



de Es necesario también, poner de relevancia la publicación del [Real Decreto 1155/2024, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero](#), sobre derechos y libertades de las personas extranjeras en España y su integración social. Un reglamento que entrará en vigor el 20 de mayo de 2025 y que permitirá regularizar a unos 900.000 personas en tres años.

Esta nueva normativa gira en torno al principio de regularizar a las personas migrantes y de agilizar y facilitar los procedimientos de los trámites necesarios incluyéndose asimismo medidas de especial protección para colectivos vulnerables como las víctimas de violencia de género o de trata de seres humanos.

También hemos de tener en cuenta, [el recurso interpuesto por organizaciones defensoras de los migrantes, del Reglamento de Extranjería](#), que plantean ante el Tribunal Supremo que no se ha tenido en cuenta los avances que figuraban en un primer borrador, lo que ha supuesto un retroceso para determinadas situaciones dado que dejará en la ilegalidad a más de 20.000 personas.

Se centra en la restricción de derechos a los solicitantes de asilo, que quedan excluidos del cómputo del tiempo de arraigo; del sometimiento a familiares de españoles a condiciones y derechos peores que los familiares de ciudadanos de la Unión Europea; y con respecto a los derechos de los menores se plantea cambiar el sentido del silencio, debiendo de corresponder el “silencio presunto positivo”, para evitar que no queden en una “especie de limbo”.

...

2.1.5. Salud y bienestar

2.1.5.2.3. Atención especializada

...

La segunda actuación que queremos resaltar en relación con la RHA (reproducción humana asistida), con una evidente **perspectiva de género**, es la realizada con la Dirección Gerencia del SAS ante la recepción de una queja en la que **la interesada nos trasladaba su preocupación y ansiedad por el temor de ser sometida a la técnica de punción ovárica o folicular sin sedación dentro de un tratamiento de FIV (fecundación in vitro)**, tanto por el dolor que podría causarle, como por la posibilidad de que algún movimiento reflejo provocase algún daño que frustrase un proceso tan deseado.

Aunque el uso de la anestesia local requiere menos recursos y por tanto ha permitido no retrasar aún más los tiempos de espera para las técnicas de (reproducción humana asistida), procesos que como hemos señalado ya acusan de una significativa demora, es indudable que **la sedación hace que la punción ovárica sea una intervención más cómoda e indolora para la mujer, además de mejorar su seguridad**, ya que se garantiza la inmovilidad de la paciente mientras se realiza la extracción.

En el curso de nuestras actuaciones, pudimos conocer que la gran mayoría de los hospitales del SSPA (Sistema Sanitario Público de Andalucía) que disponen estas técnicas en su cartera de servicios contemplan la administración de anestesia general. En el caso del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) y el Hospital Universitario Regional de Málaga, aunque no se realizan de forma generalizada, las punciones ováricas se realizan con sedación a toda mujer que lo solicita de forma expresa y en aquellas mujeres en las que puede ser difícil la realización de la técnica.

En el caso del **Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (Huelva) y del Hospital Universitario de Jaén**, sin embargo, **la falta de profesionales de Anestesiología no había permitido realizar la técnica de FIV con sedación**.

A juicio de esta Institución, no se puede colocar a las pacientes en la disyuntiva de elegir entre una técnica que elimina el dolor frente a otra que no, so pena de alargar la espera, limitando por tanto el acceso a la prestación.

Por ello, formulamos una **Resolución a fin de que se adopten las medidas necesarias que permitan culminar la implantación homogénea de la posibilidad de administración de anestesia general en las técnicas de RHA, en particular en la punción ovárica de FIV, en aquellos centros hospitalarios del SSPA en los que aún no se ha incor-**



porado protocolariamente, garantizando así que todas las mujeres tengan acceso a una atención médica de calidad y en condiciones de igualdad, reduciendo la ansiedad y el dolor y obteniendo mayor confort y seguridad.

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud ha aceptado la Resolución ([queja 23/3257](#)).

2.1.5.2.5. Salud Mental

...

De este modo, persiste sin respuesta singular el **abordaje de las personas con patología dual**, no existiendo en Andalucía dispositivos especializados en la asistencia sanitaria a las mismas.

Así se puso de relieve en el caso de una mujer joven a la que el consumo de tóxicos y la enfermedad mental había llevado a permanecer durante períodos en situación de calle y a mantener condiciones de vida insalubre y marginal que suponen un grave riesgo para su salud, llegando a sufrir agresiones físicas y sexuales. La desfavorable evolución de la misma, a pesar de haber sido atendida por todos los recursos asistenciales tanto de salud mental como de adicciones, se trasladó a esta Institución, concluyendo en el informe favorable para la derivación a recursos específicos de patología dual de otra comunidad autónoma, ante la complejidad de su manejo y la refractariedad a todos los programas terapéuticos implementados a la paciente.

En este campo, debemos recordar el [Acuerdo de 6 de junio de 2023, del Consejo de Gobierno, tomó conocimiento del Protocolo Andaluz de Coordinación para la Atención a Mujeres con Problemas de Adicciones Víctimas de Violencia de Género](#).

2.1.5.2.9. Políticas de salud

...

En los dos primeros, relativos al **derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía**, resulta fundamental el enfoque de género, en la medida que se trata de **políticas públicas de salud que afectan directamente a las mujeres**.

La primera de las cuestiones a las que nos queremos referir versa sobre una queja en la que se nos trasladaba que **en Jaén, al contrario que en el resto de provincias de Andalucía, no se ofertaba la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** ni en los centros sanitarios de la red pública ni mediante concierto a través de entidad privada, por lo que las mujeres debían acudir a clínicas privadas fuera de dicho territorio y sufragar los costes del desplazamiento y en su caso pernoctar, además de adelantar el coste de la intervención médica, para posteriormente solicitar el reintegro de esta última. Se nos planteaba que el obligatorio desplazamiento a otras provincias conculcaba la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en particular su artículo 19, que impone a las administraciones sanitarias competentes la obligación de garantizar a todas las mujeres igual acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan ([queja 21/7678](#)).

En la Sentencia 44/2023, de 9 de mayo de 2023, del Tribunal de Constitucional, en recurso de inconstitucionalidad 4523-2010, el alto tribunal concluye que “la interrupción voluntaria del embarazo, como manifestación del derecho de la mujer a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respeto a su propio cuerpo y proyecto de vida, forma parte del contenido constitucionalmente protegido del derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE) en conexión con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad como principios rectores del orden político y la paz social (art. 10.1 CE).” En los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo legalmente permitidos, ello supone que la ley ha de armonizar el derecho del personal sanitario a la objeción de conciencia con la garantía de la prestación por parte de los servicios de salud y con los derechos de la mujer embarazada. **La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de Andalucía podría contemplar medidas estables en este aspecto, si bien sigue pendiente desde hace varios años.**

Dada la amplitud geográfica de la provincia de Jaén, el **obligatorio traslado a otras provincias** para la práctica de la IVE en los supuestos previstos legalmente puede conllevar, además de los lógicos inconvenientes, **dificultades adicio-**



nales para mujeres de escasos recursos económicos o en una situación de vulnerabilidad física y emocional, que afectan a su propio derecho a la práctica de la IVE en condiciones de igualdad con respecto al resto de andaluzas.

A la vista de todo ello formulamos una **Resolución a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud con dos Recomendaciones:**

La primera de ellas dirigida a que se adopten las medidas necesarias para **garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Jaén**. Se nos da traslado de la creación de un grupo de trabajo al objeto de estudiar la posible implantación de la IVE en al menos un hospital público de cada provincia, existiendo consenso en que sería factible realizar las IVE de más de 14 semanas de gestación (las que se producen únicamente por causas médicas justificadas), pero no las de menos de 14 semanas, debido a la dificultad de recursos profesionales, materiales, organizativos y técnicos, asociada al derecho de objeción de conciencia del personal. Así, dicha Recomendación ha sido **aceptada parcialmente**, por cuanto se nos informa que en noviembre de 2023 se autorizó la **inclusión en la cartera de servicios** del Hospital Universitario de Jaén de los procedimientos de la IVE de más de 14 semanas hasta 21 semanas de gestación y de la IVE de 22 o más semanas de gestación (interrupción por causas médicas).

En segundo lugar esta Institución recomendaba que, mientras que no sea posible la prestación en Jaén de la IVE en condiciones de igualdad con las restantes provincias andaluzas, **se regule normativamente la compensación de los gastos por desplazamiento, alojamiento y manutención a las embarazadas que tengan que desplazarse fuera de la provincia de Jaén** para la práctica de la IVE. La administración sanitaria nos ha indicado que se está desarrollando el borrador de Decreto que actualizará la prestación ortoprotésica en Andalucía y por en el que se regularán las ayudas por gastos de desplazamiento con fines asistenciales, cuestión sobre la que nos seguiremos interesando a fin de confirmar en qué términos se produce dicho cambio normativo y se ha producido el mismo y si por tanto esta Recomendación ha sido aceptada.

La segunda cuestión de relevancia en este apartado versa, como hemos adelantado, a los **avances en la humanización de las actuaciones médicas durante el embarazo, el parto y el puerperio**, que han permitido la instauración progresiva de protocolos asistenciales específicos en algunos hospitales del SSPA.

Tanto en 2024 como en años anteriores, algunas mujeres nos han trasladado su preocupación por que durante la cesárea puedan estar acompañadas por una persona de su elección, así como que la madre pueda realizar el contacto “piel con piel” y permanecer con su bebé inmediatamente después del nacimiento, sin ser separada del mismo hasta la recuperación de la anestesia, sin perjuicio de que lógicamente las circunstancias clínicas concurrentes en cada caso puedan justificar una actuación diferente. Entre las múltiples ventajas que la literatura científica reconoce a estas prácticas se encuentran favorecer el establecimiento de la lactancia materna exclusiva, la mejora del vínculo afectivo madre/bebé, la mejora de la estabilidad cardiopulmonar, la termorregulación y los niveles de glucemia de las criaturas y su reducción del estrés durante el período posparto, etc.

Actualmente sin embargo, dependiendo de cada hospital y debido al distinto nivel de desarrollo de sus planes de humanización, las pacientes podrán estar acompañadas o no por su pareja u acompañante, y permanecer con su bebé o no durante varias horas tras la cesárea.

Dicha preocupación nos la trasladaba una mujer embarazada que tenía prevista una cesárea en el Hospital Universitario Punta de Europa, demandando, como ella misma decía, la implantación de las **“cesáreas humanizadas”** ([queja 23/8212](#)). Además de interesarnos por las circunstancias particulares de su caso, interesaba a esta Institución conocer el actual desarrollo del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía y, en particular, la humanización de la asistencia en la atención hospitalaria y la atención neonatal en los partos por cesárea.

La administración sanitaria nos informó de la instauración del **programa “Contacto piel con piel tras la cesárea” en 13 hospitales del SSPA**: Virgen del Rocío y Virgen de Valme en Sevilla; Hospital Infanta Margarita en Córdoba; Punta de Europa, Jerez de la Frontera y Línea de la Concepción en Cádiz; Costa del Sol en Málaga; Jaén y Alto Guadalquivir en Jaén; Virgen de las Nieves en Granada; y Torrecárdenas, Poniente y La Inmaculada Huércal Overa en Almería.

Dicho programa pivota, en el plano asistencial, sobre la valoración individual de la patología previa, complicaciones anestésicas y complicaciones obstétricas de madre y bebé, de forma personalizada en cada caso una vez recibida la solicitud de la mujer, ofreciendo la posibilidad, si el estado físico de la mujer no lo permite, de que sea otra persona quien realice el protocolo piel con piel en el puerperio inmediato. En el área estructural se promueven espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad de las pacientes.



Por parte de esta institución **seguiremos pendientes de los avances de la administración andaluza** en la instauración del programa “Contacto piel con piel tras la cesárea”, **esperando que próximamente pueda aplicarse en el resto de hospitales del SSPA** que atienden partos, **en particular en la provincia de Huelva**, que aún no dispone de ningún centro con este protocolo. De igual modo es de esperar que se continúen otras líneas de trabajo relacionadas con la atención perinatal dentro del Plan de Humanización, como el Proyecto de muerte perinatal, que se está desarrollando con la Fundación Matrioskas.

...

2.1.5.2.10. Derechos de las personas usuarias

La Administración sanitaria y su personal desempeñan un **papel clave en la atención a las víctimas de violencia sexual, especialmente cuando se trata de menores**. Más allá de la asistencia médica, es fundamental garantizar un entorno de confianza, empatía y respeto, donde la atención sanitaria no solo contribuya a la recuperación física y a la recolecta de pruebas, sino también al bienestar emocional de la víctima y su entorno. Para ello, la formación especializada del personal, el cumplimiento riguroso de los protocolos de actuación y la coordinación entre los distintos agentes implicados resultan esenciales. **Un abordaje inadecuado no solo puede revictimizar a la persona afectada, sino también dificultar la denuncia y el acceso a los recursos de apoyo necesarios**.

Hemos tenido la oportunidad de profundizar en 2024 en el “**Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía**” (revisado en 2024) al hilo de la queja presentada por una mujer que nos manifestaba su **disconformidad con el trato recibido por una trabajadora social de su Centro de Salud** en la provincia de Málaga en el año 2023, **tras el abuso sexual sufrido por su hija de 13 años**. Según su testimonio, la profesional minimizó y cuestionó la agresión, centrándose en reprocharle que la menor tuviera novio y afirmando que la agresión “tampoco era para tanto”. La actitud de la profesional no generó un clima de confianza ni empatía, que como hemos señalado son aspectos fundamentales en la atención a víctimas de violencia sexual.

Dado lo expuesto, esta Institución consideró necesario verificar si el Protocolo de actuación ante el maltrato a menores del Distrito de Atención Primaria Costa del Sol había sido revisado conforme al “Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía”, entonces en su primera edición del año 2020. Dicho documento destaca la importancia de una atención profesional, empática y rápida, garantizando la privacidad y seguridad de las víctimas. Al ser la afectada una menor, estos principios deberían haberse extendido también a su progenitora, quien la acompañó en el proceso.

Tras recabar un informe sobre los hechos, trasladamos al citado Distrito de Atención Primaria una **Resolución con cuatro Sugerencias**: revisar y actualizar el protocolo de actuación ante el maltrato a menores, garantizar la intervención de la Comisión Interdisciplinar de Violencia de Género, adaptar el protocolo del Distrito al citado Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía, y dotar al personal de formación y herramientas adecuadas para la atención a víctimas.

La administración sanitaria aceptó todas las Sugerencias y comunicó que la dirección del centro de salud y el referente en violencia de género se reunieron con la trabajadora social y otros profesionales implicados para recabar información y adoptar medidas correctivas, entre ellas la realización de un curso específico sobre el protocolo de actuación ante la violencia en la infancia y adolescencia, con el objetivo de mejorar la atención a estos casos.