

# Atención perinatal en España

Análisis de los recursos físicos, humanos,  
actividad y calidad de los servicios  
hospitalarios, 2010-2018



# Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018

Julio 2020



**Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud  
Subdirección General de Información Sanitaria**

**Director General de Salud Digital y Sistemas de Información para el Sistema Nacional de Salud**  
Alfredo González Gómez

**Subdirectora General de Información Sanitaria**  
Mercedes Alfaro Latorre

**Dirección y Coordinación**  
María Ángeles Gogorcena Aoiz  
Cristina Sanz Sebastián

**Responsable de la Edición del Documento**  
Damián Gallegos Lemos

**Equipo Técnico**  
Miguel de Bustos Guadaño  
David Toledo Gómez  
Dolores Pastor Sanmillán  
Susana Pato Alonso  
Antonio Ruíz Polonio  
Alberto Navarro García  
Julia Romero Alonso  
Belén Martínez Pablo

**Subdirección General de Tecnologías de la Información**  
Esther María Díaz Osuna  
Enrique Magdaleno Muñoz  
María José Rodríguez López



**Ficha Editorial:**

Sistema de Información y Registro de Atención Especializada (SIAE-RAE). Serie de informes. Monográficos: “Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018”. Ministerio de Sanidad. 2021.

**Palabras Clave:**

Atención perinatal  
Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE)  
Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD)  
Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD)  
Indicadores hospitalarios  
Ministerio de Sanidad  
Subdirección General de Información Sanitaria

**Autorización de uso:**

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

**Cita sugerida:**

Ministerio de Sanidad.  
Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, 2021.

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD  
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-21-017-X

<https://cpage.mpr.gob.es/>



## Contenido

1. Introducción .....	6
2. Objetivos .....	6
3. Metodología .....	6
3.1. Fuentes de datos .....	7
3.1.1. Estadística de centros de Atención Especializada-SIAE.....	7
3.1.2. Registro de altas CMBD y CMBD-RAE .....	7
4. Resultados .....	9
4.1. Recursos físicos .....	9
4.1.1. Número de camas de ginecología y obstetricia .....	10
4.1.2. Número de camas de neonatología .....	11
4.1.3. Número de paritorios.....	12
4.1.4. Número de incubadoras.....	13
4.2. Recursos Humanos.....	14
4.2.1. Profesionales de la medicina con especialidad de ginecología y obstetricia.....	14
4.2.2. Profesionales de enfermería con especialidad de matrona.....	15
4.2.3. Médicos Internos Residentes (MIR) de la especialidad de ginecología y obstetricia.....	16
4.2.4. Enfermeros Internos Residentes (EIR) en formación de la especialidad de matrona	17
4.3. Actividad asistencial hospitalaria .....	18
4.3.1. Estancias y Altas de Ginecología-Obstetricia .....	18
4.3.2. Actividad obstétrica.....	20
4.3.3. Estancia Media .....	21
4.3.4. Natalidad y fecundidad .....	22
4.3.5. Muerte materna (éxito/fallecimiento materno).....	24
4.3.6. Recién nacidos vivos y recién nacidos vivos < de 2.500 gramos.....	25
4.3.7. Estancias y Altas de Neonatología.....	27
4.3.8. Muerte neonatal .....	29



4.4.	Calidad y Resultados de la asistencia hospitalaria .....	30
4.4.1.	Realización de amniotomía (amniorexis artificial) .....	30
4.4.2.	Partos inducidos .....	31
4.4.3.	Uso de analgesia loco-regional (epidural o raquídea).....	32
4.4.4.	Episiotomías en partos vaginales .....	33
4.4.5.	Desgarros perineales de III y IV grado en partos vaginales no instrumentales y en partos vaginales instrumentales .....	34
4.4.6.	Partos vaginales instrumentales .....	36
4.4.7.	Partos vaginales con uso de fórceps .....	37
4.4.8.	Partos vaginales con uso de vacuum extractor.....	38
5.	Discusión y conclusiones .....	39
ANEXO 1.	.....	41
	Indicadores de calidad (RAE-CMBD): criterios de selección de códigos de diagnóstico y procedimiento para la construcción de los indicadores .....	41
ANEXO 2.	.....	43
	Indicadores de dotación y actividad SIAE: Fichas técnicas .....	43
ANEXO 3.	.....	45
	Definiciones SIAE.....	45
ANEXO 4.	.....	47
	Abreviaturas y siglas utilizadas.....	47



## 1. Introducción

El periodo perinatal se define como el comprendido desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días)<sup>1</sup>. Este periodo es clave en el ser humano, y se caracteriza por una importante vulnerabilidad y la existencia de una patología propia de esta etapa, transitoria o permanente, que puede tener secuelas. En la atención perinatal participan centros sanitarios tanto del ámbito de la atención primaria como hospitalaria, y distintos profesionales sanitarios: matronas, profesionales de enfermería (enfermería maternal y neonatal) y profesionales de la medicina (obstetras, pediatras neonatólogos, anestesistas y médicos de familia).

En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, con una amplia participación institucional, de sociedades científicas, personas expertas y asociaciones ciudadanas y representantes de las Comunidades Autónomas con el objetivo de ofrecer asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia en la gestión de la maternidad hospitalaria. Posteriormente la atención perinatal ha sido considerada en el marco más amplio de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) aprobada en 2011 que prevé el abordaje diferencial de la salud sexual y la salud reproductiva.

El presente informe está centrado en la atención prestada en el ámbito de la atención especializada y fundamentalmente en la modalidad de hospitalización.

## 2. Objetivos

El objetivo de este informe es realizar un análisis de la evolución de la atención perinatal en España, en cuanto a los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios sanitarios hospitalarios, tomando como referencia algunos de los indicadores la estrategia de atención perinatal del SNS en el periodo 2010-2018.

## 3. Metodología

Se trata de un análisis descriptivo de los datos de los servicios sanitarios hospitalarios relacionados con la atención perinatal en el periodo 2010-2018. Las fuentes de información son las bases de datos de los sistemas de información de Atención Especializada (SIAE), Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) (2010-2015) y Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) (2016-2018). Se incluyen indicadores de recursos físicos, recursos humanos, actividad y calidad asistencial.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC. Codificación Clínica con la CIE-9-MC.





### 3.1. Fuentes de datos

#### 3.1.1. Estadística de centros de Atención Especializada-SIAE

Se utilizan las variables relativas a dotación, personal y atención Obstétrica del cuestionario anual del SIAE para centros con internamiento (C1), que anualmente se envía al Ministerio por parte de todos los hospitales y se puede consultar en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

La Estadística de Centros de Atención Especializada forma parte de las operaciones estadísticas incluidas en el Plan Estadístico Nacional, se cumplimenta anualmente por la totalidad de los hospitales públicos y privados de España por lo que las cifras de partos, mortalidad materna, recién nacidos, recién nacidos con < de 2500 gr tienen carácter de estadísticas oficiales para el sector.

#### 3.1.2. Registro de altas CMBD y CMBD-RAE

El registro de altas hospitalarias reúne la información relativa al Conjunto Mínimo Básico de Datos, definido en 1987 por el Consejo Interterritorial para el conjunto de hospitales del SNS. Desde entonces, el CMBD se ha consolidado como la principal base de datos para el conocimiento de la morbilidad atendida y el proceso de atención de los pacientes atendidos en los hospitales. En 2016 se implanta el RAE-CMBD como nuevo modelo de datos del CMBD de las Altas Hospitalarias extendiendo el registro a otras áreas alternativas a la hospitalización (hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias). Desde el año 2005 el CMBD y RAE-CMBD incluyen, con cobertura creciente, al sector privado.

La estructura, formato y contenidos del RAE-CMBD, así como las normas para el registro y envío de la información se recogen en el Real Decreto 69/2015 de 6 de Febrero, el cual regula el Registro de Actividad Sanitaria de Atención Especializada y que se puede consultar en:

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=23606>

El Registro de altas RAE-CMBD es sometido a reglas de validación que tienen como consecuencia la exclusión de registros y/o variables cuando éstos son erróneos; consecuentemente las cifras absolutas, siendo representativas, pueden adolecer de un sub-registro del número real de casos.

Es importante mencionar que con la implantación del nuevo modelo de datos en el año 2016 se registra por una parte una disminución de cobertura que afecta al año 2016 y en menor medida al año 2017. Por otra parte, algunos indicadores también pueden sufrir una rotura de serie derivada del cambio en la clasificación, lo que debe tenerse en cuenta en la interpretación de algunos resultados.

En lo que se refiere la codificación de los datos clínicos, para el CMBD 2010-2015 se utilizan los códigos CIE9MC y a partir del 2016, con la implantación del nuevo modelo RAE-CMBD, se aplica la CIE-10-ES como clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de la morbilidad en aplicación del Real Decreto 69/2015. La CIE-10-ES integra dos clasificaciones, la de diagnósticos que corresponde a la modificación clínica estadounidense de la CIE10 (ICD10CM) y un sistema de clasificación de procedimientos, las cuales fueron traducidas y validadas por el Ministerio de Sanidad en colaboración con expertos de Comunidades Autónomas y Sociedades Científicas.



Para este informe se utilizaron los siguientes filtros al consultar las Bases de Datos CMBD (2010-2015) y RAE-CMBD (2016-2018):

Sexo: Mujer.

Tipo de contacto: Hospitalización con estancias 0 normalizadas (eliminación de los casos con estancia cero no válidas).

Los criterios específicos para la construcción de los indicadores se recogen en las fichas técnicas del Anexo 1.

El análisis de calidad asistencial hospitalaria está referido exclusivamente a los hospitales del Sistema Nacional de Salud por las diferencias en cobertura, exhaustividad y codificación con los registros de hospitales privados; aunque han incrementado su cobertura, exhaustividad y calidad, los resultados globales para la serie estudiada impiden su comparabilidad.



## 4. Resultados

### 4.1. Recursos físicos

En España hay 508 hospitales con oferta de atención de ginecología y obstetricia, de los cuales por su dependencia el 54,7% son públicos-SNS (278 hospitales) y el 45,3% son privados (230 hospitales). En la tabla 1 se detalla el número de hospitales por comunidades autónomas y ciudades autónomas.

**Tabla 1. Hospitales con Atención de Ginecología y Obstetricia por Comunidades Autónomas según dependencia. Años 2010-2018**

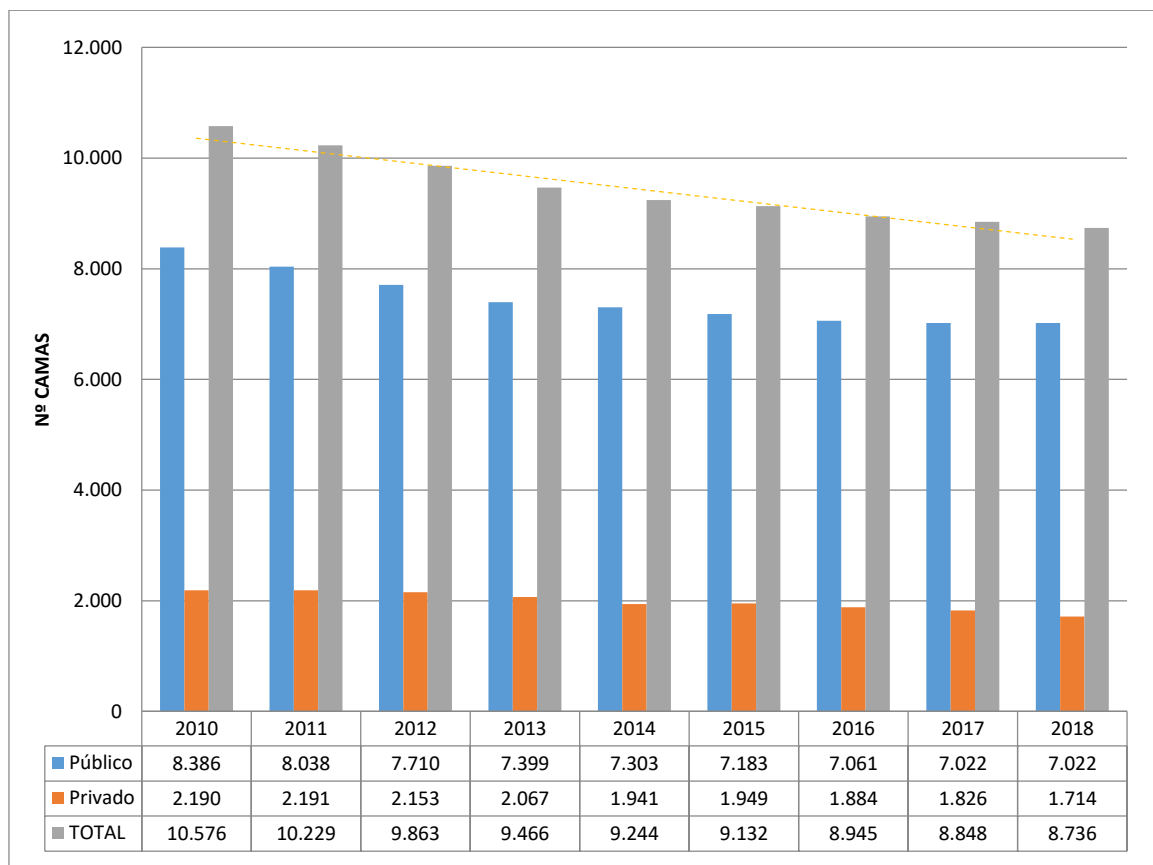
	Públicos-SNS	Privados	Total
	N (%)	N (%)	
ANDALUCÍA	46 (47,4)	51 (52,6)	97
ARAGÓN	13 (72,2)	5 (27,8)	18
ASTURIAS	10 (71,4)	4 (28,6)	14
ILLES BALEARS	9 (47,4)	10 (52,6)	19
CANARIAS	8 (36,4)	14 (63,6)	22
CANTABRIA	3 (75,0)	1 (25,0)	4
CASTILLA Y LEÓN	14 (48,3)	15 (51,7)	29
CASTILLA-LA MANCHA	15 (62,5)	9 (37,5)	24
CATALUÑA	51 (65,4)	27 (34,6)	78
COMUNIDAD VALENCIANA	26 (56,5)	20 (43,5)	46
EXTREMADURA	8 (50,0)	8 (50,0)	16
GALICIA	15 (57,7)	11 (42,3)	26
MADRID	30 (51,7)	28 (48,3)	58
REGIÓN DE MURCIA	8 (50)	8 (50)	16
C. FORAL DE NAVARRA	4 (66,7)	2 (33,3)	6
PAÍS VASCO	14 (46,7)	16 (53,3)	30
LA RIOJA	2 (66,7)	1 (33,3)	3
CEUTA	1 (100,0)	0 (0,0)	1
MELILLA	1 (100,0)	0 (0,0)	1



#### 4.1.1. Número de camas de ginecología y obstetricia

En el año 2018, en España había un total de 8.736 camas funcionantes para los servicios de ginecología y obstetricia, de las cuales el 80,3% pertenecían al SNS. Desde el año 2010 se aprecia una tendencia descendente en el número de camas, con una disminución de 1.840 camas en el periodo analizado, lo que representa un 17,4% menos. (Fig. 1).

**Figura 1. Número de camas de ginecología obstetricia según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

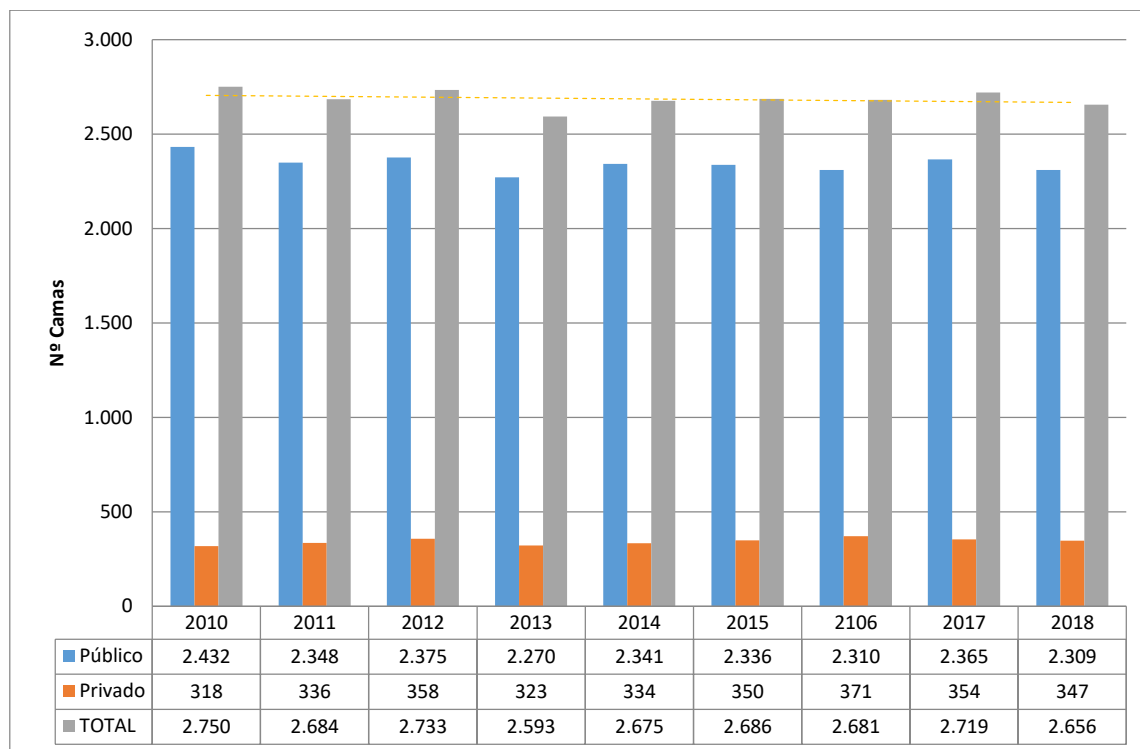




#### 4.1.2. Número de camas de neonatología

El número de camas funcionantes de neonatología en España en el año 2018 era de 2.656, de ellas, el 86,9% corresponden al SNS. También en este indicador se registra una tendencia decreciente desde el año 2010 aunque su disminución, un total de 94 camas en el periodo (3,4%), es mucho menos acusada que para el total de camas de Ginecología y Obstetricia. (Fig. 2).

**Figura 2. Número de camas de neonatología según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

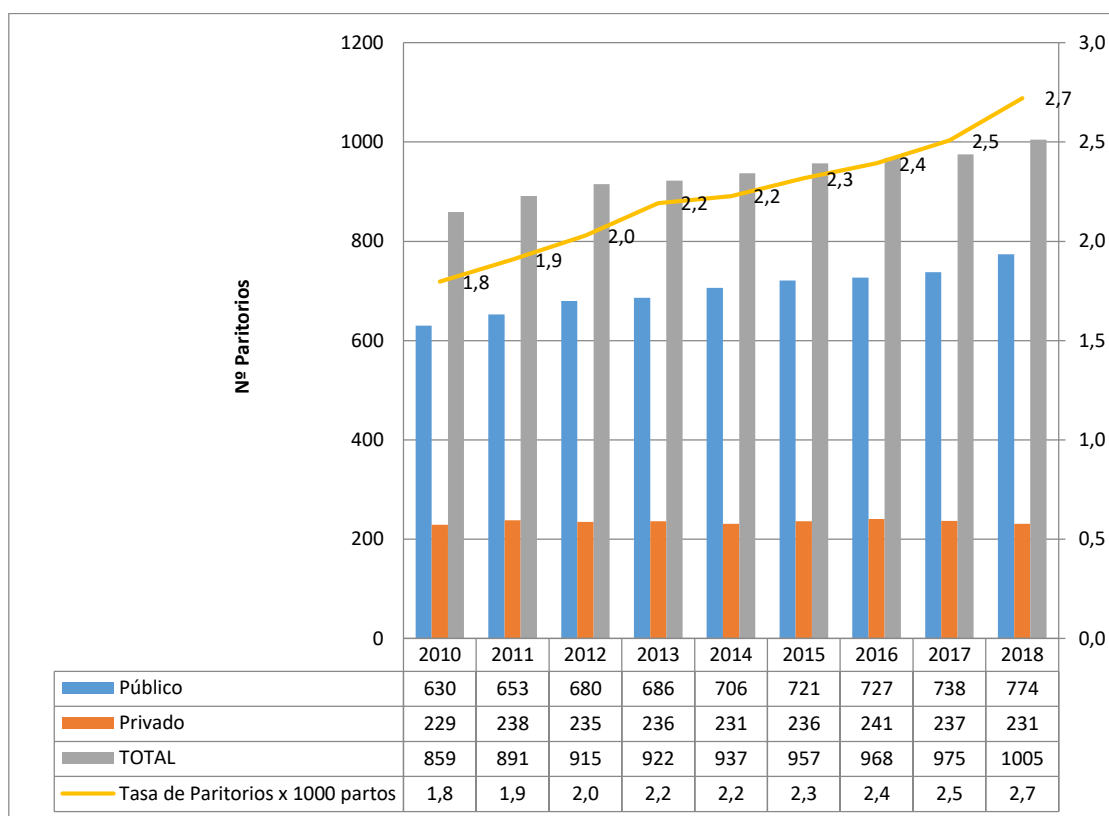




### 4.1.3. Número de paritorios

En el año 2018 España contaba con un total de 1005 paritorios, donde el 77,01% corresponden al SNS. Desde el año 2010 se aprecia una ligera tendencia ascendente con un incremento de 146 paritorios, lo que representa un incremento de 14,52% para el periodo analizado. La tasa de paritorios ha ascendido de 1,8 a 2,7 por 1.000 partos (incluyendo cesáreas) entre 2010 y 2018 (Fig. 3).

**Figura 3. Número de paritorios según dependencia del hospital (público-SNS, privado) y tasa de paritorios por 1.000 partos. 2010-2018.**

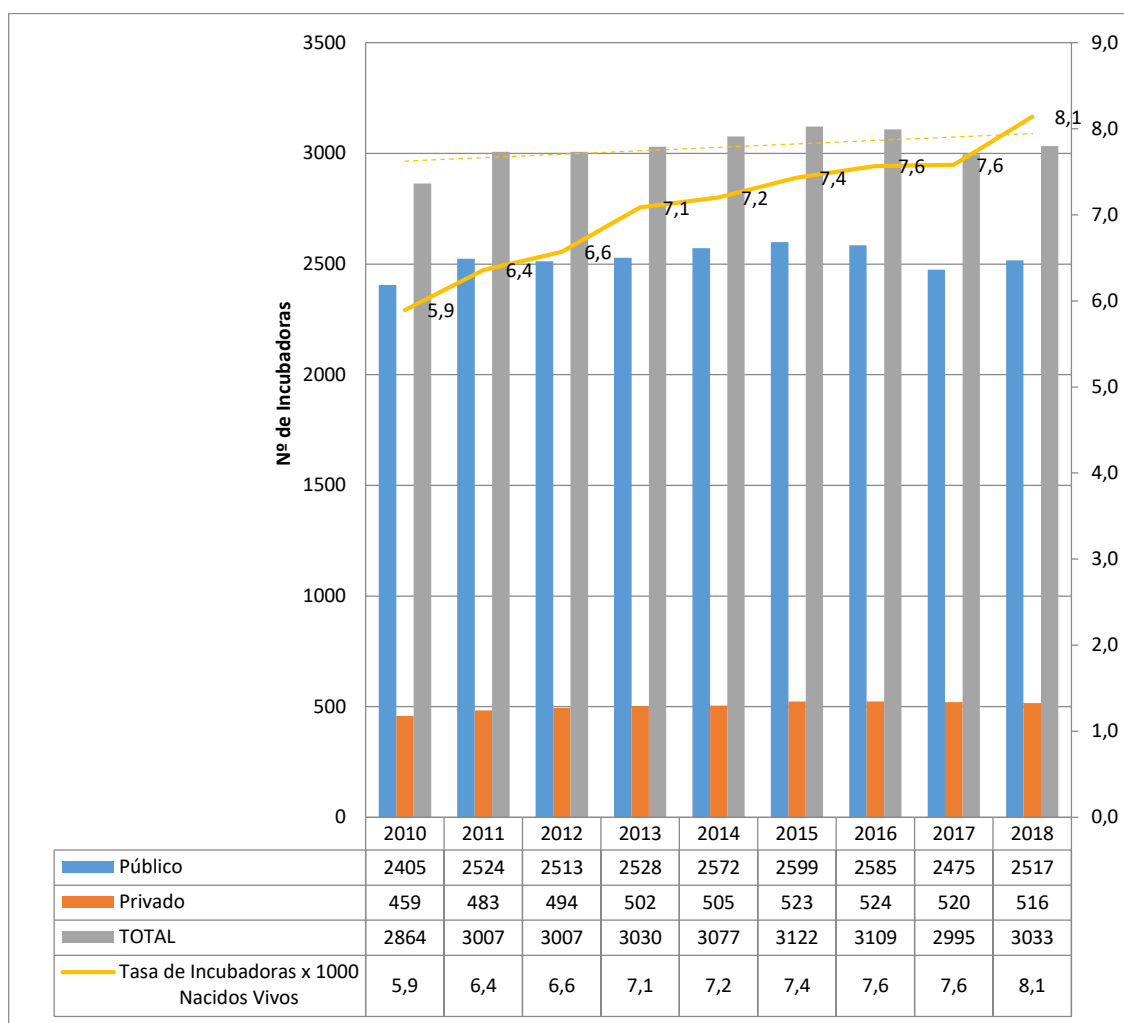




#### 4.1.4. Número de incubadoras

En el año 2018 había en España 3.033 incubadoras, de las cuales el 83% pertenecían al SNS. También se aprecia una ligera tendencia ascendente desde el año 2010 con un incremento de 169 incubadoras, lo que representa un incremento de 5,57% para el periodo analizado. La tasa de incubadoras ha ascendido de 5,9 a 8,1 por 1.000 nacidos vivos entre 2010 y 2018 (Fig. 4).

**Figura 4. Número de incubadoras según dependencia del hospital (público-SNS, privado) y tasa de incubadoras por 1.000 nacidos vivos. 2010-2018.**





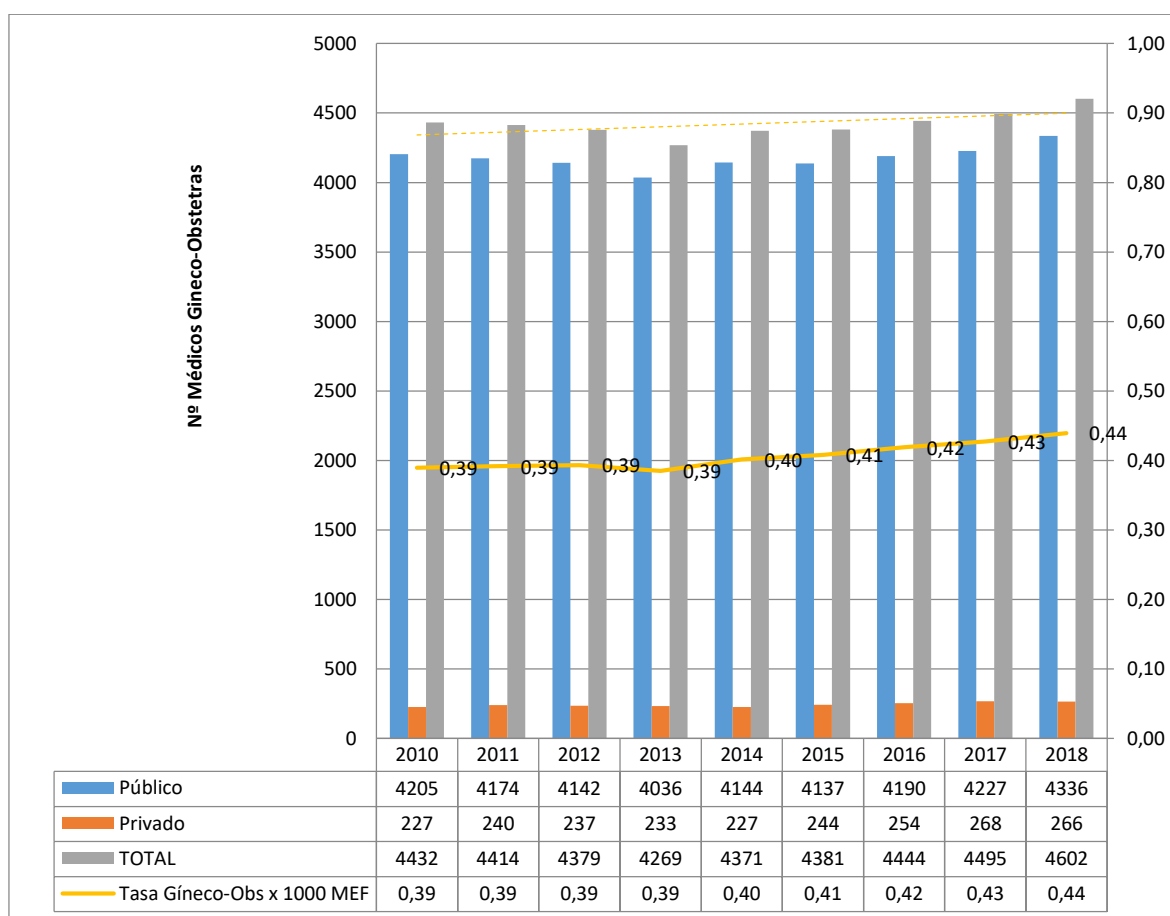
## 4.2. Recursos Humanos

A 31 de diciembre del 2018, los centros hospitalarios, públicos y privados, en España, contaban con un total de 143.995 profesionales de la medicina y 175.954 de enfermería, siendo la razón entre estos colectivos profesionales de 1,2. Este análisis se centra en aquellos que ejercen su actividad en la atención perinatal.

### 4.2.1. Profesionales de la medicina con especialidad de ginecología y obstetricia

En el año 2018 había en los hospitales un total de 4.602 especialistas de ginecología y obstetricia, lo que representa un 3,2% del total de profesionales de la medicina para ese año. De ellos el 94,21% ejercía en hospitales del SNS. Desde el año 2010 hasta 2018 se aprecia un ligero incremento del 3,7% en el número de profesionales médicos con dicha especialidad, acompañado de un pequeño incremento en la tasa de especialistas en ginecología-obstetricia por 1.000 mujeres en edad fértil (Fig. 5).

**Figura 5. Número de profesionales médicos con especialidad de ginecología y obstetricia según dependencia del hospital (público-SNS, privado) y tasa por 1.000 mujeres en edad fértil. 2010-2018.**



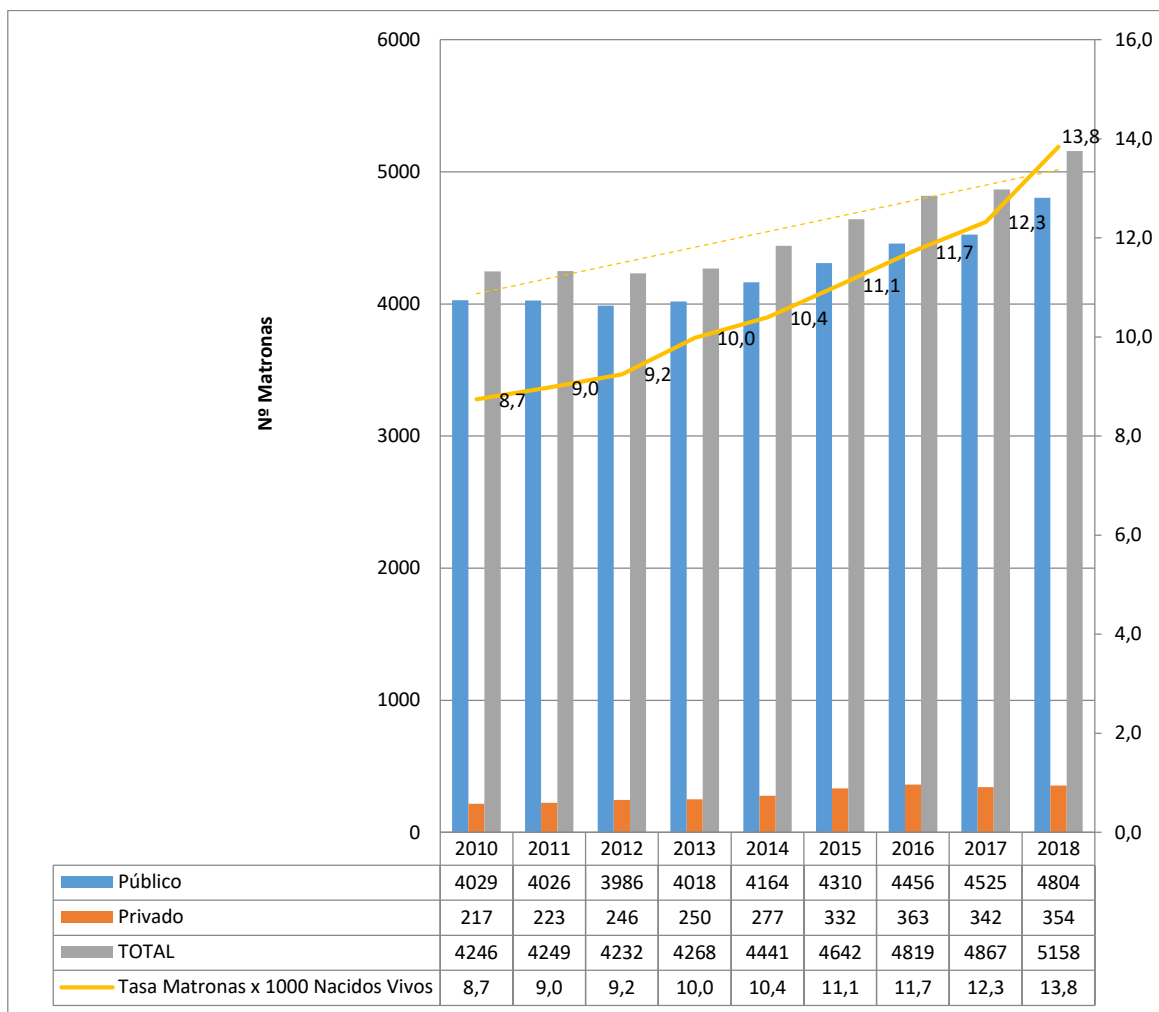




#### 4.2.2. Profesionales de enfermería con especialidad de matrona

En relación con los profesionales de enfermería, en los hospitales españoles había 5.158 con formación de matrona en el año 2018, lo que representa un 2,9% del total de profesionales de enfermería para ese año. De ellos el 93,1% ejercía en hospitales del SNS. Desde el año 2010 hasta 2018 se aprecia un incremento del 17,7% en el número de matronas. (Fig. 6)

**Figura 6. Número de profesionales de la enfermería con especialidad de matrona según dependencia del hospital (público-SNS, privado) y tasa por 1.000 nacidos vivos. 2010-2018.**

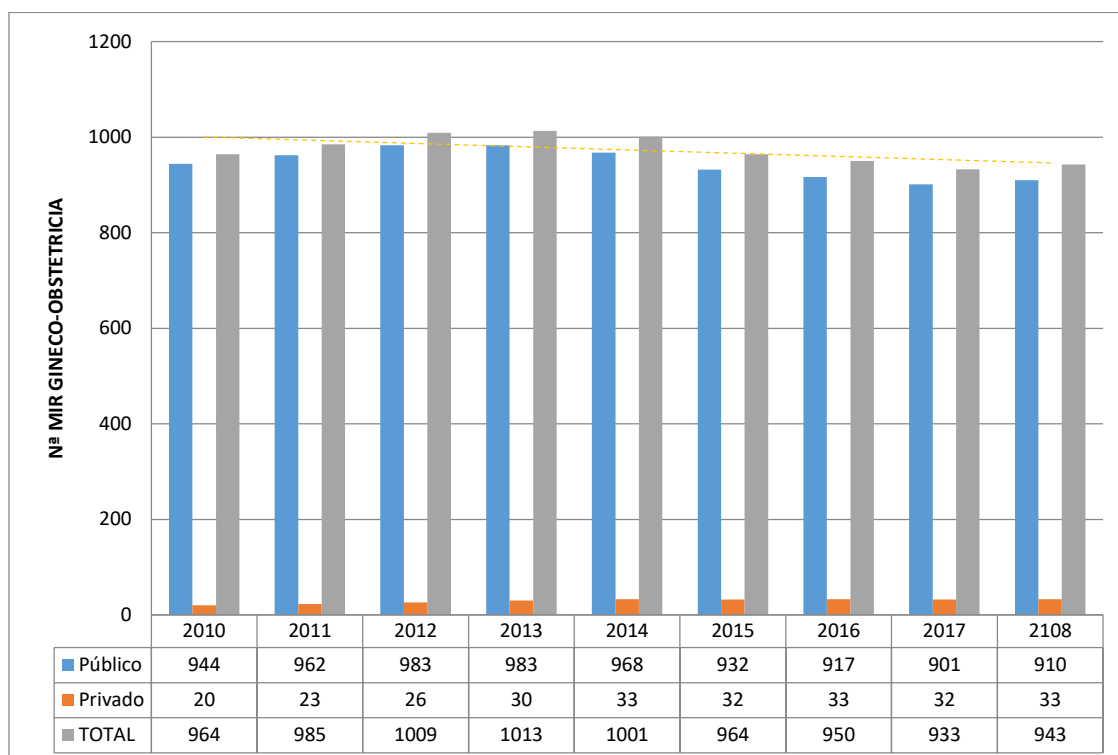




#### 4.2.3. Médicos Internos Residentes (MIR) de la especialidad de ginecología y obstetricia

En cuanto a los médicos internos residentes de ginecología y obstetricia, en el año 2018 había 943; de éstos el 96,5% recibía su formación en hospitales del SNS. Desde el año 2010 hasta 2018 el número de MIR de esta especialidad se mantiene estable (Fig. 7).

**Figura 7. Número de médicos internos residentes (MIR) de la especialidad de ginecología y obstetricia según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

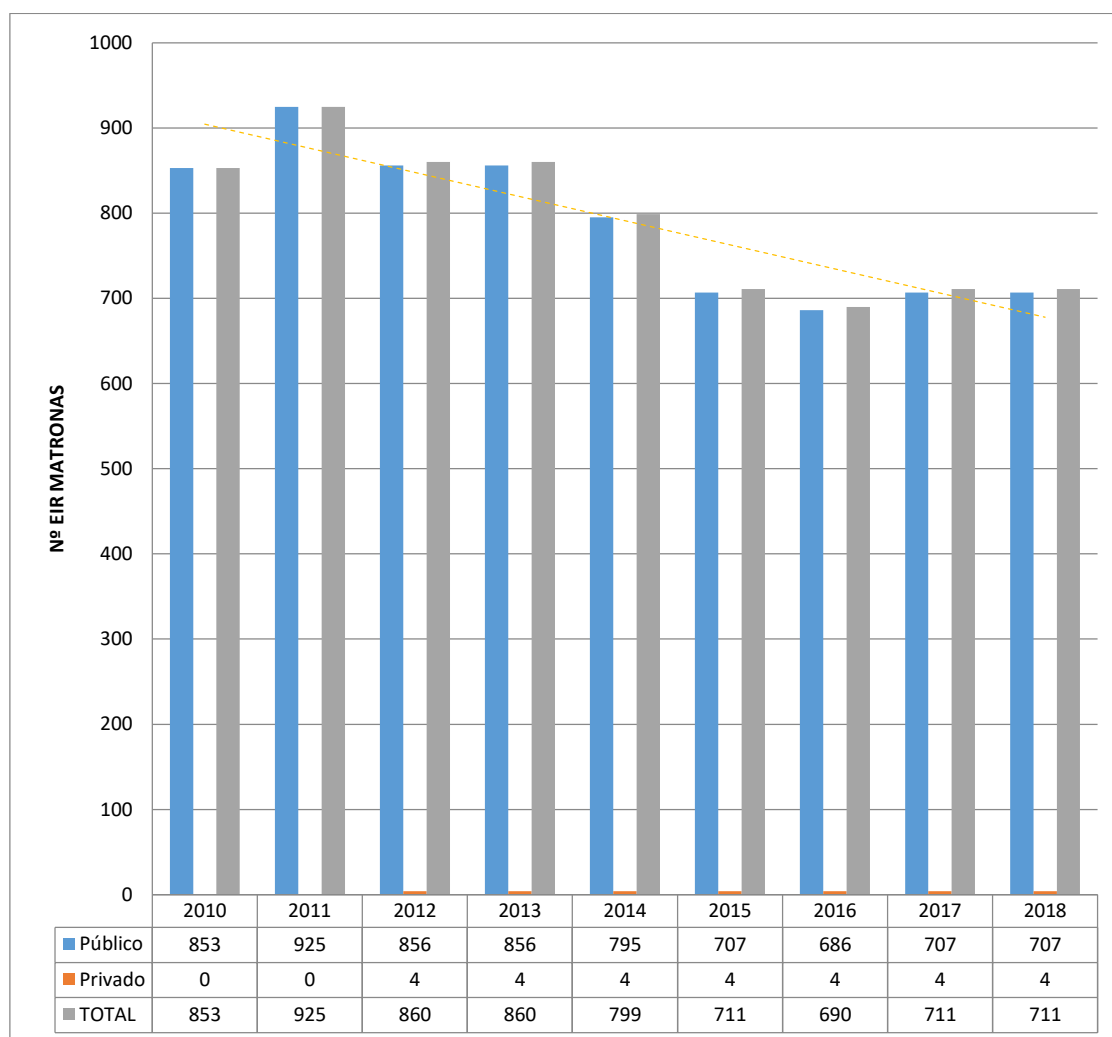




#### 4.2.4. Enfermeros Internos Residentes (EIR) en formación de la especialidad de matrona

Con respecto al número de EIR en formación de la especialidad de matrona en los hospitales, el número ascendía a 711 en 2018, de éstos el 99,4% recibía su formación en hospitales del SNS. Desde el año 2010 hasta 2018 se aprecia un descenso del 16,6% en el número de EIR en formación de la especialidad matrona. (Fig. 8).

**Figura 8. Número de enfermeros internos residentes (EIR) en formación de la especialidad de matrona según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**



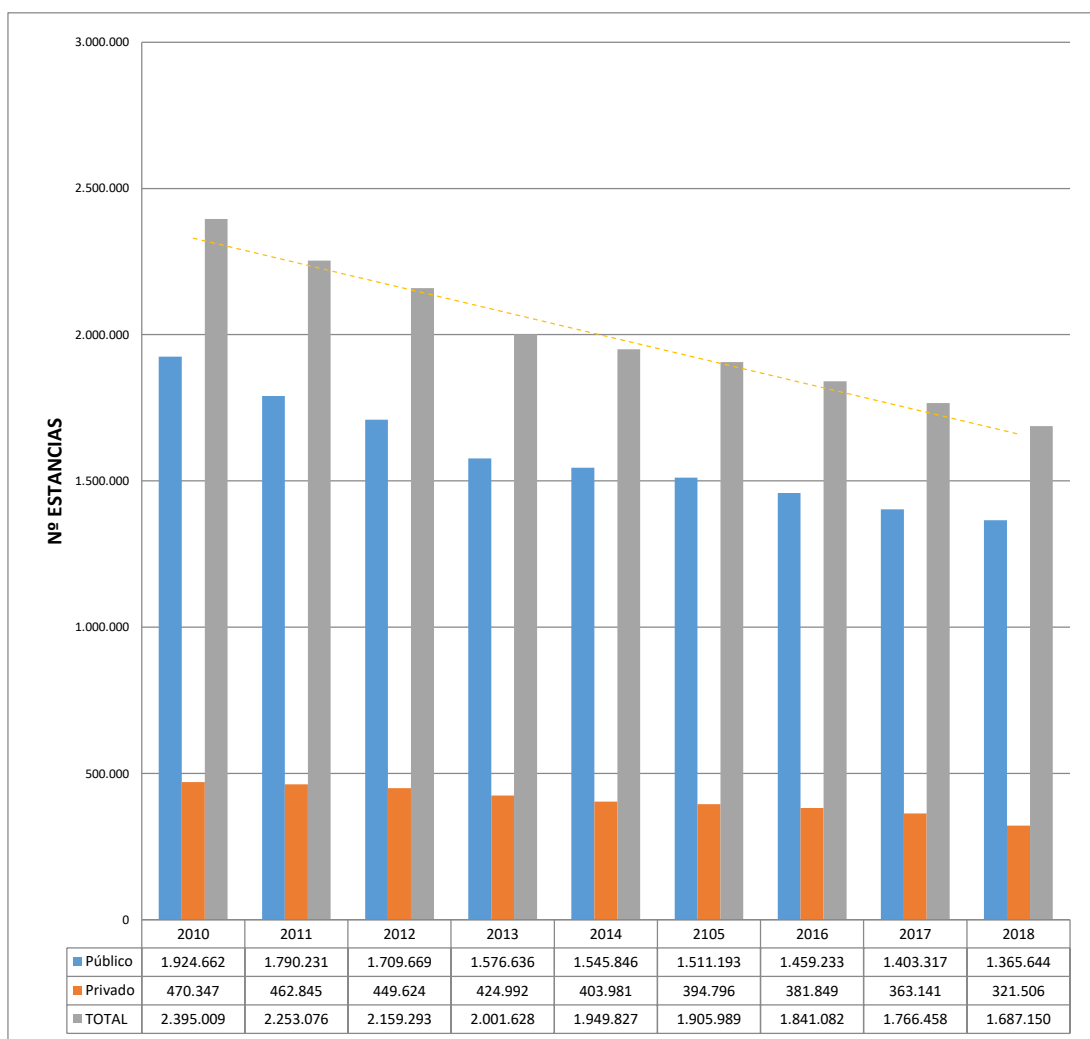


### 4.3. Actividad asistencial hospitalaria

#### 4.3.1. Estancias y Altas de Ginecología-Obstetricia

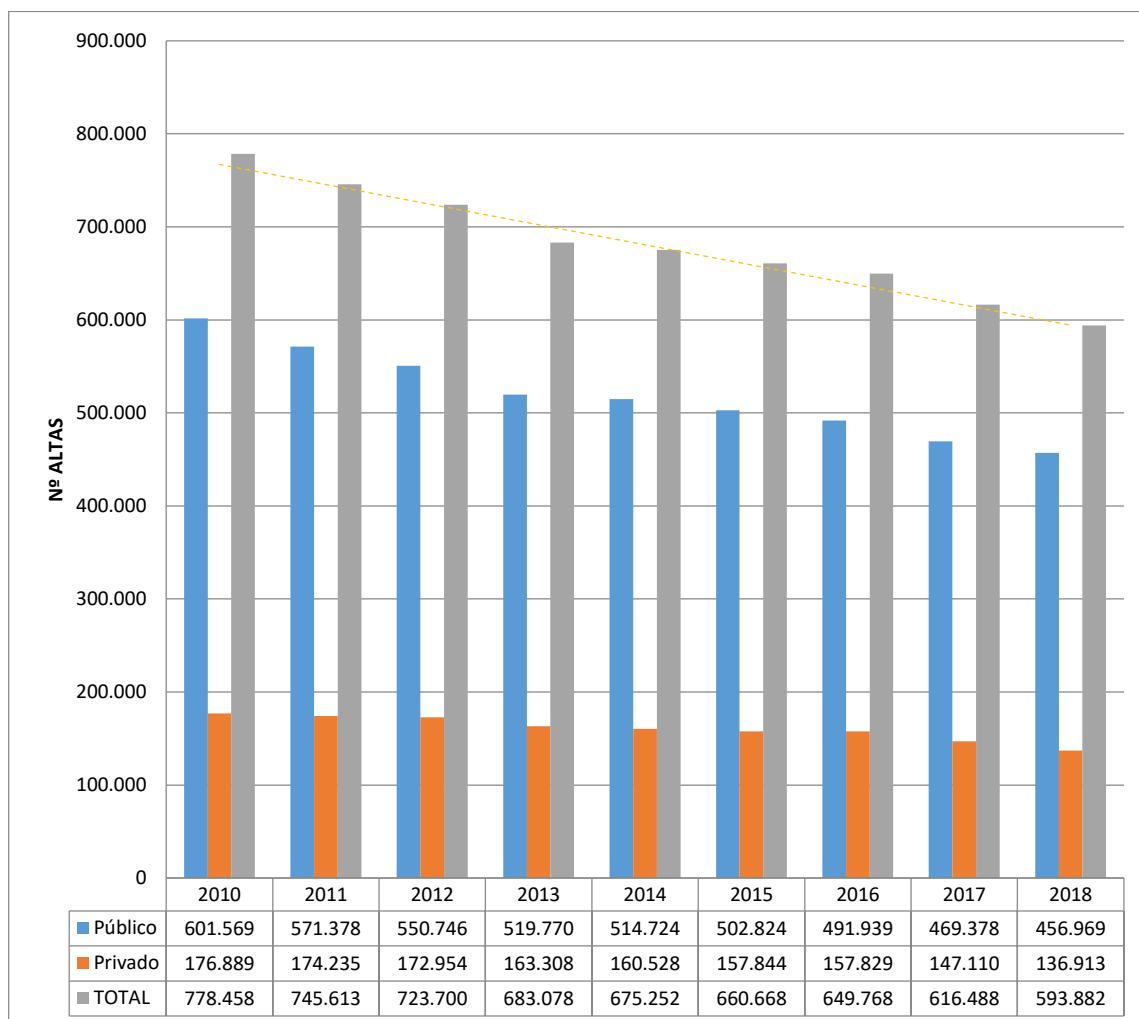
En el año 2018 se registraron en España 1.687.150 millones de estancias hospitalarias de ginecología y obstetricia en 592.882 episodios de hospitalización (altas) (Figuras 9 y 10). De ellas, el 80,94% y el 76,94% respectivamente pertenecían al SNS. En ambos casos se observa una tendencia decreciente para la serie temporal analizada.

**Figura 9. Número de estancias de Ginecología-Obstetricia según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**





**Figura 10. Número de altas de Ginecología-Obstetricia según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

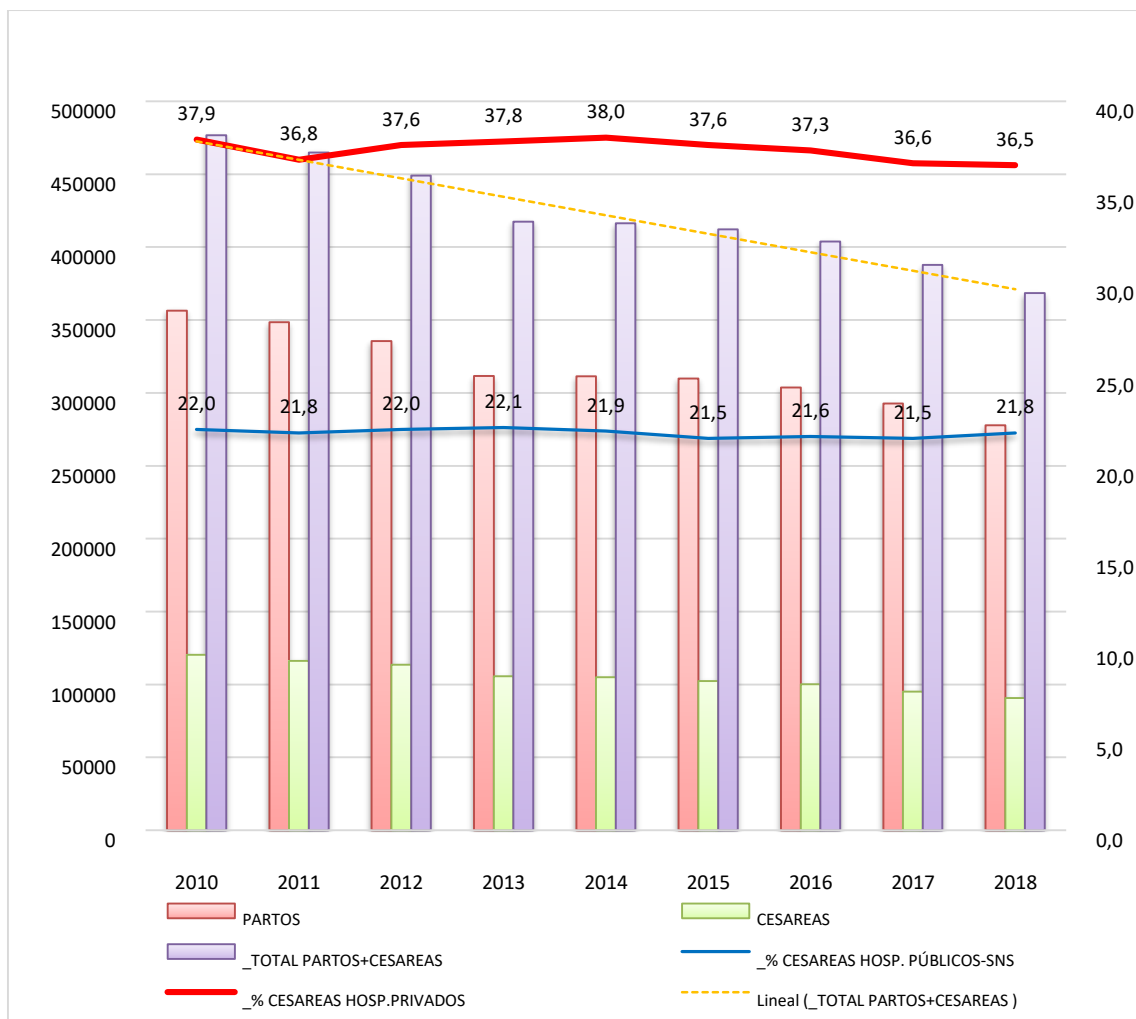




### 4.3.2. Actividad obstétrica

En el año 2018 se atendieron 368.368 partos, lo que supone un descenso de 22,7% respecto al año 2010. Del total de partos atendidos, el 81,1% se efectuaron en el SNS. Respecto al tipo de parto, mientras que en 2018 los hospitales de la red del SNS tuvieron un 21,8% de partos por cesárea, en los hospitales privados dicha tasa fue de 36,5% (Fig. 11).

**Figura 11. Número de partos, partos por cesáreas y porcentaje de cesáreas según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

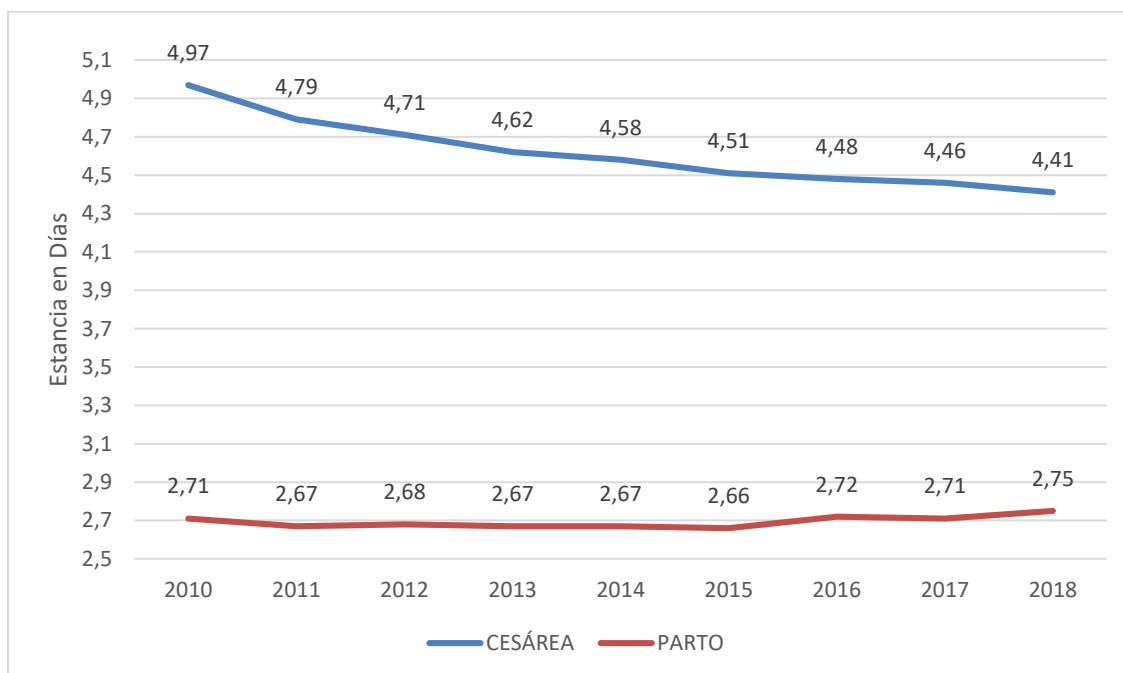




### 4.3.3. Estancia Media

La estancia media de los episodios de parto vaginal para los casos registrados en RAE-CMBD con GRD de parto<sup>2</sup> se mantiene estable con una media de 2,7 días para los años descritos. Por otro parte, el parto por cesárea<sup>3</sup> presenta una disminución constante de 4,95 en 2010 a 4,41 días en 2018 acortando la diferencia en la estancia media entre ambos tipos de partos de 2,26 a 1,66 días respectivamente (Fig. 12).

**Figura 12. Estancia Media (nº de días de hospitalización). España. 2010-2018.**



<sup>2</sup> GRD-APR 560: parto.

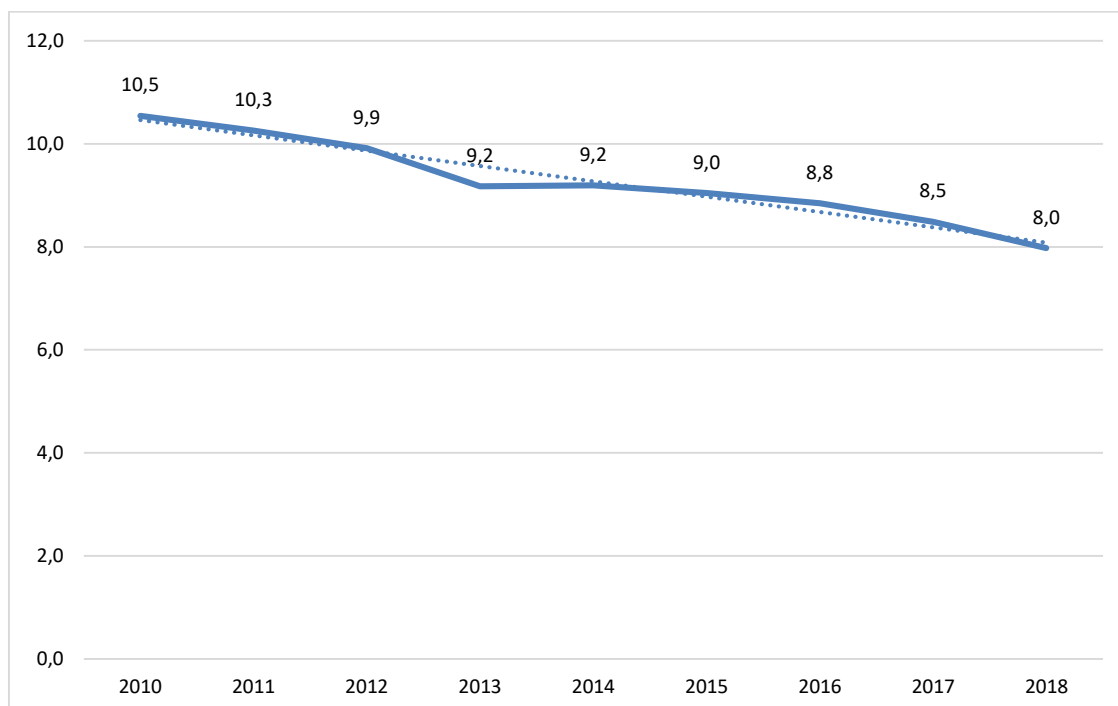
<sup>3</sup> GRD-APR 540: cesárea.



#### 4.3.4. Natalidad y fecundidad

En España, y con base en los datos registrados en SIAE, se ha producido un descenso de la natalidad y la fecundidad en los últimos años. El número de nacimientos por mil habitantes ha caído más del 23%, de 10,5 en 2010 hasta 8,0 en 2018. Del mismo modo, el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil disminuye un 16,6%, pasando de 42,7 en 2010 a 36,5 en el año 2018 (Figuras 13 y 14).

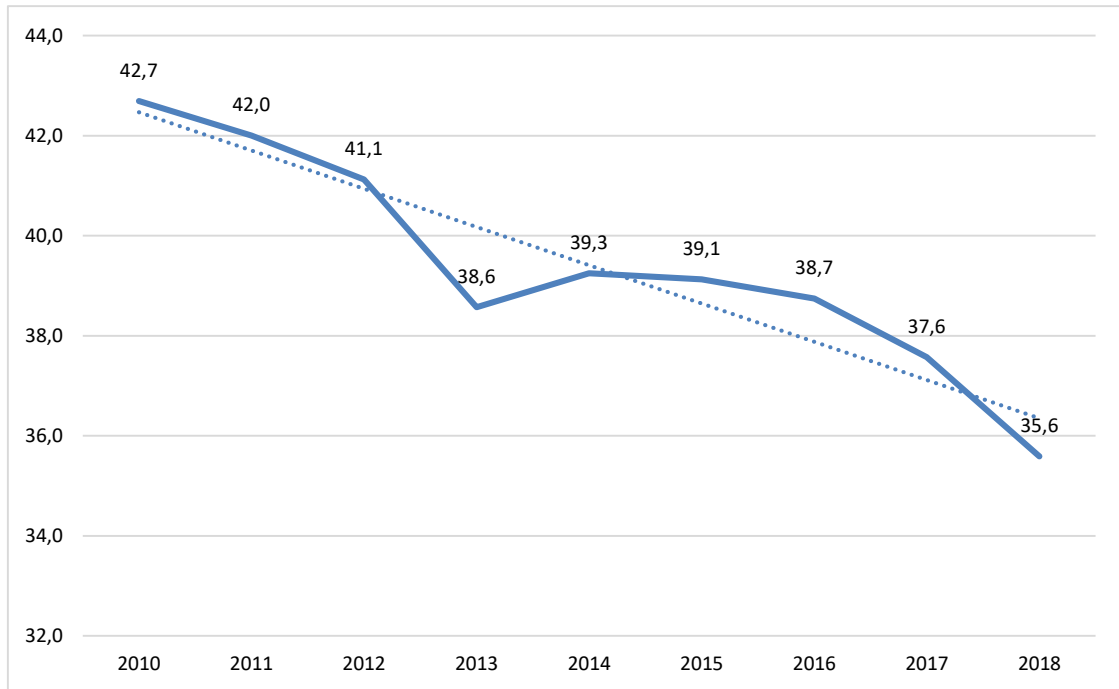
**Figura 13. Tasa de natalidad (nº de nacimientos por 1.000 habitantes). España. 2010-2018.**







**Figura 14. Índice de fecundidad (nº de nacidos vivos por 1.000 mujeres en edad fértil). España. 2010-2018.**

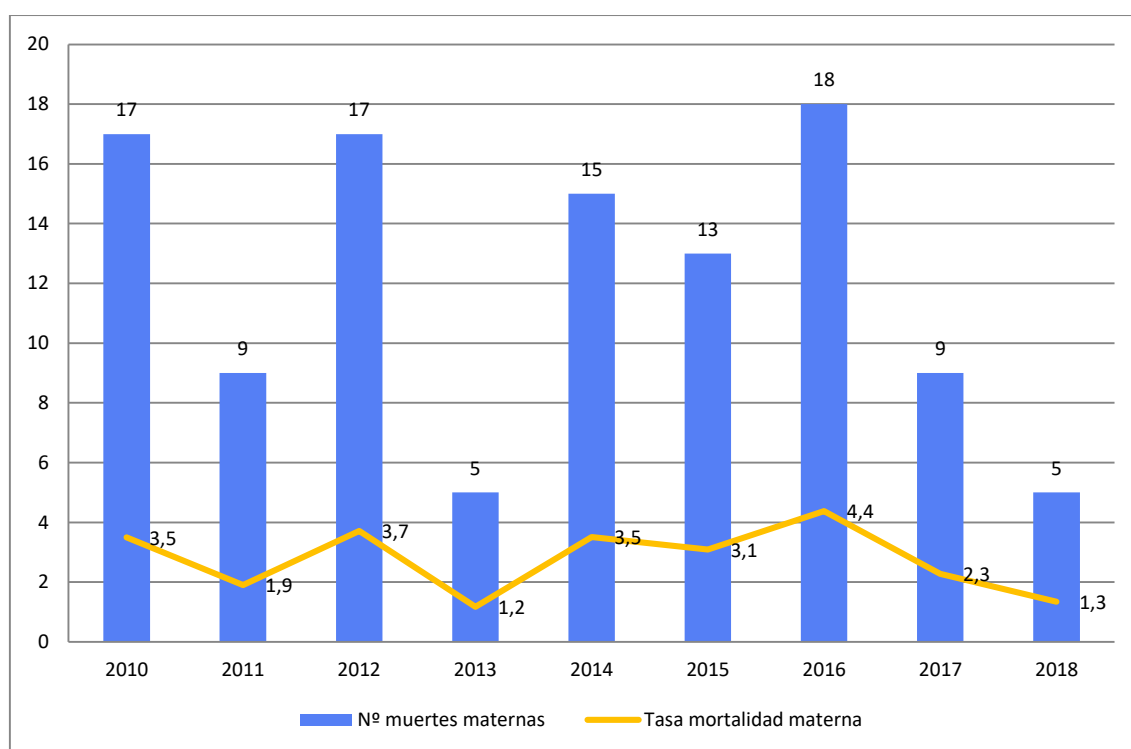




#### 4.3.5. Muerte materna (éxitus/fallecimiento maternal)

En cuanto a las muertes maternas, en el año 2018 en los hospitales de nuestro país se produjeron tan solo 5. El promedio para la serie temporal 2010-2018 es de 12 y la mediana 13; el máximo de muertes registradas fue 18 muertes maternas en el año 2016. La tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, según datos del SIAE) se mantiene por debajo de 5 en todo el periodo (Fig. 15).

**Figura 15. Número de muertes maternas y tasa de mortalidad materna. 2010-2018.**



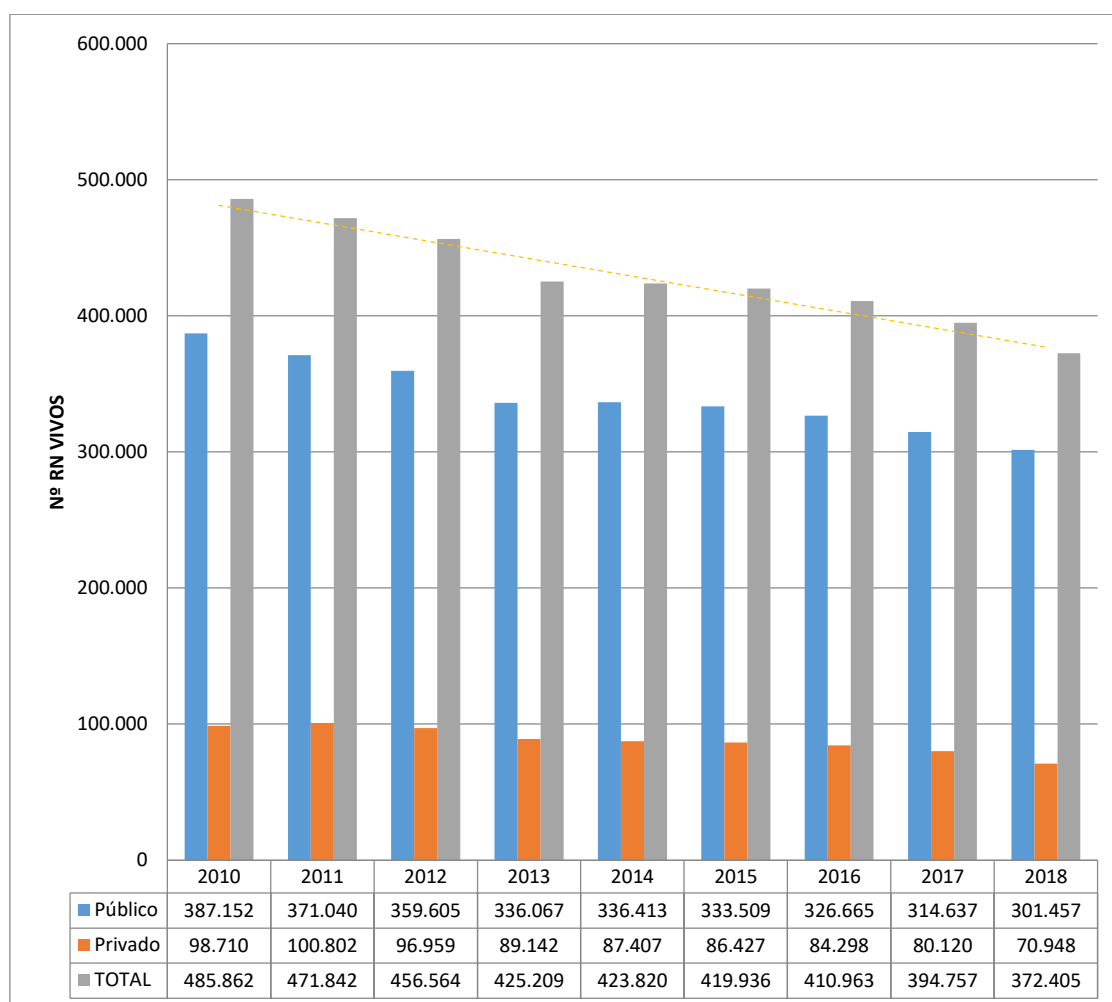


#### 4.3.6. Recién nacidos vivos y recién nacidos vivos < de 2.500 gramos

En España en el año 2018 se produjeron 372.405 nacimientos en los hospitales (Fig. 16), de los que 26.356 recién nacidos vivos (el 7,1% del total), presentaron bajo peso al nacer (< 2.500 gramos) (Fig. 17). El 80,9% de los nacimientos fueron en hospitales del SNS.

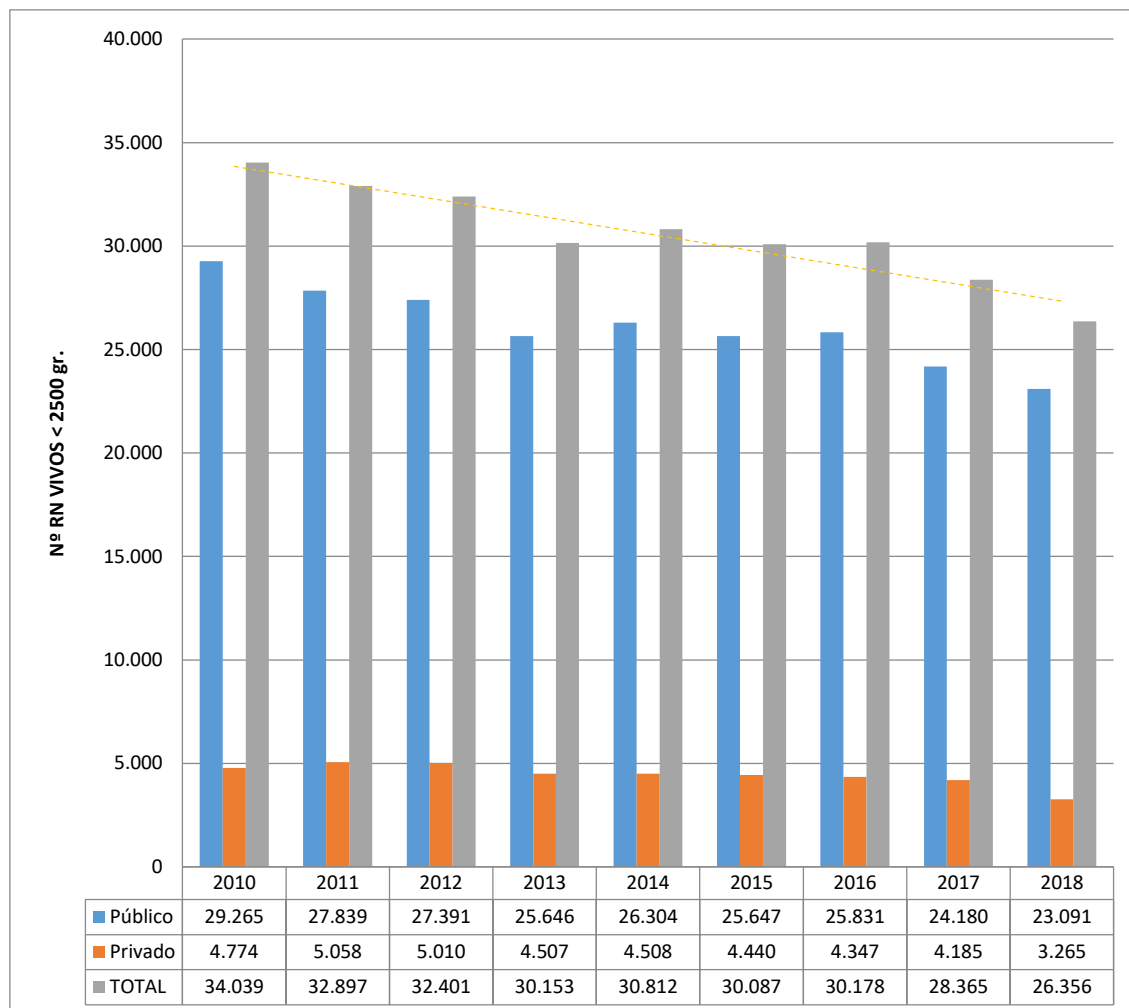
Se observa una tendencia decreciente en ambas series para el periodo analizado, con una diferencia de 113.457 recién nacidos vivos entre 2010 y 2018, lo que supone una disminución del 23,45%. El porcentaje de recién nacidos de menos de 2.500 gramos se mantiene prácticamente estable en este periodo (7,0% en 2010 frente a 7,1% en 2018).

**Figura 16. Número de recién nacidos vivos según dependencia del hospital (público-privado). España. 2010-2018.**





**Figura 17. Número de recién nacidos vivos < 2.500 gramos según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**



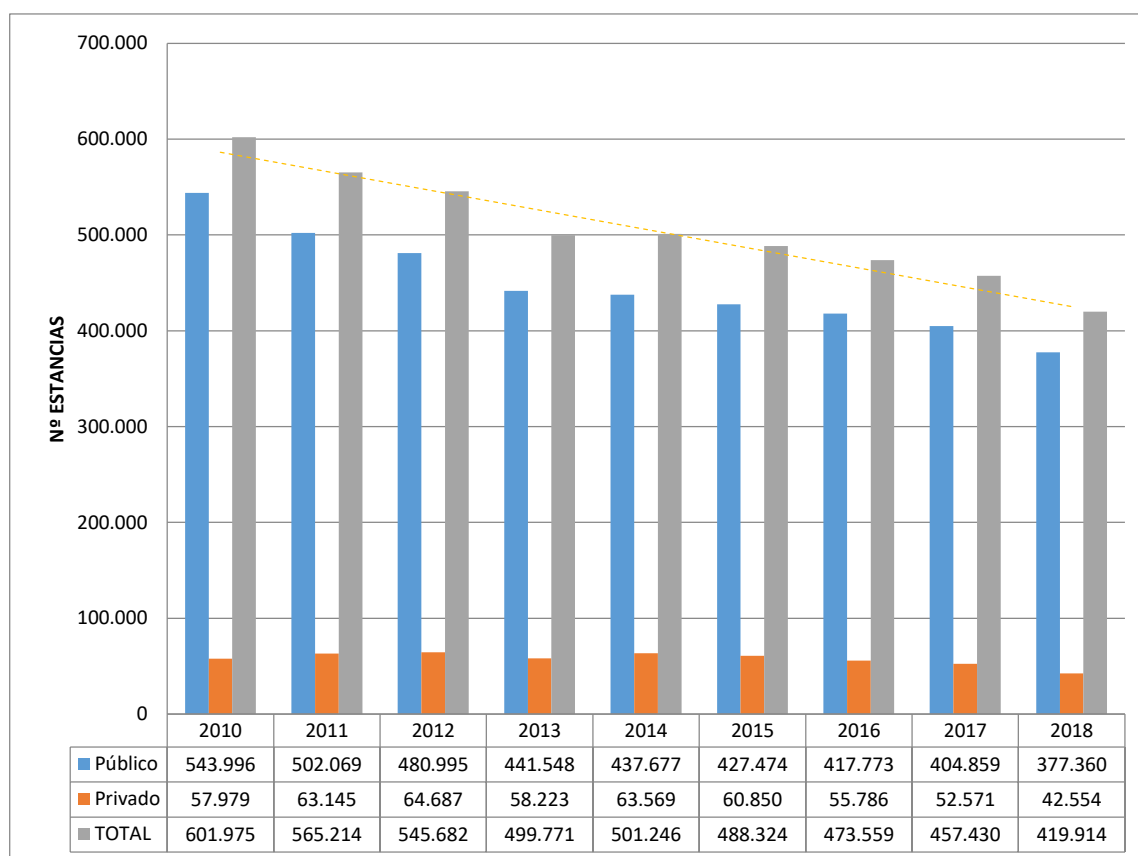


#### 4.3.7. Estancias y Altas de Neonatología

Respecto a la actividad asistencial de neonatología, en el año 2018 se produjeron 419.914 estancias hospitalarias de neonatología (Fig. 18) y 61.043 altas (Fig. 19). De ellas el 89,9% y el 84,2% respectivamente se produjeron en hospitales del SNS.

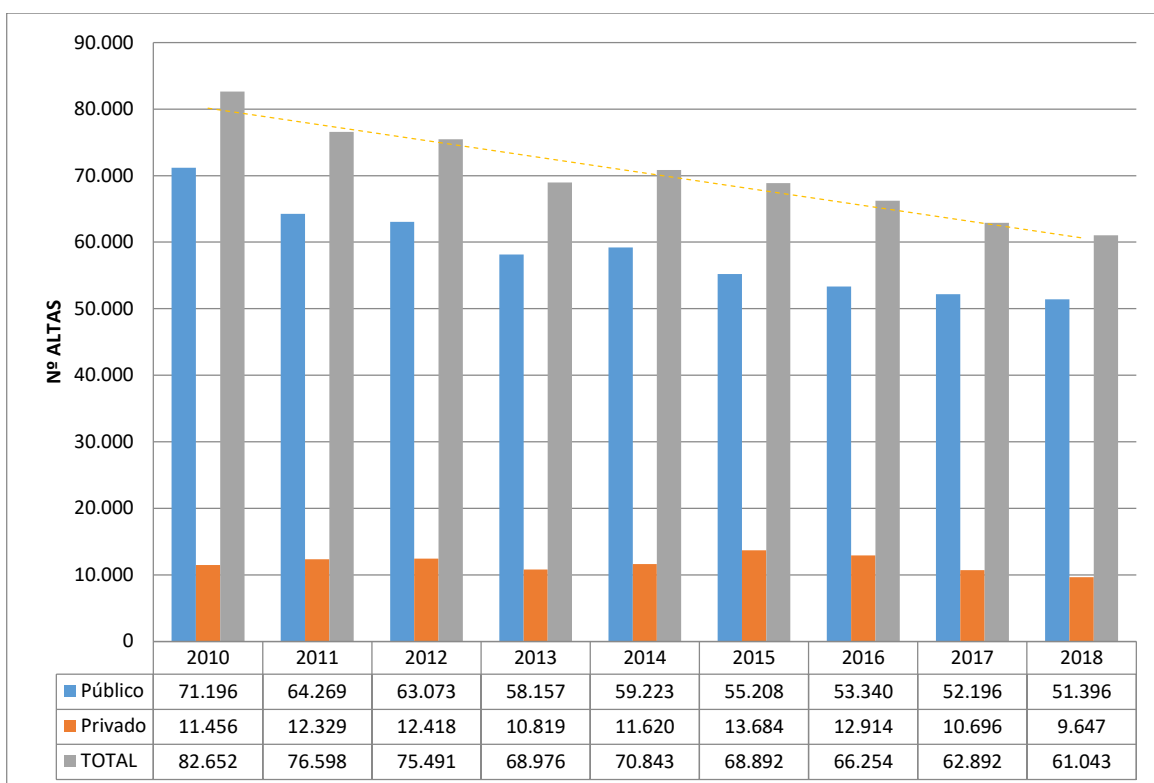
En ambos casos se observa una tendencia decreciente del número de registros para la serie temporal analizada, con una disminución entre 2010 y 2018 del 30,2% de estancias y del 26,1% de altas.

**Figura 18. Número de estancias de neonatología según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**





**Figura 19. Número de altas de neonatología según dependencia del hospital (público-SNS, privado). 2010-2018.**

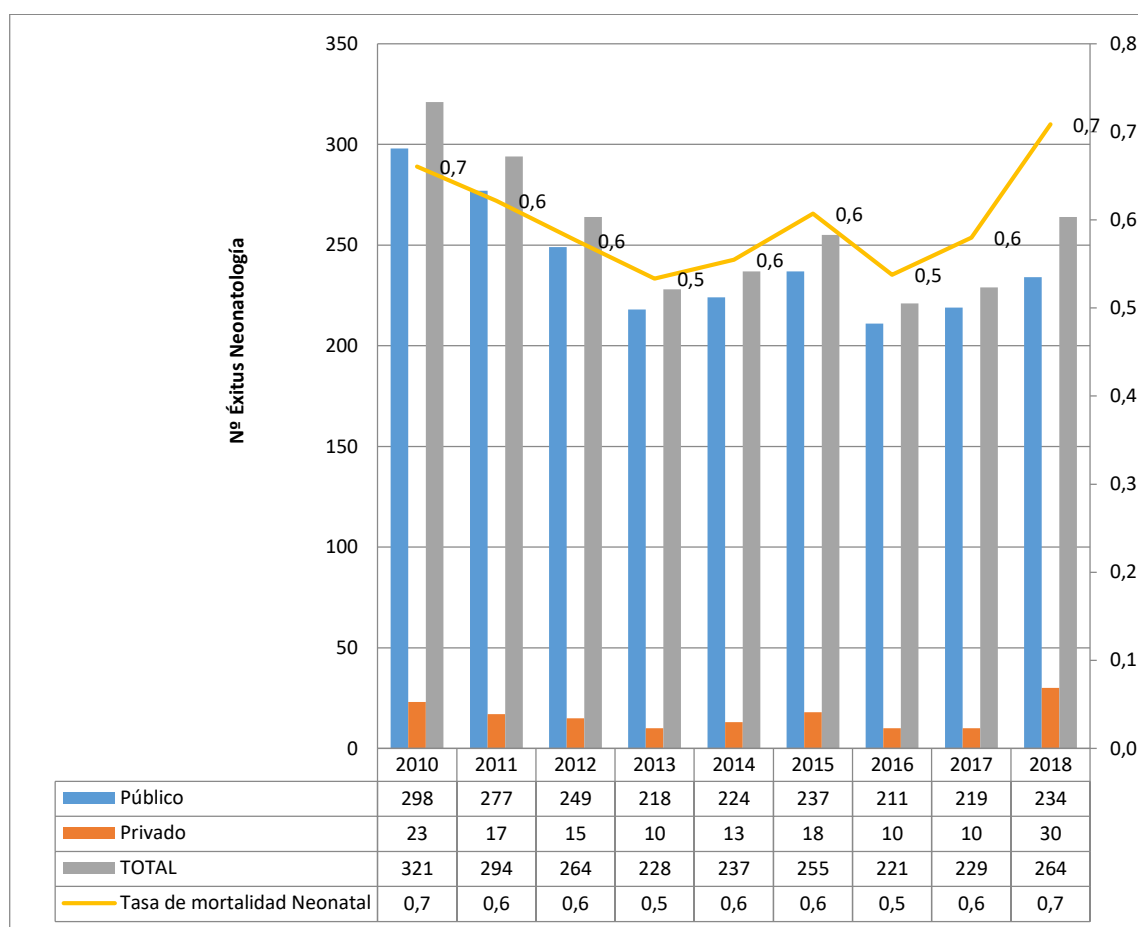




#### 4.3.8. Muerte neonatal

En relación a las muertes neonatales (antes de alcanzar los 28 días de edad), en el año 2018 en España se produjeron 264, de las cuales el 88,6% sucedieron en hospitales del SNS. Se observa estabilidad en el número de registros desde el año 2013, con una tasa de mortalidad neonatal (número de muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos, según datos del SIAE) máxima de 0,7. Cabe resaltar que en ningún año las muertes superan el 0,4% respecto de las altas de neonatología (Fig. 20).

**Figura 20. Número de muertes neonatales según dependencia del hospital (público-SNS privado) y tasa de mortalidad neonatal. 2010-2018.**





#### 4.4. Calidad y Resultados de la asistencia hospitalaria

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS (ENSSR) promueve desde hace más de una década un modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica y, por tanto, atento a las necesidades de la parturienta y del ser humano recién nacido (RN), respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres.

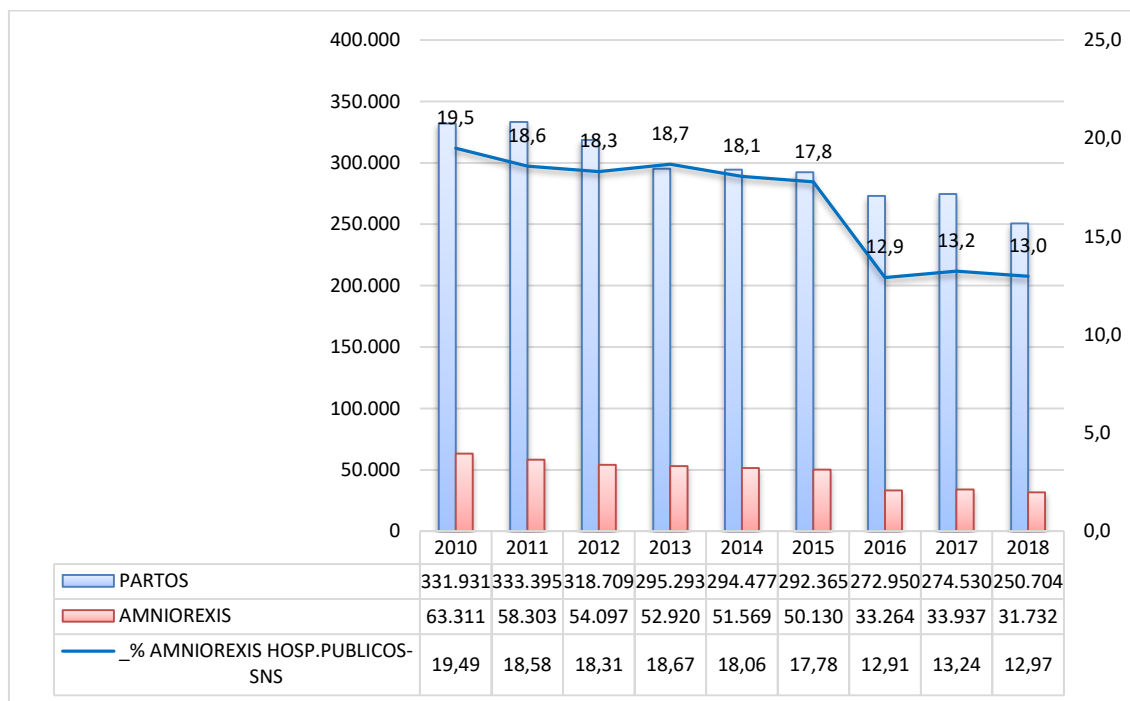
En este apartado se recogen algunos de los indicadores relacionados con la calidad de la atención perinatal contemplados en la mencionada estrategia. A continuación, se presenta la evolución de dichos indicadores en el periodo 2010-2018.

##### 4.4.1. Realización de amniotomía (amniorexis artificial)

En el parto normal es recomendable no interferir en el proceso normal de rotura espontánea de membranas. La frecuencia de amniorexis artificial, es un indicador de proceso cuya dimensión es la seguridad y efectividad en la atención perinatal ya que puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en los hospitales españoles, en 31.732 se efectuó una amniotomía. En los hospitales públicos-SNS, el porcentaje de amniotomía fue del 13% (n=29.312). Se evidencia una tendencia descendente en el periodo 2010-2018 (Fig. 21).

**Figura 21. Amniotomías (amniorexis artificial). Años 2010-2018.**



\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada.



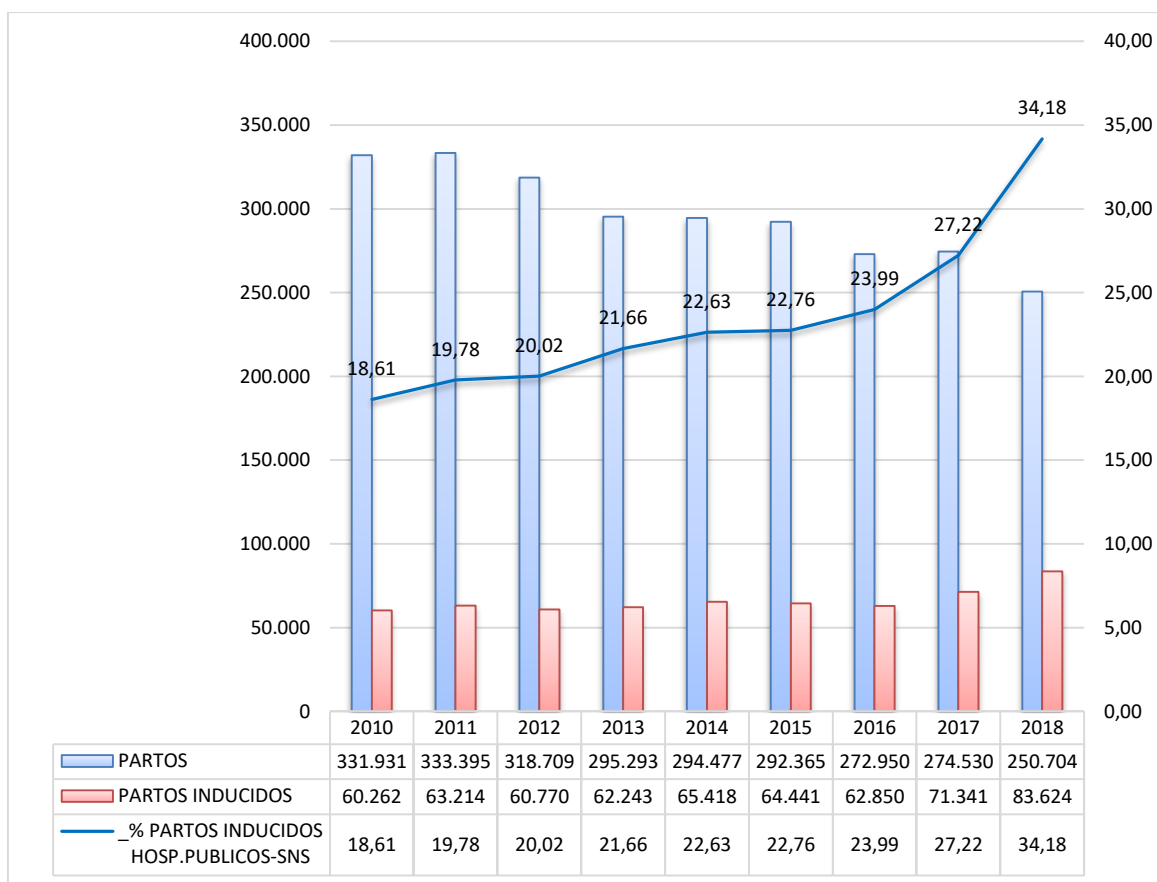


#### 4.4.2. Partos inducidos

El procedimiento de inducción al parto es un indicador de resultado cuya dimensión es la seguridad; está dirigido a desencadenar el trabajo de parto de forma artificial. Existen diferentes técnicas para inducir el trabajo de parto mediante el uso de sustancias farmacológicas. La inducción al parto no está exenta de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado por la presencia de algún o algunos factores de riesgo y tras una evaluación ajustada entre el riesgo/beneficio según la técnica o procedimiento que se emplee para la inducción. La inducción es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva y que no está exento de riesgos, por lo que no está justificado su uso, salvo indicación obstétrica.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en España, en 83.624 se indujo el parto. El porcentaje de partos inducidos en los hospitales públicos-SNS fue del 34,2% (n=77.246), continuando con la tendencia ascendente del periodo 2010-2018. (Fig. 22)

**Figura 22. Partos inducidos. Años 2010-2018.**



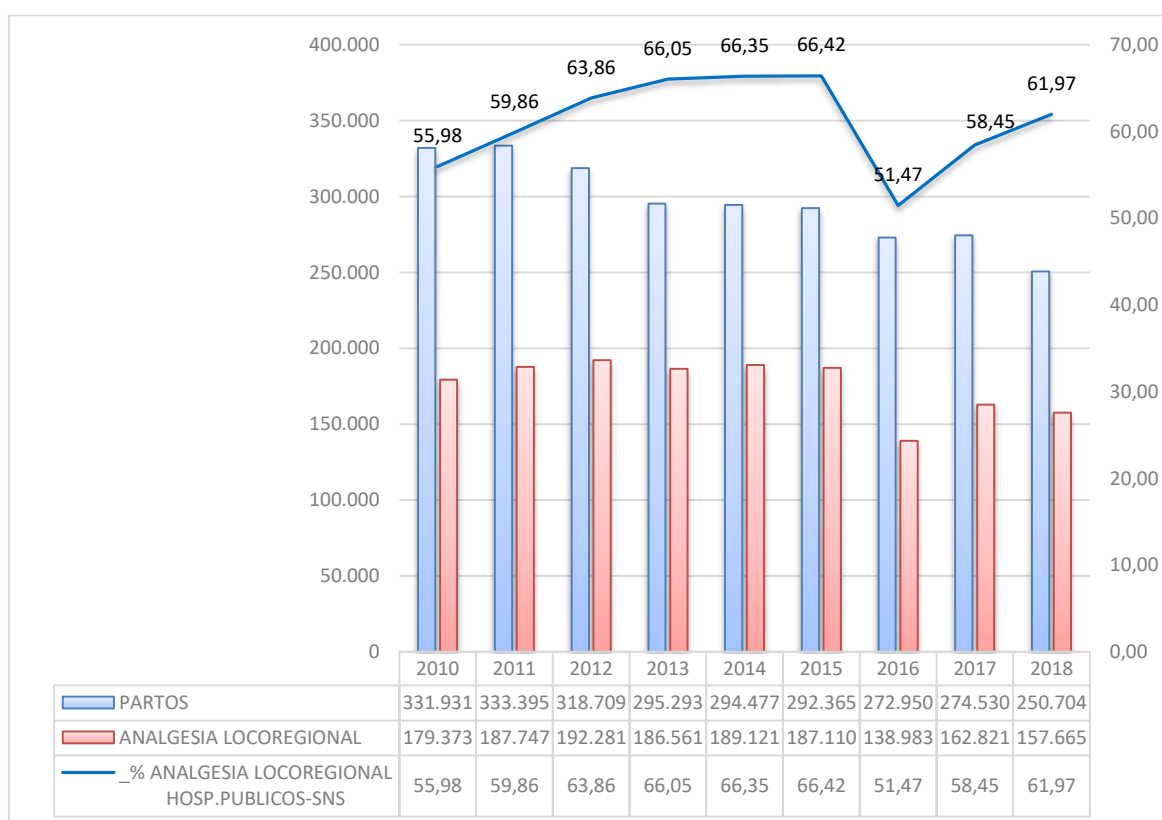


#### 4.4.3. Uso de analgesia loco-regional (epidural o raquídea)

La frecuencia de analgesia epidural en el parto es un indicador de resultado, cuyas dimensiones son la seguridad y la satisfacción; es el método de analgesia loco regional que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos, derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, fiebre intra-parto, sondaje vesical, hipotensión, periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. En ocasiones, se usa la vía raquídea en vez de la epidural. Pueden ofrecerse alternativas de ayuda analgésica a la mujer que elige parto sin epidural. En la estrategia se establece que la anestesia epidural deba estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en los hospitales españoles, en 157.665 se realizó analgesia loco-regional. En los hospitales públicos-SNS, el porcentaje de partos en los que se usó analgesia loco regional fue del 62,9% (n=140.051) revelando una tendencia ascendente en el periodo 2010-2018 (Fig. 23).

**Figura 23. Uso de analgesia loco regional (epidural o raquídea) en partos vaginales. Años 2010-2018.**



\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

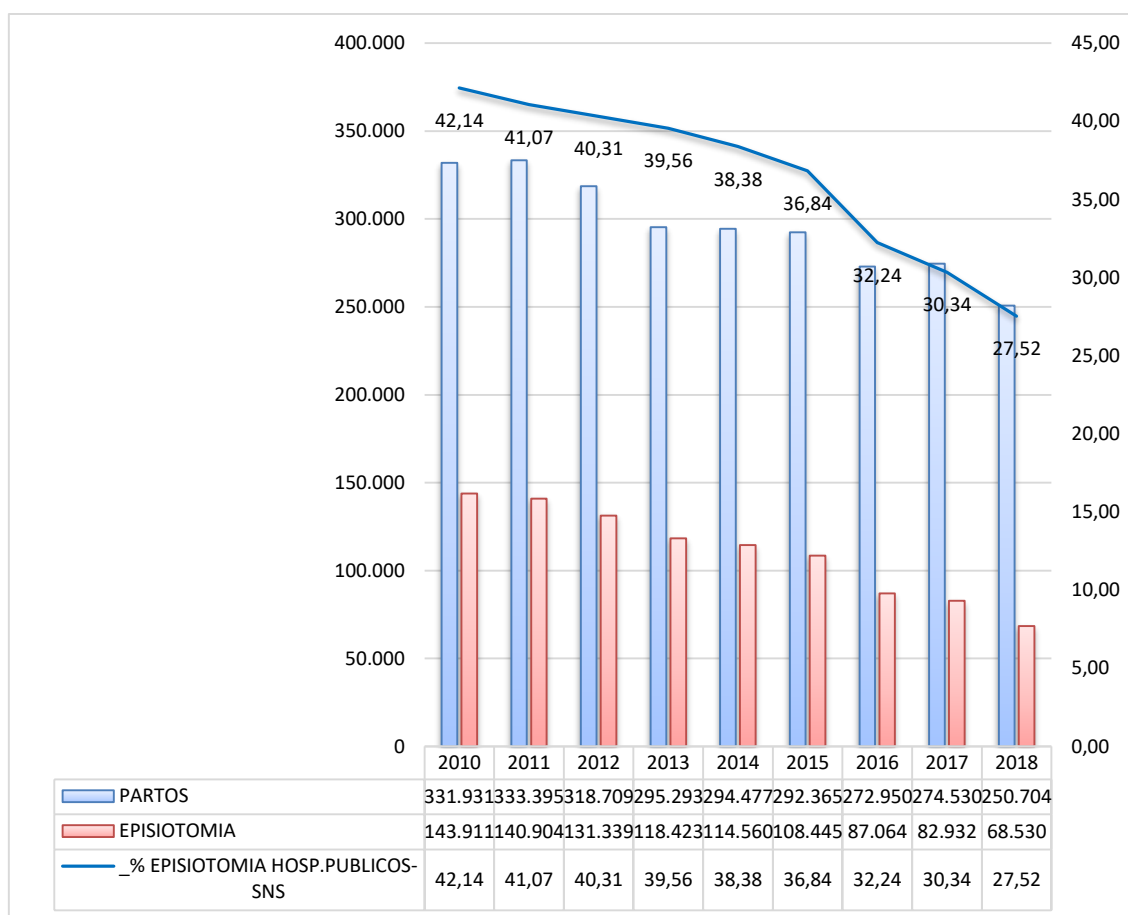


#### 4.4.4. Episiotomías en partos vaginales

Este es un indicador de resultado cuyas dimensiones son la efectividad y la seguridad. La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en España, en 68.530 se realizó episiotomía. El porcentaje de partos con episiotomía en los hospitales públicos-SNS fue del 27,5% (n=62.200), que sigue una tendencia descendente en el periodo 2010-2018. (Fig. 24).

**Figura 24. Episiotomías en partos vaginales. Años 2010-2018.**





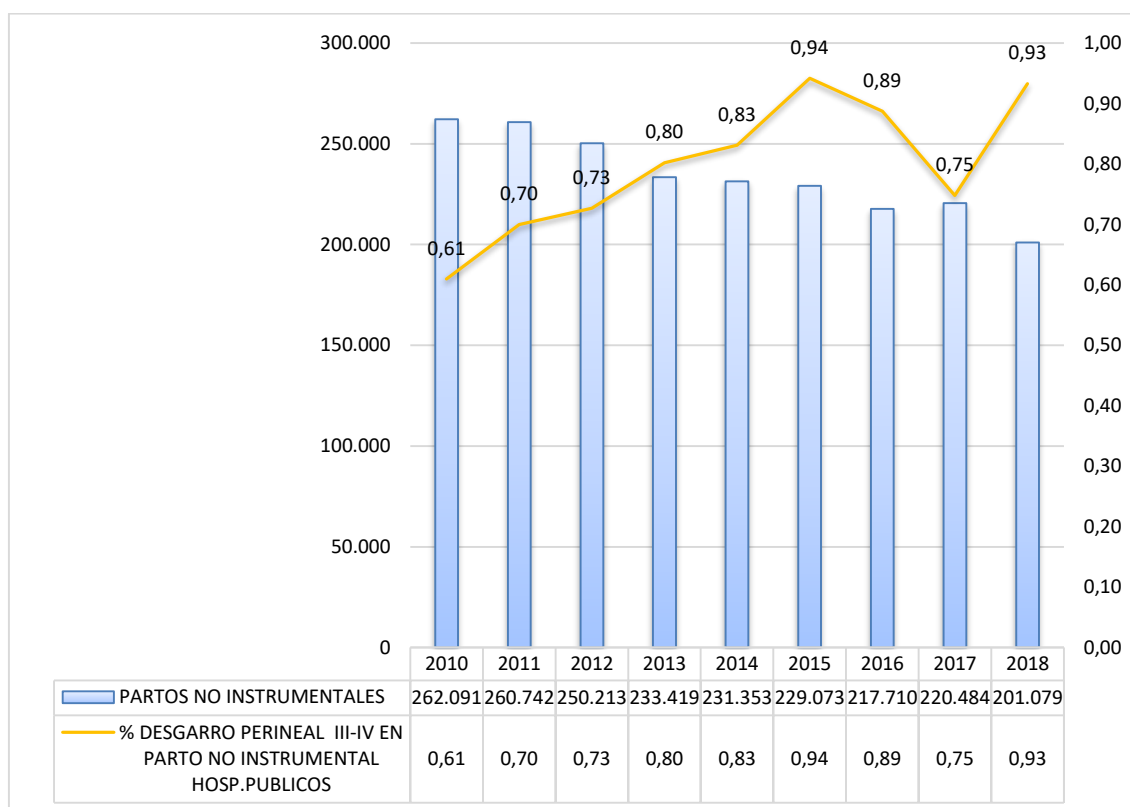
#### 4.4.5. Desgarros perineales de III y IV grado en partos vaginales no instrumentales y en partos vaginales instrumentales

Se trata de indicadores de resultado y su dimensión es la seguridad. Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).

En el año 2018 de los 250.704 partos atendidos en España, 201.079 fueron no instrumentales y se produjeron 1.772 desgarros perineales severos (GIII y GIV); 47.188 fueron instrumentales y se produjeron 2.172 desgarros perineales severos (GIII y GIV).

Los desgarros perineales severos (GIII y GIV) en los hospitales públicos-SNS ocurrieron en el 0,9% de los partos no instrumentales y en el 5,2% de los instrumentales (n=1.728 y n=20154, respectivamente) (Fig. 25), (Fig. 26).

**Figura 25. Desgarros perineales de III y IV grado en partos vaginales no instrumentales. Años 2010-2018.**

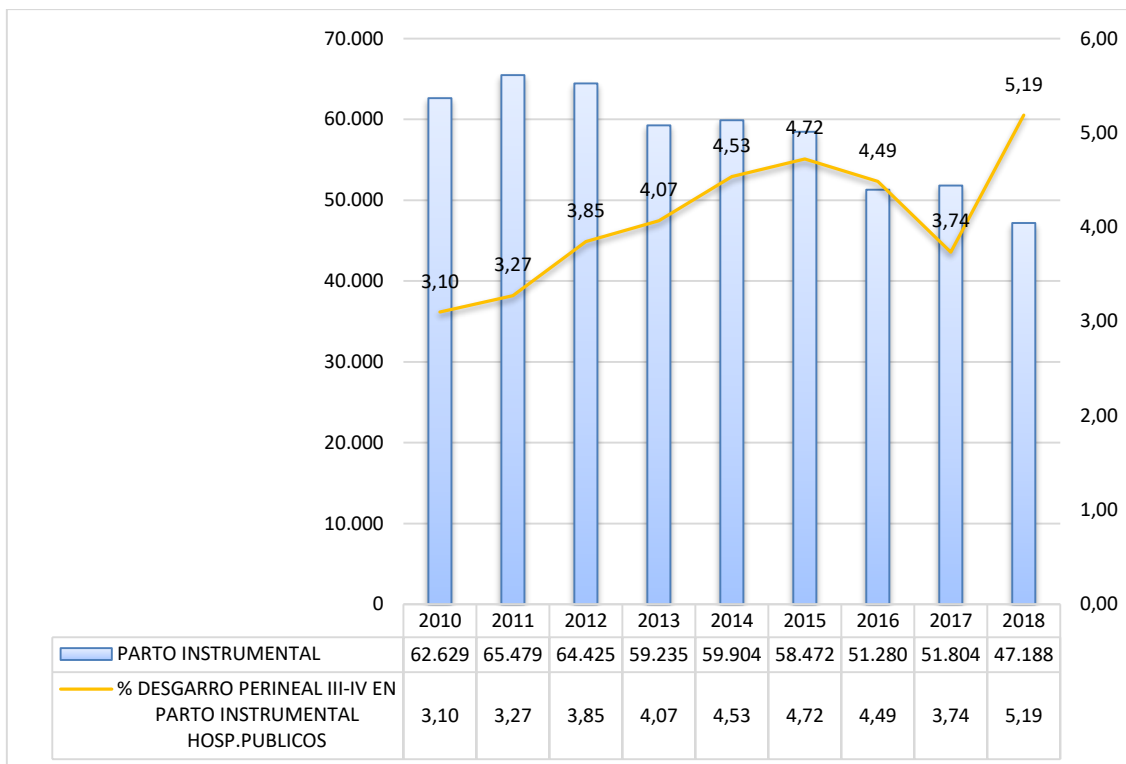


\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

\*\* referido desgarros grado III y IV-partos no instrumentales.



**Figura 26. Desgarros perineales de III y IV grado en partos vaginales instrumentales. Años 2010-2018.**



\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

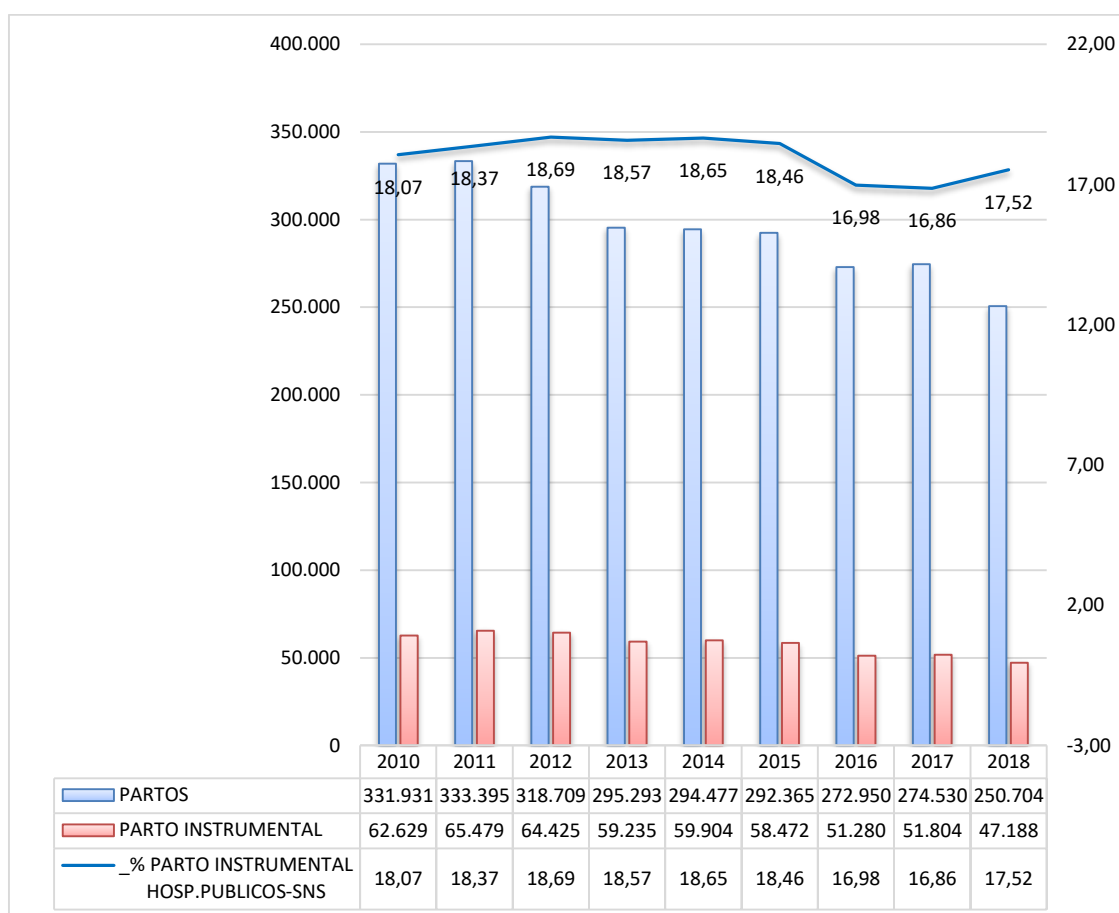


#### 4.4.6. Partos vaginales instrumentales

Este es un indicador de resultado cuyas dimensiones son la seguridad y la efectividad. La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías, la producción de desgarros, el dolor en el puerperio, el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce las tasas de duración de lactancia materna.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en los hospitales españoles, 47.188 fueron instrumentales. El porcentaje de partos instrumentales en los hospitales públicos-SNS fue del 17,5% (n=39.600), lo que evidencia una tendencia ascendente en el periodo 2010-2018 (Fig. 27).

**Figura 27. Partos vaginales instrumentales. Años 2010-2018.**



\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

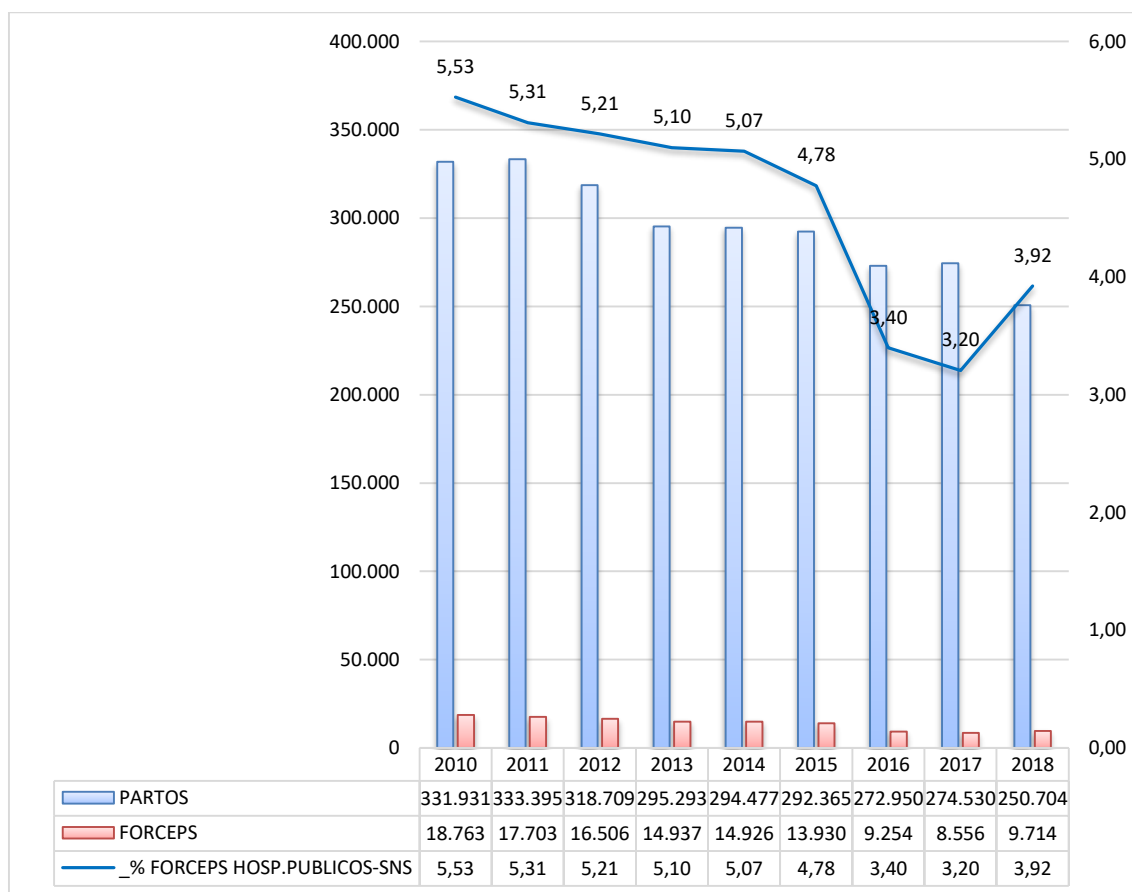


#### 4.4.7. Partos vaginales con uso de fórceps

Este es un indicador de resultado cuyas dimensiones son la seguridad y la efectividad. La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor separación madre-RN, estrés de RN por parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en España, en 9.714 se utilizó fórceps. El porcentaje de utilización de fórceps en los hospitales públicos-SNS fue del 3,9% (n=8.867). Se evidencia una tendencia descendente en el periodo 2010-2017 con un ligero incremento para el último año observado, 2018 (Fig. 28).

**Figura 28. Partos vaginales con uso de fórceps. Años 2010-2018.**



\*2016: rotura de serie por la transición al nuevo modelo de datos del Registro RAE-CMBD y de utilización de CIE-10-ES como clasificación para la codificación de datos clínicos del Registro de la atención sanitaria especializada en nuestro país.

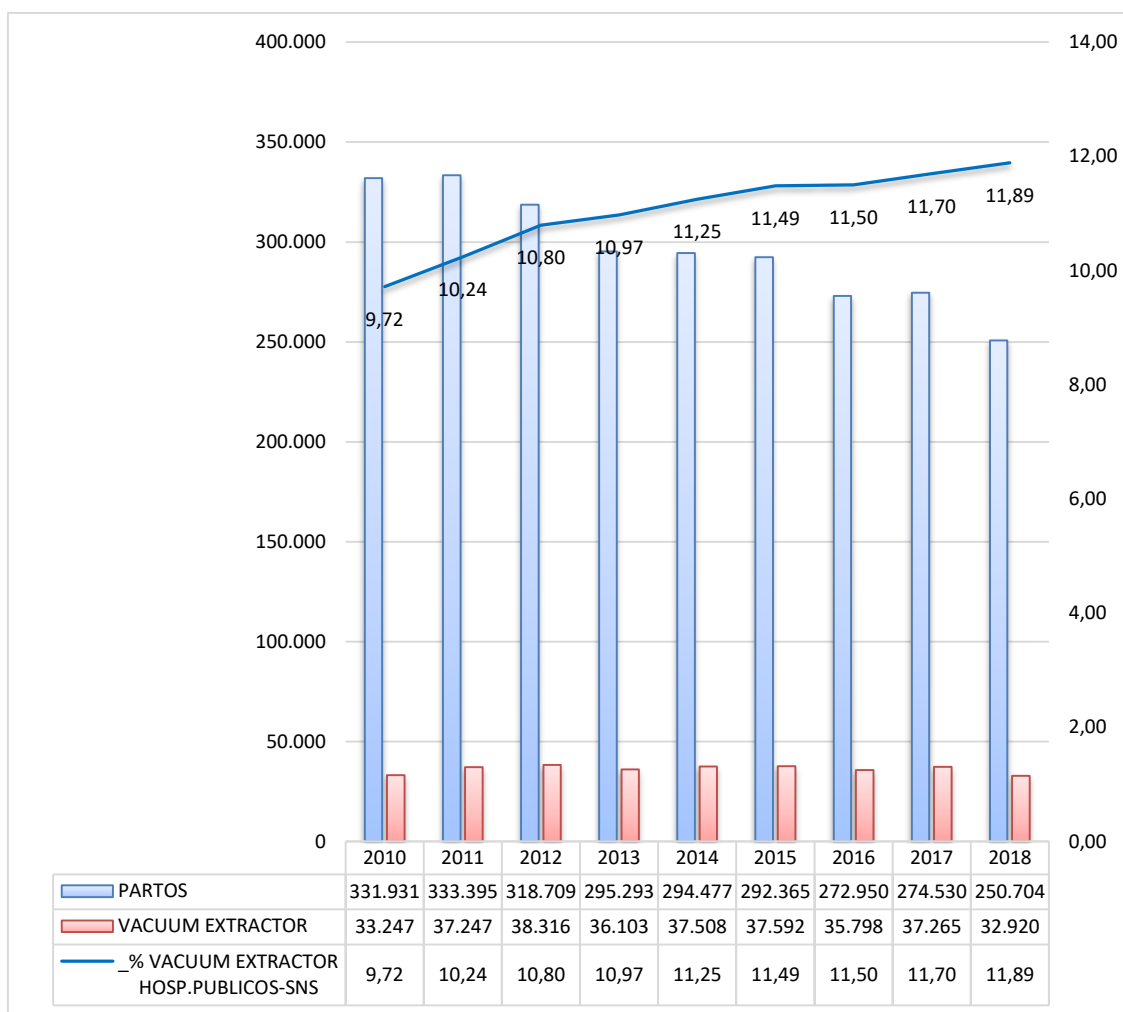


#### 4.4.8. Partos vaginales con uso de vacuum extractor

Este es un indicador de resultado cuyas dimensiones son la seguridad y la efectividad. El uso de ventosa extractora reduce la probabilidad de morbilidad materna comparada con el uso de fórceps; por ello, siempre que se cumplan las condiciones de aplicación (indicación obstétrica) es el método recomendado como primera opción en parto asistido.

En el año 2018, de los 250.704 partos atendidos en España, en 32.920 se utilizó vacuum extractor. El porcentaje de utilización de vacuum extractor en los hospitales públicos-SNS fue del 11,9% (n=28.870), lo que marca una tendencia ascendente en el periodo 2010-2018 (Fig. 29).

**Figura 29. Partos vaginales con uso de vacuum extractor. Años 2010-2018.**







## 5. Discusión y conclusiones

El periodo perinatal es una etapa clave del ser humano, en la que es fundamental garantizar una atención sanitaria de excelencia con estándares de seguridad y calidad y centrada en las necesidades de las personas. Con base en estos principios y en el marco del Plan de Calidad para el SNS se elabora, en el año 2007, la Estrategia de atención al parto normal en el SNS y en 2011 la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En este informe se analiza la evolución de la atención perinatal en los servicios hospitalarios de nuestro país en el periodo entre 2010 y 2018, utilizando las estadísticas y registros hospitalarios oficiales (SIAE, CMBD y RAE-CMBD).

En los últimos años se ha producido una reducción de la fecundidad y de la natalidad en España. Esto se refleja en los indicadores de actividad asistencial de hospitales con atención de ginecología y obstetricia, con un descenso tanto en el número de estancias como en el de partos atendidos. A pesar de ello, el parto (incluyendo cesárea) se mantiene como la primera causa de hospitalización en mujeres, con un 14,3% de las altas en el año 2018. Paralelamente desciende el número de estancias y altas de neonatología y el número de recién nacidos vivos, manteniéndose prácticamente estable el porcentaje de nacidos de bajo peso (<2.500 gr) en el periodo analizado.

Las tasas de cesáreas persisten por encima de los estándares de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (menos del 15%). La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una morbilidad superior a la de un parto normal para la madre y una mayor morbilidad fetal, además de una mayor estancia media, por lo que se trata de una oportunidad de mejora de la atención perinatal.

A pesar de este descenso de la actividad, no se observan grandes variaciones en la dotación de recursos físicos. Así, el número de camas hospitalarias de neonatología se mantiene prácticamente estable mientras que las de ginecología-obstetricia disminuyen si bien en menor proporción que el de partos. En cuanto a paritorios e incubadoras, ascienden en número, a expensas de los hospitales públicos, lo que podría deberse a la creación de nuevos hospitales que incluyen en su oferta de servicios la atención perinatal debiendo contar con una dotación básica en dichos servicios. En consecuencia, y dado el descenso de natalidad, la dotación en relación con el número de partos, tanto de paritorios por 1.000 partos como de incubadoras por 1.000 nacidos vivos se incrementa notablemente a lo largo de la serie.

Respecto a los recursos humanos, se observa, en general, estabilidad en la serie analizada. En los últimos años hay un ligero incremento de la tasa de especialistas de ginecología-obstetricia por mujeres en edad fértil y de matronas por nacidos vivos, aunque se observa un descenso en el número de EIR en formación de la especialidad de matrona.

El acceso universal a una atención sanitaria de calidad ha conllevado que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en nuestro país. Según los registros analizados, la mortalidad materna se mantiene en cifras muy bajas, con pequeñas fluctuaciones anuales que hacen variar la tasa, pero siempre por debajo de los 5 fallecimientos por 100.000 nacimientos. También es estable la tasa de mortalidad neonatal, con menos de 0,8 muertes por 1.000 nacidos vivos.



En cuanto a los indicadores de calidad, en algunos de ellos se evidencia una mejora en la adherencia a las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal en el SNS, como es el caso del uso de fórceps, la realización de amniotomías y de episotomías, con una tendencia descendente en el periodo 2010-2018, si bien en los dos últimos indicadores aún podría esperarse cierto margen de mejora. Otros, como los desgarros perineales, parecen experimentar un ligero incremento en el último lustro. Al coincidir con el cambio del modelo de datos es necesario contar con un periodo más largo para valorar de manera concluyente su evolución.

El uso del vacuum extractor sigue una tendencia ascendente por encima de los valores deseables, si bien el incremento más llamativo es el del porcentaje de partos inducidos, con niveles muy superiores al estándar recomendado por la OMS (10%). Sin embargo, en todos estos indicadores existen factores que habría que considerar, como es el aumento de la edad de las madres, de los partos múltiples, o de las demandas por sospecha de mala práctica, este análisis descriptivo y de tendencias se considera de utilidad para conocer el estado de situación de la atención perinatal en nuestro país.

En **conclusión**, en el contexto de la disminución de la natalidad en España asistimos a un descenso en los volúmenes de actividad obstétrica. No obstante, se mantiene estable el conjunto de recursos hospitalarios para la atención perinatal, para los años de este análisis (2010-2018), garantizándose la prestación de atención gineco-obstétrica en la red de hospitales del SNS. Los indicadores de calidad en la atención al parto se aproximan a los estándares internacionales, aunque en algunos pueden esperarse amplios márgenes de mejora.



## ANEXO 1.

### Indicadores de calidad (RAE-CMBD): criterios de selección de códigos de diagnóstico y procedimiento para la construcción de los indicadores

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
REALIZACIÓN DE AMNIOTOMÍA (AMNIOREXIS ARTIFICIAL)	<p>CMBD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.01-INDUCCIÓN DEL PARTO POR RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS</li> <li>73.09-OTRA RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS</li> </ul> <p>RAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10907ZC-Drenaje en productos de la concepción de líquido amniótico, terapéutico, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>	<p>GRD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>560 PARTO</li> <li>541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
PARTOS INDUCIDOS	<p>CMBD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.01-INDUCCIÓN DEL PARTO POR RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS</li> <li>73.1-OTRA INDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE PARTO</li> <li>73.4-INDUCCIÓN MÉDICA DE PARTO</li> </ul> <p>RAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3E033VJ-Introducción en vena periférica de hormona, otra hormona, abordaje percutáneo</li> <li>3E0P7GC-Introducción en reproductor femenino de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural artificial</li> </ul>	<p>GRD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>560 PARTO</li> <li>541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
USO DE ANALGESIA LOCOREGIONAL (EPIDURAL O RAQUÍDEA)	<p>CMBD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>03.91</li> </ul> <p>RAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3E0R3CZ-Introducción en canal espinal de anestesia regional, abordaje percutáneo</li> </ul>	<p>GRD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>560 PARTO</li> <li>541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
EPISIOTOMÍAS EN PARTO VAGINAL	<p>CMBD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.6-EPISIOTOMÍA</li> <li>72.1-OPERACIÓN DE FÓRCEPS BAJO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>72.21-OPERACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>72.31-OPERACIÓN DE FÓRCEPS ALTO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>72.71-EXTRACCIÓN MEDIANTE VENTOSA CON EPISIOTOMÍA</li> </ul> <p>RAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0W8NXZZ-División de perineo femenino, abordaje externo</li> </ul>	<p>GRD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>560 PARTO</li> <li>541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO EN PARTOS NO INSTRUMENTALES	<p>CMBD:</p> <p>Diagnósticos en cualquier posición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>664.21-Desgarro perineal de 3º grado</li> <li>664.31-Desgarro perineal de 4º grado</li> </ul> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.59-Otro parto asistido manualmente</li> </ul> <p>RAE:</p> <p>Diagnósticos en cualquier posición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O70.2-Desgarro perineal de tercer grado en el parto</li> <li>O70.3-Desgarro perineal de cuarto grado en el parto</li> </ul> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10E0XZZ-Parto de productos de la concepción, abordaje externo</li> </ul>	<p>PCS</p> <p>CMBD:</p> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>73.59-Otro parto asistido manualmente</li> </ul> <p>RAE:</p> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10E0XZZ-Parto de productos de la concepción, abordaje externo</li> </ul>
DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO EN PARTOS INSTRUMENTALES	<p>CMBD:</p> <p>Diagnósticos en cualquier posición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>664.21-Desgarro perineal de 3º grado</li> <li>664.31-Desgarro perineal de 4º grado</li> </ul> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO (72.0)</li> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO CON EPISIOTOMÍA (72.1)</li> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO (72.21 Y 72.29)</li> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS ALTO (72.31 Y 72.39)</li> </ul>	<p>PCS</p> <p>CMBD:</p> <p>Procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO (72.0)</li> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO CON EPISIOTOMÍA (72.1)</li> <li>APLICACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO (72.21 Y 72.29)</li> </ul>



Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios,

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ROTACIÓN DE LA CABEZA MEDIANTE FÓRCEPS (72.4)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON PRESENTACIÓN DE NALGAS (72.51, 72.53)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS A CABEZA ÚLTIMA (72.6)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON VENTOSA (72.71, 72.79)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS ESPECIFICADOS (72.8)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS NO ESPECIFICADOS (72.9)</li> </ul> RAE: Diagnósticos en cualquier posición: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O70.2-Desgarro perineal de tercer grado en el parto</li> <li>• O70.3-Desgarro perineal de cuarto grado en el parto</li> </ul> Procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10D07Z* Extracción de productos de la concepción, *, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS ALTO (72.31 Y 72.39)</li> <li>• ROTACIÓN DE LA CABEZA MEDIANTE FÓRCEPS (72.4)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON PRESENTACIÓN DE NALGAS (72.51, 72.53)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS A CABEZA ÚLTIMA (72.6)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON VENTOSA (72.71, 72.79)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS ESPECIFICADOS (72.8)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS NO ESPECIFICADOS (72.9)</li> </ul> RAE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos:</li> <li>• 10D07Z* Extracción de productos de la concepción, *, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>
PARTOS INSTRUMENTALES	CMBD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO (72.0)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO CON EPISIOTOMÍA (72.1)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO (72.21 Y 72.29)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS ALTO (72.31 Y 72.39)</li> <li>• ROTACIÓN DE LA CABEZA MEDIANTE FÓRCEPS (72.4)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON PRESENTACIÓN DE NALGAS (72.51, 72.53)</li> <li>• APLICACIÓN DE FÓRCEPS A CABEZA ÚLTIMA (72.6)</li> <li>• EXTRACCIÓN CON VENTOSA (72.71, 72.79)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS ESPECIFICADOS (72.8)</li> <li>• OTROS PARTOS INSTRUMENTADOS NO ESPECIFICADOS (72.9)</li> </ul> RAE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10D07Z* Extracción de productos de la concepción, *, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>	GRD <ul style="list-style-type: none"> <li>• 560 PARTO</li> <li>• 541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>• 542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
USO DE FÓRCEPS	CMBD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 72.0-OPERACIÓN DE FÓRCEPS BAJO</li> <li>• 72.1-APLICACIÓN DE FÓRCEPS BAJO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>• 72.2-OPERACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 72.21-OPERACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>◦ 72.29-OTRA OPERACIÓN DE FÓRCEPS MEDIO</li> </ul> </li> <li>• 72.3-OPERACIÓN DE FÓRCEPS ALTO               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 72.31-OPERACIÓN DE FÓRCEPS ALTO CON EPISIOTOMÍA</li> <li>◦ 72.39-OTRA OPERACIÓN DE FÓRCEPS ALTO</li> </ul> </li> <li>• 72.4-ROTACIÓN MEDIANTE FÓRCEPS DE LA CABEZA DEL FETO</li> <li>• 72.51-EXTRACCIÓN PARCIAL CON PRESENTACIÓN DE NALGAS POR APLICACIÓN DE FÓRCEPS CABEZA ULTIMA</li> <li>• 72.53-EXTRACCIÓN TOTAL CON PRESENTACIÓN DE NALGAS CON APLICACIÓN DE FÓRCEPS CABEZA ÚLTIMA</li> <li>• 72.6-APLICACIÓN DE FÓRCEPS A CABEZA ÚLTIMA</li> </ul> RAE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10D07Z(3,4,5)-Extracción de productos de la concepción, *, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>	GRD <ul style="list-style-type: none"> <li>• 560 PARTO</li> <li>• 541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>• 542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>
USO DE VACUUM EXTRACTOR	CMBD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 72.7-EXTRACCIÓN CON VENTOSA               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 72.71-EXTRACCIÓN MEDIANTE VENTOSA CON EPISIOTOMÍA</li> <li>◦ 72.79-OTRA EXTRACCIÓN MEDIANTE VENTOSA</li> </ul> </li> </ul> RAE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10D07Z6-Extracción de productos de la concepción, vacuum, abordaje orificio natural o artificial</li> </ul>	GRD <ul style="list-style-type: none"> <li>• 560 PARTO</li> <li>• 541 PARTO CON ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO</li> <li>• 542 PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACIÓN</li> </ul>



## ANEXO 2.

### Indicadores de dotación y actividad SIAE: Fichas técnicas

TASA DE MATRONAS POR 1000 NACIDOS VIVOS	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de matronas
	b) Denominador: Número de nacidos vivos para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE INCUBADORAS POR 1000 NACIDOS VIVOS	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de incubadoras
	b) Denominador: Número de nacidos vivos para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE MÉDICOS CON ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA POR MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de médicos con especialidad de ginecología y obstetricia
	b) Denominador: Número de mujeres de 15-49 años para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE PARITORIOS POR 1000 PARTOS VAGINALES	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de paritorios
	b) Denominador: Número de partos vaginales para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE CESÁREAS	
Fórmula:	$a/b * 100$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de partos por cesárea
	b) Denominador: Número total de partos para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE FECUNDIDAD	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de nacidos vivos
	b) Denominador: Número de mujeres de 15-49 años para ese año
Desagregación:	Según dependencia



TASA DE NATALIDAD	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de nacidos vivos
	b) Denominador: Estimaciones de población INE para ese año
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE ÉXITUS/FALLECIMIENTO MATERNAL	
Fórmula:	$a/b * 100.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de éxitus/fallecimiento maternal
	b) Denominador: Número de nacidos vivos SIAE
Desagregación:	Según dependencia

TASA DE ÉXITUS/FALLECIMIENTO NEONATAL	
Fórmula:	$a/b * 1.000$
Elementos que la componen:	a) Numerador: Número de éxitus/fallecimiento neonatal
	b) Denominador: Número de nacidos vivos SIAE
Desagregación:	Según dependencia



## ANEXO 3.

### Definiciones SIAE

#### Dependencia

Se entiende por dependencia funcional de un centro o establecimiento sanitario el organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción jerárquica o funcional más inmediata sobre el establecimiento sanitario independientemente de su forma de gestión. Se utiliza el marco metodológico del SEC-95 (Sistema Europeo de Cuentas) que distingue entre sector público y sector privado.

Se consideran **Centros Públicos-SNS** los centros de dependencia funcional de las Administraciones Públicas, centros con concierto sustitutorio y centros que pertenecen a una red de utilización pública, independientemente de la dependencia funcional.

#### Dotación

La dotación que se recoge es la existente en las dependencias del centro sanitario durante el año de referencia.

**Dotación instalada:** es la dotación de que dispone el centro a 31 de diciembre, siempre que esté en condiciones de funcionar, aunque no lo haga por no contar con el personal y/o equipamiento necesario, estar fuera de servicio por obras o por cualquier otra causa.

**Dotación en funcionamiento:** es aquella dotación que haya estado efectivamente funcionando durante el año. Se considera el promedio anual de la que haya estado en servicio, con independencia del grado de utilización u ocupación que haya tenido.

- **Camas:** comprende las camas destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados. Incluye las incubadoras fijas y camas destinadas a cuidados especiales (Intensivos, Coronarios, Quemados, etc.).
- **Incubadoras:** número de incubadoras fijas, aunque ya estén incluidas en el apartado camas.
- **Paritorios:** salas destinadas y dotadas específicamente para la atención al parto por vía vaginal.

#### Personal sanitario

**Médicos Ginecología-Obstetricia:** Incluye los profesionales médicos que prestan servicio en el Centro y en el área de Ginecología-Obstetricia donde dedican mayor parte de actividad asistencial, independientemente de su puesto a 31 de diciembre. No se contabilizan los médicos internos y residentes, ni becarios o asistentes voluntarios.

**Personal sanitario grado/diplomado:** en este apartado están incluidos profesionales de enfermería con especialidad de matrona.



### **Personal en formación**

**EIR:** Enfermeros internos residentes que han accedido al periodo de formación postgrado conforme a las disposiciones legales vigentes para para el programa de formación en la especialidad de matrona.

### **Actividad obstétrica**

La actividad que se recoge en este bloque está clasificada en:

**Partos por vía vaginal:** número total de partos atendidos por vía vaginal. Se entiende por parto la expulsión o extracción del claustro materno del producto viable de la concepción. Se considera feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 gr.

**Cesáreas:** número total de partos por cesárea.

**Recién nacido vivo:** cada producto de un nacimiento vivo, entendiéndose por tal, la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de concepción que, después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como palpitations de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta.

**Recién nacidos <2.500 gr:** de los recién nacidos vivos, número total con peso inferior a los 2.500 gramos al nacimiento.

**Éxito/fallecimiento Maternal:** número total de fallecimientos en mujeres embarazadas, o en los 42 días siguientes al fin del embarazo, cualquiera que sea la duración de éste, provocados por cualquier causa agravada por el embarazo o por su asistencia, o relacionada con estos dos elementos, pero no con causas accidentales o incidentales (p. ej.: no se incluirá como fallecimiento maternal el producido por un accidente de tráfico en una mujer embarazada).





## ANEXO 4.

### Abreviaturas y siglas utilizadas

<b>ENSSR</b>	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SIAE</b>	Sistemas de información de Atención Especializada
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Datos
<b>RAE-CMBD</b>	Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada
<b>CIE-10-ES</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades 10. <sup>a</sup> revisión, versión en español
<b>GRD APR 32</b>	Grupos Relacionados de Diagnóstico (All Patient Refined version 32)
<b>ICD-10-PCS</b>	Sistema de clasificación de procedimientos
<b>MIR</b>	Médicos internos residentes
<b>EIR</b>	Enfermeros Internos Residentes
<b>FCF</b>	Frecuencia cardiaca fetal