

FAMILIEN ETA OSASUN-PROFESIONALEN ESKAERA BATERATUA

Erditzeko tokia aukeratzea eskubide bat da. Hala ere, etxeko erditzea ez dago Osakidetzaaren zerbitzu-zorro publikoaren barruan. Gaur egun, arreta hori soilik zerbitzu pribatuen bidez eskaintzen da, eta horrek eskubide hori kostu ekonomikoa bere gain har dezaketen familientzat; edo, bestela, hori egin ezin arren, esfortzu ekonomiko handia egitera behartuta daudenentzat bakarrik baliatzea mugatzen du.

Egoera honek desberdintasun argia sortzen du, jaiotza-lekua eta arreta-eredua ahalmen ekonomikoaren arabera baldintzatzen direlako, eta ez irizpide klinikoen, segurtasunaren edo hautu informatuaren arabera.

Duela hamar urte baino gehiago, Magale etxeako profesionalok Eusko Jaurlaritzara jo genuen etxeko erditzearen arreta osasun-sistema publikoan sartzeko eskatzeko. Orduan adierazi zitzaigun aukera hori kontuan hartu ahal izateko eskaera sozial eta sanitario handiagoa behar zela. Ordutik hona, eskaera hori etengabe handitu ez ezik, arrisku txikiko haurdunaldietan, behar bezala planifikatuta eta emagin kualifikatuek emanda, etxeko erditzearen segurtasuna babesten duen ebidentzia zientifiko sendoa ere finkatu da, betiere beharrezkoak diren deribazio-irizpide argiekin.

Denbora honetan, Euskadin espezializatutako emagin-taldeek pilatutako esperientziak emaitza oso esanguratsuak erakutsi ditu. Gure kasuan, hamar urte baino gehiagoko jarraipen-arreta baten ondoren bildutako datuek erakusten dute indukzio, zesarea eta tresnarekin artatutako erditzeen tasak %3tik beherakoak direla. Datu horiek oso urrun daude ospitale-testuinguru orokorretik; izan ere, Espainian indukzioen tasa %30etik gorakoa da gaur egun, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) gomendatzen duen %10etik askoz ere handiagoa, eta zesareen tasak %12tik %24ra bitartekoak dira. Alde horiek ez dira kasualitate hutsa, baizik eta zaintza-jarraitutasunean, fisiologiaren errespetuan eta arretaren indibidualizazioan oinarritutako arreta-ereduen emaitza.

Errealitate hau bat dator Senatuan berriki azaldu zenarekin; izan ere, hainbat gairen inguruan aditu gisa Magale kideon iritzia ematera gonbidatu gintuzten, eta horien artean, etxeko erditzearen aukera interes eta errespetu handiz jorratu zen. Fisiologian, jarraipen asistentzialean eta laguntza profesional egokian oinarritutako arreta-ereduek beharrezkoak ez diren esku-hartzeak murrizten dituztela, ama- eta jaioberri-osasunaren emaitzak hobetzen dituztela eta baliabide publikoen erabilera optimizatzen dutela azpimarratu zen.

Gainera, egungo egoera hainbat nazioarteko arau-markoren eta adierazpenen aurkakoa da. Giza Eskubideen Europako Auzitegiak 2010ean, Ternovszky Hungariaren aurkako auziak, adierazi zuen emakumeak bere erditzearen baldintzak aukeratzeko askatasuna bizitza pribatuarekiko errespeturako eskubideak barne hartzen duela, Giza Eskubideen Europako Hitzarmeneko 8. artikuluan babestuta.

Era berean, OMEk eta Osasunaren Panamerikar Erakundeak, 1985eko Fortalezako Adierazpenean, emakumeek erditzearen inguruko informazio osoa jasotzeko eta nahi duten arreta-eredua aukeratzeko duten eskubidea aitortzen dute, kontraindikaziorik ez dagoenean etxean erditzeko aukera barne. Erditze normalaren zaintzari buruzko gidan, OMEk adierazten du emakume batek seguru sentitzen den lekuan eta behar duen arreta-maila jasoz erditu beharko lukeela, behar izanez gero deribazio-plan argiak badaude.

Babes legal, zientifiko eta sanitario hori guztia kontuan hartuta, Euskal Autonomia Erkidegoan, estatu osoan bezala, etxeko erditzea oraindik ere osasun-sistema publikotik kanpo dago, Europako beste herrialde askotan ez bezala, hala nola Erresuma Batuan, Herbehereetan, Alemanian edo herrialde nordikoeta. Hauetan aukera hori zerbitzu publikoen barruan dago bere osotasunean edo neurri batean finantzatuta.

Osasun publikoaren ikuspegitik, hainbat ikerketek erakutsi dute etxean planifikatutako erditzea, arrisku txikiko haurdunaldietan segurua izateaz gain, ospitaleko arretarekiko kostu-eraginkorragoa dela, esku-hartzeak, egonaldi luzeak eta beharrezkoak ez diren medikalizazioarekin lotutako konplikazioak murrizten dituelako. Datu horiek indartu egiten dute egungo eredua berrikusteko beharra, ez soilik irizpide klinikoetatik, baita sistemaren eraginkortasunetik ere.

ESKATZEN DUGU

Aurretik azaldutako guztia kontuan hartuta, eskatzen dut Eusko Jaurlaritzak berriro aztertu eta balora dezala, irizpide eguneratuetan eta ebidentzia zientifikoan oinarrituta, etxeko erditzearen arreta Osakidetzaaren zerbitzu-zorro publikoan sartzea, aukera hori baldintza berdinetan, segurtasunez eta kalitatez eskuragarri egon dadin, eta ez soilik ekimen pribatuaren bidez, familien eskura jarritz eta aukera honetan aitzindari izanik.

Halaber, eskatzen dut azter daitezela konpentsazio- edo diru-itzulketa-mekanismoak, nazioarteko erakundeek eskubide gisa aitortzen duten arreta bat modu pribatuan ordaintzera behartuak izan diren familiek egindako gastuei dagokienez, gaur egun erakunde publikoek bermatzen ez duten arren.

DATA, LEKUA ETA SINADURA

PETICIÓN CONJUNTA DE FAMILIAS Y PROFESIONALES SANITARIAS

La elección del lugar en el que parir, es un derecho. A pesar de eso, el parto en casa, no forma parte de la cartera de servicios públicos de Osakidetza. En la actualidad, esta atención únicamente se ofrece a través de servicios privados, lo que limita el ejercicio de este derecho a aquellas familias que pueden asumir el coste económico o que, aun no pudiendo, se ven obligadas a realizar un gran esfuerzo para acceder a él.

Esta situación genera una clara desigualdad, ya que el lugar de nacimiento y el modelo de atención quedan condicionados por la capacidad económica, y no por criterios clínicos, de seguridad o de elección informada.

Hace ya más de diez años que las profesionales de Magale etxea, acudimos al Gobierno Vasco para solicitar la inclusión de la atención al parto en casa dentro del sistema público de salud. En aquel momento se nos trasladó que para que esta opción pudiera ser valorada era necesaria una mayor demanda social y sanitaria. Desde entonces, no solo dicha demanda ha crecido de forma sostenida, sino que se ha consolidado una amplia evidencia científica que avala la seguridad del parto domiciliario planificado en embarazos de bajo riesgo, atendido por matronas cualificadas y con criterios claros de derivación.

En este periodo, la experiencia acumulada en Euskadi por equipos de matronas especializadas muestra resultados especialmente relevantes. En nuestro caso concreto, los datos recogidos durante más de una década de atención continuada reflejan tasas de inducción, cesárea y parto instrumental inferiores al 3 %, cifras muy alejadas del contexto hospitalario general, donde la tasa de inducciones en España supera actualmente el 30 %, muy por encima del 10 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o tasa de cesáreas que van desde el 12% hasta el 24%. Estas diferencias no son casuales, sino el resultado de modelos de atención basados en la continuidad de cuidados, el respeto a la fisiología y la individualización de la atención.

Esta realidad se alinea con lo expuesto recientemente en el Senado, donde se nos invitó a dar nuestra opinión como expertas en varios temas, y entre ellos, se habló con gran interés y respeto sobre esta opción. Se puso de manifiesto que los modelos de atención centrados en la fisiología, la continuidad asistencial y el acompañamiento profesional adecuado reducen las intervenciones innecesarias, mejoran los resultados en salud materna y neonatal y optimizan el uso de los recursos públicos.

Además, la situación actual entra en contradicción con diversos marcos normativos y pronunciamientos internacionales. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos estableció en 2010, en el caso Ternovszky contra Hungría, que el derecho al respeto a la vida privada

incluye la libertad de la mujer para elegir las circunstancias de su parto, amparado en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

Asimismo, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, en la Declaración de Fortaleza (1985), reconocen el derecho de las mujeres a recibir información completa y a elegir el tipo de atención al parto que prefieran, incluyendo la posibilidad de dar a luz en domicilio cuando no existan contraindicaciones. En su guía sobre cuidados en el parto normal, la OMS afirma que una mujer debería dar a luz en el lugar donde se sienta segura y reciba el nivel de atención adecuado, siempre que existan planes claros de derivación en caso de necesidad.

A pesar de este respaldo legal, científico y sanitario, en el País Vasco, al igual que en el conjunto del Estado, el parto en casa continúa excluido del sistema público, mientras que en numerosos países europeos como Reino Unido, Países Bajos, Alemania o los países nórdicos esta opción forma parte de los servicios públicos o está total o parcialmente financiada.

Desde una perspectiva de salud pública, diversos estudios han demostrado que, además de ser una opción segura en embarazos de bajo riesgo, el parto en domicilio planificado resulta más coste-efectivo que la atención hospitalaria, al reducir intervenciones, ingresos prolongados y complicaciones asociadas a la medicalización innecesaria. Estos datos refuerzan la necesidad de revisar el actual modelo desde criterios no solo clínicos, sino también de eficiencia del sistema.

SOLICITAMOS

Por todo lo anteriormente expuesto, solicito que el Gobierno Vasco revise y valore de nuevo, con criterios actualizados y basados en la evidencia científica, la inclusión de la atención al parto domiciliario en la cartera de servicios públicos de Osakidetza, garantizando que esta opción pueda ser accesible en condiciones de equidad, seguridad y calidad, y no únicamente a través de la iniciativa privada, y siendo pioneros en ofrecer esta opción a las familias.

Asimismo, solicito que se estudien mecanismos de compensación o reintegro de los gastos asumidos por aquellas familias que se han visto obligadas a financiar de forma privada una atención reconocida por organismos internacionales como un derecho, pero que actualmente no es garantizada por las instituciones públicas.

FECHA, LUGAR Y FIRMA