

MEMORIA Experiencia Candidata

.....

CCAA: MURCIA

ESTRATEGIA a la que se presenta como candidatura: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nombre de la experiencia: HASTA QUE TU QUIERAS (HQTQ)

Nombre y dirección de contacto: Ricardo García de León González
ricardo.garciadeleon@carm.es Teléfono: 618680119 Area V de Salud. Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

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 por la Gerencia del 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. En el año 2000 se inició el proceso de implantación con un enfoque centrado en el cumplimiento de los estándares de calidad propuestos por la IHAN.

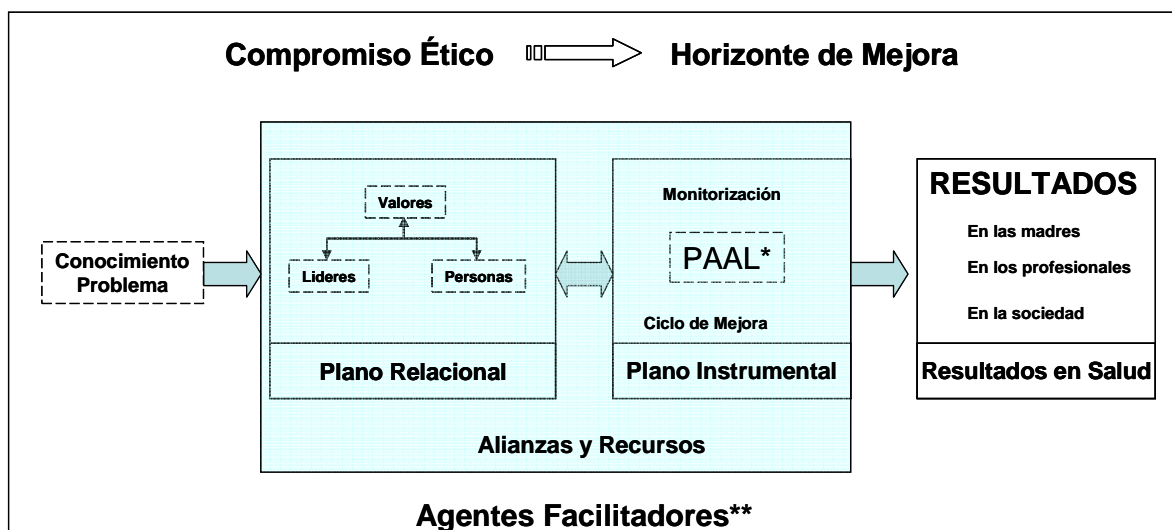
Tras la acreditación del Hospital Virgen del Castillo de Yecla (HVC) en 2004, se planteó un nuevo proyecto que responde a una cuestión que estuvo latente durante todo el proceso de implantación de la IHAN ¿cómo afrontar los problemas y dificultades de las madres con su lactancia? El respeto y el compromiso para adecuar las prácticas a sus necesidades y expectativas fueron las claves de la estrategia del proyecto HQTQ para facilitar que la mujer pueda amamantar a su bebé todo el tiempo que quiera.

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.

Presentamos esta experiencia como un proceso continuo de mejora-aprendizaje, que comienza con el compromiso deontológico de adecuar las prácticas a la evidencia, continúa desplegándose sobre la base del respeto a las decisiones de las madres y que abre un nuevo horizonte de mejora basado en la cooperación y el compromiso de la comunidad para proteger el espacio madre-bebé.

Para integrar y dar consistencia a toda la información generada, hemos tomado algunos conceptos del modelo EFQM para adaptarlos al contexto de esta experiencia de mejora-aprendizaje.



* PAAL: Proceso de Atención a la Alimentación del Lactante

** Los agentes facilitadores, planos relacional e instrumental, representan aspectos de un mismo fenómeno de aprendizaje colectivo que explican los resultados en todos los niveles de la organización

Figura 1. Modelo ético-conceptual de HQTQ, basado en el modelo EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad).

A continuación describimos la experiencia en torno a los horizontes de mejora que se han ido vislumbrando conforme se ha desplegado el marco ético-conceptual de esta experiencia de mejora-aprendizaje: IHAN, proceso de adecuación a las necesidades y expectativas de las madres (HQTQ) y protección del espacio madre-bebé.

I. EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE LA IHAN

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 Lactancia¹ (IHAN), es un programa de acreditación orientado a mejorar las prácticas relacionadas con la LM de los servicios de la salud.

El contraste entre las rutinas hospitalarias, ampliamente aceptadas hasta entonces, y el “sentido común” de sus diez pasos, fue el germen que nos impulsó a profundizar en este proceso de salud.

En este apartado presentamos una síntesis de los conocimientos que hemos ido reuniendo para fundamentar el cambio de nuestras rutinas por prácticas basadas en la evidencia².

La lactancia materna (LM) es la forma natural y más saludable de alimentación durante los primeros años de vida³. 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 desea⁴. Sin embargo, en Europa^{5,6} 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 vida⁷.

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 Europa⁸. En España se insta, a través del Observatorio de la Mujer, al uso de prácticas eficientes basadas en los estándares y recomendaciones del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud².

La mejora de las prácticas hospitalarias es una de las estrategias fundamentales para aumentar las tasas poblacionales de LM debido a la influencia de las intervenciones profesionales durante los primeros días de vida sobre el establecimiento adecuado de la LM^{9, 10}. Actualmente la IHAN está reconocida como una de las intervenciones más eficaces^{11, 12, 13, 14} y costo-efectivas¹⁵ para la mejora global de las tasas de LM y la salud de la población.

Europa y el conjunto de países industrializados cuentan con pocos hospitales acreditados en relación con el resto del mundo¹⁶. 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. Tan solo el 50% de los pacientes reciben cuidados basados en la evidencia^{17, 18}; en la infancia la situación es bastante peor¹⁹.

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^{16, 21, 22, 23, 24, 25}.

A esto se suma la escasa información sobre cómo llevar a cabo en detalle los cambios necesarios para la implantación de la IHAN. Esta información puede resultar muy valiosa para enriquecer esta importante iniciativa de salud con la información de contexto procedente de las experiencias de buenas prácticas implantadas en entornos concretos²⁶.

En esta memoria describimos el proceso de implantación de la IHAN y su efecto sobre las tasas de lactancia materna en el Área V de Salud de la RM. En 2010 publicamos un artículo²⁷ 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 al implantar esta iniciativa de salud.

En el año 2000 se realizó una primera autoevaluación. El nivel de incumplimiento de los estándares de la IHAN fue del 100%. Para complementar el análisis de situación se estudio la prevalencia de la LM, previo a cualquier actividad de mejora. En 1997 las tasas de lactancia al alta de maternidad eran del 78%, la mediana de duración de 2,5 meses y sólo un 12% de bebés eran amamantados a los siete meses. Cifras similares a las publicadas en nuestro país^{28, 29}, muy por debajo de las recomendaciones de la OMS.

En 2005, un año después de la acreditación, las tasas de LM alcanzaron el 94,7% al alta de maternidad, la mediana de duración 7 meses y un 50% de bebés continuaban con LM a los siete meses.

La estrategia de mejora se basó en la participación de todos los grupos de interés, la formación, la auditoría, el feedback de la información y la provisión de nuevos recursos. En el plano instrumental, las metodologías de ciclo de mejora, que implican un proceso continuo de evaluación y diseño, constituyeron la base para avanzar en el aprendizaje colectivo necesario para alcanzar nuestro primer horizonte de mejora.

II. PROCESO DE ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA MADRE: HASTA QUE TÚ QUIERAS (HQTQ)

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 incertidumbre.

Esta respuesta implicaba un nuevo compromiso con las madres y las familias para ofrecerles lo mejor de nuestros cuidados y facilitar que la mujer pueda amamantar a su bebé todo el tiempo que quiera. 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 familias³⁰.

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 los clientes, en este caso a 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 con esta nueva estrategia de mejora fue esencial para promover la participación de los profesionales y el desarrollo del liderazgo basado en valores y facilitar las alianzas necesarias que aseguraran el apoyo metodológico necesario para formalizar y desplegar el Proceso de Alimentación al Lactante (PAAL) siguiendo la metodología de la gestión por procesos, considerada como la herramienta más eficaz para desplegar los principios de la calidad total³¹.

El énfasis de esta estrategia se basó en la participación de los profesionales y madres, además de en los requerimientos formales de esta metodología. 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^{32, 33}. 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 las madres pudieran amamantar a sus bebés todo el tiempo que quisieran. 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 madres³².

Paralelamente hemos ido construyendo diferentes herramientas para el control y monitorización del proceso con el fin de asegurar los niveles de calidad alcanzados durante la etapa anterior³⁴. Se analizó la situación a nivel de resultados en 2005 en el que se incluyeron las variables predictivas más relevantes sobre el abandono prematuro del amamantamiento³⁵, que facilitaron el diseño de los indicadores del proceso.

III. PROTECCIÓN Y CUIDADOS DEL ESPACIO MADRE-BEBÉ

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 para extender 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 evidencia existente sobre el método madre canguro^{36, 37} 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. 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.

2. -OBJETIVO.

Los objetivos de esta intervención fueron los siguientes:

1. 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.
2. Objetivos específicos:
 - 2.1. 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.
 - 2.2. Evaluar el impacto de la estrategia de mejora en las madres, profesionales y en la comunidad.
 - 2.3. Explorar las necesidades y expectativas de las madres para incorporar la perspectiva maternal en la estrategia de mejora.
 - 2.4. 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.
 - 2.5. -Desarrollar herramientas para la evaluación de la estrategia y sistemas de monitorización de carácter poblacional basada en la historia clínica electrónica (HCE).

3. -CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA.

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.

4. METODOLOGÍA.

Presentamos la metodología en base a dos momentos perfectamente diferenciados por un hito clave: la acreditación del HVC como hospital IHAN en 2004. En el primero, la estrategia de mejora se enmarca en los programas de acreditación y mejora continua a través de los ciclos PDCA, en el segundo la gestión de procesos, en el ámbito de la calidad total, se plantea como la mejor opción para abordar la adecuación a las necesidades y expectativas de la mujer.

Se describen igualmente las metodologías y herramientas utilizadas para la evaluación del proceso de mejora así como los métodos para el análisis de los datos generados durante la experiencia: cuantitativos y cualitativos.

I. FASE DE IMPLANTACIÓN DE LA IHAN (2000-2005):

En esta primera fase se utilizó el marco metodológico de ciclos de mejora continua o ciclos PDCA de Deming tomando como referencia los criterios de calidad de los 10 pasos de la IHAN y experiencias existentes sobre su implantación^{21, 22, 23, 24, 25,26} así como elementos vinculados al éxito de las acciones de mejora en general²⁶.

a. Las intervenciones de mejora desarrolladas se agruparon en cuatro categorías:

1. Abordaje combinado desde los diferentes niveles de la organización:

- Se impulsó la creación de grupos de trabajo interdisciplinares para el diseño de las actividades de mejora y evaluación.
- Se creó la comisión clínica de lactancia materna, en la que participaban miembros del equipo directivo, profesionales de atención

primaria y especializada y madres, como instrumento para crear y coordinar los grupos de trabajo, resolver las dificultades y desarrollar los nuevos protocolos clínicos.

- El compromiso institucional implicó el apoyo público a la IHAN, un plan de divulgación de la intervención y la provisión de los recursos para la formación, las actividades de los grupos de trabajo y la creación de un entorno favorecedor para la LM.
2. Formación específica centrada en el proceso: Se puso en marcha un plan de formación específico sobre LM dirigido a profesionales vinculados a la atención materno-infantil en atención especializada y primaria. Para facilitar la accesibilidad a los cursos, las horas docentes se consideraron como horas laborales.
 3. Auditoría y Feedback: A partir de la información sobre el grado de cumplimiento de los criterios de calidad, se identificaron las causas de los problemas detectados y se acordaron las acciones correctoras necesarias, mediante reuniones con los grupos de trabajo de las unidades clínicas.
 4. Recursos de apoyo a las mujeres:
 - En mayo de 2004 se puso en marcha una consulta específica de LM atendida por una enfermera con competencias específicas.
 - Se impulsó y ofreció colaboración para la puesta en marcha del grupo de apoyo de madres (grupo Vínculo) y se promovió su participación en las actividades formativas.
- b. Métodos para la Evaluación del proceso:
- Se realizó una autoevaluación en noviembre de 2000 y dos evaluaciones externas, en 2002 y 2004⁹. Desde enero de 2003 se incorporó en todos los nacimientos la recogida de información sobre indicadores clave para monitorizar el primer contacto entre madre y lactante, el momento y valoración de la primera toma y la proporción de suplementos de leche artificial al alta.
- c. Métodos para la Evaluación de resultados:

Para determinar la evolución de las tasas de LM, se realizó un muestreo aleatorio simple de bebés nacidos en el HVC en 1997 (n=321), 2001 (n=86), 2003 (n=121) y 2005 (n=432). 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) y encuestas telefónicas. Los datos de 2005 se compararon con los registros de OMI-AP respecto a la duración de LM, obteniendo un índice de concordancia del 92-96% y un índice de Kappa significativo mayor de 0,78 para todos los meses analizados.

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

II. FASE DE ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA MUJER (2006-2011)

Se describe la metodología para el diseño y evaluación del proceso.

a. Metodología para la identificación de oportunidades de mejora

Los datos para diseñar el Proceso de Atención a la Alimentación del Lactante (PAAL) proceden de la información obtenida de todos los agentes implicados y especialmente de las madres. Para el procesamiento de esta información se han utilizado diferentes metodologías según la naturaleza de los datos obtenidos, cuantitativos o cualitativos.

1. Técnicas semiestructuradas para la Identificación de Oportunidades de Mejora en los profesionales y grupos de madres. Se utilizaron técnicas de grupo nominal, lluvia de ideas, grupos de discusión y reuniones de consenso con los diferentes profesionales y madres implicadas en la atención.
2. Metodologías cualitativas para la exploración de necesidades y expectativas de las madres. Se realizaron cinco grupos de discusión de madres en Yecla y Jumilla. Todas 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 cualitativo de los datos de texto se basó en el método de la Teoría Fundamentada propuesto por Glaser y Strauss que consiste en el método comparativo constante, en el que el investigador codifica y analiza datos de forma simultánea para desarrollar conceptos, que mediante una comparación continua se refinan, se identifican sus propiedades y se exploran interrelaciones.

La elaboración de categorías fue guiada hacia la detección de necesidades y expectativas de las madres, aunque se mantuvo un enfoque abierto para obtener también descripciones y explicaciones de otros aspectos relacionados con la calidad de las actividades sanitarias.

Durante el proceso de agrupación y comparación constante de categorías se perfilaron las características y relaciones entre ellas. Tras la identificación inicial de las categorías, se agruparon en diferentes ejes temáticos (tabla 1) que incluían conceptos con un mayor nivel de inferencia. Las categorías están íntimamente relacionadas entre sí y muchas de ellas forman parte de varios de los ejes temáticos.

Tema	Descripción
Vivencias de LM	Incluye la descripción de acontecimientos que ocurrieron a las madres relacionados con la LM, así como los sentimientos relacionados con ellas.
Manejo de la LM	Incluye las actividades de las madres para manejar su LM.
Problemas de LM	Incluye la descripción y contexto de los problemas en la LM de las madres
Necesidades de las madres	Necesidades de las madres relacionadas con el proceso de amamantamiento
Actividades profesionales	Actividades de los profesionales relacionadas con la LM. Incluye la valoración de la atención profesional que hacen las madres
Información y mensajes sobre LM	Describe las fuentes y tipo de mensajes obtenidos por las madres sobre la LM a lo largo del proceso.

Tabla 1. Ejes temáticos emergentes del análisis de grupos de discusión de madres.

- b. Obtención de datos sobre las actividades y trabajo de campo.

Los grupos de trabajo aportaron datos sobre las actividades vinculadas al proceso y las dificultades para desarrollarlas siguiendo un formato estructurado a “qué, quién, dónde, cuándo y cómo se hace”. En fases posteriores del estudio el apartado “cómo se hace” fue abordado de nuevo alcanzándose un mayor nivel de concreción. Estos datos se complementaron con las notas campo obtenidas con la observación participante en los lugares donde los profesionales desarrollan actividades relacionadas con la alimentación del lactante.

Las discusiones surgidas en los grupos de trabajo, fueron registradas, en notas de campo, también en audio y en ocasiones en vídeo. Para obtener los informes de investigación se desarrolló un análisis de contenido de los datos de campo.

La información resultante se procesó de la siguiente forma:

1. Primero se procedió a su categorización en las diferentes áreas de atención que se definieron como ejes transversales del PAAL (información, comunicación, educación, apoyo y protección) definidos a priori a partir de información procedente de las revisiones bibliográficas.
2. La información se contrastó con las notas de campo procedentes de la observación participante y mediante consultas directas a los profesionales que habían participado.
3. Cuando encontrábamos dos versiones referentes a las mismas actividades, se analizaban sus coincidencias y peculiaridades para alcanzar una versión común.

c. Diseño del Proceso

Con la información aportada, descrita anteriormente, el diseño del proceso se realizó mediante las siguientes actividades principales:

1. Formación de grupos de trabajo multidisciplinares, que incluía profesionales del ámbito de la gestión y de los sistemas de información junto con personas de todas las unidades implicadas, así como investigadores adscritos al proyecto.
2. Revisión bibliográfica para dotar a los grupos de trabajo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas u otros tipos de evidencia se

diseñó una estrategia de búsqueda, en MEDLINE, Cochrane Library y Econlit. Los tópicos objeto de interés han sido lactation, breast feeding, baby friendly hospital, evaluation method, process assessment, outcome assessment. Bajo estos criterios se obtuvieron 428 resultados de los que seleccionamos 15 documentos. En Econlit, con el descriptor general “breast feeding” se recuperaron 40 artículos, seleccionando 11.

3. Modelización del proceso: los subprocesos que constituían el PAAL 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: desde la gestación hasta los dos años de edad. Sobre los subprocesos, estructurados siguiendo la organización de los servicios materno-infantiles del área, se articuló un segundo nivel de desagregación en el que las actividades de información, comunicación, educación, apoyo y protección se desplegaron de forma transversal.

El árbol nodal del proceso quedó articulado en torno a estos dos enfoques con el objetivo de bajar a un nivel de detalle suficiente para ubicar todas las actividades de los profesionales pero manteniendo una coherencia interna con los subprocesos transversales del PAAL. En cada una de las actividades se definió su objetivo (qué), su ubicación (dónde), los profesionales responsables (quien) y sus requerimientos de calidad y procedimientos (cómo).

Los procesos estratégicos que guiaban el PAAL se definieron en colaboración con el equipo directivo del área mediante reuniones sucesivas y teniendo en cuenta las líneas estratégicas del Servicio Murciano de Salud (SMS). Se identificaron áreas prioritarias de mejora respecto a las que posteriormente se diseñaron intervenciones específicas.

En cuanto a los procesos de soporte la mayor parte de los esfuerzos se centraron en dos líneas. Gestión del conocimiento, mediante la integración de la evidencia en la fundamentación del proceso así como en su presentación a los profesionales de forma clara y adaptada a sus necesidades, y diseño de formularios en la HCE perinatal de Selene en base a los flujos de trabajo definidos en el proceso para instrumentalizar los sistemas de información para su uso en monitorización poblacional.

d. Diseño de indicadores y monitorización 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. Su definición se realizó con una cuidadosa adecuación a los estándares propuestos en la literatura.

Para monitorizar el proceso en el ámbito hospitalario, se definieron un conjunto de variables necesarias para definir los indicadores de contacto precoz, primera toma, suplementación, problemas del pecho y de la toma y alimentación al alta, entre otros. Previamente los datos son depurados, como se describe posteriormente, para el control estadístico de la calidad (gráficos de control).

En el ámbito de atención primaria, la monitorización sobre la duración de los diferentes tipos de lactancia, evolución de los problemas y dificultades de las madres, entre otros, esta pendiente del desarrollo de herramientas de calidad de datos para abordar, al igual que en el ámbito hospitalario, la monitorización poblacional.

III. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN Y ANALISIS.

a. Desarrollo de herramientas de monitorización a partir de la HCE perinatal

El diseño del PAAL fue simultáneo al desarrollo de la HCE perinatal en el Sistema de Información Hospitalario Selene. Esto permitió dar continuidad a la monitorización con base poblacional que se venía realizando desde 2003. Tras los primeros análisis procedentes de la HCE en 2009 y constatar algunos problemas de calidad en los datos, se diseñó una metodología para la construcción de un repositorio basado en datos poblacionales de la HCE asegurando la calidad de los mismos para su reuso en monitorización e investigación en el ámbito perinatal. Esta metodología se basa en el análisis de la calidad de datos durante el proceso de construcción del repositorio, que consta de un conjunto de procedimientos semiautomáticos en los que se van midiendo métricas de calidad de datos antes y después de cada procedimiento. Los procedimientos van corrigiendo los problemas y asegurando la calidad de los datos de forma secuencial. Las métricas corresponden a ocho dimensiones de calidad para datos biomédicos, según las definiciones de Saez et al⁵³ (completitud, consistencia, duplicidad,

estabilidad temporal y espacial, corrección, contextualización y valor predictivo). Los detalles de aplicar esta metodología y los resultados están pendientes de publicación en colaboración con el Grupo de Investigación Biomédica (IBIME) de la Universidad Politécnica de Valencia.

b. Encuestas de la Subdirección General de Calidad Asistencial RM.

- Encuesta de satisfacción post-hospitalización que realiza periódicamente la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.
- Estudio de Actitudes, Creencias y Conocimientos sobre la LM de los profesionales sanitarios en la atención materno-infantil, desarrollada en el año 2011³⁸ con cargo, el Fondo de Investigación Sanitaria y los fondos de cohesión del ministerio en el marco del epígrafe de salud perinatal, según acuerdo del Consejo Interterritorial de 29/03/2006 de distribución de fondos a las CCAA. Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS) con la participación de al Universidad de Murcia y colaboradores el equipo de HQTQ.

c. Escalas relacionadas con la perspectiva materna:

1. Escala prenatal de autoeficacia para la lactancia^{39, 40}.
2. Escala de Satisfacción Materna con la lactancia⁴⁰.
3. Escala de actitudes hacia la lactancia materna⁴¹.
4. Escala de autoeficacia para la lactancia (versión breve)⁴¹.
5. Cuestionario sobre la experiencia del nacimiento⁴².
6. Escala sobre la percepción personal de control durante el parto⁴².

Actualmente estas escalas han sido ya validadas³⁹ o se encuentran en proceso de validación a través de diversos proyectos financiados^{40, 41, 42, 38}, que incorporan como investigadores colaboradores a profesionales del Área V y que son coordinados por la universidad de Alicante. La metodología de validación incluye un procedimiento de traducción-retrotraducción y evaluación cognitiva de las versiones obtenidas. Las características psicométricas se describen mediante los siguientes indicadores: Coeficiente Alpha de Cronbach

y correlaciones ítem-total corregido (fiabilidad) y análisis factorial confirmatorio y de evidencias convergentes/divergentes (validez).

5. EVALUACIÓN

Los resultados alcanzados se agrupan en resultados en salud (resultados clave), en las personas (profesionales), en las madres y familias (clientes) y en la sociedad (comunidad), según el modelo presentado en la figura 1.

La fuente para la evaluación de los resultados claves fueron los datos procedentes de los sistemas de información del área (Selene y OMI-AP).

Presentamos los resultados más significativos. Además de los datos sobre la prevalencia de la LM analizados en profundidad y publicados en 2010²⁷, la mediana de duración de LM obtenida desde datos de OMI-AP ha sido evaluada periódicamente como indicador principal de resultado para evaluar la estrategia. Para extraer datos sobre la prevalencia de los diferentes tipos de lactancia se adaptaron las definiciones de lactancia a las propuestas de la OMS³⁴.

Los datos sobre el consumo de leches especiales y antibióticos se han obtenido de la base de datos FACETA del Servicio de Gestión Farmacéutica / Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.

Para la evaluación de resultados en las personas, madres y en la comunidad se utilizaron datos cuantitativos procedentes de encuestas y regionales y registros históricos de la experiencia y datos derivados del análisis cualitativo de los grupos de discusión de las madres como se ha descrito anteriormente.

RESULTADOS EN SALUD

a. Evolución de las tasas de LM periodo 1997 y 2005:

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

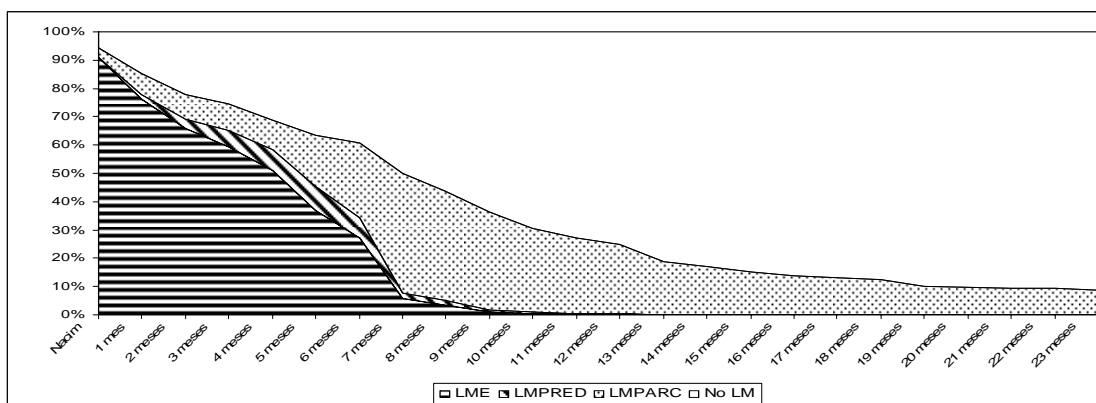
^aProporciones de **lactantes** amamantados por edad, entre paréntesis los intervalos de confianza calculados para un nivel de confianza del 95%.

^bDiferencia de proporciones de **lactantes** 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%.

b. Prevalencia por tipos de LM durante el año 2005:

En el gráfico 1 se observa la prevalencia por meses de los distintos tipos de LM recogida mediante la encuesta telefónica realizada en 2005.



LME: LM exclusiva, LMPRED: LM predominante, LM PARC: LM parcial.

Gráfico 1. Prevalencia de los diferentes tipos de LM durante el año 2005

c. Evolución de la mediana de duración de la LM en el área.

En el gráfico 2 podemos observar el incremento lineal a lo largo del proceso de implantación hasta alcanzar un máximo de 7 meses postimplantación con una discreta caída de medio punto que puede ser atribuible al importante recambio de los profesionales materno-infantil en 2009.

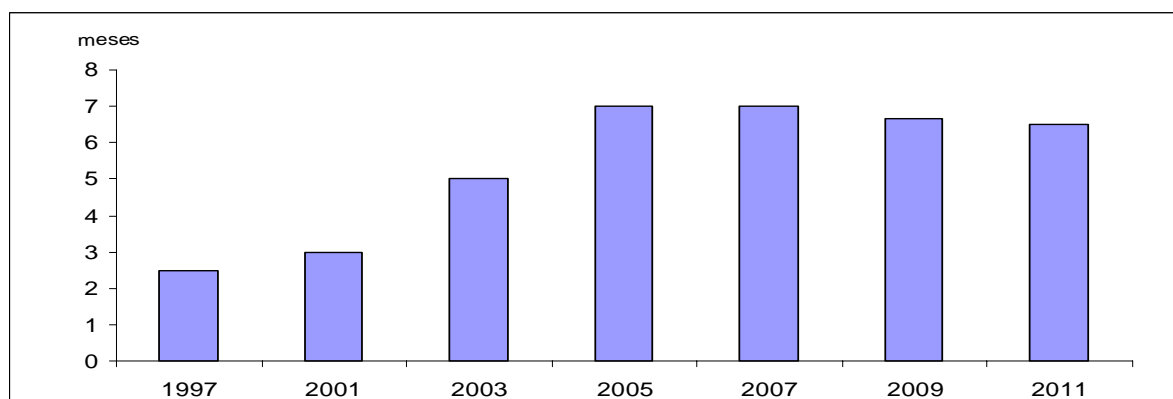


Gráfico 2. Evolución de la mediana de duración de LM entre los años 1997-2011

d. Las tasas de contacto precoz en nacimientos se mantiene en torno al 79% desde 2003. En el gráfico 3 se muestra la evolución de este indicador entre los años 2003 y 2008 para el total de nacimientos.

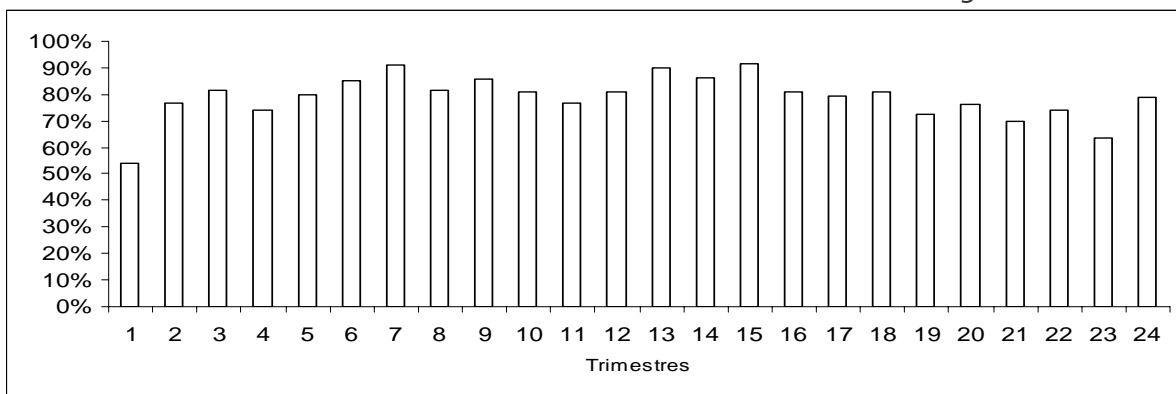


Gráfico 3. Evolución del contacto precoz en el total de nacimientos entre los años 2003-2008

En el gráfico 4 se muestran la tasa de contacto en partos por cesáreas para el mismo periodo. Observamos caídas importantes que han precisado intervenciones de mejora lideradas por la Gerencia del Área V para implicar a los responsables clínicos de los servicios implicados.

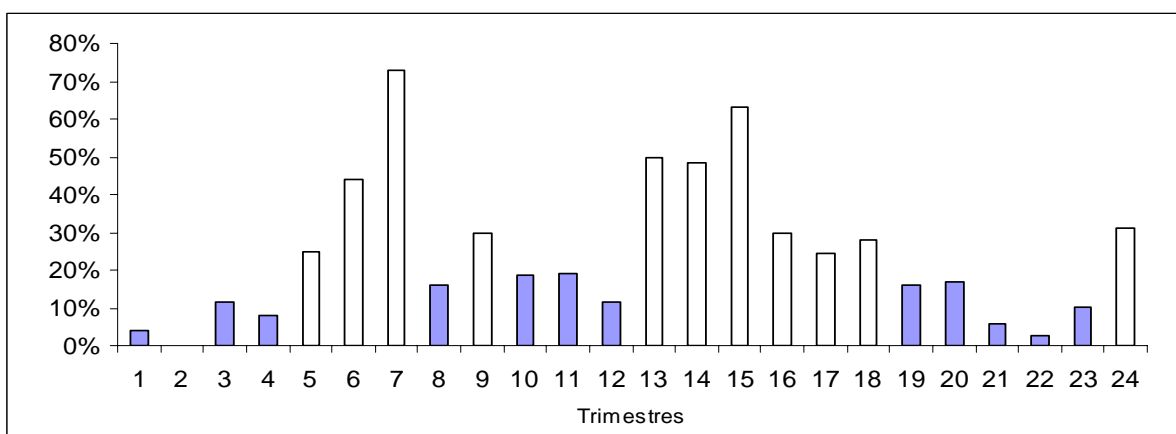


Gráfico 4. Evolución del contacto precoz en nacimientos por cesárea entre los años 2003-2008

En el gráfico 5 se muestra la tasa de separación madre-bebé desde 2009 a 2011. Se aprecia el efecto de la monitorización para detectar precozmente desviaciones significativas.

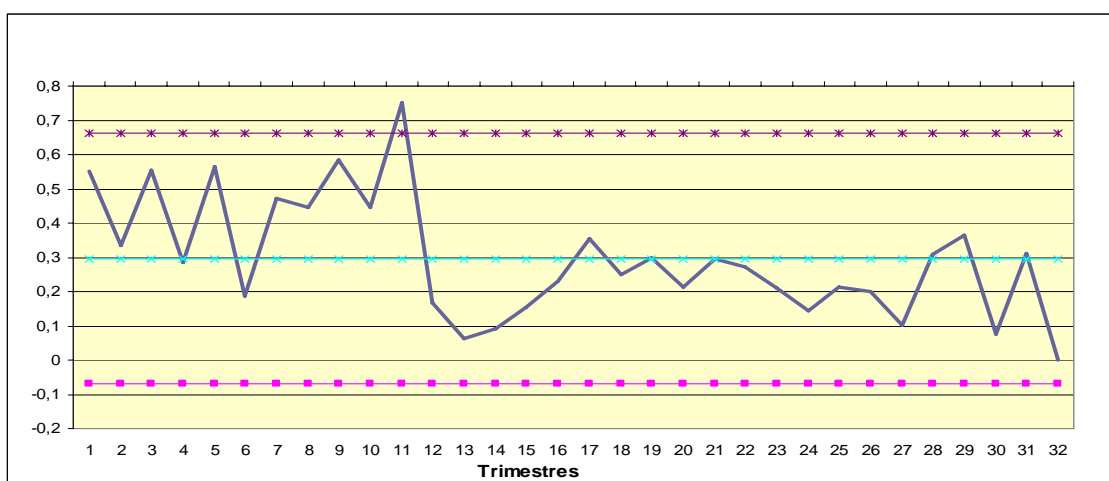


Gráfico 5. Gráfico de control: Evolución de la tasa de separación madre-bebé (expresada en tanto por uno) en la primera hora entre los años 2009-2011. La línea central representa la media y los extremos +/- 2 DS.

En la tabla 2 se observan los resultados del indicador contacto precoz madre-bebé con diagnóstico principal de parto normal, según el informe sobre evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Servicio Murciano de Salud realizada en 2012 por la Subdirección General de Calidad Asistencial. Las unidades de estudio fueron las pacientes dadas de alta en 2009, en los hospitales del SMS.

	Área V HVC	SMS	SNS
Total de casos	30	180	1310
% (IC 95%)	90 (79,3-100)	49,2 (79,3-100)	50,2 (47,4-53,0)

Tabla 2. Evaluación de la Estrategia del parto normal en el SMS (datos referidos a 2009).

e. Impacto económico: Constatamos un menor consumo de leches hidrolizadas para el tratamiento de alergias a las proteínas de leche de vaca en nuestra área de salud, llegando a alcanzar en 2007 niveles hasta 4 veces inferiores en relación a la media regional. Datos procedente de la base FACETA (gráfico 6)

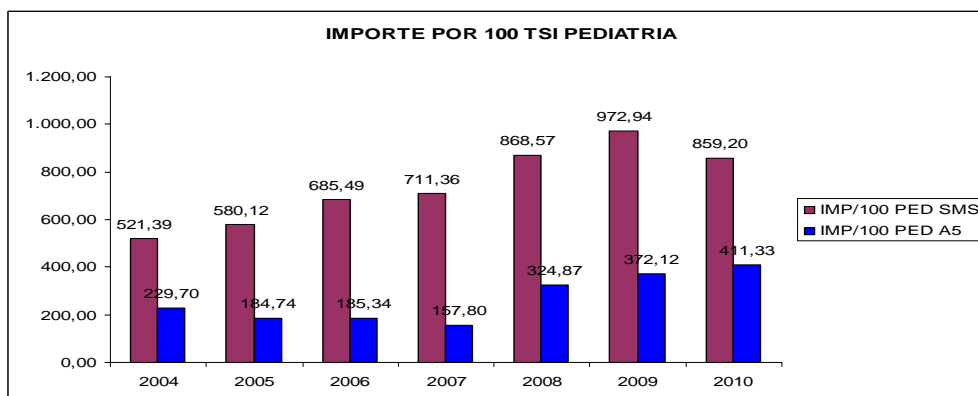
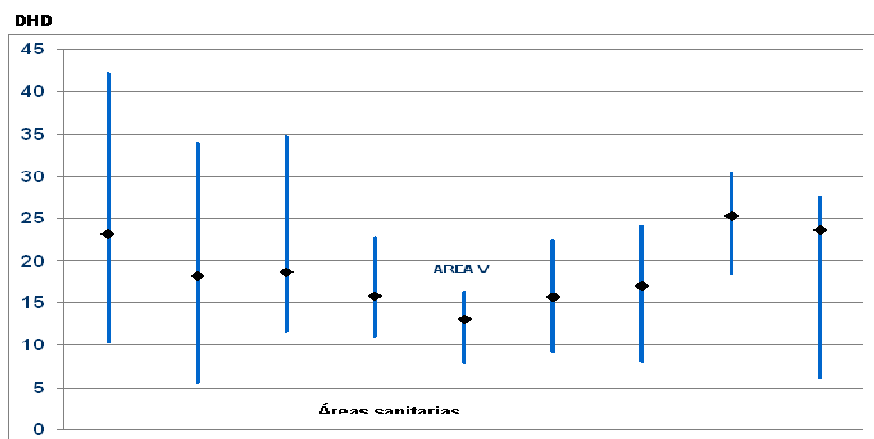


Gráfico 6. Imprime (€) de leches especiales financiadas prescritas por 100 TSI en edad pediátrica en el SMS.

Si el consumo de leches especiales 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 €

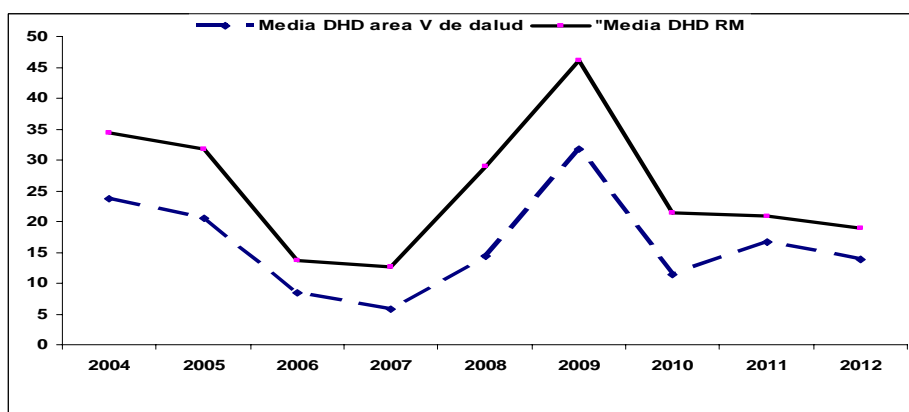
También hemos observado un menor consumo de antibióticos en niños/as menores de dos años en nuestra área. En el gráfico 7 se muestra el

consumo de antibióticos expresado en dosis diarias definidas por 1000 habitantes (DHD), según información obtenida de la base de datos FACETA, disponible a través de la facturación de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia de Región de Murcia durante el año 2012, así como la variabilidad entre las nueve áreas sanitarias.



Gráfica 7. Variabilidad de DHD en niños/as menores 2 años durante 2012.

En el gráfico 8 se ve la evolución a lo largo de los años de la prescripción de antibióticos del Área V y de la media de la Región, apreciándose de manera constante estas diferencias en el consumo.



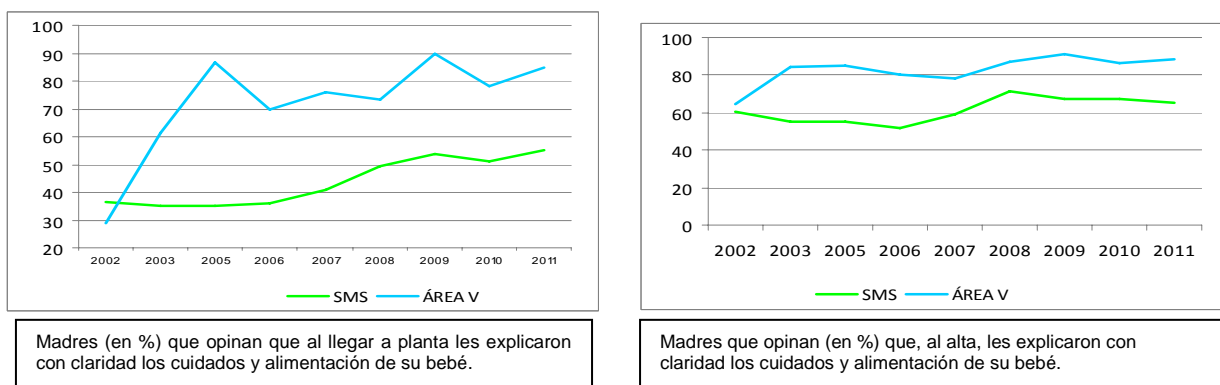
Gráfica 8. Evolución del consumo de antibióticos (DHD) en niños/as menores de dos años durante el periodo 2004-2012.

II. 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.

a. Resultados cuantitativos de encuestas.

En la gráfica 9 se observa, igualmente, diferencias significativas en la percepción de las madres sobre la información que recibieron de los profesionales al ingreso y al alta de maternidad en relación con el conjunto de la Región. Datos obtenidos de la encuesta de calidad percibida realizada por la Subdirección General de Calidad Asistencial.



Gráfica 9. Encuesta de calidad percibida. Evolución en el período 2002-2011.

Los resultados sobre las escalas que incorporan la perspectiva materna están pendiente de análisis y publicación.

b. Evaluación cualitativa^{33, 30, 31, 32}: Los grupos de discusión han aportado información muy valiosa para la evaluación global de la estrategia y como fuente de identificación de oportunidades

El cambio cultural promovido por la institución sanitaria implicó la recomendación de la lactancia como forma normalizada de alimentar a los bebés. Esta recomendación, en contraposición al uso de la lactancia de fórmula como norma, generó cierta confusión entre madres que no estaban familiarizadas con los modelos de crianza basados en el amamantamiento. Por ejemplo, las madres no identificaban el comportamiento de un bebé amamantado como “normal” y podían identificar como problemas de la lactancia comportamientos habituales de un lactante amamantado. Este hecho había sido ya identificado en numerosos estudios sobre el tema y está probablemente relacionado con la falta de “modelos de amamantamiento” existentes en nuestra cultura.

Debido a esta diferencia entre lo esperado y lo real, las madres, en ocasiones, expresaron desacuerdo con algunas de las intervenciones y recomendaciones de los profesionales para solucionar o evitar problemas, por otra parte

recomendadas por la evidencia científica (como desaconsejar chupetes o biberones sin indicación médica). Para reducir este problema, destacó el trabajo de algunos profesionales identificados claramente por las madres. Las características de estos profesionales estaban relacionadas con habilidades de comunicación y experiencia clínica en lactancia. Algunas madres explicaron cómo acudieron a la sala de maternidad o servicio de neonatos en busca de personas que las atendieron bien durante su ingreso, bien tiempo después de ser dadas de alta, cuando se presentó algún problema concreto de lactancia materna, y fueron atendidas de forma satisfactoria por la persona que buscaban.

Las madres demandaron más énfasis en la información sobre el manejo cotidiano de lactancia materna y menos en sus ventajas para la salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria (preparación al parto). Tanto en atención primaria como especializada será necesario atender mejor a los sentimientos de ansiedad, culpa o abatimiento relacionados con los problemas en la lactancia, además de dar solución a los problemas clínicos específicos.

Las madres refirieron diferencias entre la información ofrecida entre el ámbito hospitalario y los centros de salud, especialmente en lo relativo a las pautas de suplementos de leche de fórmula. En la planta de maternidad, se evidenció la necesidad de revisar los consejos ofrecidos a madres con problemas, como las grietas, que varían de un profesional a otro, según el grado de formación y compromiso de los profesionales (periodos vacacionales o cambios de personal).

Oportunidades de mejora identificadas a partir de los grupos de discusión de madres. Emergieron tres aspectos clave que fueron identificados como oportunidades de mejora por el equipo^{30, 32}:

- Necesidad de mejora en la información sobre lactancia, que no debería estar centrada “sólo en lo positivo”, sino también en las dificultades que se encuentran las mujeres y en el modo de resolverlas. Se explicitan los requisitos de una información adecuada, que debe ser “consensuada”, “clara y precisa”, “realista” (“que no te lo pinten todo de color de rosa”) y “pertinente” para resolución de problemas.

- Necesidad de mayor y mejor apoyo profesional: “Información sobre si lo estás haciendo bien, si el niño está bien. Refuerzo de tu labor”, “que te den ánimo y apoyo”. Es común en todos los grupos de discusión realizados la identificación de la necesidad de mayor comprensión y empatía por parte de los profesionales (“Que se pongan más en nuestro lugar”).
- Mejora de la accesibilidad de los servicios: disponibilidad permanente de un teléfono. “A veces llaman y no te atienden y tú lo necesitas las 24 horas”.
- Apoyo profesional: uno de los principales hallazgos del grupo fue que, en este contexto, cuando el apoyo profesional está dirigido principalmente a conseguir que la madre amamante, en lugar de atender a sus necesidades reales y a dar espacio a sus emociones, las madres pueden percibir la intervención profesional como presión en lugar de apoyo³³.

Mejoras obtenida para las madres en respuesta a las necesidades detectadas. Destacamos las siguientes

- Accesibilidad y continuidad de cuidados: las madres disponen actualmente de atención telefónica directa las 24 horas (teléfonos de maternidad y neonatos).
- Las mejoras en el trato, empatía, información etc se abordaron principalmente a través de actividades formación continuada en Atención Primaria, cursos y talleres de técnicas de comunicación.

III. RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES.

a. Participación de los profesionales en el proyecto: destacamos su alta participación en las actividades de formación, difusión del proyecto y producción científica.

b. Formación básica en LM:

En el año 2004 más del 80 % de los profesionales del ámbito materno-infantil habían recibido formación específica en lactancia materna. Como consecuencia del recambio de profesionales constatamos, en el año 2006, el

incumplimiento de este estándar de la IHAN. Diseñamos una nueva intervención con planificación de acciones formativas. En la tabla 3 se presentan los resultados.

	Enfermería	Matronas	Auxiliares-enfermería	Facultativos
Año 2006	49	80	50	30
Año 2007	100	80	92	55

Tabla 3. Porcentaje de profesionales del área materno-infantil con formación específica

c. Formación orientada al proceso

Atendiendo al conocimiento del contexto de la madre derivado del análisis cualitativo se desarrollaron actividades de formación orientadas a mejorar la atención profesional desde un modelo de atención centrado en la madre.

Se han realizado cursos de consejería y comunicación, educación para la salud, investigación en LM, calidad e innovación, formación de formadores, incorporación de la perspectiva de género en el proceso de atención materno-infantil. También un encuentro transdisciplinar con el objetivo de involucrar en un mismo discurso la perspectivas de gestión, sociológica, mediática, legal, sanitaria. Muchas de estas actividades han sido de ámbito autonómico con representación de todas las áreas de salud de la RM y la participación de grupos de madres (Vinculo, Lactando, Manantial, entre otros).

d. Encuesta de conocimientos, actitudes y creencias sobre LM: 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.

IV. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD (COMUNIDAD)

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 tabla 4.

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

Tabla 4. Actividades de participación y difusión del proyecto

6. 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 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 sobre el contexto de aplicación. Esta información puede ser útil para su replicabilidad en otros contextos.

En los resultados en salud, destacamos el importante incremento de la duración media de la LM como consecuencia de la adecuación de las prácticas a la evidencia (IHAN). Desde la perspectiva materna estos resultados significan una importante disminución del riesgo de abandono de su lactancia (tabla 2). Concluimos que la adecuación de las prácticas a la evidencia es el primer paso para que la mujer pueda amamantar a su bebe el tiempo que ella decida.

En los años posteriores, la mediana de duración de LM ha permanecido en torno a los siete meses. No hemos encontrado referencias en la literatura 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 (antes de lo que mujer hubiese deseado).

Respecto a los resultados en los profesionales, hemos presentado datos tangibles que constatan el alto grado de participación en el proyecto. No obstante, el resultado más relevante ha sido la mejora del clima organizacional.

Esta experiencia no hubiese sido posible sin la actitud de respeto y cooperación entre los diferentes estamentos implicados en la mejora.

Los resultados en las madres y la familia muestran una substancial mejora en todas las dimensiones de calidad: adecuación, trato, información, equidad y empatía, como puede comprobarse en los informes de los grupos de discusión y las cartas de agradecimiento de las familias. No obstante, aún existen algunos conflictos y desacuerdos respecto al uso de suplementos.

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) para compartir con la comunidad objetivos comunes de salud. La protección y cuidados del espacio madre-bebé es nuestro primer objetivo de salud comunitaria.

Para desarrollar esta perspectiva y consolidar la estrategia HQTQ hemos planteado una serie de líneas estratégica y de investigación:

- Metodologías de calidad de datos para construir repositorios poblaciones de investigación basados en la HCE con calidad asegurada para monitorización y fomento de la investigación orientada a la mejora.
- Estudios coste-beneficio sobre la estrategia de mejora desarrollada
- Papel protector de la lactancia materna en la prevención de enfermedades crónicas de la infancia y adolescencia.
- Investigación cualitativa para desarrollar modelos que permitan incorporar la perspectiva maternal en las estrategias de mejora. Actualmente esta pendiente una nueva evaluación para valorar el impacto de la implantación del PAAL y las nuevas estrategias comunitarias de protección del espacio madre-bebé.

- Escalas para evaluar los aspectos más relevantes de esta perspectiva. Los datos obtenidos permitirán comparar un hospital IHAN con el resto de los hospitales participantes del proyecto.

Este proyecto ha sido financiado por la gerencia del área (con cargo a los créditos anuales de formación y el coste adicional de una enfermera para la consulta de LM) y por diferentes agencias y universidades: Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la RM a través del programa EMCA, el Fondo de Investigación Sanitaria y los fondos de cohesión del ministerio en el marco del epígrafe de salud perinatal, según acuerdo del Consejo Interterritorial de 29/03/2006 de distribución de fondos a las CCAA. En el año 2011, la universidad de Alicante sufragó los costes de una becaria de investigación.

Teniendo en cuenta el menor consumo de leches especiales y antibióticos, y las conclusiones de artículos sobre coste-beneficio de las estrategias de Protección, Promoción y Apoyo a la LM^{43, 44}, podemos concluir que la inversión económica que ha dado soporte a esta experiencia, es claramente rentable aún incluyendo el coste de la consulta de lactancia materna.

Más información sobre la experiencia, resultados, costes, anexos y herramientas: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=49>

No existen conflictos de interés con la industria de alimentación infantil ni otras empresas relacionadas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. Geneva, Switzerland: World Health Organization and UNICEF; 2009 [Cited 2010 March 1]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [Cited 2010 Feb 28]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
3. Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. BMJ 2008; 336(7649):881-7.
4. WHO/UNICEF. WHO/UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003
5. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr. 2005 Feb;8(1):39-46.
6. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, et al. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. Public Health Nutr. 2010 Jun;13(6):751-9.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2011. Estilos de vida [Cited 2014 Jul 08]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Available from:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta-Nac2011/encuestaResDetall2011.htm>.

8. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008 [Cited 2010 Feb 28]. Available from: <http://www.burlo.trieste.it/documenti/revisedblueprint07.pdf>.
9. WHO/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization, UNICEF; 1989.
10. World Health Organization, Division of Child Health and Development. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding (Revised). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998
11. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285(4):413-20.
12. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):e702-8.
13. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008 Oct;122 Suppl 2:S43-9.
14. Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E, Nantini B, D'Agostino G, Dotta A. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr*. 2007 Nov;96(11):1626-31.
15. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla R, Lutter C et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy Plan*. 1996 Jun;11(2):156-68.
16. Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr*. 2005 Aug;94(8):1012-6.
17. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;
18. Asch S.M., et al.: Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *N Engl J Med* 354:1147–1156, Mar. 16, 2006.
19. Mangione-Smith R., et al.: The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *N Engl J Med* 357:1515–1523, Oct. 11, 2007
20. Grol R. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *Int J Qual Health Care*. 2000 Aug;12(4):297-304.
21. Stokamer CL. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *Int J Gynaecol Obstet*. 1990;31 Suppl 1:61-5.
22. Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organ*. 1995; 73(4):461-8.
23. Gökçay G, Uzel N, Kayatürk F, Neyzi O. Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child Care Health Dev*. 1997 Mar;23(2):187-200.
24. Merewood A, Philipp BL. Implementing change: becoming baby-friendly in an inner city hospital. *Birth*. 2001 Mar;28(1):36-40.
25. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):677-81.
26. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.
27. García-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.
28. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz P. La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2005
29. De la Torre MJ, Martín-Calama J, Hernandez-Aguilar MT; Spanish Committee on Human Lactation, Spanish Paediatric Association. Breast-feeding in Spain. *Public Health Nutr*. 2001 Dec;4(6A):1347-51.

30. García de León González R et al. (2008). Hasta Que Tú Quieras. Memoria del proyecto PIEMCA05-13. Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS).
31. García de León González R et al. (2010). Diseño de la Atención Integral Al Proceso de la Alimentación del Lactante. Hqtq-2. Memoria del proyecto PIEMCA08-13. Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS).
32. García de León González R et al. (2008). Hasta Que Tú Quieras. Anexo 6: Grupos de Discusión de Madres. Exploración de Necesidades y Expectativas e Identificación de Oportunidades de Mejora. Memoria del proyecto PIEMCA05-13. Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS).
33. Oliver-Roig A, García de León González R. Desacuerdo entre madres y profesionales en un hospital amigo de los niños: Un estudio cualitativo. En: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños: Libro de comunicaciones del V Congreso Español De Lactancia Materna; marzo 2009; Murcia, España. Murcia: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños; 2009. p. 257-257. Reg: MU-839-2009.
34. Pilar Quiñonero; Concha López; Enrique Pirla; Verónica Muñoz; Antoni Oliver; Ricardo García de León. Análisis de la Adecuación de los Datos de un Sistema de Información de Atención Primaria a los Indicadores de Resultado en LM Propuestos por la OMS. En: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños: Libro de comunicaciones del V Congreso Español De Lactancia Materna; marzo 2009; Murcia, España. Murcia: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños; 2009. p. 273. Reg: MU-839-2009.
35. Mónica Hernández Martínez; Antoni Oliver Roig; Beatriz Mercader Rodríguez; Inmaculada Vives Piñera; María Ángeles Gómez Ortigosa; Ana Pañas Valiente; Milagros Mas Cerdan; Ricardo García de León González. Momentos Críticos de Abandono de la Lactancia en una Población Atendida por un Hospital Amigo de los Niños. En: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños: Libro de comunicaciones del V Congreso Español De Lactancia Materna; marzo 2009; Murcia, España. Murcia: Iniciativa Hospital Amigo De Los Niños; 2009. p. 426. Reg: MU-839-2009.
36. Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatr Int.* 2010 Apr;52(2):161-70.
37. Moore, ER.; Anderson, GC.; Bergman, N.; Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Pregnancy Childbirth Gr.* 2012;(5):Art. No.: CD003519.
38. Bermejo RM et al. Development of the QBB-EMCA: A questionnaire to study behavior regarding the protection, promotion and support of breastfeeding. Borrador de artículo (Mimeo). Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS).
39. Piñeiro-Albero RM, Ramos-Pichardo JD, Oliver-Roig A, Velandrino-Nicolás A, Richart-Martínez M, García-de-León-González R, Wells KJ. The Spanish version of the Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale: Reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud.* 2013 Oct;50(10):1385-90.
40. Piñeiro-Albero RM et al. (2008). Adaptación de herramientas para el proceso de atención a la alimentación del lactante. Proyecto PIEMCA08-14. Programa EMCA para la Gestión de Calidad Asistencial. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias (FFIS).
41. Richart-Martínez M et al. (2009). Adaptación de herramientas para el desarrollo y evaluación de intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Proyecto PI09/90899. Subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud. Ministerio de Ciencia e Innovación.
42. Oliver-Roig A et al. (2011). Adaptación de herramientas para la evaluación de los cuidados durante el parto desde la perspectiva materna. Proyecto PI11/02124. Subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud. Ministerio de Ciencia e Innovación.
43. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, Mc Cormick F, Rice S, King SE, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess.* 2009; 13 (40).
44. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2006 May; 95 (5): 540-546.