



ANEXO I
FICHA DE RECOGIDA
BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA:

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP:

Hasta que tú quieras (HQTQ)

3. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad y de la persona de contacto: Área V de Salud. Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Ricardo García de León
 - Domicilio social: Hospital Virgen del Castillo. Avda. de la Feria s/n. 30510 Yecla, Murcia.
 - CCAA: MURCIA
 - Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹: Ricardo García de León.
ricardo.garciadeleon@carm.es Teléfono: 618 68 01 19
- Memoria completa: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=49>

4. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)²	Promoción y apoyo a la lactancia materna
	Fomento de la participación de las mujeres y las parejas
	Desarrollo de indicadores, sistemas de registro y evaluación.

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- X** Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar): hospital de Yecla

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: año 2000
- Actualmente en activo: SI
- Fecha de finalización: no tiene

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: Dichas líneas son las que figuran en el criterio de PERTINENCIA dentro de la herramienta de Autoevaluación (Anexo II) utilizado. La(s) línea(s) que se cumplimenten en esta ficha –como máximo 3- debe(n) coincidir con las que Vds. haya señalado en la herramienta de Autoevaluación o en caso de haber señalado más de tres en la herramienta, aquí sólo podrá incluir como máximo 3.



7. BREVE DESCRIPCIÓN

□ **Población diana:** las gestantes, madres, bebés, padres, familias, profesionales y comunidad.

El Área V de Salud de la Región de Murcia, con una superficie de 1.580 Km², abarca una población de 60.207 habitantes (INE 2008) lo que representa el 4% del total de la región. Desde el punto de vista sanitario dispone de tres centros de salud, tres consultorios periféricos, dos servicios de urgencia extrahospitalaria y un hospital comarcal de 100 camas con una unidad neonatal de segundo nivel.

La población diana comprende las madres y los bebés atendidos en el Área V de Salud desde la gestación hasta el final de la lactancia así como los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el ámbito del cuidado de la gestación, el parto-nacimiento y alimentación del lactante. Trabajan en el área unos 500 profesionales sanitarios, de los que el 15% lo hacen en el ámbito materno-infantil, y se producen al año alrededor de 800 nacimientos.

□ **Objetivos:**

Objetivo general: Adecuar nuestras prácticas asistenciales desarrollando servicios excelentes que faciliten que las mujeres puedan amamantar a sus bebés todo el tiempo que ellas deseen.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el impacto de la estrategia de mejora en la evolución de las tasas de lactancia materna, contacto precoz, consumo de leches especiales y consumo de antibióticos en menores de dos años.
2. Evaluar el impacto de la estrategia de mejora en las madres, profesionales y en la comunidad.
3. Explorar las necesidades y expectativas de las madres para incorporar la perspectiva maternal en la estrategia de mejora.
4. Diseñar e implantar el proceso de atención a la alimentación del lactante identificando objetivos de calidad en base a las necesidades detectadas y a la evidencia encontrada.
5. Desarrollar herramientas para la evaluación de la estrategia y sistemas de monitorización de carácter poblacional basada en la historia clínica electrónica (HCE).

□ **Contexto:**

La experiencia HQTQ comenzó en el año 2000. Se enmarca en el ámbito de la calidad asistencial y responde a una cuestión ética fundamental que nos planteamos como profesionales de la salud: ¿cuál es nuestra responsabilidad en el fenómeno social del abandono prematuro del amamantamiento como forma habitual de alimentación del lactante?

Antes de conocer la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), esta cuestión era completamente ajena a nuestro quehacer. Tras su difusión en el Área V de salud de la Región de Murcia (RM), se generó un importante debate que despertó el interés por conocer-evaluar la situación de nuestro hospital respecto a los estándares de calidad de esta iniciativa y se inició el proceso de implantación, mediante la metodología de los ciclos de mejora continua (PDCA).

Tras la acreditación del Hospital Virgen del Castillo de Yecla (HVC) en 2004, se planteó un nuevo proyecto que respondía a una cuestión que estuvo latente durante todo el proceso de implantación de la IHAN: ¿cómo afrontar los problemas y dificultades de las madres con su lactancia? El respeto y el compromiso para adecuar las prácticas a sus necesidades y expectativas fueron las claves para diseñar el Proceso de Atención a la Alimentación del Lactante (PAAL) cuya misión era facilitar que la mujer pueda amamantar a su bebé todo el tiempo que decida. En los últimos años, el mejor conocimiento de los procesos de vinculación del bebé con la madre y/o personas cercanas, hizo posible ampliar la perspectiva de la estrategia para contemplar las necesidades de la madre y el bebé como una entidad social única. El concepto de espacio madre-bebé surge en respuesta a las presiones sociales y sanitarias que interfieren con el normal establecimiento de estos delicados procesos.

ESTRATEGIA DE MEJORA

Para integrar y dar consistencia a toda la información generada, hemos desarrollado un modelo que facilita obtener una visión global de esta experiencia desde dos planos íntimamente engastados. De una parte, el plano relacional que tiene que ver con la intención de cambio de las personas, con su compromiso y valores, con el liderazgo y la capacidad de impregnar de una cultura de cooperación para alcanzar nuevos horizontes de mejora. Y por otra parte, el plano instrumental necesario para definir los problemas de calidad y concretar las actividades de mejora: Ciclos de Mejora (PDCA), Gestión de Procesos y Monitorización. La información, una información de calidad, tuvo un papel clave en el desarrollo del proceso de mejora-aprendizaje, tanto para evaluar su progreso e identificar oportunidades de mejora como para impulsar las alianzas, visibilizar sus resultados y compartir la experiencia en otros contextos.

Este modelo de mejora parte de algunos conceptos del modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) para adaptarlos al contexto de esta experiencia de mejora-aprendizaje.

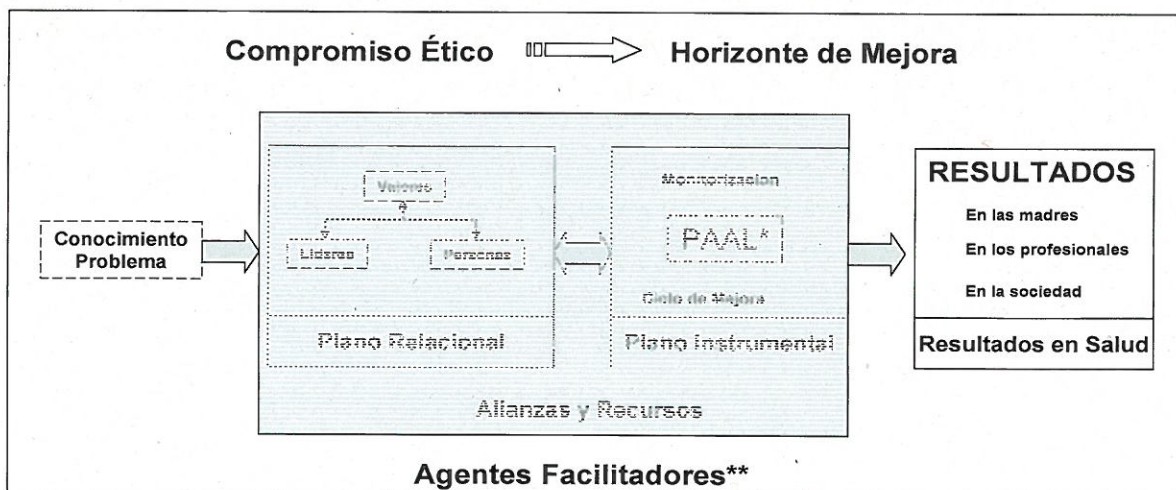


Figura 1. Modelo ético-conceptual de HQTQ, basado en el modelo EFQM

Presentamos esta experiencia como un proceso continuo de mejora-aprendizaje, que comienza con el compromiso deontológico de adecuar las prácticas al mejor conocimiento disponible (IHAN), continúa desplegándose sobre la base del respeto a las decisiones de las madres (PAAL) y que abre un nuevo



horizonte de mejora sobre la base de la cooperación entre el entorno sanitario y el comunitario para proteger el espacio madre-bebé: el primer espacio donde comienza el desarrollo humano.

A. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE LA IHAN

La lactancia materna (LM) es la forma natural y más saludable de alimentación durante los primeros años de vida. La OMS la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses y con alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más si se desea. Sin embargo, en Europa sólo una minoría de lactantes son amamantados según estas recomendaciones. En España el 53,1% de los lactantes no recibe ya leche materna a los seis meses de vida. Debido a las importantes implicaciones sociales y sanitarias de las bajas tasas de LM, su Protección, Promoción, y Apoyo ha sido considerada una prioridad de salud pública en Europa. En España se insta, a través del Observatorio de Salud de las Mujeres, al uso de prácticas eficientes basadas en la evidencia científica, que se recogen en las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto y de Salud Reproductiva del SNS.

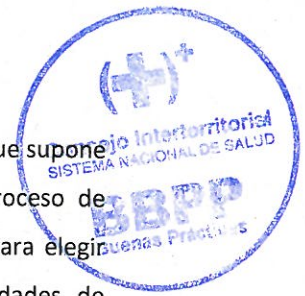
La Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) publicada por OMS/UNICEF en 1990, conocida en España como Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), es un programa de acreditación orientado a mejorar las prácticas relacionadas con la LM de los servicios de la salud. Actualmente la IHAN está reconocida como una de las intervenciones más eficaces y costo-efectivas para la mejora global de las tasas de LM y la salud de la población. Sin embargo, Europa y el conjunto de países industrializados cuentan con pocos hospitales acreditados en relación con el resto del mundo. En España, a pesar de los importantes avances en la implantación de esta iniciativa de salud, menos del 7% de los bebés nacen en alguno de los 17 hospitales acreditados.

Son múltiples los factores que explican esta importante brecha y al igual que ocurre con otras iniciativas de salud han sido señaladas por diversos autores con preocupación. En el caso de la IHAN, el escaso número de hospitales acreditados en nuestro contexto puede explicarse, en parte, por la dificultad que conlleva el proceso de implantación. Este proceso precisa del apoyo de las administraciones públicas, cambios en la organización de los cuidados materno-infantiles, formación específica, cooperación entre diferentes grupos profesionales y niveles de la organización y la provisión de recursos específicos. En 2010 publicamos un artículo³ donde se recoge con detalle el proceso de implantación y sus resultados. En él destacamos la importancia de incorporar la perspectiva de calidad como estrategia para superar las barreras y dificultades que encontramos para implantar esta iniciativa de salud.

B. ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA MADRE: "HASTA QUE TÚ QUIERAS"

El proyecto HQTQ se planteó para dar respuesta a cuestiones que surgieron con el mejor conocimiento de los problemas y dificultades de las madres para mantener su lactancia junto con la percepción de su inseguridad a la hora de tomar sus propias decisiones. La expresión "*Hasta que pueda*", referida por muchas madres al preguntarles *¿cuánto tiempo querían amamantar a su bebé?*, refleja esta incertidumbre. "*Hasta Que Tú Quieras*" surgió espontáneamente como respuesta a dicha

1. ³García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI et al. Becoming baby-friendly in Spain: A quality-improvement process. *Acta Paediatr.* 2011 Mar;100(3):445-50.



incertidumbre. Fue necesario trabajar nuevas competencias y valores que afrontaran el reto que supone incorporar la perspectiva maternal en la estrategia de mejora desarrollada durante el proceso de implantación de la IHAN. El respeto a sus decisiones, el reconocimiento de su autonomía para elegir libremente su estilo de lactancia, el trato amable y empático, el desarrollo de habilidades de comunicación, se convirtieron en los nuevos objetivos de calidad necesarios para alcanzar este nuevo horizonte de mejora.

Así, replanteamos el problema de calidad como la conveniencia de adecuar nuestras prácticas asistenciales a las necesidades de las madres y no solo como un conjunto de incumplimientos de estándares de calidad. Por ello se pasó de un ámbito preferentemente hospitalario a otro comunitario, y se adoptó una perspectiva centrada, además de en la mejora de las tasas de lactancia materna, en responder a las necesidades y expectativas de las madres y las familias. Este planteamiento requería reforzar el compromiso de toda la organización, así como ampliar la perspectiva de calidad hacia marcos más globales para integrar y dar sentido a todas las actividades profesionales implicadas en la atención materno-infantil. La calidad total basada en unos principios que enfatizan la importancia de orientar la organización a las necesidades de la mujer y familia, la gestión por procesos y su orientación hacia los resultados, entre otros, respondía a este nuevo reto.

El compromiso de la Gerencia del Área V y de la Consejería de Salud de la RM con esta nueva estrategia de mejora fue esencial para promover la participación de los profesionales, el desarrollo del liderazgo basado en valores y facilitar las alianzas necesarias que aseguraran el apoyo metodológico necesario para formalizar y desplegar el PAAL siguiendo la metodología de la gestión por procesos, considerada como la herramienta más eficaz para desplegar los principios de la calidad total.

El énfasis de esta estrategia se basó en la participación de los profesionales y de los grupos de madres. Así, el proceso de diseño estuvo caracterizado por una alta participación de los profesionales, no solo como informantes claves, sino como protagonistas de un amplio proceso de aprendizaje colectivo que culminó con la modelización del PAAL, con la misión de disminuir la variabilidad injustificada y adecuar las prácticas y recomendaciones a las necesidades de la madre y su familia.

El conocimiento de las vivencias de las madres, sus problemas, sentimientos y su relación con los profesionales, puso de manifiesto, entre otros temas, las consecuencias negativas en la vivencia de las madres de la variabilidad en los cuidados de apoyo a la alimentación del lactante. Como respuesta, se diseñó un amplio programa de formación, con la participación de madres, padres y profesionales, que incluía todos los aspectos relacionados con el mejor conocimiento del problema para desarrollar las competencias necesarias con el fin de lograr un trato más respetuoso y empático.

Las intervenciones se concretaron en una mayor accesibilidad para el apoyo profesional, mejora de la calidad científico-técnica de los cuidados, proyección social del programa y mejora del clima organizacional y de la continuidad de cuidados. Se trataba, por tanto, de desarrollar servicios excelentes para facilitar que la mujer pueda amamantar a su bebé todo el tiempo que decida. En este sentido, la



consolidación de la consulta de lactancia materna fue, y es, un servicio clave en el proceso de adecuación y ha sido muy bien valorado por las madres.

C. PROTECCIÓN Y CUIDADOS DEL ESPACIO MADRE-BEBÉ (EMB)

Las dificultades para alcanzar los estándares en el contacto precoz en partos por cesárea así como las presiones sociales y culturales de la comunidad, con mensajes tales como *“no lo cojas que se malacostrumbra”* o *“déjale llorar, que ensancha sus pulmones”*, nos plantearon nuevos retos que requieren el compromiso a toda la comunidad, con el fin de promover una cultura de cooperación, respetuosa y amable con los procesos de vinculación y apego. Las bases conceptuales de este nuevo horizonte de mejora se basan en la teoría del apego publicada por John Bowlby en 1951 y en la sólida evidencia sobre los beneficios del método madre canguro y los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

La protección del espacio madre-bebé se ha incorporado al PAAL de forma transversal y se han definido un conjunto de indicadores que recogen sus aspectos más relevantes con el propósito de responder a tres cuestiones claves: ¿qué presiones están afectando el normal desarrollo de los procesos de vinculación y apego necesarios para consolidar este primer espacio humano?, ¿cuál es el estado actual respecto a la prevalencia de los factores sociales y sanitarios que interfieren vs factores que refuerzan la integridad del EMB? y ¿qué estamos haciendo como profesionales, como organización y como sociedad para proteger y cuidar este primer espacio de salud?. Se han realizado actividades en la comunidad y en diferentes foros profesionales para difundir esta perspectiva basada en dos principios fundamentales:

- Contemplar las necesidades de la madre y el bebé en su conjunto, como una entidad social única: el espacio madre-bebé, que debe ser protegido, por derecho natural, de las agresiones sociales y sanitarias.
- Establecer relaciones de cooperación con la familia y la comunidad en base a un objetivo común: la protección y cuidados de este primer espacio social y humano.

Metodología

Presentamos la metodología en base a dos momentos perfectamente diferenciados por un hito clave: la acreditación del Hospital Virgen del Castillo como hospital IHAN en 2004. Antes de la acreditación, la estrategia de mejora se enmarca en los programas de acreditación y mejora continua a través de los ciclos PDCA. Posteriormente la gestión de procesos, en el ámbito de la calidad total, se plantea como la mejor opción para adecuar la practicas profesionales a las necesidades y expectativas de las madres y la familia.

Durante la fase de implantación de la IHAN las intervenciones de mejora siguieron un abordaje combinado basado en la participación de todos los grupos de interés, la formación, la auditoría, el feedback de la información y la provisión de nuevos recursos para las madres y las familias.

La **evaluación de resultados** se centro en la evolución de las tasas de LM en el Área V de Salud de la Región de Murcia. Para ello, se realizó un muestreo aleatorio simple de los lactantes nacidos en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla en 1997, 2001, 2003 y 2005. Los datos de LM al alta se obtuvieron a partir de la revisión de la historia clínica materna del hospital y los datos sobre duración de LM a partir



de la historia de atención primaria (OMI-AP). Así mismo, se realizaron autoevaluaciones e evaluaciones externas para ver el grado de cumplimiento de los criterios IHAN. En 2004 se cumplen los estándares IHAN, y el hospital se acredita.

El impacto de la implantación de la IHAN, se evaluó comparando los datos de los años 1997 (preintervención) y 2005 (postintervención); se calculó la proporción de lactantes amamantados al primer, segundo, tercero, quinto y séptimo mes de vida, estimando las Odds Ratio de no ser amamantado en las edades referidas (nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%).

En la fase de adecuación a las necesidades y expectativas de la mujer, tras la acreditación como hospital IHAN, el marco de trabajo fue la gestión de procesos para diseñar el Proceso de Atención a la Alimentación del Lactante (PAAL) a través de la información obtenida por los grupos de trabajo sobre las actividades y las dificultades para desarrollarlas siguiendo un formato estructurado “qué, quién, dónde, cuándo y cómo se hace”. La identificación de oportunidades de mejora se realizó desde la perspectiva profesional y especialmente desde la perspectiva materna. Para el procesamiento de esta información se han utilizado diferentes metodologías según la naturaleza de los datos obtenidos, cuantitativos o cualitativos.

Los datos para la **exploración de necesidades y expectativas de las madres** se obtuvieron de cinco grupos de discusión de madres en Yecla y Jumilla. Las entrevistas se hicieron con un enfoque no directivo para obtener una representación general de la vivencia de las madres en relación con los servicios de salud durante la gestación, parto y crianza. El análisis de los datos se basó en el método de la Teoría Fundamentada propuesto por Glaser y Strauss. Se realizaron entrevistas con un enfoque no directivo, que fueron transcritas y con las que posteriormente se realizó un análisis de contenido.

Tras la identificación inicial de las categorías, se agruparon en diferentes ejes temáticos: vivencia de las madres, manejo de la LM y problemas, necesidades de las madres, actividades profesionales e información y mensajes sobre LM. Las categorías están íntimamente relacionadas entre sí y muchas de ellas forman parte de varios de los ejes temáticos.

Con la información aportada, descrita anteriormente, el **diseño del proceso** se realizó en un entorno participativo. Se aportaron a los grupos de trabajo guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas u otros tipos de evidencia. Los subprocesos se estructuraron en torno a su misión, orientada a dar respuesta a las necesidades y expectativas de las madres a lo largo de todo el proceso. Se articuló un segundo nivel de desagregación en el que las actividades de información, comunicación, educación, apoyo y protección se desplegaron de forma transversal durante todo el ciclo del proceso.

La **selección y priorización de los indicadores** se realizó atendiendo a criterios de relevancia, viabilidad y utilidad en respuesta a la necesidad de control de puntos clave del proceso. Para monitorización el proceso en el ámbito hospitalario, se definieron un conjunto de variables a partir de la HCE del bebé recién nacido, necesarias para definir los indicadores de contacto precoz, primera toma, suplementación, problemas del pecho y de la toma y alimentación al alta, entre otros.

8. RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Los resultados alcanzados se agrupan en resultados en salud, en los profesionales, en las madres y familias y en la sociedad.

A. RESULTADOS EN SALUD

Evolución de las tasas de LM

AÑO	1997 (n=321)	2001 (n=137)	2003 (n=116)	2005 (n=432)	2005-1997	2005/1997
Edad	% (IC 95%) ^a	% (IC 95%) ^a	% (IC 95%) ^a	% (IC 95%) ^a	Dif % (IC 95%) ^b	OR (IC 95%) ^c
Alta	78,2 (73,7-82,7)	95,5 (91,9-99)	95,9 (92,3-99,4)	94,7 (92,5-96,8)	16,5 (11,5-21,5)	0,2 (0,12-0,33)
1 mes	76,2 (71,5-80,9)	85,8 (79,8-91,9)	82,6 (75,9-89,4)	85,4 (82-88,7)	9,2 (3,4-15)	0,55 (0,38-0,79)
3 meses	46,2 (40,7-51,7)	74,4 (66,5-82,3)	71,1 (63,0-79,1)	74,7 (70,6-78,8)	28,5 (21,7-35,4)	0,29 (0,21-0,4)
5 meses	27,8 (22,8-32,8)	45,4 (36-54,8)	55,4 (46,5-64,2)	63,6 (59-68,1)	35,8 (29-42,5)	0,22 (0,16-0,3)
7 meses	12,1 (8,5-15,7)	24 (15,6-32,4)	38 (29,4-46,7)	50,1 (45,4-54,8)	38 (32,1-44)	0,14 (0,09-0,2)

Tabla 1. Evolución de las tasas de LM en el período 1997-2005.

^aProporciones de niños amamantados por edad, entre paréntesis los intervalos de confianza calculados para un nivel de confianza del 95%.

^bDiferencia de proporciones de niños amamantados por edad entre 2005 y 1997, entre paréntesis los intervalos de confianza calculados para un nivel de confianza del 95%.

^cOdds Ratio por edad de no ser amamantado en el año 2005 respecto a 1997, entre paréntesis los intervalos de confianza calculados para un nivel de confianza del 95%.

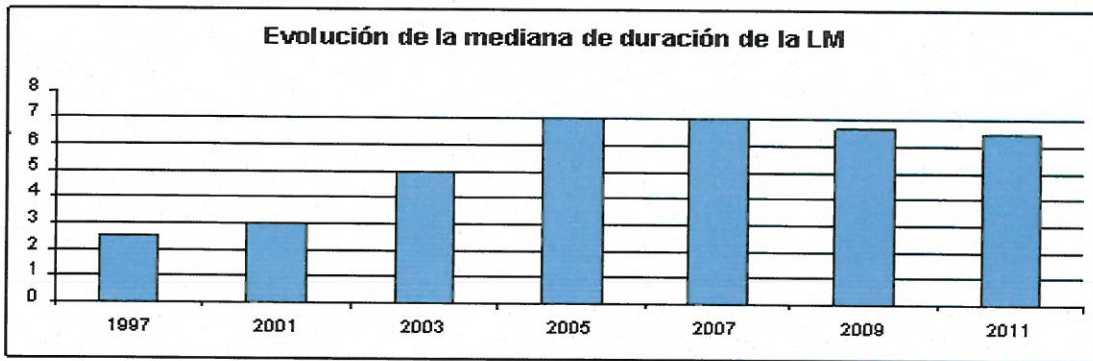


Gráfico 1: Evolución de la mediana de duración de la LM entre los años 1997-2011

Tasas de contacto precoz en partos por normales se mantiene en torno al 90% desde 2003. En la Evaluación de la Estrategia del parto normal en el Servicio Murciano de Salud se confirman estos datos. En partos por cesáreas el contacto precoz muestra una mayor variabilidad y ha precisado una monitorización más estrecha utilizando gráficos de control para detectar desviaciones.

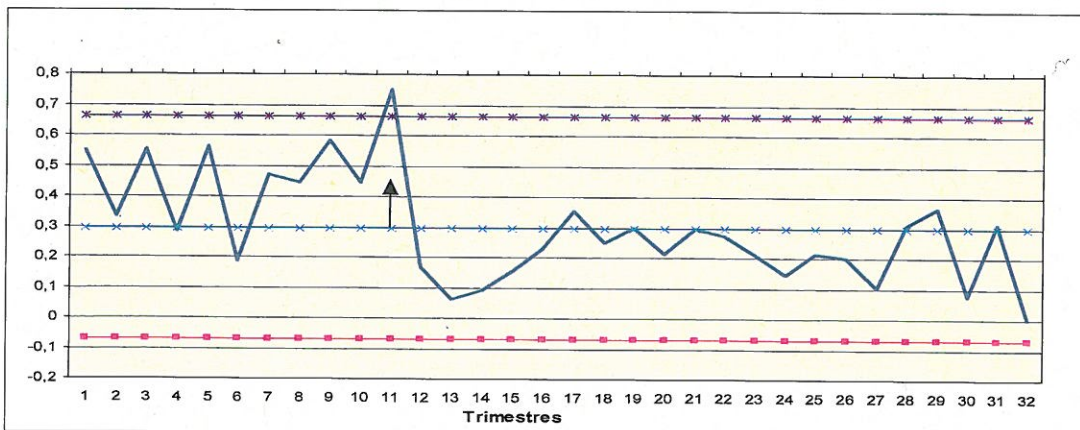


Gráfico 5. Gráfico de control: Evolución de la tasa de separación madre-bebé (expresada en tanto por uno) en la primera hora entre los años 2009-2011. La línea central representa la media y los extremos +/- 2 DS. La flecha señala el momento de intervención y el ajuste de las tasas de separación al estándar establecido.

Impacto económico. Fuente: Datos obtenidos de base de datos FACETA.

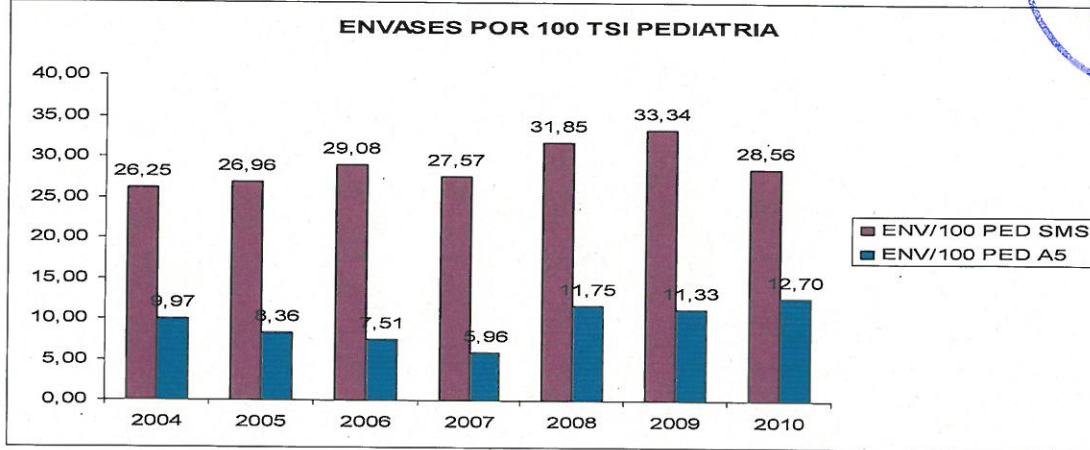


Gráfico 2: Número de envases de leches especiales financiadas prescritas por 100 TSI en edad pediátrica en el área V vs SMS entre los años 2004-2010

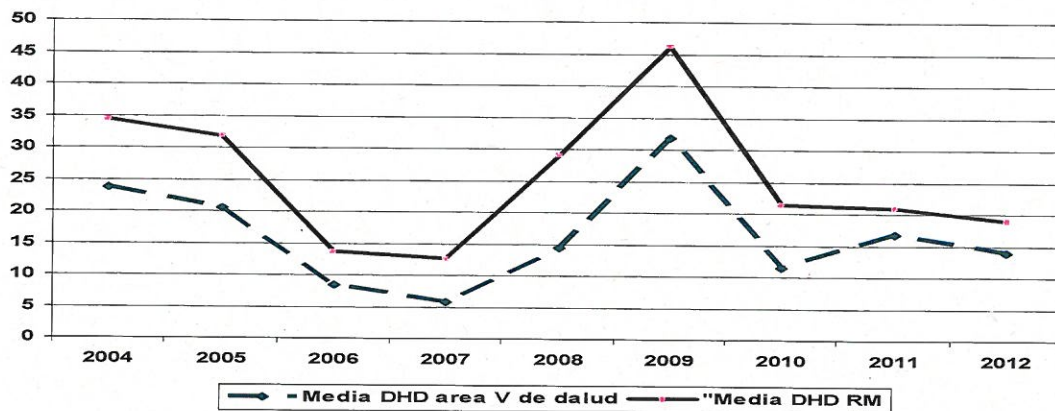


Gráfico 3: Prescripción de antibióticos (DHD en niños < 2 años) del área V vs media SMS entre los años 2004-2012

B. RESULTADOS EN LAS MADRES Y LA FAMILIA

Los resultados en al madres y la familia se han evaluado a través de encuestas y grupos de discusión de madres. Los datos obtenidos de la encuesta de calidad percibida realizada por la Subdirección General de Calidad Asistencial muestran diferencias significativas y mantenidas a lo largo de todo el periodo de intervención entre el Área V y el resto de la región.

Los grupos de discusión han aportado información muy valiosa para la evaluación global de la estrategia y como fuente de identificación de oportunidades tales como la mejora en la información sobre lactancia: clara y precisa, realista y pertinente (*"que no te lo pinten todo de color de rosa"*); necesidad de mayor y mejor apoyo profesional (*"que te den ánimo y apoyo"*, *"que se pongan más en nuestro lugar"*); mejora de la accesibilidad. Oportunidades que se tradujeron en mejoras en la accesibilidad y continuidad de cuidados así como en el trato, empatía e información.

C. RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES

Los resultados en los profesionales se evaluaron en relación al alto grado de participación en las actividades de formación, difusión del proyecto y producción científica. Destacamos la mejora del clima laboral y la identificación con el proyecto de mejora. En la Encuesta de conocimientos, actitudes y creencias sobre LM (Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial), destacamos una tasa de respuesta del 91,5% vs 55% en RM y valores medios más altos en todos los ítems relacionados con la protección, promoción y apoyo a la LM.

D. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Se desarrollaron diversas actividades de difusión del proyecto en grupos de madres, prensa, radio y TV local y autonómica, encuentros de Grupos de Apoyo a la LM, concursos fotográficos de LM y presentación en diferentes foros profesionales y científicos, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Ámbito Científico		Ámbito Comunitario	
Artículos	5	Artículos en prensa	38
Ponencias	9	Encuentros Comunitarios	8
Comunicaciones	33	Entrevista Radio TV	11

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Los factores de éxito de la estrategia de mejora, con un carácter claramente emergente y recursivo, han estado vinculados al grado de participación-compromiso de los profesionales y al desarrollo de sus competencias personales y sociales (diálogo-cooperación). Además, la implicación y compromiso de la Gerencia de Área V y de la Consejería de Salud de la RM, ha sido clave para crear un entorno favorecedor para la mejora, provisión de recursos y el establecimiento de alianzas.

Las metodologías desarrolladas han estado orientadas a proporcionar marcos de trabajo para el diseño de las actividades de mejora y para obtener información válida y fiable para la evaluación y monitorización de los indicadores de la estrategia. Se han obtenido importantes repositorios de datos y documentos que aportan información clave que puede ser útil para su replicabilidad en otros contextos.

En los resultados en salud, destacamos la importante disminución del riesgo de abandono de su lactancia. En los años posteriores, la mediana de duración de LM ha permanecido en torno a los siete meses. No hemos encontrado referencias que analicen la evolución de las tasas tras la implantación de la IHAN. Pensamos que superar estos resultados exige abordar perspectivas más globales que incorporen factores sociales y culturales en el planteamiento y solución del problema del abandono prematuro del amamantamiento. Por otra parte, respecto al coste-beneficio de esta estrategia de salud señalar a modo de ejemplo los datos sobre el consumo de leches espaciales, así si el consumo de leches espaciales financiadas en el año 2010 en el conjunto de la Región hubiera sido como el del Área V la contención de gasto hubiese supuesto unos 676.000 €.

Los resultados en las madres y la familia muestran una substancial mejora en todas las dimensiones de calidad: adecuación, trato, información, equidad y empatía. Respecto a los resultados en los profesionales, hemos presentado datos tangibles que constatan el alto grado de participación en el proyecto. Esta experiencia no hubiese sido posible sin la actitud de respeto y cooperación entre los diferentes estamentos implicados en la mejora.

En la comunidad señalamos la colaboración de las instituciones y medios locales de comunicación para difundir el proyecto y fomentar debates abiertos sobre este tema controvertido y en ocasiones distorsionado por una perspectiva reduccionista, en términos "prolactancia vs antilactancia", que oculta uno de los aspectos clave del problema: el compromiso social para que la mujer tenga las condiciones adecuadas que le permitan tomar decisiones libres e informadas.

Los esfuerzos actuales se centran en mantener la mejora alcanzada, un proceso igualmente complejo y dificultoso, y en ampliar la perspectiva de calidad hacia enfoques más globales que incorporen todos los aspectos de la crianza (protección, alimentación, cuidados y educación) y en promover la corresponsabilidad social con la protección y cuidados del espacio madre-bebé. En este sentido pensamos que disponer de información de calidad, accesible y pertinente es crucial de cara a mejorar las estrategias de salud dirigidas al bebé, la madre y la familia así como para promover líneas de investigación para significar la importancia de estas primeras etapas de la vida como condicionantes de los problemas futuros de la infancia y con el correr del tiempo del adulto.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.