



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO EN LA OSI DEBABARRENA.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Unidad de Atención a la Mujer. OSI Debarrena.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Mendarozabal s/n, 20850 Mendaro. Gipuzkoa.
- **CCAA:** País Vasco
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
 Nombre y apellidos: Iratxe Ocerin Bengoa
 E-mail: irache.ocerinbengoa@osakidetza.eus
 Teléfonos: 943032923- 943032800

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

| | |
|---|--|
| | Estatal |
| | Comunidad Autónoma |
| | Provincial |
| | Municipal |
| x | Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...) |
| | Zona básica de salud |
| | Otro (especificar): |

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.



PERIODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: 2011
- Actualmente en activo: si
- Prevista su finalización: proceso continuo de mejora

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN


| | |
|---|---|
| ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ² | Prácticas clínicas en el parto. |
| | Fomento de la participación de las mujeres y las parejas. |
| | Desarrollo de Indicadores, Sistemas de Registro y Evaluación. |

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Varias fueron las razones por las cuales la Unidad de Atención a la Mujer de la OSI Debarrena se planteó la necesidad de un cambio en su práctica clínica en relación al embarazo, parto y puerperio:

- 1.- en primer lugar, trabajar según los principios que definen la Atención Centrada en el Paciente, es decir, mejorar la calidad de los cuidados que se realizan y a la vez reducir los costes, obteniendo además una mayor satisfacción de las mujeres al mejorar la relación profesionales-usuarias y al mismo tiempo reducir las indicaciones de pruebas diagnósticas, prescripciones y hospitalizaciones que no sean estrictamente necesarias.
- 2.- En este contexto se intentó incorporar también a la práctica clínica diaria y a todos los niveles asistenciales la Humanización del Parto-Nacimiento, con los objetivos de disminuir los partos innecesariamente medicalizados, implicar a las propias mujeres en el proceso del embarazo-parto y puerperio, así como aplicar prácticas médicas y tecnologías basadas en la evidencia.
- 3.- Una de las razones fundamentales que motivó un cambio de rumbo en el planteamiento del trabajo diario fue el hecho de que nuevos profesionales procedentes de otros hospitales se

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 las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria.



Incorporaron a la Unidad de Atención a la Mujer y a pesar de encontrar un Servicio con una baja tasa de cesáreas y buenos resultados perinatales, había una gran heterogeneidad en la práctica clínica con actuaciones en ocasiones innecesarias, por lo que era imprescindible el desarrollo de protocolos, guías y un consenso de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas para que las pacientes se beneficiaran de la mejor asistencia disponible independiente de quien la llevara a cabo.

4.- Ante esta coyuntura y para evitar que esto supusiera una fuente de conflicto y por otro lado, potenciar un proyecto atractivo y estimulante para todos los profesionales, se decidió adoptar la Estrategia de Atención al Parto Normal como un punto de partida, asumiendo todos que el parto es un proceso fisiológico en la mayoría de los casos y que la necesidad de intervención debería estar perfectamente argumentada, así como fomentar un cambio de actitud hacia un modelo de atención al parto en el que se tuvieran en cuenta las expectativas y demandas de las mujeres en relación al mismo.

8. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Ofrecer a la madre, recién nacido y sus familias una atención de calidad en la UGC Atención a la Mujer de la OSI, intentando satisfacer las necesidades y deseos de las mujeres y parejas, con una práctica apoyada en la evidencia científica actual.
- Unificar las guías de actuación en el embarazo, parto, puerperio y atención al R.N. en todos los centros de salud y hospital de la OSI, teniendo en cuenta la individualidad de cada caso.
- Garantizar una adecuada continuidad de cuidados entre niveles de atención.
- Planificar iniciativas de mejora a partir de indicadores de calidad para conseguir los resultados óptimos recomendados por la OMS.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Mantener el porcentaje de cesáreas <15%
- Reducir los porcentajes de partos instrumentales y uso de oxitocina.
- Mantener el porcentaje de quejas y reclamaciones de las mujeres <5% en relación a la atención de profesionales.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La atención está dirigida a las mujeres embarazadas de la comarca del Debabarrena y se oferta a mujeres de otras comarcas previa petición escrita para la asistencia del parto y postparto en nuestro hospital.

10. METODOLOGÍA

En el año 2011 comenzamos a dar pasos concretos para proporcionar una vía de respuesta al concepto de atención asistencial "Integral" a los pacientes. Con la creación de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), el 16 de Diciembre de 2011, se pretende mejorar esta faceta incluyendo dentro del mismo ámbito asistencial, por un lado, la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria, la Salud Pública en su gran vertiente de promoción y prevención de la Salud y, por otro, la Atención Sociosanitaria como partes de un todo que suponga una óptima Atención Individualizada a las personas.

La OSI Debabarrena para poder adaptarse de la forma más adecuada a sus necesidades decide evolucionar a un sistema de gestión por Unidades de Gestión, esta estructura recoge la tradicional forma de gestionarse por procesos pero aporta una mayor cercanía a la actividad asistencial y una mayor implicación de los clínicos en su gestión, para conseguir una continuidad del Proceso asistencial y la gestión única de personal y su adaptabilidad a las circunstancias concretas.

Estas UG definen tanto el ámbito de actuación, más acorde a las necesidades sanitarias conjuntas de las personas, como las áreas asistenciales de integración más adecuadas, UGC de Atención a la Mujer que abarca desde la consulta de Tocoginecología en los centros de salud y en el hospital, hasta la hospitalización y la cirugía que precise.

Estas UG se dotan de una estructura de gestión que incluye:



La descripción de la Unidad

La Misión

- Los Servicios Clínicos o Estratégicos que la componen
- Las Áreas de Gestión en que se divide la UG
- El Flujograma
- Las entradas a los Procesos y sus salidas
- Las interfaces
- Las Alianzas
- Los factores críticos de éxito
- Los diferentes líderes que la dirigen
- Los recursos materiales y las personas que la componen
- Las estructuras físicas donde desarrollan su actividad
- Los indicadores de resultados.

El Plan de Gestión Anual de la Unidad de Gestión Atención a la Mujer, se revisa y evalúa y formaliza en los actos de Revisión por la Dirección (ESIkude) semestrales.

ESIkude describe los distintos apartados del sistema haciendo especial hincapié en la identificación y gestión de los indicadores y en la revisión del cumplimiento de los estándares acordados para poder identificar las áreas de mejora en las Unidades de Gestión correspondientes.

Los indicadores específicos, de naturaleza clínica, son propuestos por las personas que componen la propia UG y pactados con la Dirección de la OSI. Los indicadores generales cubren los diferentes aspectos de la gestión y son comunes para todas las UGs.

ESIkude utiliza para estas funciones una base informática que ha sido diseñada desde la propia OSI Debarrena:

- Para la gestión de indicadores, simulaciones de resultados y tendencias utilizamos el Qlikview.
- Para la gestión de toda el área documental que arrastra ESIkude utilizamos el Sharepoint.



Para la gestión de tareas estamos extendiendo el Trello. En este momento se está utilizando por la Comisión Ejecutiva en su Unidad de gestión Estratégica "Apoyo a la Gestión" y por algunas del resto de Unidades de Gestión.

Las fuentes para la obtención de datos son las siguientes:

- OBIEE
- Cognos
- Cuadro de Mando Corporativo
- OSAKLINIKER
- EXPLO-GRD
- EOSABIDE
- ACG
- OSABIDE-AP
- Sistema de notificación Eventos Adversos

Tras la evaluación de los indicadores se identificarán Puntos Fuertes o Áreas de Mejora. En lo que se refiere a los puntos fuertes podrán ser objeto de Benchmarking por el resto de UG si la experiencia es adaptable a otras Unidades. En lo que incumbe a las áreas de Mejora se realizará un seguimiento, para su análisis y corrección, de las que se hayan identificado y pactado que formarán parte del Plan de Mejora Anual.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES CLÍNICOS Y RESULTADOS:

| INDICADORES | OBJETIVO | MEDIA CAV (2009) | DATOS 2010 | DATOS 2014 |
|--|----------|------------------|------------|------------|
| Nº de Partos | > 565 | - | 604 | 621 |
| Partos por cesárea | <15% | - | 12,58% | 13,20% |
| Partos instrumentales | <15% | 17,50% | 15,37% | 18,00% |
| Partos con analgesia loco-regional (epidural ó raquídea) | 30-80% | 87.4% | 84,27% | 71,50% |



| | | | | |
|---|-----------------|--------|--------|--------|
| Estimulación con oxitocina | 5-10% Óptimo | 57.3% | 42,88% | 9,66% |
| Partos inducidos | <10% Óptimo | 21,00% | 25,17% | 29,53% |
| Partos instrumentales: forceps | <5% | 4,90% | 3,48% | 0,00% |
| Porcentaje de partos instrumentales: espátulas | <5% | 1,80% | 0,17% | 0,19% |
| Porcentaje de partos instrumentales: vacuum extractor | <7% | 10,60% | 9,93% | 17,81% |
| Ratio cesáreas urgentes / programadas | < 1 | - | 0,95 | 0,93 |
| Porcentaje de partos vaginales tras cesárea | 60-80% | 81,80% | 56,41% | 65,00% |
| | | | | |
| Desgarros perineales de III y IV grado con episiotomía | 1-5% | 4,50% | 0,57% | 0,37% |
| Desgarros perineales de III y IV grado sin episiotomía | 0,5-3% | 0,50% | 0,00% | 0,37% |
| Tasa de mortalidad materna por causas obstétricas | 0 | - | 0,17% | 0,00% |
| Tasa de mortalidad perinatal intraparto | 0 | - | - | 0,00% |
| % de lesiones neonatales obstétricas Leves | <1,8-2% | - | - | 1,87% |
| ‰ de lesiones neonatales obstétricas Graves | <1-3 ‰ | | | 0,31% |
| ‰ de encefalopatía neonatal | <1 ‰ | | | 0,00% |



| | | | | |
|--|--------------|--------|--------|--------|
| Episiotomías en partos eutócicos | <15% | 35,80% | 23,77% | 5,91% |
| Tasa de lactancia materna exclusiva al alta | > 75% | | 72,83% | 84,08% |
| Porcentaje de hemorragia primaria posparto | conocer dato | - | - | 1,11% |

INDICADORES SATISFACCIÓN MATERNA Y RESULTADOS:

- Datos de las encuestas de satisfacción:

| INDICADORES | OBJETIVO | 2013 | 2014 |
|-------------------------------|----------|-------|------|
| Satisfacción global | 95% | 97,9% | 100% |
| Tiempo hasta ingreso | 90% | 62,5% | 86% |
| Trato médico | 95% | 95,7% | 100% |
| Trato enfermería | 95% | 93,6% | 96% |
| Información médico | 95% | 91,5% | 98% |
| Información enfermería | 95% | 93,6% | 98% |
| Coordinación | 95% | 89,4% | 100% |
| Hostelería-comodidad | 95% | 85,1% | 70% |
| Hostelería-limpieza | 95% | 100% | 96% |
| Resultados | 85% | 92,0% | 92% |



- Evolución de nº Partos 2012-2014 en el Hospita Mendaro (OSI DEBABARRENA):

| | 2012 | 2013 | 2014 | % incremento 2014 frente 2013 |
|-------------------|--------|--------|--------|-------------------------------|
| Mujeres de la OSI | 472 | 476 | 511 | 7,35% |
| Mujeres de NO OSI | 86 | 95 | 109 | 14,74% |
| TOTAL | 558 | 571 | 620 | 8,58% |
| % Mujeres OSI | 84,59% | 83,36% | 82,42% | |
| % Mujeres NO OSI | 15,41% | 16,64% | 17,58% | |

PLAN DE ACCIÓN

Partiendo de los datos estadísticos recogidos en el 2010, se han desarrollado los siguientes protocolos en los últimos 3 años para unificar criterios de actuación basados en la evidencia actual:

- Protocolo de atención durante el embarazo y unificación de sesiones de Educación Maternal. Incluyen:
 - Unificación de los nº consultas y servicios en cada centro de salud de la OSI Debabarrena. Control del embarazo compartido entre matrona y ginecolog@.
 - Educación maternal: ofertar asistencia a acompañantes de la mujer, diseño de sesiones según expectativas y experiencias pasadas de las madres.
- Protocolo de Atención al Parto Normal
 - Recoge aspectos relacionados con la atención durante el proceso del parto, basados en la Estrategia de Atención al parto Normal (Ministerio de Sanidad 2008). En el inicio de este proyecto se difundió, se revisó y se discutió por parte de tod@s los profesionales, adaptándola a la realidad de nuestro hospital.
 - Se incluye el apartado de "Postparto Inmediato", donde se recomienda el Contacto piel con piel con la madre durante las 2 horas posteriores al parto para favorecer el vínculo y el inicio de la lactancia materna, y la estabilización del estado del recién nacido a la vida extrauterina.



Prevención de la Hemorragia Postparto (HPP)

- Incluye las nuevas recomendaciones de prevención de la hemorragia postparto, incorporando a la práctica diaria el “alumbramiento dirigido” para todos los partos de manera protocolizada pero respetando la voluntad de la mujer.
- Se inicia el seguimiento por medio de determinación del Hematocrito postparto para el registro de incidencia de hemorragia y anemia para su valoración y análisis posterior.
- Protocolo de fiebre intraparto:
 - Se incorporan nuevas líneas de acción con el objetivo de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la seguridad materno-fetal ante esta eventualidad intraparto.
- Promover alternativas a la epidural en el manejo del dolor.

Se ofertan a las mujeres que lo deseen otras alternativas a la epidural para el manejo del dolor, entre otras:

- Pelotas de parto y movilización: se han comprado cardiotocógrafos inalámbricos para favorecer el libre movimiento durante la dilatación.
- Bañeras: se recomienda y se oferta el uso del agua caliente para alivio del dolor.
- Entonox: gas analgésico usado también en otras especialidades (ej: pediatría) para alivio del dolor de leve a moderado. Siendo utilizado por algunas mujeres durante todo el proceso de parto o técnicas dolorosas afines al mismo (sutura periné, versión externa, etc.)

A partir del 2012, con la realización de ESIKUEDES (control de gestión) y la visión para garantizar la continuidad de cuidados entre niveles de atención y participación de las usuarias en su proceso de salud, se han incorporado otras acciones:

- Reuniones cuatrimestrales de la Unidad de Atención a la Mujer: matronas de atención primaria, matronas hospitalarias, auxiliares de la Unidad y ginecólog@s.

Objetivos:

- Compartir experiencias y casos clínicos relacionados con el proceso
- Consenso y difusión de los protocolos elaborados
- Compartir expectativas y experiencias de las mujeres en cada nivel de atención
- Fomento desde Atención Primaria a la confección de un Plan de parto para conocer las expectativas y demandas de las pacientes y establecer un intercambio de impresiones previo al inicio del parto.

Objetivos:

- Hacer partícipe a la mujer en su proceso de salud
- Conocer las expectativas de las mujeres para mejorar la atención individual
- La utilización del plan de parto como una herramienta para informar a las mujeres sobre las recomendaciones basadas en la evidencia actual

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A pesar de que publicaciones estatales recientes apuntan que las prácticas obstétricas en los hospitales con bajo volumen de partos se caracterizan por porcentajes altos de cesáreas, en nuestra Unidad hemos conseguido mantener unos valores muy aceptables en este aspecto, aunque asumamos progresivamente mujeres con más factores de riesgo (edad, gestantes heparinizadas por trombofilias, Diabetes Gestacionales Insulinizadas...), que tradicionalmente hubieran sido derivadas a centros terciarios.

Tras el análisis de los resultados obtenidos, hemos visto una mejoría importante en los indicadores relacionados con la satisfacción de las usuarias de nuestra OSI y de mujeres que no son de nuestra comarca y solicitan los servicios que se ofertan en nuestra unidad, rondando este grupo prácticamente el 18% del total de usuarias. La mejoría de algunos indicadores relacionados con la atención del proceso de parto ha sido considerable, ya que en los últimos años las recomendaciones propuestas por la evidencia disponible han supuesto una disminución de la morbilidad materna garantizando la seguridad madre-recién nacido.



Podemos establecer que la Unidad de Atención a la Mujer de la OSI Debarbarrena ha alcanzado los siguientes puntos fuertes:

PUNTOS FUERTES:

- 27% de los agradecimientos de la OSI, corresponden a la UGC Atención a la Mujer.
- Tasa de Satisfacción global 100%.
- Trato médico y de enfermería e información transmitida.
- Nº de Partos (esfuerzo en la aceptación de mujeres no pertenecientes a la OSI, queriendo ser un referente en la atención al parto de bajo riesgo dentro y fuera de la comarca).
- Partos por cesáreas: tasas que se han mantenido entre el **10,63% del 2011** hasta las actuales del **13,20%**.
- Analgesia durante el parto.
- Partos vaginales tras cesáreas y/o cesáreas programadas frente a urgentes.
- Desgarros de III y IV grado, con o sin episiotomía.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasa de morbi-mortalidad perinatal.
- Episiotomías en partos eutócicos.
- Tasa de lactancia exclusiva al alta.

ACCIONES DE MEJORA

Se han identificado otras áreas de mejora que se implantarán a lo largo del año 2015 y 2016:

- Mejorar el porcentaje de partos instrumentales:

Plan de acción: Racionalización de partos instrumentales estableciendo criterios unificados, cumplimiento del protocolo de atención al parto normal y prevención de complicaciones asociados al proceso del embarazo y parto.

- Mejorar el porcentaje de parto inducidos:

Plan de acción: elaboración de un protocolo tras consenso de diferentes profesionales del equipo y su puesta en marcha en el 2015.

- Reducir el uso de la oxitocina sintética en el contexto de partos normales:



Plan de acción: detección de desviaciones del proceso normal y resolución mediante aspectos recogidos en el protocolo de atención al parto normal. En el momento actual se ha conseguido reducir su uso desde un 42% hasta un 10% aproximadamente.

OTRAS ACCIONES DE MEJORA:

Atendiendo no sólo a las propuestas de los profesionales, sino también a las procedentes de las mujeres atendidas en nuestra unidad se han incorporado otras acciones a desarrollar:

- Contacto piel con piel tras cesárea:

Plan de acción:

- Se propone que la atención a la mujer durante la recuperación tras la cesárea programada se realice en el servicio de partos, ya que a día de hoy se realiza en la URPA. Tras este primer paso, la finalidad sería la de ofrecer este servicio a todas las mujeres independientemente el tipo de cesárea.
- El objetivo de ofrecer este cambio, es la de favorecer el vínculo madre-bebé e inicio de la lactancia materna durante este periodo, ya que son numerosos estudios que confirman los beneficios de esta acción (estudio realizado en nuestra OSI por profesionales de la planta de tocoginecología).
- Adecuación del servicio, racionalizando los recursos humanos y materiales e infraestructura para ofertar este cambio.

- Mejora de las infraestructuras y mobiliario del servicio de partos:

Plan de acción:

- Se ha diseñado un cambio en la infraestructura del servicio de partos y consultas externas. Se propone una nueva reorganización del servicio, uso de recursos materiales e incorporación de aspectos (favorecedores del proceso del parto) recogidos en la guía *Maternidad Hospitalaria* (Ministerio de Sanidad y Política Social 2009).
- El equipo de la Unidad de Atención a la Mujer de la OSI Debabarrena, es consciente de que el cambio desde prácticas clínicas preestablecidas y aprendidas durante décadas hacia una atención más respetuosa con las expectativas de las usuarias, menos intervencionista y más ajustada a la evidencia



actual, discurre necesariamente por un camino de implicación de tod@s los profesionales del Área de la Mujer, de una formación continuada, de empatía y convicción, así como de “desaprender” dogmas y actitudes que en ocasiones, en lugar de proteger al binomio madre-recién nacido nos conducen a situaciones de clara iatrogenia.

13. BIBLIOGRAFIA

- Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Li M and Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2010, 10: 25.
- Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, Joseph KS, Lewis G, Liston RM, Roberts CL, et al: Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009, 9:55.
- Michelle J.K. Osterman, M.H.S, and Joyce A. Martin, M.P.H. Recent Declines in Induction of Labor by Gestational Age. NCHS Data Brief No. 155 June 2014.
- Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 190. guidance.nice.org.uk/cg190, 2014.
- Giarratano G. Woman-Centered Maternity Nursing Education and Practice. *The Journal of Perinatal Education Vol. 12, No. 1, 2003*.
- Rickert J. Patient-Centered Care: What it means and how to get there. *Health Affairs*, January 24, 2012.
- OMS HPP
- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014.
- Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- Lundgren I, Smith V, Nilsson C, Vehvilainen-Julkunen K et al. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:16.



- La Asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática. Informes de Evaluación de Tecnología Sanitarias. Avalia-T Núm 2007/3.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
- IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667.
- Monitoring emergency obstetric care: a handbook. World Health Organization 2009.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.39363.706956.55
- Nystedt A, Hildingsson I. Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriated treatment. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:233
- Lopez García M., Martínez de Lejarza Elorriaga J., Del Campo Jimenez V. Barreras en la aplicación de contacto piel con piel según el tipo de parto y su efecto en la LME. *OSI Debarrena*. 2012.

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.