencia de grupos de apoyo es igual o superior al 65%.

2 – Evaluación de competencias y Formación adecuada del personal.

Para implantar las prácticas de la Iniciativa se necesita un nivel óptimo de formación en lactancia acorde con la categoría profesional, la responsabilidad y el puesto de trabajo de cada miembro del personal del centro. El Hospital estará preparado para la evaluación de la fase 3D cuando:

- ❑ Al menos el 80% de los profesionales con implicación directa ha sido evaluado de sus competencias y/o recibido formación adecuada a sus necesidades y por lo tanto tiene las competencias requeridas para la implementación de los Diez Pasos.
- ❑ Al menos el 80% de los profesionales con implicación indirecta ha recibido formación

2.1 Evaluación de competencias

En esta Fase, tendrá lugar la evaluación de competencias del personal con implicación directa planificada en la fase 2D para determinar cuáles son las necesidades formativas y planificar áreas de mejora.

En la fase 3D, el hospital **deberá** remitir un resumen de las actividades llevadas a cabo con los resultados y un plan de actividades que contemple cómo solventar las deficiencias encontradas.

El informe de resultados de la evaluación de competencias debe estar validado por la Comisión de Lactancia y **debe** al menos incluir:

- La metodología utilizada para la evaluación de competencias.
- El número de profesionales evaluado por categoría profesional y el porcentaje respecto al número total de profesionales a evaluar.
- El o los responsables de la realización de la evaluación de competencias.
- Cuándo se ha realizado
- Resultados de esta evaluación.

El **plan de acción** en base a los resultados de la evaluación de competencias y de la monitorización de las prácticas **debe** estar aprobado por la Dirección del hospital y **debe** al menos incluir:

- Las acciones y/o tareas aprobadas para cubrir los déficits de competencias detectados y la mejora de los resultados de la monitorización de las prácticas.
- Los responsables y recursos para llevar a cabo estas actividades
- Las fechas previstas para la implantación de estas actividades.
- Actividades de seguimiento para asegurar la implantación de estas tareas y los responsables de este seguimiento.

2.2 Plan de formación básico

En esta fase hay que documentar que se ha llevado a cabo el plan de formación para el personal de implicación indirecta y para el personal con implicación directa sin formación previa.

Así mismo habrá que justificar las sesiones formativas que ha recibido el personal no clínico. Junto con el formulario de solicitud se remitirá un informe sobre la formación llevada a cabo que incluya:

- Los cursos y sesiones formativas realizados y su fecha de realización, indicando la categoría profesional a la que estaban dirigidos.
- El programa detallado de cada curso para cada grupo
- La descripción detallada de las prácticas, en su caso.
- El número y categoría profesional de los asistentes a cada curso.
- El número de asistentes que completan la formación y se dan por aprobados.

Al menos el 80% del personal tanto clínico de implicación directa sin formación previa, como clínico de implicación indirecta como no clínico que no está directamente relacionado con la lactancia ha recibido la formación adecuada a sus competencias.

3- Protocolos de asistencia

A medida que se completa la evaluación de competencias y la formación, los profesionales **deberán** definir cómo van a hacer la asistencia. Los protocolos son mejores si están realizados por los profesionales que ya han recibido la formación adecuada.

En esta Fase se evalúan los protocolos realizados.

Los protocolos **deberán** tener un responsable y haber sido realizados por un equipo multidisciplinar. **Deberán haber sido aprobados y firmados por la Dirección del centro.** Además, **deberá** garantizarse su difusión, que el personal los conoce, dónde puede consultarlos y su revisión periódica.

Es recomendable que los protocolos aprobados sigan pautas de control documental (versión, autor, fecha), se puede consultar el documento “ Pautas generales para la documentación” disponible en la web www.ihan.es en el que se dan las indicaciones oportunas.

El grupo puede elaborar los protocolos o decidir adaptar los utilizados en otros centros (si se cuenta con el permiso de los autores). El hospital es responsable de la utilización de material ajeno, de solicitar el permiso y de que el contenido se adecúe a la evidencia científica y los requisitos de la IHAN.

Para la adecuada asistencia al dúo madre-recién nacido será preciso al menos disponer de los protocolos siguientes:

- Protocolo de atención al parto normal.
- Protocolo de atención al recién nacido tras el nacimiento (piel con piel)
- Protocolo de lactancia materna, en el que deben estar recogidos los criterios e indicaciones de suplementación con leche artificial, así como la forma de administrar los suplementos y cómo se registra
- Protocolo de atención a la madre que no amamanta.

3.1 **Protocolo de atención al parto normal**

El protocolo de atención al parto normal se ajustará a los requisitos de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2007) (<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>).

Debe recoger los aspectos relacionados con la atención amigable con las madres durante el trabajo de parto y parto:

- Permitir el acompañamiento de la mujer por una persona de su elección durante la dilatación, el trabajo de parto y el puerperio
- Animar a caminar y moverse durante la dilatación.
- Permitir tomar líquidos y alimentos ligeros
- Informar y dar la posibilidad de utilizar métodos de analgesia no farmacológica.
- Atender de forma respetuosa evitando maniobras innecesarias como el rasurado, utilización de enemas, episiotomía de rutina.
- Ofrecer la posibilidad de adoptar la posición que la madre elija para dar a luz.

3.2 **Protocolo de atención al recién nacido tras el nacimiento (piel con piel)**

Incluido en este protocolo o como otro diferente, **debe** incluirse la atención al recién nacido tras el nacimiento (cómo se llevará a cabo el contacto piel con piel y se atenderá la primera puesta al pecho).

Este protocolo **debe** recoger los siguientes aspectos:

- Realizar el contacto piel con piel precoz
- Demorar la realización de procedimientos al recién nacido hasta después de la primera toma
- Promover la realización de la primera toma de manera espontánea

3.3 **Protocolo de lactancia materna en la Maternidad**

El protocolo de lactancia **deberá** incluir, entre otras cuestiones:

- Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos
- Enseñar la extracción manual y cómo almacenar la leche materna a **TODAS** las madres de la maternidad en las primeras 6 horas de vida del recién nacido
- No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea la leche materna, a no ser que esté médicamente indicado, incluyendo las indicaciones médicas para suplementar, la forma de administración y registro de los suplementos
- Practicar el alojamiento conjunto - permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día
- Alentar a las madres a amamantar a demanda
- No dar biberones, chupetes ni tetinas a bebés que amamantan

La IHAN solo exige que el hospital tenga un protocolo de lactancia materna. Pero la mayoría de los hospitales tienen además protocolos o guías indirectamente relacionados con la lactancia como el protocolo de ictericia, cuidados de recién nacido prematuro, manejo y tratamiento de la hipoglucemia en los niños amamantados.... El contenido de dichos protocolos también puede influir en la atención a la lactancia por lo que en caso de que el hospital disponga de ellos los remitirá también para su revisión.

Tanto el protocolo de lactancia materna como el resto de protocolos relacionados variarán dependiendo de las necesidades locales, pero **no deben** ser ambiguos y han de basarse en la evidencia científica y **no deben** de ir en contra de las indicaciones de la Política de alimentación infantil.

Para favorecer su posterior implementación, es conveniente que el grupo de personas que desarrollen el protocolo de lactancia materna sea multidisciplinar. La elaboración en grupo y posterior consenso asegurará su aplicación efectiva y mejorará la asistencia a las madres. Además evita disparidades de criterios o consejos.

3.4 **Protocolo de atención a las madres que no amamantan**

El protocolo **deberá** contemplar:

- El respeto a la decisión informada de la madre con respecto a la alimentación de sus hijos.
- La preparación de la fórmula infantil de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- El mecanismo para que las madres que deciden de manera informada no amamantar o que necesitan suplementos de fórmula se les indique la manera correcta y segura de preparar la alimentación de sus hijos. Esta información se realizará de manera individual y con demostración práctica. El protocolo **deberá** contemplar cómo y dónde se llevará a cabo.
- La necesidad de promover el vínculo en estas madres y el modo de hacerlo (promoviendo el piel con piel).

4 – Materiales de apoyo

4.1 Información a las embarazadas

Documentación a presentar:

- Detalles de la información que se da a las embarazadas (documentos y materiales utilizados, ya sean escritos o en formato online)

En la fase 2D se habrá establecido el protocolo de coordinación con Atención Primaria y habrá quedado establecido cuándo y cómo se da esta información, así como los registros informáticos o en papel que indican que la embarazada recibe la información. En esta fase se evalúa la información que se da en formato papel o en formato online.

4.2 Información para nuevas madres

Documentación a presentar:

- Detalles de la información que se da a las madres (documentos o material utilizados, en formato impreso u online) y de cuándo y cómo se da, así como los registros informáticos o en papel que indican si la madre recibe la información.

Información escrita para embarazadas y nuevas madres

Es **recomendable** que los centros proporcionen a las mujeres embarazadas y a las nuevas madres información audiovisual o por escrito sobre lactancia, para reforzar la información verbal dada por el personal. Esta información **debe** ser precisa y eficaz. Los materiales en uso (o en proyecto) se **deben** incluir en el formulario de evaluación para su revisión.

Puntos a considerar al desarrollar/elegir folletos

Muchos hospitales eligen entregar los folletos de UNICEF o folletos parecidos publicados por otras organizaciones de reconocido prestigio. Por otro lado, algunos hospitales eligen diseñar sus propios folletos. Para asegurar que estos últimos cumplen los criterios de la IHAN, es recomendable tener en cuenta:

- El texto tiene que ser claro y bastante sencillo simple para que pueda ser accesible a la mayor parte de mujeres posible.
- El texto tiene que dar mensajes que no sean ambiguos sobre los beneficios de la lactancia y las buenas prácticas para la lactancia. Aunque es útil informar a las mujeres sobre cómo pueden evitar las dificultades más comunes de la lactancia, es importante

evitar mensajes negativos en un intento por ser realista. Afirmaciones como “la lactancia no siempre es fácil” y “algunas mujeres no pueden o eligen no amamantar” pueden ser ciertas, pero sólo refuerzan la visión tan común de que la lactancia es difícil y el éxito incierto y, por lo tanto, no anima a las mujeres a amamantar.

- Las imágenes visuales ayudan a comprender y hacen los impresos más atractivos. No obstante, **deben** ser adecuadas. Por ejemplo, **deben** mostrar una posición y agarre correctos.
- La distribución tiene que ser atractiva y sin textos densos, con diferentes secciones para que pueda ser leída fácilmente.
- Todo material escrito **debe** estar libre de la promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones, tetinas y chupetes.

4.3 Información escrita para madres que no amamantan

Documentación a presentar:

- Detalles de la información escrita que se da a las madres, documentos utilizados, y de cuándo y cómo se da.

Esta información escrita es recomendable que sea clara y bastante simple para que pueda ser accesible a la mayor parte de mujeres posible y **debe** incluir:

- Información para las madres sobre la forma segura de preparar la leche de fórmula siguiendo las indicaciones de la OMS (https://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_sp.pdf)
 - Información sobre la forma de favorecer el vínculo con la madre, que resalte la importancia del contacto piel con piel para el lactante durante las primeras semanas de vida.
- Todo material escrito **debe** estar libre de la promoción de sustitutos de la leche materna, biberones, tetinas y chupetes.

5 – Atención al alta

Todas las madres **deben** disponer de información actualizada y vigente sobre los recursos de apoyo existentes en el área y el modo de acceder a ellos, incluyendo **información sobre con quién contactar en caso de dificultad con la lactancia.**

Se **debe** remitir:

- **Protocolo de coordinación con atención primaria, consensuado y firmado por las Direcciones y Servicios (para garantizar la continuidad asistencial)**
- **Protocolo de información al alta de las nuevas madres**
- **Listado de los grupos de apoyo de la zona**

5.1 Coordinación con Atención Primaria

Tras el alta, el Hospital **debe** garantizar la continuidad del cuidado. **Debe** existir un **protocolo de coordinación con Atención Primaria**, consensuado y firmado por las Direcciones y Servicios, para que se garantice la continuidad del cuidado a todos los recién nacidos, y sobre todo a aquellos niños de riesgo (enganche difícil, problema social, peso límite...). Se requiere la descripción detallada del procedimiento que asegura este objetivo (informe de continuidad al alta de la maternidad, sistema de citación etc.).

En la fase 2D se requiere planificar cómo se va a hacer la coordinación con Atención primaria, en esta fase se solicita el protocolo que recoja cómo el hospital garantizará la continuidad de los cuidados en primaria.

5.2 Información sobre el apoyo disponible al alta para las nuevas madres

La IHAN **exige** que se informe a las madres de todos los medios de apoyo a su disposición tras el alta hospitalaria proporcionando información por escrito con detalle de cómo contactar con la matrona y/o personal sanitario, grupos de apoyo, teléfonos... y que se coordine la primera visita tras el alta de forma precoz en atención primaria (a los 2-4 días tras el alta).

Se **debe** indicar también si el hospital dispone de consulta de lactancia u otros medios de atención al alta (teléfono, atención en urgencias hospitalarias, etc)

El hospital **debe** presentar un listado de los grupos de apoyo que existen en la zona. Además es necesario protocolizar cómo se proporciona esta información a las madres (por escrito, con carteles...), cuándo y por quién, y el procedimiento para mantenerla vigente, actualizándola de forma periódica.

6– Adhesión al Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en relación con el mismo.

En esta Fase, se llevará a cabo una revisión del cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos y con todas las resoluciones subsiguientes de la Asamblea Mundial de la Salud en relación al Código. Además, de manera opcional, la Comisión de LM realizará actividades de difusión del contenido y las exigencias del Código entre sus profesionales.

Debe comprobarse que:

- En ningún caso el hospital promociona, facilita ni distribuye a las embarazadas y madres chupetes, tetinas, biberones, muestras de fórmula infantil ni cupones de descuento.
- Solo se aconsejan y se administran suplementos o sucedáneos de leche materna en los casos en los que está clínicamente indicado.
- Sólo se enseña la preparación de la fórmula a las madres que lo necesiten y de manera individual.
- Se evita cualquier contacto directo o indirecto entre los empleados de estas industrias o distribuidoras y las mujeres embarazadas o mujeres en el hospital.
- Toda la información que **se entrega** a las embarazadas y madres, está libre de cualquier tipo de promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas y chupetes.
- No hay **expuesto** ningún material provisto por las industrias o distribuidoras de sucedáneos de leche materna, biberones, chupetes, tetinas, agua mineral u otro material que promueva el uso de estos productos.
- La Dirección Gerencia **se compromete a comprar** la fórmula infantil, los biberones, tetinas y chupetes a precio no inferior al de mercado (o con un descuento máximo del 30% sobre el precio minorista si se desconoce el precio al por mayor) en cumplimiento de los requisitos del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

El cumplimiento efectivo del Código se comprobará en la acreditación de Fase 4D, en esta Fase es muy recomendable utilizar la herramienta de monitorización del Código disponible en la web www.ihan.es para autoevaluar su cumplimiento.

7– Resultados de la última monitorización y estadísticas de lactancia actualizadas

En esta fase se aportarán los resultados de la última monitorización mediante entrevistas a las madres como se explica en el apartado 1.3 y también se remitirá de nuevo el formulario de indicadores de lactancia 2020 con los datos actualizados.

Para superar la fase 3D es **necesario** alcanzar un mínimo del 65% para los dos indicadores centinela:

- Porcentaje de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva al alta de maternidad.
- Porcentaje de recién nacidos que hacen la primera toma al pecho durante el contacto piel con piel inmediato al nacimiento en la primera hora de vida.

Certificado de Fase 3D

Tras recibir la solicitud de evaluación y los materiales de la Fase 3D la IHAN confirmará por email la recepción de los mismos.

En primer lugar, los evaluadores determinarán la necesidad o no de completar el envío con nuevos materiales y estos serán solicitados al responsable de la Iniciativa en el hospital. Una vez evaluados los mismos:

- Si no supera los requisitos para pasar de Fase, la IHAN contactará con el hospital comunicando las áreas de mejora detectadas y acordando un plazo para el envío del material necesario.
- Si la IHAN considera superados los requisitos, se comunicará al hospital la superación de la Fase 3D; el hospital aparecerá públicamente en la web de la IHAN como Hospital en Fase 3D y la IHAN le hará entrega de un certificado en la Ceremonia Anual de Celebración.

Una vez aprobada esta Fase, **deberá** entonces desarrollar todos los planes previstos y prepararse para la evaluación de la siguiente, porque dispone de un periodo máximo de 3 años para solicitar la evaluación de la Fase 4D. La IHAN se reserva el derecho de retirar la Acreditación de Fase 3D si el Hospital tarda más de 3 años en pasar de fase de manera injustificada.



© UNICEF. IHAN España. 2021

Referencias a este documento como: **“Guía para la solicitud del certificado de la Fase 3D-Maternidad. Grupo de trabajo Hospitales IHAN. UNICEF/OMS. IHAN España. 2021”**.

Traducción, revisión y adaptación del documento original 2015: Beatriz Flores Antón Han colaborado en la traducción, revisión y adaptación: Beatriz Flores Antón, M^a Teresa Hernández Aguilar, Cintia Borja Herrero, Celina Arana Cañedo-Argüelles, Ersilia González Carrasco, M^a José Santos Muñoz, Joana M^a Moll Pons, Juan José Lasarte Velillas, Jesús Martín- Calama Valero, Carmen Rosa Pallás Alonso.

Actualización 2021: Paula Lalaguna Mallada, Miguel Ángel Marín Gabriel, Ersilia González Carrasco.

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-UNICEF, pero todos los derechos están reservados por la Organización. Sin embargo, el documento puede ser resumido, reproducido o transmitido libremente, de forma parcial o completa, pero no para su venta ni para su uso con propósitos comerciales.