

## Artículo especial

# La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

*Childbirth care in different countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)*

Ramón Escuriet<sup>1</sup>, Maria Pueyo<sup>2</sup>, Herminia Biescas<sup>2</sup>, Isabel Espiga<sup>3</sup>, Cristina Colls<sup>4</sup>, Marianne Sanders<sup>5</sup>, Ann Kinnear<sup>6</sup>, Marie Roberts<sup>7</sup>, Sylvie Gomes<sup>8</sup>, Josep Fusté<sup>2</sup>, Vicente Ortún<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Matrón. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. <sup>2</sup>Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona. <sup>3</sup>Observatorio de Salud de las Mujeres. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. <sup>4</sup>Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Barcelona. <sup>5</sup>Academic Medical Centre. Universidad de Ámsterdam. Países Bajos. <sup>6</sup>Australian College of Midwives. Canberra. Australia. <sup>7</sup>National Maternity Hospital. Dublín. Reino Unido. <sup>8</sup>Institut Hospitalier Franco-Britannique. Levallois-Perret. Francia. <sup>9</sup>Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona  
Grupo de trabajo: Susan Johnston, Barcelona; Rocío Rodríguez, York (Reino Unido); Rachel Smith, Australia; Irene Llorente, París (Francia); Maria Llaboré, Barcelona; Anna Maria Amorós, Barcelona; Carme Ollé, Barcelona.

## RESUMEN

El desarrollo científico-tecnológico ha comportado una progresiva medicalización del proceso de embarazo, parto y puerperio y la institucionalización de la atención al parto en los hospitales en la mayoría de países industrializados. Existen diferentes modelos organizativos y de atención al parto y se pueden encontrar diferencias en cuanto a los resultados de esta atención.

**Objetivo:** Describir diferentes modelos organizativos y de atención al parto en países seleccionados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) e identificar variaciones en la estructura organizativa de los modelos observados.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica y cuestionario a informantes clave de diferentes países para identificar los aspectos relevantes sobre financiación de los servicios, lugar en que se presta la atención y distribución de competencias.

**Resultados:** Se describe la organización y el modelo de atención al parto, en el contexto de los sistemas de salud de cada país. Países incluidos: Reino Unido, Australia, Holanda, Irlanda, Francia, España y Canadá. Se presentan indicadores de la OCDE sobre la actividad sanitaria, el comportamiento del sistema de salud y el estado de salud de la población.

**Conclusiones:** Se observan diferentes formas de organizar la atención a la maternidad entre los países seleccionados y se evidencian diferencias

## ABSTRACT

Scientific and technological advances have entailed an increased influence of medicine in the process of pregnancy, childbirth and post-partum with the institutionalisation this entails for childbirth care in the hospitals of most industrialised countries. Several organisational and childbirth care models are in place and differences can be observed between them with regard to the outcomes of such care.

**Aim:** To describe differing organisational and childbirth care models in the chosen countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and identify variations in the organisational structure of the models observed.

**Methodology:** To conduct a bibliographical search and questionnaire on key informers from various countries to identify relevant aspects concerning service funding, care settings and distribution of authority in this sphere.

**Results:** A description is given of the organisation and childbirth care model on the context of the health systems of each country. The countries studied are: Australia, Canada, France, Ireland, the Netherlands, Spain and the United Kingdom. OECD indicators are presented on healthcare activity, the operation of the health system and the state of health of the population.

**Conclusions:** Several forms of organising maternity care have been observed from the countries chosen and differences have been identi-

Este trabajo contribuye al proyecto EU COST Action IS0907 «Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care».

Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof.* 2014; 15(2): 62-70.

Fecha de recepción: 13/03/13. Fecha de aceptación: 25/10/13.

Correspondencia: R. Escuriet

Correo electrónico: rescuriet@catsalut.cat

en los resultados de la atención. Existen varios tipos de localización para la atención a las mujeres con bajo riesgo obstétrico durante el proceso de maternidad. En los sistemas de salud observados, la atención a las mujeres durante el embarazo se suele realizar en un entorno no hospitalario, mientras que para la atención al parto existen diferentes opciones sobre los tipos de localización y de atención que, en algunos casos, pueden ser elegidos por las mujeres. Los indicadores seleccionados muestran un amplio rango de resultados entre los países elegidos, y parece conveniente investigar la posible relación de esta variabilidad con el tipo de organización y de atención durante el proceso de maternidad, así como identificar criterios comunes sobre los aspectos específicos para la atención a las mujeres que no presentan riesgos obstétricos.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Atención maternal, organización/administración de servicios, modelo de atención, parto, nacimiento, resultados clínicos, evaluación de resultados.

## INTRODUCCIÓN

La influencia del desarrollo científico-tecnológico en el ámbito sanitario se ha traducido en una progresiva medicalización de algunos procesos fisiológicos como el embarazo y el parto. La búsqueda de una mayor calidad y seguridad ha supuesto, en la mayoría de países industrializados, la institucionalización en los hospitales de la atención al parto<sup>1</sup>. El modelo de atención y el tipo de organización de los servicios de maternidad son diferentes entre los distintos países y entidades proveedoras de servicios sanitarios, y se pueden encontrar diferencias en el uso de intervenciones para la atención al parto y en los resultados de dicha atención<sup>2,3</sup>.

Los planteamientos surgidos desde diferentes entornos en los últimos años ponen sobre la mesa un debate sobre cuál es el mejor modelo de atención a la maternidad y apuntan la necesidad de revisión de aspectos como la calidad de la atención, los modelos altamente intervencionistas y la sostenibilidad de algunos servicios<sup>4,5</sup>. En este sentido, existen estudios que indican cifras elevadas de intervención obstétrica y apuntan el coste que esto supone en la atención al parto de mujeres que no presentan riesgos obstétricos<sup>6-9</sup>. Por otra parte, hay trabajos que muestran buenos resultados en cuanto a la atención al parto en unidades separadas de las unidades obstétricas clásicas o en unidades separadas de los hospitales<sup>10</sup>.

## OBJETIVO

Describir aspectos organizativos del modelo de atención a la maternidad en el contexto del sistema de salud

fied in the outcomes of care. There are numerous kinds of settings for providing care to women with a low obstetric risk during the maternity process. In the healthcare systems analysed, care for women during pregnancy is often provided in a non-hospital setting; however, when it comes to childbirth care, several options are available in terms of the setting and care which can even be chosen by women themselves in certain cases. The indicators selected point to a broad range of results among the chosen countries and it would be appropriate to research the possible link between this variation in terms of the kind of organisation and care provided during maternity and, accordingly, to identify common criteria relating to specific aspects in care for women with low obstetric risks.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Maternity care, service organisation/administration, model of care, childbirth, labour, delivery, clinical outcomes, outcomes assessment.

de cada país seleccionado e identificar variaciones en la estructura de los modelos observados.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la organización de servicios y modelos de atención a la maternidad. Posteriormente se seleccionó una serie de países con sistemas sanitarios diferentes y cuyos indicadores estuvieran incluidos en la base de datos de la OCDE. Con este criterio se incluyeron Alemania, Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

Tras la obtención de los indicadores, se consideró incluir información adicional de Francia, Irlanda, Holanda, Australia y España mediante un cuestionario que se envió a informantes clave de cada país. En el trabajo se incluyen también Inglaterra (Reino Unido) y Canadá, puesto que se obtuvo información de interés a través de la bibliografía.

El cuestionario incluía una pregunta abierta en la que se solicitaba la descripción del modelo de atención a la maternidad, y una serie de preguntas cerradas sobre el tipo de financiación, la localización, la posibilidad de elección de las mujeres y los profesionales implicados. Los informantes clave eran matronas que trabajaban en el país seleccionado y conocían su sistema sanitario.

## Organización de los servicios de atención al parto en diferentes países de la OCDE

Algunos países cuentan con modelos de organización y de atención a la maternidad bien definidos que han sido o están siendo revisados actualmente para adaptarse

a las necesidades de las familias de hoy en día y a los nuevos conocimientos sobre las prácticas clínicas<sup>11,12</sup>.

### **Atención al parto en Inglaterra (Reino Unido)**

El gobierno central establece las políticas sanitarias a través del Department of Health. Los servicios públicos de salud del Reino Unido se financian principalmente a través de impuestos y contribuciones, y aproximadamente el 12% de la población dispone de un seguro de salud privado<sup>13</sup>.

El National Health Service (NHS) se ocupa de la medicina preventiva y de la atención primaria y hospitalaria para todos los residentes. El sistema de atención primaria lo forman diferentes proveedores y representa en la mayoría de casos el primer contacto con el sistema sanitario, actuando así como filtro de acceso a servicios especializados.

La atención a las mujeres durante todo el proceso de maternidad está siendo revisado y adaptado con la participación de profesionales, mujeres y administración pública. En este contexto, se ha consensado la definición del parto normal<sup>14,15</sup> y se ha estudiado el entorno en el que se produce el nacimiento, identificando 3 tipos de localizaciones clínicas esenciales para estructurar la organización de los servicios de atención al parto dentro del NHS: *obstetric units*, *alongside midwifery units* y *freestanding midwifery units*<sup>16,17</sup>.

Encontramos también diferentes formas de organizar los servicios –en unidades grandes, unidades medias y unidades pequeñas<sup>7</sup>– y diferentes configuraciones de equipos profesionales que reflejan las nuevas formas de atención e impulsan el desarrollo de competencias de las matronas. Ejemplo de ello son los equipos de matronas, que atienden a un número determinado de mujeres al año durante su embarazo, el parto (en una unidad o en el domicilio) y el periodo posparto.

### **Atención al parto en Australia**

El complejo sistema de salud australiano se financia a través de impuestos y seguros obligatorios e implica al gobierno central y regional además de financiadores públicos y privados. Las decisiones sobre políticas sanitarias, financiación de los servicios, salud pública y gestión de la información sanitaria corresponden al Department of Health and Ageing, pero el sector privado influye en las decisiones a escala nacional y estatal. Cada estado administra sus servicios de salud, incluyendo los hospitales públicos y otros recursos, entre los que se encuentran los servicios de atención a la infancia y a la familia<sup>17</sup>.

Existen varios modelos de atención maternoinfantil, públicos y privados. El sistema público integra diferentes tipos de proveedores e instalaciones, lo que puede suponer que las mujeres visiten diversos servicios durante el

embarazo. Existen requerimientos y estándares sobre la calidad y la seguridad de los servicios e instalaciones, y algunos hospitales disponen de espacios específicos para la asistencia a mujeres sin riesgos obstétricos.

El plan de reordenación de la atención maternoinfantil iniciado en el año 2005 para reforzar la continuidad de la atención durante todo el proceso<sup>18</sup> plantea dos escenarios, rural y urbano, y organiza los servicios según las características sociodemográficas y geográficas. Los modelos australianos con financiación pública permiten elegir entre la atención al parto en unidades gestionadas por matronas o en unidades convencionales u obstétricas, y también la atención domiciliaria al parto, que se financia de forma parcial.

La atención a la maternidad se estructura según el riesgo obstétrico: un nivel primario para atender a mujeres sin complicaciones, con matronas y algunos médicos generales, los cuales colaboran con otros especialistas y con matronas que trabajan en un segundo y tercer nivel. Dependiendo del modelo de atención y de la localización geográfica, el principal cuerpo de profesionales implicado en la atención a la maternidad está integrado por matronas, obstetras, médicos generales con diploma obstétrico y en ocasiones otros profesionales. La proporción de matronas per cápita es en general adecuada, pero el acceso de las mujeres a los cuidados puede estar dificultado por las distancias.

### **Atención al parto en Holanda**

El sistema de salud holandés introdujo en 2006 un único escenario de seguro obligatorio donde compiten múltiples aseguradoras privadas. El seguro básico de salud da cobertura universal y se financia a través de una tasa que paga cada ciudadano a la aseguradora y también de la contribución de los empleadores al Health Insurance Fund. El gobierno controla la calidad, la accesibilidad y la eficiencia de los cuidados<sup>19</sup>.

La atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas<sup>20,21</sup>. El sistema asegurador de salud holandés, con un control centralizado y un comité gubernamental, promueve que las mujeres sin riesgos reciban cuidados de una matrona o un médico general durante el embarazo, utilizando el cuidado especializado sólo cuando se presentan complicaciones.

El sistema de salud se organiza en dos niveles. El primer nivel es la atención primaria y controla el acceso al segundo nivel, que es la atención secundaria o especializada. Esto significa que la mayoría de mujeres controlan su embarazo en la atención primaria con matronas –o médicos generales en algunas áreas geográficas– y sólo se derivan a un obstetra en caso de complicaciones.

Los embarazos de alto riesgo son controlados en la atención secundaria y los problemas complejos se atienden en hospitales universitarios.

Un volumen importante de mujeres opta por un parto domiciliario con su matrona (o médico general en algunas partes de Holanda). En estos casos se asigna un profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto. Todos los hospitales cuentan con áreas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, pero la opción de un parto hospitalario supone asumir el coste de la habitación del hospital.

### *Atención al parto en Irlanda*

El sistema de salud irlandés se financia principalmente a través de impuestos y da cobertura total al 30% de la población, dependiendo de sus ingresos; el resto ha de complementar el coste mediante pago directo o con seguros privados. Más de la mitad de la población dispone de un seguro voluntario de salud. La responsabilidad del sistema de salud es del gobierno, que gestiona los recursos de salud y servicios sociales a través del Department of Health and Children<sup>22</sup>.

A diferencia del resto de servicios, la atención al embarazo, al parto y al periodo posnatal inmediato es gratuita para todas las mujeres, por lo que la mayoría utilizan el sistema público. Existe la modalidad semiprivada, en la que se paga directamente al hospital o se complementa con un seguro privado el coste de la estancia, y la atención privada, en la que se elige un obstetra privado a quien se paga directamente por la atención antenatal, mientras que el seguro privado se utiliza para costear la estancia hospitalaria. En ambos casos, semiprivado o privado, el parto puede ser atendido por matronas o por obstetras indistintamente, y en algunos casos por médicos generales.

En general, en el sistema público los obstetras realizan el control antenatal, y el parto es atendido por matronas en el hospital. En caso de riesgo obstétrico elevado, el control antenatal se realiza en servicios especializados. Dentro del sistema público también existen clínicas con matronas que ofrecen control antenatal a mujeres con bajo riesgo obstétrico, y en algunas zonas incluso realizan las visitas antenatales y asisten al parto en el domicilio. Si la mujer opta por un parto domiciliario y este servicio no está disponible en su zona de residencia, el gobierno ofrece una ayuda económica para asumir parte del coste que supone contratar una matrona privada<sup>23</sup>. Todos los hospitales disponen de áreas específicas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, y en algunos casos cuentan con unidades gestionadas por matronas y separadas de la unidad obstétrica convencional.

### *Atención al parto en Francia*

El Statutory Health Insurance (SHI) se financia con impuestos finalistas obligatorios y con impuestos que pagan los empleados y los empleadores. En el sistema público de salud francés coexisten proveedores de salud públicos y privados. La atención sanitaria que no requiere ingreso recae principalmente en proveedores privados y las camas hospitalarias son predominantemente públicas, o privadas sin afán de lucro<sup>24</sup>.

La competencia sobre los servicios de salud se reparte entre el gobierno central, el SHI y, en menor medida, a escala regional. La planificación y las normativas de regulación del sistema de salud se negocian entre los representantes de los proveedores de salud y el Estado. El SHI cubre alrededor de las tres cuartas partes del gasto total en salud, dejando un amplio rango para la financiación privada a través de seguros, que complementan la escasa cobertura de algunos servicios públicos y se hacen cargo de la devolución de los copagos realizados por los usuarios. El grado de cobertura pública sobre los servicios de salud varía en función de la situación económica de cada residente y según el producto o servicio que se utilice. Algunas condiciones están exentas de coaseguramiento, como el embarazo después de los 5 meses de gestación.

La atención primaria de salud se ofrece a través de proveedores públicos y privados, en servicios ambulatorios, por profesionales autoempleados. La atención secundaria se ofrece tanto en servicios ambulatorios como en hospitales.

Para la atención prenatal existe una amplia oferta de servicios donde la mujer puede elegir entre obstetras y matronas hasta el quinto mes de embarazo, en caso de bajo riesgo. El último periodo de embarazo se controla en el hospital, donde habitualmente los obstetras asumen la atención, aunque existen unidades en las que son las matronas quienes se hacen cargo de esta responsabilidad. En caso de riesgo obstétrico el seguimiento del embarazo se hace directamente en los hospitales. En la mayoría de hospitales las matronas ofrecen sesiones de preparación prenatal y de posparto sin coste adicional para las mujeres.

El sistema de copago de los servicios supone que, en los embarazos de bajo riesgo, la mujer asume una parte del coste de la atención prenatal hasta el quinto mes de embarazo; si no se dispone de recursos suficientes, existen hospitales que asumen este control. La atención desde el sexto mes de embarazo y hasta los 12 días posparto está íntegramente financiada por el sistema público de salud, pero los servicios complementarios que ofrecen algunos hospitales requieren seguros privados o pagos adicionales.

En los hospitales públicos la atención al parto de bajo riesgo suele ser asumida por matronas, pero existe una fuerte orientación médica, por lo que muchas mujeres optan por una atención privada con obstetras durante el embarazo y el parto. En estos casos el parto se realiza en hospitales privados con financiación pública parcial.

La atención domiciliar al parto, que no está financiada por el sistema público de salud, es poco frecuente. Las profesionales implicadas en este tipo de atención son las matronas.

### *Atención al parto en España*

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se financia con los presupuestos generales del Estado e incluye en su cartera de servicios la atención al embarazo, al parto y al puerperio. La responsabilidad sobre la planificación territorial y la provisión de los servicios de salud corresponde a los gobiernos regionales, que en su mayoría se estructuran en 2 niveles, atención primaria y atención hospitalaria. Los seguros privados voluntarios son independientes del sistema público y presentan una cobertura poblacional variable entre las diferentes comunidades autónomas<sup>25</sup>.

Implementar buenas prácticas y aumentar la participación de las mujeres en la atención son preocupaciones crecientes en los servicios de salud en España. En el año 2007, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN), elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de todas las entidades implicadas (sociedades científicas y profesionales, comunidades autónomas, personas expertas, organizaciones sociales y de mujeres)<sup>26</sup>. Se han iniciado acciones para formar y sensibilizar a los profesionales y se han elaborado diferentes documentos que promueven un modelo de atención al parto y nacimiento centrado en la fisiología del proceso y en las necesidades de las mujeres y sus familias<sup>27</sup>. Estas acciones están ayudando a la incorporación de nuevas prácticas beneficiosas y a abandonar progresivamente aquellas sin evidencia sobre los beneficios que aportan o que, aplicadas de forma rutinaria, incluso podrían resultar perjudiciales.

Las unidades de maternidad hospitalaria se organizan con equipos profesionales multidisciplinares que atienden a la mujer, al recién nacido y a la familia durante el parto y el nacimiento. Estas unidades cumplen los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia<sup>28</sup>. Estructuralmente se identifican dos tipos: secuenciales (salas de dilatación, paritorio y salas de recuperación posparto) e integradas (unidades de trabajo de parto, parto y recuperación). En los últimos años, algunos hospitales públicos han adecuado espacios integrados para una asistencia natural al parto.

En cuanto a la atención durante el proceso de maternidad, el seguimiento del embarazo de bajo riesgo y el periodo posnatal se realiza generalmente en dispositivos de atención primaria. El parto y los embarazos que presentan algún riesgo se atienden en el hospital, siendo el nivel de riesgo identificado el determinante para la elección del tipo de hospital. La opción del parto domiciliario no está contemplada en la cartera de servicios públicos; aun así, algunas mujeres eligen esta opción y son atendidas mayoritariamente por matronas.

### *Atención al parto en Canadá*

El sistema de salud, predominantemente público, está financiado básicamente a través de los impuestos de los gobiernos federales, provinciales y territoriales. La mayoría de fondos públicos destinados a la salud se utilizan para la provisión de atención sanitaria universal a los residentes, para subsidiar los costes de las prescripciones farmacéuticas y para los cuidados de larga duración<sup>29</sup>.

La organización y la planificación de servicios están altamente descentralizadas en las provincias y territorios, y en todos ellos se dispone de programas de salud pública. En los últimos años las provincias están reordenando y mejorando sus sistemas regionales de salud, especialmente la atención primaria, donde se quiere ampliar la oferta de servicios con equipos interprofesionales.

La atención a la maternidad ha estado tradicionalmente integrada en los hospitales y bajo responsabilidad médica, pero en esta última década algunos gobiernos provinciales han promulgado políticas para integrar a las matronas y también la opción de parto domiciliario en su sistema de salud. Este replanteamiento del modelo se debe en parte a la preocupación surgida por la gran variación regional en el uso de intervenciones obstétricas<sup>30,31</sup> y también por la presión de grupos sociales que reclaman una mayor capacidad para elegir el tipo de atención que quieren en el parto. Actualmente la mayoría de matronas en Canadá trabajan en hospitales de zonas urbanas, lo que hace que su atención llegue sólo a una parte reducida de la población.

### **Indicadores**

Los indicadores incluidos en este trabajo se han seleccionado de la base de datos de la OCDE a partir de su relevancia, disponibilidad y capacidad para ser comparables. Estos indicadores se elaboran a partir de los datos aportados principalmente por las estadísticas nacionales oficiales de cada país y se presentan de forma que ofrecen información sobre la actividad hospitalaria, sobre el comportamiento del sistema de salud en relación con el gasto, la calidad y el acceso a los cuidados, y sobre el estado de salud de la población.

**Tabla 1. Actividad hospitalaria**

| País        | ACTIVIDADES           |  |                       |  |                       |   |
|-------------|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|---|
|             | Último año disponible | Promedio de estancia hospitalaria por un parto normal (días) | Último año disponible | Altas hospitalarias. Parto único espontáneo, por 100.000 mujeres | Último año disponible | Operaciones de cesárea, por 1.000 nacidos vivos |
| Alemania    | 2010                  | 3,1  | 2010                  | 112,6  | 2010                  | 314   |
| Australia   | 2009                  | 2,3  | 2009                  | 269,4  | 2009                  | 312   |
| Austria     | 2010                  | 4,0  | 2010                  | 1.127,6  | 2010                  | 282   |
| Canadá      | 2009                  | 1,7  | 2010                  | 165,8  | 2009                  | 261,8   |
| Dinamarca   | 2010                  | 2,7  | 2010                  | 1.175,2  | 2010                  | 211   |
| España      | 2010                  | 2,5  | 2010                  | 254,7  | 2010                  | 255,1 <sup>e</sup>                              |
| Finlandia   | 2010                  | 3,1  | 2010                  | 1.566,3  | 2010                  | 160,9   |
| Francia     | 2010                  | 4,3  | 2010                  | 1.270,1  | 2010                  | 202,9   |
| Holanda     | 2009                  | 1,9  | 2009                  | 25,3   | 2009                  | 148,4   |
| Irlanda     | 2010                  | 2,0  | 2010                  | 497,9  | 2010                  | 261,1 <sup>e</sup>                              |
| Italia      | 2009                  | 3,5  | 2009                  | 730,7  | 2009                  | 383,6   |
| Portugal    | 2009                  | 2,7  | 2009                  | 292,7  | 2009                  | 330   |
| Suecia      | 2010                  | 2,3  | 2010                  | 1.688,7  | 2010                  | 168   |
| Suiza       | 2010                  | 5,0  | 2010                  | 455,2 <sup>s</sup>   | 2010                  | 328   |
| Reino Unido | 2010                  | 1,8  | 2010                  | 295,0  | 2010                  | 239,9   |

<sup>e</sup>estimado; <sup>s</sup>serie incompleta.

Para ofrecer una visión general de la atención maternoinfantil y sus resultados en los diferentes países, se han elaborado tablas con los indicadores relacionados con este ámbito sobre la actividad hospitalaria, el comportamiento de los sistemas de salud y el estado de salud.

### Actividad

El análisis de la actividad que se desarrolla en los hospitales aporta información sobre la actividad sanitaria de cada país, y para su análisis se consideran los datos de las altas hospitalarias sobre los que se elaboran los indicadores. En este trabajo se estimó la actividad relacionada con la atención al parto considerando: la estancia media hospitalaria, expresada en días, en caso de parto normal; la proporción de altas hospitalarias identificadas como parto único espontáneo por cada 100.000 mujeres, y la proporción de operaciones de cesárea realizadas por cada 1.000 nacidos vivos<sup>32</sup> (tabla 1).

### Comportamiento del sistema salud

Para describir el comportamiento del sistema sanitario de un país se debe considerar el gasto que supone la atención sanitaria, la accesibilidad de los ciudadanos a los cuidados y la calidad de estos últimos.

En este trabajo, además de incluir el gasto sanitario total de cada país expresado como porcentaje del pro-

ducto interior bruto, se incluyeron los indicadores que aportaban información sobre el acceso de la población al cuidado a través de la utilización de los servicios sanitarios, que se estima a partir de las altas hospitalarias por diagnósticos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio por cada 100.000 mujeres, y por los diagnósticos relacionados con las complicaciones del embarazo y el parto por cada 100.000 mujeres. La calidad en la atención obstétrica se estima a través de los indicadores de traumatismo obstétrico en partos instrumentados y traumatismo obstétrico en partos no instrumentados<sup>33,34</sup> (tabla 2).

### Estado de salud de la población

Para ofrecer una visión sobre el estado de salud maternoinfantil de la población en los países seleccionados se incluyeron los indicadores sobre mortalidad neonatal (muertes de niños/as de hasta 28 días de vida en un año dado por 1.000 nacidos vivos), mortalidad materna (muertes maternas por todas las causas y por 100.000 nacidos vivos en un año dado) y mortalidad perinatal<sup>35</sup> (tabla 3).

## DISCUSIÓN

Aunque todos los países estudiados incluyen financiación pública para la atención a la maternidad, existen

**Tabla 2. Comportamiento del sistema de salud**

| País        | GASTO SANITARIO       |  | UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS |   |                       |   | INDICADORES DE CALIDAD |  |                       |  |
|-------------|-----------------------|--|---|---|-----------------------|---|------------------------|--|-----------------------|--|
|             | Último año disponible | Total del gasto sanitario. Producto interior bruto (%) | ALTAS POR DIAGNÓSTICO                   |   |                       |   | Último año disponible  | Traumatismo obstétrico en parto vaginal sin instrumentación (tasa cruda) | Último año disponible | Traumatismo obstétrico en parto vaginal con instrumentación (tasa cruda) |
|             |                       |  | Último año disponible                   | Embarazo, parto y puerperio (por 100.000 mujeres) | Último año disponible | Complicaciones del embarazo sobre todo durante el parto y nacimiento, por 100.000 mujeres |                        |  |                       |  |
| Alemania    | 2010                  | 11,6   | 2010                                    | 2.147,2   | 2010                  | 917,3   | 2009                   | 2,1  | 2009                  | 7,5  |
| Australia   | 2009                  | 9,1  | 2009                                    | 3.215,9   | 2009                  | 1.107,9   | 2009                   | 2,0  | 2009                  | 7,4  |
| Austria     | 2010                  | 11,2   | 2010                                    | 2.534,5   | 2010                  | 480,6   |                        | ND   |                       | ND   |
| Canadá      | 2010                  | 11,4   | 2009                                    | 2.530,0   | 2009                  | 898,7   | 2009                   | 2,7  | 2009                  | 13,7   |
| Dinamarca   | 2010                  | 11,1   | 2010                                    | 2.177,0   | 2010                  | 168,3   | 2010                   | 3,1  | 2008                  | 6,0  |
| España      | 2010                  | 9,6  | 2010                                    | 2.480,8   | 2010                  | 416,4   | 2009                   | 0,5  | 2009                  | 3,1  |
| Finlandia   | 2010                  | 8,9  | 2010                                    | 2.547,4   | 2010                  | 186,0   | 2009                   | 0,6  | 2009                  | 3,4  |
| Francia     | 2010                  | 11,6   | 2010                                    | 3.012,5   | 2010                  | 814,8   | 2009                   | 0,4  | 2009                  | 2,1  |
| Holanda     | 2010                  | 12,0   | 2009                                    | 1.993,0   | 2009                  | 330,3   | 2008                   | 2,1  | 2008                  | 3,6  |
| Irlanda     | 2010                  | 9,2  | 2010                                    | 5.392,0   | 2010                  | 1.786,4   | 2009                   | 1,3  | 2009                  | 3,3  |
| Italia      | 2011                  | 9,1  | 2009                                    | 2.293,0   | 2009                  | 243,3   | 2009                   | 0,7  | 2009                  | 0,8  |
| Portugal    | 2010                  | 10,7   | 2009                                    | 1.880,0   | 2009                  | 448,8   | 2007                   | 0,6  | 2007                  | 1,7  |
| Suecia      | 2010                  | 9,6  | 2010                                    | 2.726,8   | 2010                  | 31,5  | 2009                   | 3,1  | 2009                  | 11,1   |
| Suiza       | 2010                  | 11,4   | 2010                                    | 2.433,3   | 2010                  | 977,6 <sup>e</sup>  | 2008                   | 3,2  | 2008                  | 7,7  |
| Reino Unido | 2010                  | 9,6  | 2010                                    | 2.726,8   | 2010                  | 1.241,6   | 2009                   | 2,2  | 2009                  | 6,3  |

<sup>e</sup>Estimado; <sup>s</sup>Serie incompleta; ND: no disponible.

diferentes niveles de cobertura pública. En algunos países una parte variable del coste de la atención debe ser asumida por la mujer, bien mediante un pago directo o por medio de seguros privados que complementan una cobertura pública parcial.

En general, las mujeres sin riesgos obstétricos pueden acceder a los cuidados antenatales y posnatales en un entorno de atención primaria. Los cuidados posnatales presentan mayores diferencias en cuanto al tipo y frecuencia de los cuidados que se ofrecen. Se identifican modelos en Holanda, Reino Unido y Australia que organizan la atención y los equipos profesionales para ofrecer continuidad en la atención durante todo el proceso.

Algunos sistemas públicos contemplan varias opciones en cuanto al tipo de establecimiento para la asistencia al parto e incluso la posibilidad de un parto domiciliario. En términos generales, pueden diferenciarse 3 tipos de localizaciones para la atención al parto: la localización hospitalaria, con espacios dotados para atender situaciones complejas y espacios adecuados para una atención al parto normal, que pueden funcionar como unidades separadas; en segundo lugar un tipo de localización separada del hospital, con la infraestructura necesaria para

atender a mujeres sin riesgos obstétricos, y en tercer lugar, la localización domiciliaria, en la que los profesionales se desplazan al domicilio de la mujer para atender el parto.

Los profesionales implicados en la atención a las mujeres que presentan riesgos se organizan en equipos multidisciplinares y trabajan en un entorno hospitalario. Las mujeres que no presentan riesgos pueden ser atendidas por matronas, obstetras, médicos de familia o médicos con diploma obstétrico, aunque en algunos modelos se identifica a la matrona como profesional preferente para la atención al parto de mujeres sin riesgos, y en ellos se cuenta con planes o estrategias para el desarrollo de sus competencias y autonomía<sup>36</sup>.

Los indicadores deben ser interpretados con cautela por las limitaciones inherentes a las diferentes fuentes de información, pero están elaborados con la misma metodología y ofrecen una visión general sobre la actividad, el comportamiento del sistema de salud y el estado de salud maternoinfantil en cada país.

Los indicadores sobre actividad hospitalaria de los países incluidos muestran un amplio rango en el promedio de días de estancia hospitalaria por un parto normal, que va desde 1,7 días en Canadá a 5 días en Suiza.

**Tabla 3. Estado de salud materno-infantil**

| País        | ESTADO DE SALUD       |   |                       |  |                       |  |
|-------------|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|--|
|             | Último año disponible | Mortalidad neonatal (muertes por 1.000 nacidos vivos) | Último año disponible | Mortalidad materna (muertes por 100.000 nacidos vivos) | Último año disponible | Mortalidad perinatal (muertes por 1.000 nacidos totales) |
| Alemania    | 2010                  | 2,3   | 2010                  | 5,5  | 2010                  | 5,4  |
| Australia   | 2010                  | 2,9   | 2009                  | 2,4  | 2005                  | 3,6  |
| Austria     | 2010                  | 2,7   | 2010                  | 1,3  | 2010                  | 5,9  |
| Canadá      | 2008                  | 3,7   | 2008                  | 9,0  | 2008                  | 6,2  |
| Dinamarca   | 2010                  | 2,6   | 2011                  | 8,4  | 2005                  | 7,6  |
| España      | 2010                  | 2,1   | 2010                  | 4,1 <sup>e</sup>                                       | 2010                  | 3,8  |
| Finlandia   | 2010                  | 1,5   | 2008                  | 8,4  | 2010                  | 3,2  |
| Francia     | 2010                  | 2,5   | 2008                  | 7,7  | 2010                  | 12,1   |
| Holanda     | 2010                  | 2,8   | 2010                  | 2,2  | 2010                  | 5,6  |
| Irlanda     | 2008                  | 2,7   | 2010                  | 4,1 <sup>e</sup>                                       | 2008                  | 6,1  |
| Italia      | 2008                  | 2,3   | 2009                  | 3,4  | 2008                  | 4,4  |
| Portugal    | 2010                  | 1,7   | 2009                  | 7,0  | 2010                  | 3,5  |
| Suecia      | 2010                  | 1,6   | 2010                  | 2,6  | 2010                  | 4,8  |
| Suiza       | 2010                  | 3,1   | 2009                  | 3,8  | 2010                  | 7,0  |
| Reino Unido | 2010                  | 2,9   | 2010                  | 5,0  | 2010                  | 7,3  |

<sup>e</sup>Estimado; <sup>s</sup>Serie incompleta.

También se observan diferencias en cuanto a las cifras de altas hospitalarias registradas por parto único espontáneo y de operaciones de cesárea realizadas, siendo Holanda el país que presenta las cifras más bajas en ambos indicadores, probablemente debido al modelo de atención materno-infantil de su sistema de salud.

El traumatismo obstétrico en los partos vaginales con instrumentación, como indicador de calidad, supone una llamada de atención en cuanto a la necesidad de analizar las razones de una variación tan amplia, que va desde el 0,8% de Italia al 13,7% de Canadá.

En cuanto a la salud materno-infantil, los indicadores que presentan rangos más amplios son la mortalidad materna (desde el 1,3 de Austria al 9 de Canadá) y la mortalidad perinatal (desde el 3,2 de Finlandia al 12,1 de Francia).

En el año 2009, el promedio de gasto total en salud de los países de la OCDE fue del 9,6% del producto interior bruto. Los países seleccionados muestran cifras cercanas, siendo Holanda el país que más se aparta, con un gasto que representa el 12,0%. Estas cifras corresponden al total del gasto en salud, pero no se especifica qué parte de este gasto se dedica a la salud materno-infantil<sup>37</sup>.

Los aspectos sobre estructura, factores asociados a la salud de las mujeres atendidas y distribución de competencias entre los profesionales que forman los equipos han de considerarse para definir criterios sobre organización de los servicios de acuerdo con las demandas de las mujeres<sup>38,39</sup>. En este punto hay que considerar que la matrona es el profesional de referencia para la atención a las mujeres sin riesgos obstétricos durante el parto, y que sus funciones y competencias quedan establecidas en el marco normativo español<sup>40,41</sup>.

### IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Parece conveniente investigar propuestas que permitan identificar criterios comunes y específicos para la atención a mujeres sin riesgos durante el embarazo y el parto, e incorporarlos a los actuales modelos organizativos y de atención existentes en nuestro medio. Para ello se deben tener en cuenta, además de los criterios de seguridad, la satisfacción de las mujeres y de los profesionales. Algunos de estos criterios se pueden encontrar en las unidades específicas para la atención a las mujeres sin riesgos obstétricos, lideradas por matronas y separadas de las unidades obstétricas convencionales de los países analizados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Goberna Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *Rev ENE Enferm.* 2012; 6(1): 71-8.
2. Lutomski JE, Morrison JJ, Lydon-Rochelle MT. Regional variation in obstetrical intervention for hospital birth in the Republic of Ireland, 2005-2009. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]* 2012 [consultado 26 de febrero de 2013]; 12: 123. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/123>
3. Maceiras Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de la variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009.
4. Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB. Does size matter? A population-based study of birth in lower volumen maternity hospitals for low risk women. *BJOG.* 2006; 113(1): 86-9.
5. Eggermont M. The choice of child delivery is a European human right. *Eur J Health Law.* 2012; 19(3): 257-69.
6. Hendrix MJC, Evers SMAA, Basten MCM, Nijhuis JG, Severens JL. Cost analysis of the Dutch obstetric system: low risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth. A prospective non-randomised controlled study. *BMC Health Services Research [Internet]* 2009 [consultado 25 de noviembre de 2012]; 9: 211. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/211>
7. NHS Confederation. Birthplace in England. New evidence. Availability, safety, processes and costs of different settings for birth. *SDO Network Research Digest.* 2012; 3.
8. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England prospective cohort study. *BMJ [Internet]* 2011 [consultado 10 de noviembre de 2012]; 343: d7400. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
9. McIntyre MJ, Chapman Y, Francis K. Hidden costs associated with the universal application of risk management in maternity care. *Aust Health Rev.* 2011; 35(2): 211-5.
10. Rutledge Stapleton S, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of care in birth centers: Demonstration of a durable model. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58(1): 3-14.
11. Devane D, Murphy-Lawless J, Begley CM. Childbirth policies and practices in Ireland and the journey towards midwifery-led care. *Midwifery.* 2007; 23(1): 92-101.
12. Queensland Government. Midwifery models of care. Implementation guide. Brisbane: Queensland Government, 2008.
13. Boyle S. United Kingdom (England). *Health Systems Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. *Health System in Transition:* 13(1).
14. Department of Health. Partnership for children, families and maternity. *Maternity matters. Choice, acces and continuity of care in a safe service.* Londres: Department of Health, 2007.
15. Maternity Care Working Party. Making normal birth a reality. Consensus statement form the Maternity Care Working Party. Londres: The National Childbirth Trust. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Royal College of Midwives, 2007.
16. Rowe R. Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final report, part 2. NIHR Service Delivery and Organisation programme. Oxford 2011. Report N.º 2.
17. European Observatory on Health Systems and Policies. *HiT Summary: Australia.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. *Health System in Transition.*
18. The National Maternity Services Plan [Internet]. Australia: Australian Government. Department of Health and Ageing, 2012 [consultado 10 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/maternityservicesplan>
19. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, Van den Berd M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: *Health System Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. *Health System in Transition:* 12(1).
20. De Geus M. *Midwifery in the Netherlands, 1.ª ed.* Utrecht: Royal Dutch Organisation of Midwives, 2012.
21. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, Vries RD, Teijlingen ER. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(6): 722-37.
22. McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E. Ireland: *Health Systems Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. *Health System in Transition:* 11(4).
23. Patricia K. Health care reform: maternity service provision in Ireland. *Health Policy.* 2010; 97(2-3): 145-51.
24. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: *Health System Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. *Health System in Transition:* 12(6).
25. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: *Health System Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. *Health System in Transition:* 12(4).
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
27. *Salud sexual y reproductiva [Internet].* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012 [consultado 10 de noviembre de 2012]. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t04.htm](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm)
28. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
29. Marchildon GP. Canadá: *Health System Review.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. *Health System in Transition:* 15(1).
30. Canadian Institute for Health Information. *Giving birth in Canada: Providers of maternity and infant care.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2004.
31. Chalmers B, Kaczorowsky J, Brien BO, Royle C. Rates of interventions in labour and birth across Canada. Findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth.* 2012; 39(3): 203-10.
32. OECD Health Data. Average length of stay: childbirth. En: *OECD Health Statistics [base de datos].* París: OECD, 2012.
33. OECD Health Data. Health care utilisation. En: *OECD Health Statistics [base de datos].* París: OECD, 2012.
34. OECD Health Data. Health care quality indicators. En: *OECD Health Statistics [base de datos].* París: OECD, 2012.
35. OECD Health Data. Health status. En: *OECD Health Statistics [base de datos].* París: OECD, 2012.
36. *The Strategy of the Office of Nursing and Midwifery Services Director.* Irlanda: Office of the Nursing and Midwifery Director, 2011.
37. OECD Health Data. Total expenditure on health. En: *OECD Health Statistics [base de datos].* París: OECD, 2012.
38. Bellanger MM, Or Z. What can we learn from a cross-country comparison of the costs of child delivery? *Health Econ.* 2008; 17(S1): S47-5.
39. Begley C, Devane D, Clarke M, McCann C, Hughes P, Reilly M, et al. Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]* 2011 [consultado 10 de noviembre de 2012]; 11: 85. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/85>
40. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el cual se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. *Boletín Oficial del Estado n.º 280,* p. 18.702.
41. Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Diario Oficial de la Unión Europea L255 30.9.2005,* p. 222.