

CONSEJERÍA DE SALUD

**Parto a domicilio programado.
Situación actual en
los países desarrollados**

Informe 6 / 2007

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
de Andalucía



Consejería de Salud
Agencia de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias de
Andalucía
Consulta Específica

Parto a domicilio programado
Situación actual en los países desarrollados

Sevilla, mayo 2007

Informe 6 / 2007



Avda. de la Innovación s/n. Edificio ARENA 1
41020 Sevilla - ESPAÑA (SPAIN)
Teléfono +34 955006638, Fax +34 955006677
Email: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
Directora: Purificación Gálvez Daza

www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN	6
FUENTES DE INFORMACIÓN	7
RESULTADOS	8
EL PARTO EN EL DOMICILIO EN LOS PAISES DESARROLLADOS.....	8
REFERENCIAS.....	17

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y perinatal de los países desarrollados es bastante baja. Según los datos de la OMS las tasas de mortalidad perinatal en 2000 oscilaban entre 5 y 8 por mil y la mortalidad materna era inferior a 20 por cien mil. En la tabla 1 se presentan las últimas estimaciones disponibles para esos indicadores.

Precisamente, para conseguir buenos resultados en madres e hijos, se han ido desarrollando prácticas para regular o monitorizar el proceso del parto. Estas prácticas, que se han convertido en habituales en los países desarrollados, se han acompañado de la hospitalización del parto y de una tendencia a tratar todos los partos con un nivel importante de intervencionismo.

Tabla 1. Tasas de mortalidad perinatal y materna en países desarrollados			
	Tasa mortalidad perinatal (por 1000)	Tasa mortalidad materna (por 100 000)	
País	Estimación	Estimación	Intervalo
Australia	6	8	[5-10]
Austria	7	4	[3-5]
Bélgica	6	10	[7-13]
Canadá	6	6	[4-8]
Dinamarca	8	5	[3-6]
Finlandia	6	6	[4-8]
Francia	7	17	[11-22]
Alemania	6	8	[5-11]
Israel	8	17	[11-22]
Italia	6	5	[4-7]
Holanda	8	16	[10-21]
Nueva Zelanda	6	7	[5-10]
Noruega	6	16	[11-22]
Portugal	8	5	[4-7]
España	6	4	[3-6]
Suecia	5	2	[1-3]
Suiza	6	7	[4-9]
Reino Unido	8	13	[8-17]
Estados Unidos	7	17	[11-22]

Fuente: OMS (http://www.who.int/reproductive_indicators/index.asp). Datos de 2000.

En los últimos años, desde distintas instancias, se ha venido cuestionando el intervencionismo en los partos sin complicaciones. Los principales argumentos están basados en que la medicalización del parto supone un cambio de concepto - de acontecimiento fisiológico normal a procedimiento médico-, que interfiere con la libertad de la mujer a experimentar el nacimiento de sus hijos a su manera y en el sitio que elija, y que puede conllevar daños para las mujeres y sus hijos, debidos al uso de prácticas innecesarias. Asimismo, la medicalización del parto no está exenta de costes en términos de tiempo, formación y equipamiento.

Como consecuencia de esta tendencia crítica con el intervencionismo en el parto, hay un sector de población que opta por dar a luz de forma planificada en entornos menos medicalizados, incluido el propio domicilio.

Las mujeres que solicitan tener un parto en casa suelen ser múltiparas, con nivel educativo superior, con edad en la cuarta década de la vida y con deseo de mayor control personal durante el parto. Las ventajas argumentadas por las mujeres hacia el parto domiciliario han sido: poder vivir el potencial espiritual y emocional del entorno familiar en el momento del parto, mantener el control sobre la atención que recibe, evitar las prácticas obstétricas innecesarias y mantener la integridad de la familia. Sin embargo, en los países en los que las tasas de partos domiciliarios son minoritarias, las mujeres que planean un parto a domicilio se encuentran con falta de entusiasmo o negatividad de los médicos generales y los obstetras. Tener en qué apoyarse afecta a la elección, ya que las mujeres no desean ejercer su derecho al parto domiciliario en presencia de oposición. Matronas, familiares y amigos pueden ser el mayor freno o el mayor apoyo; y en general, familiares y amigos (tras aclarar la diferencia entre parto domiciliario y parto inseguro) se convierten en apoyos. Otras fuentes de apoyo para las mujeres son las organizaciones en pro de los partos domiciliarios, la mayoría al margen de los sistemas sanitarios.

Si bien hay cierto debate sobre la importancia de las implicaciones del intervencionismo en los partos no complicados, donde realmente hay una controversia importante es en la fiabilidad del pronóstico prenatal del riesgo de complicaciones en el parto (se estiman como partos no complicados en torno al 80% de total). La formulación de un pronóstico a priori se lleva a cabo con distintos modelos de evaluación prenatal del riesgo de complicaciones.

Los profesionales que atienden partos en el domicilio de forma planificada tienen una formación distinta en cada país, aunque comparten el escaso uso de fármacos y de maniobras instrumentales. En ocasiones lo hacen los médicos generales y otras veces las matronas (o profesionales especializados en la atención al embarazo y parto). La formación de estas matronas es variable según el país. Pueden ser enfermeras con una especialización, profesionales con estudios formales específicos, profesionales acreditadas que adquirieron las capacidades mediante aprendizaje no formal o profesionales sin acreditación, autodidactas. Según la legislación de cada país está admitida la práctica de unos u otros profesionales y la realización de unas u otras maniobras en el ámbito domiciliario.

Las tasas de partos a domicilio son inferiores al 1% en todos los países desarrollados, salvo en Holanda, Bélgica, los Países Nórdicos y el Reino Unido. Las tasas más elevadas se producen en entornos con

herencia cultural o políticas favorecedoras del parto domiciliario. Ambas circunstancias se dan en Holanda, el único país con una tasa superior al 3%, en torno a un tercio del total de partos.

JUSTIFICACIÓN

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía recibió una consulta de la Secretaría General de Calidad y Modernización sobre la situación y organización de la asistencia a los partos domiciliarios en los países desarrollados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para responder a este objetivo se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Una búsqueda de artículos científicos en las principales bases de datos referenciales.
- Una búsqueda en los sitios webs de los principales organismos, sociedades científicas, asociaciones de profesionales y de ciudadanos, instituciones relacionadas con el tema (nacionales e internacionales) y en sus enlaces.

La fecha tope de publicación o de consulta de páginas web fue marzo de 2007 y la información extraída (por un investigador experimentado) fue tratada de tal modo que se pudiera dejar de buscar documentos una vez que existiese una saturación de dicha información; es decir, cuando el tipo de asistencia descrita ya figurase en otra página web o documento revisado.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos referenciales se encontró numerosa bibliografía acerca del tema. Sin embargo, aunque ésta incluía estudios que abarcaban múltiples aspectos relacionados con el parto domiciliario, no se encontró ninguno cuyo objetivo fuera describir la forma de organización del parto domiciliario en uno o varios países. La única parte de los artículos donde se podía encontrar alguna información al respecto fue la introducción de los mismos. De esta forma, se han utilizado como fuentes principales de datos: 1) Los sitios web. 2) Las introducciones de los artículos encontrados.

RESULTADOS

EL PARTO EN EL DOMICILIO EN LOS PAISES DESARROLLADOS

A continuación se describe la situación cultural, organizativa y epidemiológica de parto domiciliario en cada país. La elección de los países responde al objetivo de tener representados distintos patrones asistenciales.

CANADÁ

Sistema sanitario

Canadá posee un sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada (sin fines de lucro). Proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios y servicios médicos considerados necesarios. Los canadienses no pagan directamente por los servicios hospitalarios ni a los médicos incluidos en el sector público. La función del sector privado se limita a los servicios que no están cubiertos completamente por los programas de salud provinciales. Las prestaciones pueden diferir en las diferentes provincias e incluir montos deducibles o copagos. No obstante la atención prenatal y el parto tienen una cobertura de prácticamente el 100%.

Situación del parto domiciliario

La atención al parto se realiza principalmente en el entorno hospitalario y la lleva a cabo mayoritariamente el obstetra, aunque también participa el médico general. Fuera del hospital, los partos los atienden los médicos generales y las matronas. Globalmente, los médicos generales atienden entre el 10 y el 20% de los partos e incluso realizan cesáreas. En las zonas alejadas de las grandes ciudades pueden llegar hasta el 70 % de los partos.

Desde hace algunos años también existe la figura de la matrona con un creciente papel en la asistencia al parto. El número de áreas en las que se han regulado y fundado servicios de matronas está creciendo (los primeros se fundaron en 1994 y en 2006 existían en 6 de las 12 provincias). La ley autorizó la práctica de la matrona tanto en el domicilio como en las casas de nacimiento o centros hospitalarios. Todas las matronas ofrecen a las mujeres que reúnen los criterios necesarios la elección del lugar para el parto.

La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá ha apoyado el establecimiento de la figura de la matrona como una profesión regulada con acceso a los privilegios hospitalarios (posibilidad de derivar a pacientes,

de ingresarlos en un hospital, etc.). Sin embargo, las matronas sólo pueden ejercer en zonas que poseen una regulación local de esta práctica.

En Columbia Británica se ha evaluado la integración de las comadronas en el sistema sanitario. Los resultados de la evaluación en los dos primeros años, 1998 y 1999, muestran el parto domiciliario como seguro y satisfactorio, al menos en las condiciones en que se había realizado en esta provincia (selección estricta de pacientes, matronas entrenadas en el manejo del equipo de emergencias, acceso a la ambulancia y al hospital, y conocimiento de los protocolos únicos -para matronas, otros sanitarios, clientes y personal de transporte-). La satisfacción media con la experiencia fue más alta en el grupo que planeó el parto en el domicilio respecto al hospitalario.

Epidemiología

No hay estadísticas globales acerca del número de partos realizados en el domicilio en Canadá. Sí se dispone de datos locales, por ejemplo en los dos primeros años de existencia de un servicio de matronas en la Columbia Británica. Éstas atendieron 862 partos a domicilio de forma planificada, lo que suponía el 1,2% del total de partos.

ESPAÑA

Sistema Sanitario

El Sistema Sanitario español es un sistema público de carácter universal y solidario, en el que el acceso a las prestaciones sanitarias debe realizarse en condiciones de igualdad efectiva. La atención sanitaria se financia a través de los impuestos. Se estima que un 15% de la población posee seguros médicos privados, que pueden utilizarse como complemento o alternativa a la sanidad pública.

Situación del parto domiciliario

La atención del parto en España es casi exclusivamente hospitalaria. No se han encontrado experiencias de hospitales públicos o privados que ofrezcan servicios de atención al parto en el domicilio. Tampoco existen aseguradoras que oferten cobertura al parto domiciliario y apenas hay centros extrahospitalarios específicos para nacimientos. La asistencia al parto en Atención primaria sólo se contempla en caso de urgencia.

Los profesionales que atienden partos de forma habitual son tanto los obstetras como las matronas. La titulación de matrona en España es una especialidad de la profesión de enfermería. El acceso a dicha formación específica se regula (desde 1992) mediante examen de ámbito nacional y no se contempla la capacitación específica para el parto domiciliario.

En la actualidad hay varios individuos y colectivos que se ofrecen para atender partos domiciliarios. No siempre se puede conocer el tipo de capacitación que poseen o los criterios de selección o de derivación de pacientes que utilizan.

Epidemiología

Los datos oficiales de los partos que sucedieron en el domicilio no distinguen entre planificados y accidentales. La tendencia de los principales indicadores respecto al lugar de los partos en los últimos diez años se ha mantenido estable, o incluso ha disminuido levemente el parto a domicilio (tabla 3). Así, el porcentaje de partos asistidos¹ a domicilio entre el total de partos fue de 0,54% en 1996 y de 0,34% en 2005.

Tabla 2. Porcentaje de partos domiciliarios en España: 1996-2005.

	1996	1997	2004	2005
Partos asistidos domicilio/ total partos	0,54%	0,43%	0,30%	0,34%
Partos asistidos domicilio / partos asistidos	0,62%	0,49%	0,34%	0,39%
Partos no asistidos domicilio / Partos no asistidos	89%	54%	77%	81%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Instituto Nacional Estadística

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Sistema sanitario

El sistema sanitario está principalmente organizado en torno a las compañías privadas de seguros. La cobertura sanitaria en 2004 era del 74% de la población por aseguración privada y el 29% por aseguración pública (el 17% están cubiertos de forma simultánea por programas públicos y privados). El 14% de la población no disponía de aseguramiento sanitario. La Administración Sanitaria incluye más de 300 programas sanitarios, entre los que se encuentran Medicare (seguro sanitario para la tercera edad) y Medicaid (seguro sanitario para las personas con ingresos bajos). La cobertura sanitaria de la mayor parte de la población la realizan las propias empresas a través de un seguro colectivo.

Los programas de asistencia privada y también los públicos difieren entre ellos en cuanto a la cobertura de prestaciones y fuentes de financiación. En Estados Unidos, hay más de mil empresas privadas proveedoras de asistencia sanitaria. Dentro de este entramado asistencial, los médicos pueden ejercer su profesión libremente en cualquier estado y cobrar por el sistema de pago por servicios prestados (fee for service). Sólo una parte de los profesionales está a sueldo de la administración, empresas u hospitales.

Situación del parto domiciliario

La Asociación Americana de Salud Pública ha adoptado políticas para conocer la viabilidad de los partos domiciliarios, aunque el Colegio de Obstetras y Ginecólogos se opone.

¹ No se consideran partos asistidos aquellos que fueron atendidos por personas sin el título oficial de médico o matrona.

La profesión médica no se ocupa de la atención al parto a domicilio, que corre a cargo de las matronas. Las matronas que trabajan en Estados Unidos se pueden dividir respecto a su formación en matronas certificadas (con formación exclusiva en cuidados maternos) y enfermeras tituladas con formación específica adicional en cuidado maternal. Ambas necesitan la supervisión médica para la superación de su titulación y ambas se incluyen en el Registro de Matronas de Norteamérica. Además se pueden incluir en este registro otras profesionales que superen una prueba basada en aptitudes, aún sin aprendizaje formal.

Epidemiología

Se dispone de estadísticas oficiales que clasifican los partos según el lugar donde suceden y la cualificación de la persona que los atiende. Entre los partos extrahospitalarios se incluyen los partos domiciliarios tanto planeados como accidentales. El porcentaje anual permanece estable en los últimos años, siempre inferior al uno por ciento (tabla 4).

Tabla 3. Porcentaje de partos extrahospitalarios en Estados Unidos: 1998-2002.

	1998	1999	2000	2001	2002
%Partos extrahospitalarios/ total de partos	0,96%	0,92%	0,93%	0,90%	0,88%
%Partos extrahospitalarios atendidos por matronas/ total de partos	0,54%	0,53%	0,53%	0,54%	0,55%
%Partos atendidos por personal no sanitario	0,29%	0,30%	0,31%	0,32%	0,32%
%Partos extrahospitalarios atendidos por matronas certificadas/ total de matronas	45,08%	42,97%	41,33%	41,31%	42,65%

Fuente: Centers for Disease Control. En: http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/natfinal2002.annvol1_24.pdf

FRANCIA

Sistema Sanitario

El Sistema Sanitario francés es administrado por el Estado y presta cobertura médica universal. Los pacientes tienen libertad de escoger al profesional sanitario según sus necesidades y situación personal, pero la mayoría escoge a los que trabajan dentro del sistema de la Seguridad Social. Los pacientes deben pagar los honorarios por la consulta y su reembolso por la Seguridad Social depende de la situación particular, quedando dispensadas las personas más pobres del pago del tratamiento inicial y de tener que esperar a su reembolso.

Para aumentar los niveles de reembolso, se puede contratar un seguro adicional a través de una compañía o mutua de seguros. Es obligatorio para el profesional indicar honorarios y situación: concertado (la seguridad social establece el precio de una consulta y cubre una parte fija del coste, y parte de la diferencia la reembolsa la compañía de seguros del paciente), concertado con honorarios libres (el precio de una consulta varía según los porcentajes de reembolso de la seguridad social y de la

compañía aseguradora) y no concertado (el reembolso lo fija casi únicamente la compañía de seguros).

Situación del parto domiciliario

El apoyo gubernamental al parto domiciliario es completo en tanto que se considera dentro de la atención a la maternidad y se reembolsa completamente. Otros apoyos existentes proceden de asociaciones y colectivos de padres.

Los partos a domicilio pueden ser atendidos por un médico, pero en su mayoría son asistidos por las matronas. Todas las matronas deben pertenecer a la Orden Nacional de Matronas. La formación es una especialización a partir de la titulación de enfermería y se trata de una profesión liberal entre cuyas actividades está la atención al parto. Los honorarios se regulan en reuniones nacionales entre los sindicatos y las aseguradoras.

Epidemiología

No existen datos oficiales, pero se estiman en menos de 1% los partos que se realizan en domicilio de forma planeada.

HOLANDA

Sistema Sanitario

En Holanda, son las empresas privadas las que proporcionan los servicios de salud, si bien el Estado se ocupa de asegurar la accesibilidad y la calidad de los mismos. Para ello ha definido un seguro básico que las compañías de seguros están legalmente obligadas a ofrecer y no pueden rechazar a nadie que lo solicite. Este seguro básico cubre la asistencia por los médicos de cabecera, especialistas, obstetras y dentistas; así como la estancia hospitalaria y la asistencia prenatal. Se puede contratar un seguro adicional para servicios no incluidos en el básico y la práctica más habitual es la contratación de seguros colectivos para trabajadores de una determinada empresa.

Situación del parto domiciliario

En Holanda hay una importante tradición de partos domiciliarios y siempre han tenido un respaldo gubernamental. En la actualidad dos tercios de los mismos son atendidos por matronas y el resto por los médicos generales.

La matrona tiene una titulación específica diferente de la de enfermería. Está reconocida como profesional autónoma y se le está permitido realizar algunas intervenciones menores como la episiotomía, aunque no utilizar instrumentos. La mayoría de las matronas trabajan en gabinetes independientes y por parejas, siendo menos habitual trabajar en centros sanitarios. El sistema público de salud apoya firmemente la figura de la matrona, ya que sólo reembolsa los partos atendidos por obstetras cuando se presentan o predicen anormalidades y no reembolsa los servicios de los médicos generales en las zonas donde hay una matrona. Los médicos generales atienden en torno al 12-15% del total de partos.

Los factores demográficos relacionados directamente con la elección de la mujer por el parto a domicilio son: la multiparidad, la edad por encima de los 25 años, la nacionalidad holandesa y la residencia en

zonas rurales o urbanas pequeñas. En un estudio realizado en Holanda se pone de manifiesto que los partos domiciliarios respecto a los institucionalizados se perciben por parte de las mujeres como calmados y con poca intromisión por parte de los profesionales. Además, las mujeres que habían tenido el parto en su domicilio entendían el dolor como de una parte esperada del parto y como una forma de conocerse una misma y sus capacidades.

Epidemiología

En 1958, el 74% del total de nacimientos en Holanda ocurrieron en los domicilios. Descendieron hasta el 35% en 1979 y así se han mantenido desde entonces hasta la actualidad. La mayoría de ellos son supervisados por una matrona. Durante los años noventa, el porcentaje de partos domiciliarios atendidos por médicos generales descendió del 19% al 6%, aunque aumentaron los realizados por las matronas. Se han considerado como causas de este descenso la aparición de partos hospitalarios de corta estancia, la cabida en los hospitales para la actuación de matronas independientes y los cambios en la confianza de la gente respecto a los diferentes profesionales relacionados con la asistencia. Durante los últimos veinticinco años se mantiene estable en un tercio el porcentaje de partos realizados de forma planeada y asistidos por profesionales sanitarios.

ITALIA

Sistema sanitario

El Servicio Sanitario Nacional italiano es un sistema público de carácter universal y solidario que garantiza la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos sin distinción de género, edad, residencia, renta o trabajo. El ciudadano ejercita la libertad de escoger el lugar del tratamiento y el profesional dentro de la estructura pública y privada concertada. Además existen profesionales y centros con ejercicio totalmente privado. El Servicio se financia a través de los presupuestos generales, con impuestos directos e indirectos que son ingresos propios de cada región. Por otro lado, la sanidad local dispone de entradas directas derivadas del ticket sanitario y de la prestación sujeta a pago.

Situación del parto domiciliario

En la actualidad faltan estadísticas que indiquen con exactitud la situación del parto domiciliario en Italia. Tampoco hay instrumentos legales a nivel nacional que definan las condiciones del mismo.

Al parlamento han llegado varias propuestas de ley sobre la protección del parto con el fin de preservar el derecho a decidir el lugar para el parto y regular el reembolso. Por otro lado algunas regiones si tienen instrumentos legales propios y han reconocido con leyes específicas la posibilidad del reembolso del parto domiciliario: Piamonte, Emilia Romana, Marcas y Trentino. La región que inició esta tendencia fue Emilia Romana en 1998 (la Ley Regional sobre el Parto reconoce a la mujer el derecho al parto gratuito independientemente del lugar donde sucede). A partir de esta y otras leyes se produjo la sensibilización cultural y la modificación del trabajo en la estructura hospitalaria (humanización del ambiente y formación de los sanitarios). Algunos hospitales y aseguradoras incluyen en su cartera de servicios el parto a domicilio al cargo siempre de matronas (en Italia el título de matrona se obtiene como

especialización de la titulación de enfermería). El primer servicio público empezó a funcionar en el hospital de Torino en 1997.

Al margen de estos servicios, hay al menos 32 grupos de personas dedicadas al parto a domicilio por toda la geografía. Se pueden reconocer profesionales que ofertan sus servicios desde 1980, aunque no siempre es posible conocer su formación.

Epidemiología

En Italia, en el año 2003, el 88% de los partos se produjeron en hospitales públicos, el 12% en casas de salud y el 0,12% en el domicilio. El porcentaje de partos en el domicilio no fue homogéneo en todas las regiones, variando entre 0,02% y 0,50% (tabla 5). Entre las regiones con un porcentaje superior de partos en la propia casa están aquellas que disponen de una legislación que regula el reembolso de la atención al parto en el domicilio. Las estadísticas no distinguen entre partos domiciliarios planeados o accidentales. En 2004 las estructuras sanitarias dependientes de Módena, Bolonia y Regio Emilia asistieron a 76 partos realizados de forma planificada en su domicilio, lo que supone un 0,11% del total.

Tabla 4. Distribución de los partos según el lugar: Italia: 2002-2003

Región	Hospital público	Casa de salud		Domicilio	Otro	Total
		Acreditada	Privada			
Piemonte	97,74	0,39	1,70	0,11	0,05	34.508
Valle d'Aosta	100,00	-	-	-	-	1.110
Lombardia	92,86	6,29	0,53	0,20	0,11	83.031
Prov. Auton. Trento	99,42	-	-	0,50	0,08	4.820
Veneto	99,85	-	-	0,11	0,04	44.017
Friuli Venecia Giulia	92,55	7,04	-	0,35	0,06	9.887
Liguria	98,40	-	1,32	0,05	0,24	9.723
EmiliaRomagna	97,66	1,98	0,03	0,29	0,04	33.930
Toscana	98,57	0,62	0,75	0,06	0,01	28.792
Umbria	97,51	-	-	0,13	0,01	7.060
Marche	97,21	2,58	-	0,18	0,02	12.091
Lazio	82,51	13,43	4,06	-	-	51.126
Abruzzo	90,57	2,18	-	0,04	0,03	7.017
Campania	50,21	46,12	1,93	0,07	0,03	58.220
Puglia	84,74	13,54	-	0,03	0,01	38.936
Basilicata	99,59	0,38	-	-	0,03	3.932
Sicilia	96,70	3,27	-	0,02	0,01	18.408
Sardegna	78,32	21,40	-	0,25	0,03	6.378
Total año 2003	87,65	10,67	1,01	0,12	0,05	452.986
Total año 2002	87,12	10,89	1,17	0,37	0,05	367.932

Fuente: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

REINO UNIDO

Sistema Sanitario

El Servicio Nacional de Salud se financia a partir de los impuestos generales, de contribuciones a la Seguridad Social y, en menor medida (12%), de cuotas e ingresos diversos. La cobertura alcanza a toda la población residente en el Reino Unido.

La gestión de servicios está muy descentralizada y tanto médicos de familia como farmacéuticos y otros profesionales sanitarios son independientes y su relación es contractual. Además existen los Trust, organizaciones independientes para la provisión de las prestaciones del Sistema. Las autoridades sanitarias en Inglaterra y Gales y las juntas de salud (autoridades sanitarias locales) en Escocia y en Irlanda del Norte determinan las necesidades sanitarias locales y se encargan de decidir qué servicios van a prestar los Trust. Los pacientes sólo tienen que abonar una cuota cuando solicitan servicios especiales que no se entiendan como médicamente necesarios.

La asistencia sanitaria privada en el Reino Unido es complementaria a la pública. Casi el 11% de la población está cubierto por un seguro privado que complementa los servicios públicos.

Situación del parto domiciliario

Hay diversas instancias en el Reino Unido que apoyan y promocionan el parto domiciliario. Así, el Consejo de Enfermeras y Matronas ha emitido un comunicado subrayando su respaldo a las mujeres que deseen tener partos en casa. El National Childbirth Trust propone extender el objetivo del 10% de partos domiciliarios, ya aceptado por el gobierno galés, al resto del país.

Con la publicación en 1993 del informe del grupo de expertos del Childbirth Trust ("Cambiando los partos"), la política de cuidados a la maternidad ha tenido un gran impulso y se ha ido actualizando con nuevas directrices. La libre elección de la madre es el centro de la política y los dos aspectos clave son: el profesional que la atiende y el lugar del parto.

La formación de las matronas es una especialización a partir de la titulación de enfermería y la disponibilidad de una matrona en un área se relaciona con un mayor porcentaje de partos domiciliarios.

Epidemiología

En el Reino Unido, la tasa global de partos domiciliarios se acerca al 2,5%, con diferencias entre las áreas geográficas. Así, en West Somerset el 14,3% de los partos tienen lugar en el domicilio y en algunas zonas no llega al 0,5%.

Entre 2003 y 2004 se observó un incremento en los partos a domicilio en el Reino Unido, tanto en la estadística global del país como en el 50% de las localidades.

ESCOCIA

La tasa media de partos domiciliarios en Escocia fue de 1,03% en 2003 y 1,12% en 2004, llegando al 3,2% en algunos condados. Las tasas son bajas a pesar de que los estándares para servicios de maternidad publicados por el Servicio Nacional de Salud en Escocia en 2005

constataban que la mujer debe tener información suficiente para hacer una elección informada sobre el lugar donde dar a luz a su hijo.

GALES

Gales tiene la tasa media de partos domiciliarios más alta del Reino Unido: 2,70% en 2003 y 3,06% en 2004. Hay variabilidad en los diferentes condados (en algunos el porcentaje llega al 7,9%). La Asamblea Gubernamental Galesa marcó como objetivo para 2007 conseguir el 10% de partos domiciliarios.

INGLATERRA

En Inglaterra, las tasas medias de 2003 y 2004 han sido de 2,18% y 2,25% de partos domiciliarios sobre el total de partos respectivamente.

IRLANDA DEL NORTE

En Irlanda del Norte se dan las tasas más bajas de partos domiciliarios, siendo el porcentaje de partos domiciliarios de 0,34% en 2003 y de 0,38% en 2004.

REFERENCIAS

La información que se ha utilizado para este informe procede de las siguientes referencias y enlaces:

INTRODUCCIÓN:

- World health organization Regional Office for Europe. URL: <http://www.euro.who.int/HEN> [Consulta: marzo 2007].
- European Health Forum. URL: <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/sanco/ehf/home> [Consulta: marzo 2007].
- e-Health Web site (INFSO). URL: http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehhealth/index_en.htm [Consulta: marzo 2007].
- SANCO Public Health Web Site. En: http://europa.eu.int/comm/health/index_en.html [Consulta: marzo 2007].
- European Commission. Health and Consumer Directorate General. En: <http://forum.europa.eu.int/irc/DownLoad/kfebAKJUmuG7po2CCG2AalZ3qILNb5s0jp3Gj0eoJB2O5apeSGGkeZEV9hZgEIHfy/Analyse%20consultation%20health%20forumEN.pdf> [Consulta: marzo 2007].
- World health organization. Indicadores de salud reproductiva. URL: http://www.who.int/reproductive_indicators/index.asp. [Consulta: marzo 2007].
- World health organization. *Care in Normal Birth: a practical guide*. Document WHO/FRH/MSM/96.24, Division of Family and Reproductive Health. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
- European Midwives Association URL: http://www.europeanmidwives.org/uk/04What_is_EMA/01EMA/. [Consulta: marzo 2007].
- International Confederation of Midwives. URL: <http://www.internationalmidwives.org/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=34&meid=-1>. [Consulta: marzo 2007].

CANADÁ

- World health organization Regional Office for Europe. URL: <http://www.euro.who.int/document/e62040.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
- Minister of Health of Canada. National Consultations on the Renewal of the Federal Health Protection Legislation. National Consultations Summary Report. Renewal of the Federal Health Protection Legislation. En: [17](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpfb-

</div>
<div data-bbox=)

- dgpsa/pdf/pubs/nat_con_sum_rep-con_nat_rap_som_e.pdf [Consulta: marzo 2007].
- Office of Consumer and Public Involvement. URL: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/1998/1998_56bk4_e.html [Consulta: marzo 2007].
 - Public Advisory Committee. Public Advisory Committee Annual Report (2004). En: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpfbdgpsa/pdf/pubs/pacccp_annualreportrapportannuel_2004_e.pdf [Consulta: marzo 2007].
 - Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. URL: <http://www.sogc.org/guidelines/public/126e%2Dps%2Dmarch2003.pdf> [Consulta: marzo 2007].
 - Depository Services Program. URL: <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/H118-25-2004E.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
 - Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine. URL: http://bv.cdeacf.ca/documents/PDF/2003_02_0220.pdf. [Consulta: marzo 2007].
 - College of Midwives of British Columbia. URL: http://www.cmbc.bc.ca/docs/model_of_care/HomeBirthHandbook.pdf –. [Consulta: marzo 2007].
 - Canadian association of Midwifery. URL: <http://www.midwife.org/siteFiles/position/homeBirth.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
 - Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Policy statement. No 126. Midwifery. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:5.
 - Canadian Institute for health information. URL: <http://www.cihi.ca/> [Consulta: marzo 2007].
 - Canadian Association midwives. URL: http://www.canadianmidwives.org/british_columbia.htm. [Consulta: marzo 2007].

ESPAÑA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>. [Consulta: marzo 2007].
- *Sociedad española de ginecología y obstetricia sego*. URL: [Http://www.sego.es/](http://www.sego.es/)[Consulta: marzo 2007].
- Asociación Andaluza de Matronas URL: <http://www.aamatronas.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Asociación de Matronas extremeñas URL: <http://www.aexmatronas.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Asociación sindical gallega de Matronas URL: <http://www.matronasgallegas.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Federación de asociaciones de matronas de España. URL: <http://www.federacion-matronas.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Nacer en Casa. URL: <http://www.nacerencasa.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Asociación Castellano-Leonesa de Matronas URL: <http://www.ascalema.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Associació Catalana de Llevadores URL: <http://www.llevadores.org/>[Consulta: marzo 2007].
- Associació de Comares de la Comunitat Valenciana URL: <http://www.matronas-cv.org/>[Consulta: marzo 2007].

- Asociación Científica de matronas de Aragón URL: <http://www.oceez.net/matronas>. [Consulta: marzo 2007].
- Asociación española de pediatría URL: <http://www.aeped.es/> [Consulta: marzo 2007].
- Unidad de Igualdad y Género URL: <http://www.unidadgenero.com/default.cfm> [Consulta: marzo 2007].

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

- Johnson K, Daviss B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 2005;330:1416-22.
- Centers for Disease Control and Prevention. URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/natfinal2002.annvol1_24.pdf. [Consulta: marzo 2007].
- Midwives Alliance of North America URL: http://mana.org/laws/laws_ca.htm. [Consulta: marzo 2007].
- American College of Obstetricians and Gynecologists Home Page. URL: <http://www.acog.org/>. [Consulta: marzo 2007].
- American College of Nurse- Midwives. Position Statement. www.midwife.org/siteFiles/position/homeBirth.pdf - [Consulta: marzo 2007].
- The American Public Health Association. URL: <http://www.apha.org/> [Consulta: marzo 2007].

FRANCIA

- Ordre Sages femmes. URL: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre.htm> [Consulta: marzo 2007].
- Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. URL: <http://www.ansl.org/images/MemoireMMunier.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
- Les Observatoires Régionaux de la Santé et de leur Fédération. URL: <http://www.fnors.org/> [Consulta: marzo 2007].
- Ministère de la Santé et des Solidarités. URL: <http://www.sante.gouv.fr/> [Consulta: marzo 2007].
- Société Française de Gynéco-Pathologie (SFGP) URL: <http://www.sfgp.org/> [Consulta: marzo 2007].

HOLANDA

- Wieggers TA, van der Zee J, Keirse MJ. Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth*, 1998;3:190-7.
- Wieggers TA, van der Zee J, Kerssens JJ, Keirse MJ. Variation in home-birth rates between midwifery practices in The Netherlands. *Midwifery*, 2000 16:96-104.
- Tew M, Damstra-Wijmenga W. Safest birth attendants: recent Dutch evidence. *Midwifery*, 1991;7:55-63.

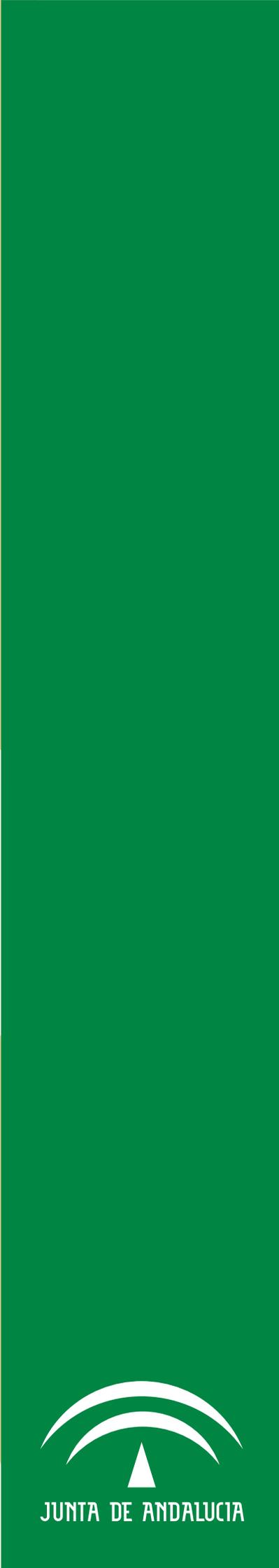
- Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, Dommelen P, Pal-de Bruin KM. Maternal factors and the probability of a planned home birth. BJOG. 2005 Jun;112:748-53.
- Borquez HA. Wiegers TA. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. Midwifery.2006,22(4):339-47.
- DeVries, R. Midwifery in The Netherlands: vestige or vanguard?.Medical Anthropology.2001; 20(4):277-311.
- Wiegers TA. Home or hospital birth: a prospective study of midwifery care in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998;79(2):139-41.
- Jabaaij, L. Meijer, W. Home births in The Netherlands: midwifery-related factors of influence. Midwifery.1996;12(3):129-35.

ITALIA

- Ministero de salute. URL:<http://www.ministerosalute.it/index.jsp>. [Consulta: marzo 2007].
- Ministero de salute. Emilia Romagna. URL: <http://www.ministerosalute.it/alimenti/resources/documenti/nutrizione/emiliaromagna/EMILIA%20ROMAGNALR11agosto1998n26.pdf>. [Consulta: marzo 2007].
- Governo Regione Piemonte. URL: <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2002/20/siste/00000181.htm>. [Consulta: marzo 2007].
- Istituto Superiore di Sanità. URL: <http://www.iss.it/> [Consulta: marzo 2007].
- Istituto Nazionale di Statistica. URL:<http://www.istat.it/sanita/sociosan/> [Consulta: marzo 2007].

REINO UNIDO

- Smith LF, Smith CP. UK childbirth delivery options in 2001-2002: alternatives to consultant unit booking and delivery. Br J Gen Pract. 2005, 55:292-7.
- King's Fund. URL: <http://www.kingsfund.org.uk/> [Consulta: marzo 2007].
- National electronic Library for Health. URL: <http://www.nelh.nhs.uk/> [Consulta: marzo 2007].
- Chamberlain G, Wraight A, Crowley P. Home Births: The Report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust Fund. London,1997.Taylor & Francis.
- Nacional Childbirth Trust. URL:<http://www.nct.org.uk/media/pressrelease?prid=60>. [Consulta: marzo 2007].
- Homebirth asociation. URL:<http://www.homebirth.org.uk/homebirthuk.htm>. [Consulta: marzo 2007].
- Commission for Patient and Public Involvement in Health. URL: <http://www.cppih.org/> [Consulta: marzo 2007].



JUNTA DE ANDALUCIA