

chando la tecnología disponible y mediante un enfoque participativo y abierto a todos los agentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía”.

2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

2.1.5.2.1. Salud pública

Las políticas de salud pública buscan garantizar la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables y la protección de la salud colectiva. A colación de ello, el Defensor del Pueblo Andaluz ha desarrollado actuaciones por las dudas expuestas por algunas andaluzas respecto a la periodicidad adecuada de las mamografías, dentro del **Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM)**.

Concretamente, una ciudadana nos trasladaba que, aunque se le venían realizando mamografías anualmente en el SAS por sus antecedentes familiares, al cumplir 50 años había pasado al cribado bianual del citado programa, sin que en la respuesta dada a su reclamación ante el SAS se le ofreciera la explicación que habría podido disipar sus dudas, más allá de la general de tratarse de un programa indicado para las mujeres de 50 años en adelante.

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública, tras revisar la historia clínica de la paciente, informó a esta Institución que el procedimiento seguido había sido acorde al Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Cáncer de Mama, puesto que estaría catalogada de riesgo moderado, por lo que no existía indicación clínica, en base a la evidencia científica, de realizar dichas pruebas con mayor periodicidad que la bianual. A la vista de lo expuesto, consideramos que no existía irregularidad, si bien dichas explicaciones detalladas deberían haberse ofrecido a la interesada en la respuesta a su reclamación: los criterios científicos existentes aconsejan su realización bianual en los rangos de edad y con la periodicidad que ha demostrado un beneficio; salvo en el caso de las mujeres que tengan indicada una valoración y un seguimiento a través de protocolos de actuación específicos, por cumplir criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario.

2.1.5.2.2. Atención primaria

Hemos de reproducir la problemática del **acceso a consultas** programadas de atención primaria, que han seguido siendo la razón de las numerosas quejas de la ciudadanía desde plurales zonas geográficas andaluzas. El volumen de demandas se ha mantenido estable en relación con el de 2023, presentando por provincias andaluzas un mayor número en Sevilla y Málaga, seguidas a bastante distancia por Granada, Córdoba y Almería.

Las dificultades para la obtención de cita con el médico de familia, presencial o telefónica, por la insuficiencia de facultativos en las plantillas de los centros de salud y consultorios, da lugar a la solicitud de atención no demorable, canalizando la demanda a través de medios no ordinarios, como las urgencias de Atención Primaria.

Los responsables de la organización de los servicios públicos de salud son conscientes de ello, por lo que a lo largo de 2024 han adoptado medidas de índole organizativa y de carácter normativo, aunque el problema no presenta perspectivas de obtener solución a corto plazo.

Entre las organizativas, a finales del año 2024 se impulsó un **plan de gestión centralizada de demanda**, dirigido a que los centros de salud pudieran dar respuesta antes de 72 horas a las personas que no pudieran conseguir cita por la aplicación digital o por teléfono, bien por un médico de familia dentro de su propio distrito, bien por consulta telefónica por un médico de otro distrito sanitario o de otra provincia que tenga disponibilidad.

Dentro del mismo se reduce el porcentaje de citas que cada Centro reserva a demandas imprevistas, del 50% al 7% y se aumenta la continuidad asistencial en todos los distritos, con consultas vespertinas.

Por su parte, el [Acuerdo de 10 de diciembre de 2024, del Consejo de Gobierno](#), persiste en la línea emprendida por los acuerdos previos aplicados en los años 2023 y 2024, a fin de facilitar la realización de **nombramientos de carácter temporal** de personal médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario por el Servicio Andaluz de Salud durante el año 2025, eximiendo del requisito de la nacionalidad, previsto en el artículo 106.1.a) de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía.

Queda sin embargo inconcluso el proyecto de decreto por el que se establece el **régimen de acceso a puestos de difícil cobertura** de determinado personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud, que se sometió a información pública en el último trimestre del año 2024, en concreto, por la [Resolución de 9 de octubre de 2024, de la Secretaría General Técnica, de la Consejería de Salud y Consumo](#).

Un proyecto que puede ser de gran utilidad para amparar el derecho a la protección de la salud de los andaluces y andaluzas que viven en las zonas con menor número de facultativos, como, entre otras, la Básica de Salud de Estepa, cuyos alcaldes nos trasladaron el pasado año las dificultades que atraviesan para poder contar con médicos de familia y pediatra en los Centros de Salud y Consultorios de los municipios que forman parte de la misma; del mismo modo que lo vienen haciendo los Alcaldes de los municipios incardinados en el Área de Gestión Sanitaria Zona Norte de Málaga, en particular los de las zonas básicas de Mollina y Campillos, acuciados por esta deficiencia.

Precisamente los últimos exponen la falta de facultativos de familia, con dilaciones en el acceso a consultas programadas y la constante variabilidad de profesionales, contraria a la confianza en que debe desenvolverse la relación médico-paciente, manifestando por ello su oposición al sistema de agilización de cita en 72 horas.

De igual modo, exponen las necesidades de la zona en la **atención sanitaria urgente** y la necesidad de ampliar la cartera de servicios de atención primaria, con la dotación de equipo radiológico en el municipio de Alameda, como ocurre en otros municipios circundantes.

Dentro de la cartera de servicios, hemos tenido la oportunidad de examinar las **demoras en los procedimientos odontológicos cuando es necesaria la sedación o anestesia de personas con discapacidad** para permitir la intervención de los/as especialistas en odontología. Se trata de procedimientos que no cuentan con plazo de garantía y que, al requerir la participación de especialistas en anestesiología del hospital y equipos de dentistas de atención primaria y depender de la disponibilidad de quirófanos, tienen una **lista de espera de alrededor de un año**.

Son afecciones que, sin revestir gravedad en la inmensa mayoría de los casos, impactan directamente en la calidad de vida de los pacientes, pues suelen ser dolorosas, y además el transcurso del tiempo puede determinar, por ejemplo, que una simple caries ya no sea susceptible de obturación sino que requiera una endodoncia, no incluida en la cartera de servicios odontológica, por lo que acabe finalizando en la extracción de una pieza dental que podría haberse salvado, como hemos visto en alguna queja tramitada en esta Institución, afectando directamente a la salud bucodental.

Ante la generalizada situación de demora para estos procedimientos, conocida a través de dos quejas de diferentes provincias, solicitamos informe a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud sobre si se podrían plantear alternativas que facilitaran su realización con mayor agilidad. En su respuesta, informó que dentro de las actuaciones contempladas en el **Proyecto de Ampliación de Car-**

tera de Servicios de Salud Bucodental en Andalucía, planificada para el 2025 y con plazo de ejecución en diciembre del 2026, se está trabajando actualmente para **reforzar las instalaciones, equipamiento, circuitos y profesionales existentes de odontología hospitalaria**.

2.1.5.2.3. Atención especializada

Las quejas recibidas con relación a la atención especializada se caracterizan por la **heterogeneidad tanto de las actuaciones médicas a las que se refieren, como por la diversidad de las pretensiones de las personas afectadas**.

La atención especializada en el segundo nivel de ordenación funcional, está afectada por la carencia de recursos humanos, destacando la **preocupante falta de especialistas en neurología, psiquiatría y anestesiología en algunas áreas sanitarias del SSPA**, cuestión a la que también hacemos referencia en otros apartados de este subcapítulo.

Particularmente alarmante es la falta de especialistas en neurología en la provincia de Huelva y en la de Jaén, produciendo importantes diferencias en la atención sanitaria en esta especialidad respecto a áreas de población con grandes hospitales de referencia que presentan menos problemas de personal. Como ejemplo, en el Hospital Juan Ramón Jiménez la primera valoración se estaba produciendo alrededor de un año después de la petición, con el consiguiente retraso en los diagnósticos y en los tratamientos necesarios, impidiendo un diagnóstico precoz de la patología neurológica y con el agravamiento de síntomas y patologías, **afectando especialmente a las personas mayores**, al ser quienes en mayor medida sufren patologías neurológicas como la Enfermedad de Parkinson, la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.



Por esta razón procedimos a la **apertura de una queja de oficio, con el objeto de analizar, junto con la administración sanitaria, las causas de la insuficiencia de neurólogos/as en la provincia de Huelva** y sus posibles soluciones.

La Dirección Gerencia del SAS nos informó de las medidas que se estaban adoptando para lograr la cobertura y la estabilización de la plantilla del Servicio de Neurología del Hospital Juan Ramón Jiménez, mecanismo clave para lograr la reducción de la ingente demora existente en las consultas externas, así como para apoyar este servicio desde el Hospital Universitario Virgen del Rocío, si bien el impacto de dichas medidas en las listas de espera era aún muy limitado y de hecho el 87,5% de los pacientes derivados de atención primaria seguían teniendo una espera media de diez meses para asistir a la primera consulta. En este sentido, se reconocía que **el Servicio de Neurología en la provincia de Huelva aún se encuentra en situación deficitaria**, sobre todo respecto al personal temporal.

A la espera que de las medidas adoptadas fructifiquen en la definitiva cobertura y estabilización de la plantilla y en la consiguiente disminución de las listas de espera y correcto funcionamiento del servicio, procedimos al cierre de la queja de oficio, sin perjuicio de reabrir actuaciones si transcurrido un tiempo prudencial no se observaran avances significativos en los tiempos de respuesta asistencial ([queja 23/7274](#)).

La falta de especialistas en neurología en el **Hospital Universitario de Jaén**, fue planteada ante la gerencia del Centro que nos aportaba datos fechados a diciembre de 2023, con 12 648 pacientes de primera consulta, de los que 10 214 procedían de derivación desde atención primaria y 2434 desde atención especializada y una demora media de 432 días. Indicaba asimismo que la disminución de la demanda no satisfecha entre 2021 y 2023 había sido del 56,39%, en relación con la ampliación del número de FEAs, que en enero de 2024 era de 12 (en 2021 eran 8), si bien descontando las reducciones de jornadas de varios de ellos, se traducían en un número efectivo de facultativos de 10,4, con una ratio de 1,6 facultativos por 100 000 habitantes. Finalmente se estaba potenciando la teleconsulta de Neurología.

Por otra parte, en el ámbito de la atención especializada apreciamos que en muchas ocasiones el elemento común de las quejas es un **defectuoso conocimiento de las razones** por las que se adoptan determinadas decisiones clínicas en el proceso asistencial, por lo que a menudo nuestras actuaciones se centran en recabar mayor información que la que ya ha sido trasladada a los/as pacientes, incluso tras haber formulado reclamaciones. Por ello, esta Institución insiste en que el derecho a la información forma parte del derecho a la protección de la salud, en la perspectiva de la necesaria humanización de la relación asistencial y la mejora de la relación médico-paciente.

En relación con el derecho a la información, formulamos una Resolución al Hospital Universitario Regional de Málaga para que se proporcionara información detallada a una paciente sobre todas las dudas que había planteado respecto a la atención prestada durante su parto. Además de aceptar la Resolución, ofreciendo una explicación motivada a la interesada sobre la adopción de determinados procedimientos durante el trabajo de parto, se nos indicó que la Unidad de Gestión Clínica de Neonatología, tras analizar el caso, había adoptado **medidas para mejorar la detección del frenillo lingual patológico**, como la revisión del protocolo de manejo de este y la realización de una sesión específica acerca del frenillo tipo IV ([queja 22/7124](#)).

Continuaremos **instando a los centros sanitarios del SSPA a adherirse a las mejores prácticas y recomendaciones internacionales y nacionales en la atención del parto y la atención perinatal**, que promueven el parto respetado, el contacto piel con piel inmediato (cuestión a la que haremos referencia más adelante) y la lactancia materna, entre otros aspectos fundamentales para la salud y bienestar de madre y bebé, así como a promover la formación y sensibilización continua del personal sanitario en relación con los derechos de las pacientes y la importancia de una comunicación efectiva y empática.

La **necesidad de una mayor formación en aspectos muy específicos** fue también objeto de nuestra actuación con el **Hospital Virgen de las Nieves**, tras detectar disfunciones en el manejo de **reservorios subcutáneos en los servicios de urgencias hospitalarios**. Una ciudadana de Granada nos trasladaba el problema existente en aquellos casos en los que es necesario acudir a los servicios de urgencia o al

laboratorio de extracciones del hospital, no encontrando personal cualificado para realizar la extracción desde los reservorios.

En consecuencia, formulamos una **Sugerencia** a fin de que se adoptasen las medidas necesarias para que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves contase con **personal de enfermería formado en la manipulación del reservorio venoso subcutáneo siempre disponible en las unidades o servicios de atención sanitaria urgente y en las de análisis clínicos**. El hospital nos trasladó su aceptación de dicha Resolución, informándonos de las medidas que se iban a desarrollar relacionadas con la formación continua del personal y con la interacción del servicio de onco-hematología con todas las unidades del centro ([queja 23/4541](#)).

En la inmensidad de actuaciones sanitarias que se realizan a diario en nuestra comunidad, es comprensible que se produzcan ciertos errores involuntarios, que en principio podrían no tener mayor trascendencia que una molestia para las personas afectadas, pero que cuando afectan a personas especialmente vulnerables, por ejemplo por su discapacidad, adquieren una especial relevancia. Este fue el caso que nos presentaba una mujer que manifestaba que no había recibido respuesta a su reclamación por los errores que dieron lugar a que se debiera realizar una **extracción de sangre en tres ocasiones en menos de un mes a su hijo, con una discapacidad del 84%**, por un equipo sanitario que se desplazó al centro residencial para personas con trastornos del espectro autista en el que reside en la provincia de Cádiz.

Dado que tras solicitar varios informes la administración seguía sin concretar la causa del problema, formulamos una **Sugerencia para que se revisase el circuito del proceso de análisis**, en el que interviene diferentes profesionales sanitarios, a fin de evitar en lo posible que deban repetirse extracciones, con las consiguientes molestias para las personas usuarias, en especial cuando se trata de colectivos vulnerables. **El Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda aceptó nuestra Resolución**, informando que se había procedido a investigar los incidentes, a revisar el protocolo de extracción de muestras desde un enfoque sistémico, entendiendo que hay varios factores involucrados, y consecuentemente a desarrollar las estrategias necesarias ([queja 23/5631](#)).

Las **enfermedades raras** suponen un reto particularmente desafiante en los sistemas públicos de salud, que se agrava cuando la atención implica a distintos niveles y unidades de asistencia sanitaria. Así nos lo trasladaba una ciudadana de Almería que padece una alteración genética que, si bien no precisa tratamiento, sí impide o dificulta que su organismo elimine determinados fármacos, lo que se traduce en limitaciones en cuanto a los tratamientos farmacológicos que puede tomar, requiriendo un análisis caso por caso por el área de farmacogenética.

Nos explicaba que, debido a que su enfermedad resulta muy desconocida y que el propio informe de farmacogenética no es accesible a través de la historia única de salud digital y que en todo caso es de difícil comprensión por personal facultativo de otras especialidades, se encuentra con numerosos obstáculos para que puedan realizarle una adecuada prescripción farmacológica en atención primaria, urgente y especializada.

Hasta el momento había solventado estos problemas aportando y explicando ella misma en cada asistencia médica el informe sobre su alteración genética, e incluso resolviendo las dudas del personal médico gracias a la colaboración de una especialista del Área de Farmacología Clínica del Hospital Torrecárdenas, hasta la jubilación de la misma, momento a partir del cual no podía acceder a ningún profesional que resolviera sus dudas, no resolviendo estos problemas la derivación que se había efectuado a Medicina Interna.

A la vista de la información recabada, esta Defensoría formuló una **Sugerencia al Hospital Torrecárdenas de Almería a fin de que se le asignase facultativo/a especialista de referencia** con conocimientos en su alteración, así como la adopción de medidas necesarias para incorporar el contenido del informe de la alteración genética de la interesada en la historia única de salud digital ([queja 23/5475](#)).

En algunas ocasiones, **procedimientos que en principio no están incluidos entre aquellos cubiertos por el sistema público de salud, pueden serlo si resultan estrictamente necesarios**. Es el supuesto

bastante particular que se nos presentó por un ciudadano que nos explicaba que su hija menor de edad sufría una malformación mandibular, valorándose por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Reina Sofía que la única solución era una intervención quirúrgica que requería la previa corrección ortodental. La necesidad de la intervención venía dada por cuanto dicha dolencia provoca el desplazamiento de la mandíbula hasta el punto de llegar a oprimir las vías respiratorias.

La intervención en cuestión está contemplada en la cartera de servicios del SAS, no así la corrección ortodental. Consideraba no obstante el interesado que, al tratarse de un procedimiento médico ineludible con carácter previo a una intervención cubierta por el SSPA, procedería el reintegro del coste del mismo realizado en el ámbito privado. Admitida la queja a trámite, el Hospital Universitario Reina Sofía reconoció que la inclusión de la intervención maxilofacial por la malformación de mandíbula en la cartera de servicios del SAS comprende el tratamiento ortodoncista, siempre que éste fuere necesario desde un punto de vista facultativo para llevar a cabo la intervención, comprometiéndose a iniciar la tramitación del procedimiento de reembolso de los gastos reclamados (queja 23/5832).

También hay **casos que, por su especial complejidad, son derivados a los hospitales de referencia nacionales** a través del Sistema de Información del Fondo de Cohesión (SIFCO) y conforme a las instrucciones vigentes en el SAS sobre derivación de pacientes desde centros del SSPA a centros ajenos al SSPA.

Era el caso de un pequeño nacido en el año 2021 con hemimelia derecha severa con ausencia de tibia completa, sobre cuyo tratamiento ya iniciamos actuaciones en el año 2022, siéndole reconocida la derivación al Hospital de La Arrixaca en Murcia, como centro de referencia nacional (CSUR) en reconstrucción de extremidades inferiores. En una nueva comunicación en 2024, los padres del pequeño nos referían que, como parte de los estudios preoperatorios, se había indicado la realización de un TAC con reconstrucción 3D, la cual debería realizarse en el hospital de referencia del domicilio en Andalucía. Sin embargo, se consideraba más conveniente su realización en Murcia debido a la complejidad de la intervención quirúrgica, novedosa en nuestro país.

Admitida la queja a trámite con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, se nos explicó que solo es posible registrar un procedimiento ambulatorio por cada solicitud, por lo que la derivación para la realización de una prueba TAC debe ser solicitada de forma independiente y autorizada cuando proceda conforme a las instrucciones. Se nos explicaba que normalmente las pruebas necesarias para los tratamientos indicados por el hospital al que se efectúa la derivación pueden realizarse de forma local para evitar desplazamientos, pero **en otros casos el hospital ajeno al SSPA puede requerir que se realice en su propio centro**, no existiendo inconveniente por parte del Servicio Andaluz de Salud.

En este caso, el Hospital Universitario Virgen del Rocío solicitó la derivación del paciente al hospital de Murcia para la realización de dicha prueba con el fin de preparar la cirugía por el equipo multidisciplinar del hospital murciano, siendo finalmente autorizada ([queja 24/7088](#)).

Por último dentro de la atención especializada, queremos destacar este año 2024 dos actuaciones de singular interés realizadas en el ámbito de la **reproducción humana asistida** (en adelante RHA).

En la primera de ellas, una ciudadana de Sevilla ponía de manifiesto lo que consideraba una desigualdad con respecto a pacientes de otros hospitales, por cuanto, tras haberle realizado dos fecundaciones in vitro (FIV) en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Materno-Fetal, Genética y Reproducción del **Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), y a pesar de cumplir con los criterios clínicos, se le había denegado el acceso a un tercer ciclo FIV**, contrariamente a lo previsto en la Guía de RHA del SSPA, que establece un número máximo de tres ciclos sujetos a criterios clínicos.

Tras presentar reclamación en el HUVR, solicitando el acceso a dicho ciclo, bien en dicho hospital bien en otro centro sanitario público, había recibido por respuesta que en el HUVR no se pueden llevar a cabo más de 500 FIVs al año, por lo que ofrecen solo dos ciclos para garantizar que el máximo de mujeres tengan acceso a la FIV.

Solicitado informe, el hospital nos explicó que la citada Unidad cubre una población de 1.500.000 habitantes, con una alta demanda asistencial que da lugar a una **demora de aproximadamente 24 meses para el primer ciclo de FIV**. Se indicaba que se había logrado mejorar significativamente las tasas de éxito en los ciclos iniciales, reduciendo la necesidad de realizar ciclos adicionales, y que en el escenario actual, llevar a cabo terceros ciclos reduce considerablemente la accesibilidad y equidad para el conjunto de pacientes del área de referencia, al tiempo que empeora la demora y sus resultados. Se afirmaba que se informa a las pacientes sobre esta situación al inicio de su tratamiento, lo que la interesada negaba que se hubiera hecho en su caso.

Concluíamos, pues, que la limitación a un máximo de dos ciclos de FIV con carácter general en el HUVR se debe a la **insuficiencia de recursos para atender el gran volumen de demanda de la población de referencia** y en consecuencia a la imposibilidad de garantizar la cartera de servicios prevista en la Guía de RHA, contraviniendo el principio de igualdad respecto a las pacientes de otros centros.

Por ello formulamos una **Resolución a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud a fin de que se dote convenientemente a los servicios** que tengan más demanda, de modo que se pueda garantizar el principio de igualdad en el acceso a las prestaciones así como el cumplimiento de la Guía de RHA del SSPA, así como que se proporcione a las pacientes toda la información relevante del proceso, incluido el máximo de ciclos, así como de la posibilidad de ejercer la libre elección de centro ([queja 22/7552](#)). Dicha Resolución fue aceptada, procediendo en el caso del HUVR a realizar un análisis que permita evaluar la equidad en el acceso de la prestación y a valorar la adecuación de la plantilla.

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 incorporado 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](#)).

2.1.5.2.4. Atención pediátrica

En 2024 hemos recibido algunas quejas en las que se nos trasladaban los problemas causados por la ausencia temporal de pediatras en algunos centros de salud y consultorios, normalmente relacionados con vacaciones, incapacidades temporales, jubilaciones, traslados y otras incidencias del personal sanitario.

Este fue el caso de varias quejas recibidas en relación con la carencia de especialista en pediatría en los Consultorios de Benacazón y Villamanrique de la Condesa y en el Centro de Salud de Aznalcóllar (Sevilla), los tres pertenecientes al Distrito Sanitario Aljarafe.

De las actuaciones realizadas e información recabada pudimos constatar que los citados centros sanitarios volvían a disponer de consulta de pediatría, tras derivar la atención pediátrica durante un tiempo a otros municipios del Distrito Sanitario.

Según hemos podido conocer, el problema común parece ser la falta de efectivos de pediatría para cubrir las vacantes existentes, razón por la cual desde la Dirección del Distrito Sanitario Aljarafe se ha reestructurado el servicio, centralizándose la asistencia a la población infantil en algunas localidades de forma provisional en tanto se cubren las plazas vacantes, y poniendo en marcha una convocatoria específica de pediatría para todas las plazas vacantes en el Distrito. Habida cuenta que por parte de la Administración sanitaria se están adoptando las medidas necesarias para resolver la coyuntura actual en el Distrito, concluimos nuestras actuaciones.

En otro ámbito de la atención pediátrica, este año 2024 hemos recibido varias **quejas procedentes de la provincia de Almería en relación con las demoras**, en algunos casos superiores al año, **para que niños y niñas menores de seis años recibieran atención temprana** en el correspondiente Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT).

La Delegación Territorial de Salud y Consumo en Almería nos trasladó que, a pesar de que la Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la Atención Temprana en la comunidad autónoma de Andalucía, ha supuesto un gran avance que dota de mayor seguridad y respaldo a este servicio, actualmente existe una alta demanda y una demora en la atención, cuyas causas atribuía al aumento en la tasa de diagnósticos debido a los avances en la detección precoz, al crecimiento demográfico en la provincia de Almería, a la disponibilidad limitada de profesionales especializados y a la propia complejidad del proceso de evaluación y diagnóstico para determinar las necesidades específicas de cada menor.

Se nos explicaba que se están poniendo en marcha paulatinamente una serie de **estrategias a fin de aumentar el número de plazas disponibles para la provincia de Almería y por tanto reducir las listas de espera**. Así, está prevista una ampliación del número de sesiones en la próxima licitación de la gestión del servicio público de Atención Temprana, lo que supondría una ampliación de la infraestructura y contratar más profesionales para reducir la disparidad entre la demanda y la capacidad. Asimismo se pretende mejorar la coordinación interinstitucional, mediante grupos de trabajo para llevar a cabo una actuación coordinada y uniforme en todas las provincias.

Sin embargo, en diciembre de 2024 el Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales anuló los pliegos que rigen la contratación bajo el régimen de concierto social de la prestación del servicio de atención temprana, lo que supone un retraso en tanto se modifican los pliegos anulados y se hace una nueva convocatoria. En consecuencia, la Delegación Territorial nos comunicó que, en tanto que se sustancia la misma, se está trabajando dentro de la normativa de aplicación con el fin de optimizar las plazas disponibles, a fin de reducir las elevadas listas de espera.

Por último, remitimos a la parte de este Informe Anual que analiza los derechos de la Infancia y Adolescencia, sobre el apoyo educativo a menores en situación de cuidados paliativos y la consulta del “Proyecto: Detección y abordaje de experiencias adversas en la infancia”.

Hemos de mencionar, por su interés, la Resolución de 18 de junio de 2024, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica la Resolución de 24 de febrero para la organización asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia en el ámbito asistencial del Servicio Andaluz de Salud. Y el sometimiento a información pública del borrador inicial del [Plan Integral de Atención Infantil Temprana de Andalucía 2024-2028](#).

2.1.5.2.5. Salud Mental

La atención a las personas que padecen problemas de salud mental y los recursos disponibles para ello es un asunto que preocupa de forma especial a esta Institución, y que se demanda de forma prioritaria tanto por las personas directamente afectadas como su entorno mas próximo.

En años anteriores hemos puesto de manifiesto la **infradotación de recursos para la atención de las personas con trastornos de salud mental**, así como la mejorable coordinación entre los recursos sanitarios y sociales. Este 2024 hemos conocido la insuficiencia de personal en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva “Plaza Houston”, en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria de Osuna ([queja 24/1484](#)) y en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba y en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Peñarroya-Pueblonuevo ([queja 23/4415](#)).

Así las cosas, hemos formulado tres resoluciones a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a fin de que se **adopten las medidas que permitan la cobertura de las plazas estructurales de psiquiatras** en las correspondientes unidades de gestión clínica de salud mental, a fin de **garantizar una asistencia de calidad y la continuidad de los cuidados clínicos por profesionales referentes**, especialmente a las personas afectadas por los trastornos más graves.

Las tres resoluciones han sido aceptadas, observando mejoras en la adecuación de las plantillas y en la propia atención asistencial, si bien cabe destacar que el problema de fondo sigue pendiente de resolver y que la situación de congestión e insuficiencia de recursos se observa en otros puntos de nuestra comunidad, como en las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Lepe y La Palma del Condado, dependientes del Hospital Infanta Elena ([queja 24/2763](#)).

Iniciado el año 2025 no se ha aprobado el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A) 2024-2028 y, por ende, no se ha implantado la prevista ordenación y reorganización de 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](#).

2.1.5.2.6. Tiempos de respuesta asistencial

El análisis de los tiempos de respuesta asistencial es un abordaje tradicional de esta Defensoría en todos los informes anuales, ya que no en vano el cumplimiento de sus plazos garantizados o, en su defecto, la dispensación de la atención sanitaria especializada dentro de un tiempo razonable, constituye una demanda de los andaluces y andaluzas con presencia constante y, por ello, fuente inagotable de la actividad investigadora del Defensor del Pueblo Andaluz.

Las listas de espera son un reto común en todos los sistemas sanitarios públicos de carácter universal, de manera que si bien ciertos retrasos deben asumirse como inevitables, debemos rechazar en cambio dilaciones que revelen un problema de índole estructural, por alcanzar tiempos desorbitados y afectar a una generalidad de personas.

En nuestra consideración las demoras en los tiempos de respuesta asistencial han superado la categoría de coyunturales. Ya decíamos en el Informe Anual de 2023 que las quejas alusivas a ello venían en paulatino ascenso desde el año 2021 y que en 2023 se habían duplicado respecto de las registradas en 2022, tanto por acceso a la primera consulta de especialidad como en intervenciones quirúrgicas, cuadruplicándose las fundadas en demoras en los procedimientos diagnósticos.

Finalizado el año 2024 no parece que el objetivo de retornar a una situación que se mantenga dentro de parámetros previos a la pandemia haya podido alcanzarse. Y así, aunque los responsables de los Centros siguen mencionando la lista de espera originada durante el periodo de crisis de salud pública, entre las causas que inciden negativamente en los tiempos de respuesta asistencial, lo cierto es que añaden un elemento que nos genera enorme preocupación, el de la carencia de suficientes recursos humanos, con especialidades sanitarias en números rojos, riesgo de cierre de Unidades, funcionamiento restringido de las mismas y, en suma, incapacidad de hacer efectivo en su contenido esencial el derecho a la protección de la salud de la población bajo su cobertura.

Es en este sentido en el que afirmamos que la situación ha alcanzado la categoría de merma estructural, a la vista de que la insuficiencia de especialistas en el segundo nivel de ordenación funcional del sistema sanitario público, no puede ser compensada a medio ni, desde luego a largo plazo, únicamente con las medidas extraordinarias pero transitorias adoptadas por los responsables de la Administración sanitaria, ni a más largo plazo únicamente con los esfuerzos de reorganización y mejora de gestión aplicados en los Centros sanitarios.

Como habitualmente recordamos, los datos oficiales sobre listas de espera son públicos y pueden consultarse tanto en la web del [Sistema de Información de listas de espera del Ministerio de Sanidad](#), que contiene los desglosados por comunidades autónomas, como en la web del sistema sanitario público andaluz sobre sus diferentes Centros sanitarios.

El análisis que ofrecemos por nuestra parte toma como base los testimonios de la ciudadanía andaluza, que ostentan no solo el valor de ser el fiel reflejo de la percepción y experiencia de las personas afectadas por demoras sanitarias, sino que traslucen de forma fidedigna los avances y retrocesos que va experimentando la capacidad de respuesta del SSPA.

Partiendo de esta situación y de sus antecedentes, la actividad desarrollada por nuestra parte en el año 2024 ha puesto de manifiesto un ligero descenso numérico en las peticiones alusivas al acceso a primeras consultas de asistencia especializada (-25%), el mantenimiento cuantitativo en el caso de los procedimientos diagnósticos y en el de la lista de espera quirúrgica y una elevación del 41% de las quejas por incumplimiento de las previsiones temporales pautadas para consultas sucesivas o de revisión.

Respecto del acceso a la **primera consulta de especialidad**, un análisis más detallado arroja que el Centro sanitario que más quejas ha suscitado en este aspecto ha sido el Hospital de Jaén junto al Hospital Virgen del Rocío, seguidos en una situación similar entre sí por los hospitales Virgen Macarena y San Juan de Dios en Sevilla, el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y el Costa del Sol en Málaga.

La razón que explica que el Hospital de Jaén registre un volumen de quejas ciudadanas por demoras en el acceso a la primera consulta de especialidad, equiparado al que recibimos respecto del gran Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, se justifica en una misma causa: enormes dificultades para la atención en la especialidad de neurología.

Ya aludíamos a ello en el apartado sobre la atención especializada de este Informe Anual, del mismo modo que exponíamos la misma problemática en el caso del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Precisamente el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva ha suscitado igualmente actuaciones referidas a otra especialidad, la de Angiología y Cirugía Vascular, cuya insuficiencia de facultativos ha suscitado quejas de diversas mujeres que aguardaban acceder a la primera consulta de dicha especialidad.

En las investigaciones realizadas a instancia de varias mujeres andaluzas, conocíamos derivaciones desde atención primaria efectuadas incluso desde marzo de 2021 y fechadas a 2022, que no habían sido atendidas en 2024 y cuya fecha de consulta se fijó en el mes de noviembre de dicho año. Las interesadas referían que el servicio de atención a la ciudadanía les había informado que hace años que no se asignan primeras cita de consulta de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular.

Analizados los datos formales de respuesta asistencial del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Juan Ramón Jiménez, a junio de 2024, observamos que en aquel momento existían 6665 personas en lista de espera para acceso a primera consulta, de las cuales 6496 procedentes de atención primaria, con una demora media de 592 días.

La Gerencia del Centro no ofrecía razones explicativas concretas sobre la dificultad concurrente, si bien los medios informativos alertan del riesgo de que la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular de dicho hospital desaparezca, al contar únicamente con dos profesionales en activo para toda la provincia de Huelva.

En línea con estos supuestos de especialidades concretas, el problema de la insuficiencia de especialistas sobrevuela sobre la mayoría de los Centros sanitarios, influyendo en sus listas de espera.

Como ejemplo ilustrativo, el Hospital Alto Guadalquivir justificaba en julio de 2024 la demora en el acceso a primera consulta de la especialidad de urología, por la concurrencia de causas de fuerza mayor: “encontrarse el hospital desde el mes de enero de 2023 con una reducción del 70% en la plantilla de facultativos del servicio de Urología, como consecuencia de jubilaciones y traslados de profesionales por la correspondiente Oferta Pública de Empleo del SAS, que siendo causas ajenas al centro, no se han podido cubrir”.

El Hospital Infanta Elena, de nuevo en la provincia de Huelva, también atendía a la petición formulada por demora en el acceso a la especialidad de cardiología ([queja 23/2023](#)), en primera consulta, mencionando haber tenido incidencias con los RRHH en el servicio de cardiología en 2023, que obligaron a plantear circuitos alternativos a las solicitudes pendientes de primaria y que ya se habían retomado en 2024. Informaba que dentro de las medidas adoptadas, se había procedido a abrir la teleconsulta como puerta de entrada alternativa desde atención Primaria, con una reducción de la demora media y máxima en la especialidad de cardiología de 212 días en enero de 2023 a 130 en enero de 2024, con previsión de poder cumplir los decretos de garantía previsiblemente en unos meses.

En el mismo sentido, el Hospital Costa del Sol informaba sobre retrasos en el acceso a traumatología y medicina interna y enumeraba más factores junto al de carencia de personal: “Efectivamente estamos teniendo una demora en las citas de pacientes que superan el plazo de lo deseable y lo estipulado en Real Decreto. Esto esta originado por diversas causas, entre las que se encuentran, la lista de espera

originada durante el periodo de pandemia, la limitación de recursos humanos por la dificultad para contratación de facultativos especialistas y la falta de espacios físicos para atender a necesidades de atención de nuestra creciente población de referencia. Estamos esperanzados que con la inminente apertura de la ampliación de nuestro hospital podamos ir mejorando alguna de estas cuestiones". "Nos gustaría mencionar que hacemos todo lo posible con los recursos disponibles y las circunstancias tan adversas que hemos vivido en estos últimos años, para minimizar estas situaciones".

El Hospital Virgen del Rocío, por su parte, ha reiterado en sus respuestas de 2024 la situación que afronta, en el caso concreto, la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología: "la gran demanda asistencial que soporta este servicio médico, tanto de primeras consultas procedentes de Atención Primaria, como de revisiones e interconsultas, hace imposible cumplir en la actualidad con los plazos que garantiza el Sistema Sanitario Público de Andalucía".

Las quejas por demoras en **consultas de revisión** de especialidad, sin plazo de garantía, (consultas sucesivas y revisiones, interconsultas), son las de mayor incremento en 2024, manifestándose en las especialidades peor dotadas y al mismo tiempo con mayor demanda: neurología, traumatología, dermatología, oftalmología, urología y cardiología.

En relación con los **procedimientos diagnósticos** y la garantía de plazo de respuesta establecida en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, las peticiones ciudadanas versan sobre una gran diversidad de ellos: colonoscopias, resonancias, ecografías, electromiogramas, neurogramas, TAC, endoscopias, cateterismos, polisomnografías...

Por poner un ejemplo, el Hospital Virgen de la Victoria aludía a un aumento de la demanda de pruebas funcionales de digestivo en el año 2023 de un 23,68%, que había generado un desajuste entre demanda y oferta y hecho preciso que el Centro ampliara el número de sesiones para las mismas programando continuidades asistenciales.

En el cateterismo diagnóstico el Hospital Virgen del Rocío confirmaba la superación de los 30 días garantizados por el Decreto para su realización en el caso concreto, pero afirmaba que el caso de la afectada no era aislado, sino que más pacientes aguardaban una coronariografía diagnóstica (queja 24/1344).

No obstante, el Centro llamaba la atención sobre "un volumen importante de enfermos pendientes de intervencionismo estructural, afirmando que se trata de otro grupo de pacientes con procedimientos no sujetos a plazo máximo garantizado, pero que "precisan igualmente de una respuesta asistencial rápida" al poder presentarse eventos cardiovasculares serios durante la espera. Enumeraba así el implante de válvulas aórticas percutáneas, el cierre de orejuelas y forámenes ovales, la reparación mitral percutánea y el intervencionismo estructural en cardiopatías congénitas del adulto, cuyo tratamiento implica el uso de las salas de hemodinámica.

Unidad de Hemodinámica que refería acumular una tendencia creciente en número de procedimientos y en cartera de servicios realizados, cuya actividad había tenido que ser reforzada para mantener estable la actividad de angioplastia y dar respuesta al crecimiento ostensible de la lista de espera "porque el paciente cardiológico cada vez es más frecuente y complejo con el incremento de la edad media de vida", previéndose además duplicar (de 2 a 4) el número de salas del hospital.

Nuevamente la alerta de una demanda difícil de contener por razones de la esperanza de vida y del porcentaje de población de avanzada edad, que se prevé sea del 29% en tan solo cinco años.

Por último, por lo que se refiere a la **lista de espera quirúrgica**, (cuyo volumen de quejas se ha mantenido estable a lo largo de 2024, consolidando el incremento de peticiones ciudadanas experimentado en años previos), el incumplimiento de los plazos garantizados o el tiempo excesivo en la realización de una intervención no cubierta por dicha garantía, se plantean prácticamente respecto de todos los hospitales andaluces, pero de nuevo con absoluta preeminencia de las alusivas al Hospital de Jaén, que superan con creces a las formuladas frente a cualquier otro Centro.

El resto de hospitales andaluces aparecen más o menos igualados en volumen de quejas, con presencia mayor de los tres Centros de Sevilla (Hospital Virgen del Rocío, Virgen Macarena y San Juan de Dios), el Puerta del Mar en Cádiz, el Reina Sofía de Córdoba y algo menor en esta anualidad, del Regional de Málaga.

Todos manifiestan sus medios limitados, la elevación de la demanda, la distribución de los recursos quirúrgicos de cada Centro de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica y, en el plano humano, ser conscientes de que la función que cumple la Administración sanitaria se desenvuelve en el marco de un estado emocional de pacientes y familiares, que no concurre en las relaciones entabladas con otras administraciones.

Las especialidades cuyas operaciones quirúrgicas acusan más dificultades son las de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Neurocirugía, en unión con el problema transversal que genera a todas las cirugías la falta de anestesiistas.

Esta última carencia ya ha sido aludida en el apartado de atención especializada de este subcapítulo y, en lo que se refiere a procedimientos quirúrgicos limita la disponibilidad de quirófanos, como apuntaba el Hospital Juan Ramón Jiménez (queja 23/5902), resaltando la falta de candidatos a cubrir las plazas disponibles de un servicio fundamental en la actividad quirúrgica, como es el de Anestesiología.

Esta escasez le obligaba a priorizar las intervenciones por cánceres y otras patologías no demorables. Si bien en este Centro en particular, la Gerencia afirmaba que en los últimos meses había mejorado la situación en cuanto al número de anestesiistas, recuperando su plantilla estructural.

Respecto de la Neurocirugía, el Hospital Virgen del Rocío afirma no poder cumplir los plazos garantizados a pesar del esfuerzo asistencial del personal, por la gran demanda asistencial del Servicio de Neurocirugía, que obliga a priorizar los procedimientos considerados vitales y con posible implicación de secuelas, representando las intervenciones craneales el 70% de la actividad quirúrgica principal, tanto de origen vascular, como tumoral y traumatismos.

En la misma especialidad quirúrgica, el Hospital Regional de Málaga afirmaba en cambio haber experimentado mejoría, contando con un número de quirófanos y recursos quirúrgicos suficientes para mejorar la situación de lista de espera, con tres personas adscritas a dicho tipo de intervenciones.

Tratándose de Cirugía Ortopédica y Traumatología existen supuestos de demoras en todos los Centros sanitarios. Por centrarnos en uno de referencia y, por tanto, con gran demanda y población en su ámbito de influencia, a finales de diciembre de 2024 el Hospital Virgen del Rocío resaltaba un constante incremento de la demanda que no podía ser absorbido a pesar de los esfuerzos profesionales, con 3.036 pacientes en lista de espera y una demora máxima de 722 días en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Informaba que padecía “una gran presión de Urgencias quirúrgicas traumatológicas, siendo el Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío centro de referencia de pacientes politraumatizados”. Afirmaba que, igualmente, “el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología cuenta con cuatro unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud acreditadas por el Ministerio de Sanidad, registrándose múltiples solicitudes de asistencia de otras provincias andaluzas y otras comunidades autónomas en las unidades de Tumores Mucoesqueléticos, Infecciones de Aparato Locomotor, Cirugía de Pelvis y Preservación de Cadera del Adulto Joven y Ortopedia Infantil”.

Asimismo resaltaba que si bien durante el primer semestre de 2024 se había contado con dos quirófanos diarios adicionales en el Hospital Muñoz Cariñanos, éstos no habían podido estar operativos en el segundo semestre; aunque se había mantenido activo un concierto para derivación de pacientes y refuerzo de la capacidad quirúrgica del hospital.

Existen, no obstante, intervenciones quirúrgicas cuyo abordaje únicamente puede ser realizado dentro del sistema sanitario público e incluso por un Centro sanitario en particular, de modo que las personas

pendientes de las mismas ni siquiera pueden plantearse el ejercicio del derecho establecido en los casos de superación del plazo máximo garantizado.

En este sentido se pronunciaba también el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, respecto de un vecino de la ciudad pendiente de intervención quirúrgica de artroscopia de hombro, incluida entre las operaciones sujetas a plazo máximo de garantía no superior a los 120 días naturales, contados desde la fecha de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía que, en el caso del afectado se produjo el 20 de diciembre de 2023.

El interesado refería que en su Registro de Demanda Quirúrgica se había consignado la pérdida del plazo garantizado, por haber renunciado a ser intervenido en un Centro privado concertado, cuando en realidad este último había rehusado la realización de la misma porque solo podría practicarse en el Hospital Universitario Virgen del Rocío por su complejidad.

Efectivamente, el hospital sevillano confirmó a esta Institución que la reintervención de la lesión de hombro del afectado cuenta con plazo de garantía, pero debe realizarse en el mismo, dado que requiere utilizar plastias provenientes de Banco de Tejidos. En consecuencia, constatado el error padecido, procedió a solicitar a la Unidad de Concertos la eliminación de la anotación de rechazo a Centro concertado que se había inscrito en el Registro del paciente.

En cuanto a la demora de la intervención, aludía a la alta presión de las urgencias traumatológicas y la necesaria atención de tumores musculoesqueléticos, que comprende la asistencia a pacientes provenientes de otras provincias y comunidades autónomas, al ostentar dicho centro hospitalario la condición de centro de referencia del Sistema Nacional de Salud para tales intervenciones.

También en la especialidad aludida, el Hospital La Inmaculada informaba sobre el retraso en intervención para sustitución total de cadera de una vecina mayor, en los siguientes términos: “Tenemos una larga lista de espera, de pacientes con igual patología e iguales sufrimientos, y derechos, heredamos desde la pandemia un retraso de la LEQ. Estamos realizando actividad extraordinaria por las tardes, aún así, nos encontramos muy retrasados, y debemos tratar a los pacientes dentro de un marco de igualdad, según los listados de pacientes priorizados que nos envían desde servicios centrales, añadir que las reclamaciones recaen sobre los facultativos que nos encontramos trabajando más allá de nuestras posibilidades, de todas formas intentaremos darle respuesta con la mayor prontitud posible, dentro de la igualdad de trato a nuestros pacientes incluidos, como ella, en LEQ, con dolores y limitaciones”.

Las demoras perjudican asimismo a las personas que aguardan una operación sin garantía de plazo máximo de respuesta, como indicaba el Hospital Puerta del Mar de Cádiz aludiendo a una rinoseptoplastia correctora de desviación nasal e insuficiencia ventilatoria sin garantía de plazo, cuyo abordaje requería la intervención conjunta de Cirugía Plástica y Reparadora y de Otorrinolaringología: “lamentablemente la mayoría de nuestros esfuerzos van encaminados a solventar procesos oncológicos y procesos sujetos de decreto de garantías” ([queja 23/4822](#)).

La necesidad de encontrar fórmulas que permitan el cumplimiento de los plazos de garantía del Decreto 209/2001 y, afrontar en general el incremento de la demanda quirúrgica experimentado en los últimos años, dentro del principio de equidad en la prestación de los servicios de salud, es un reto de envergadura.

Junto a la actividad extraordinaria de los profesionales de los Centros, adoptada a modo de revulsivo, la derivación a Centros concertados es un instrumento al que se acude para agilizar las intervenciones quirúrgicas, en especial, las garantizadas por plazo máximo. Acción de mejora que valoran los hospitales, acuciados por la demanda desbordada, dado que constatan que la lista de espera de los pacientes necesita de una actuación especial, complementando la actividad extraordinaria con algún tipo de actividad concertada.

Así lo indicaba el Hospital Juan Ramón Jiménez con ocasión de un matrimonio mayor de Huelva pendiente, respectivamente, de una intervención de espalda y de otra para prótesis de rodilla desde febrero de 2022, que no pudo ser realizada hasta enero de 2024 ([queja 23/5902](#)).



El hospital informó que desde el 22 de junio de 2022 la provincia de Huelva carecía de concierto sanitario, aunque desde los Servicios Centrales del SAS se estaba ultimando un acuerdo marco para la actividad concertada que esperaban viera la luz en el primer trimestre de 2024.

La falta de alternativas y el transcurso del tiempo llevan a algunas personas a poner término a sus padecimientos acudiendo a la sanidad privada, asumiendo a su costa el precio de la operación. Sobre todo en las patologías traumatológicas, invalidantes e incapacitantes para una vida normal, con intensos dolores que no ceden a pesar de los opiáceos.

Decisión que requiere contar con la capacidad económica que lo permita o hacer el sobreesfuerzo que lo facilite, pero que de cualquier forma no es una opción al alcance de toda la ciudadanía.

Correlativamente las dilaciones generan efectos perjudiciales añadidos al sistema sanitario, por la repetición de pruebas diagnósticas y de preanestesia y preparación preoperatoria que conllevan, la proliferación de reclamaciones, el incremento de expedientes por reintegro de gastos o responsabilidad patrimonial. Así como repercuten en otros sistemas de protección social, como ocurre con la prolongación de situaciones de incapacidad laboral con los consiguientes costes en los fondos públicos y el temor de muchas personas afectadas por las bajas médicas de recibir un alta médica sin abordaje de su proceso asistencial, o de perder el empleo.

A medida que avanzaba el año 2024, sobre todo en el último trimestre, apreciamos una mejora en la lista de espera quirúrgica, manifestada a través de abundantes expedientes concluidos favorablemente, como efecto reflejo de las medidas extraordinarias implantadas por los responsables de la Administración sanitaria. En particular el Plan de Garantía Sanitaria dirigido a reducir la lista de espera quirúrgica, a través del incremento de la actividad extraordinaria en los hospitales públicos.

Insistimos en que las medidas de choque o extraordinarias, precisan el acometimiento de decisiones y reformas estructurales, si pretendemos que fructifiquen en la estabilidad del SSPA y en el derecho a la protección de la salud.

Expresiones de satisfacción y agradecimiento de personas antes angustiadas por una vida limitada por la patología, ayudan a valorar la importancia de cuidar con esmero el sistema sanitario público andaluz y a todos sus profesionales, así como la función que cumple esta Institución como instrumento de garantía de derechos estatutarios y legales al servicio de la sociedad en su conjunto: “Una vez realizadas sus efectivas gestiones con el Hospital Juan Ramón Jiménez hemos de informarles que hemos sido intervenidos al fin y nos encontramos convalecientes. Tenemos que agradecerles efusivamente las gestiones habidas en su departamento Defensor del pueblo Andaluz para que nuestras necesidades hayan sido satisfechas. Ante ésta situación pongo en gran valor la eficacia de éste instrumento tan valioso que tenemos a nuestra disposición los ciudadanos andaluces. De nuevo muchas gracias por sus servicios”.

2.1.5.2.7. Transporte sanitario

Ocasionalmente recibimos quejas relativas a las condiciones del transporte sanitario, una prestación que forma parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Este fue el caso de una ciudadana que nos trasladaba los perjuicios que el desplazamiento en medios de transporte sanitario colectivo ocasionaba a su padre, de 76 años de edad, al ser trasladado dos días a la semana desde su domicilio en Rincón de la Victoria (Málaga) al Hospital Civil de Málaga para recibir las sesiones de rehabilitación que le habían sido prescritas tras la amputación de una pierna. Explicaba que le recogían a las 9:30h y no regresaba a su domicilio antes de las 14:30h, en algunos casos en mal estado de salud e incluso con hipoglucemia, tratándose de un paciente diabético.

Los desajustes detectados y una perspectiva de humanización, nos llevaron a formular una **Resolución al Hospital Regional Universitario de Málaga** ([queja 22/6219](#)), recomendando, en primer lugar, que en la Comisión de Seguimiento para el control y vigilancia del contrato del Servicio del Transporte Sanitario Terrestre Urgente y Programado en la provincia de Málaga **se comprobase el cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos** y, en caso necesario, se propusiesen las modificaciones pertinentes para mejorar la calidad del servicio, así como, en caso de quedar constatado un incumplimiento o cumplimiento defectuoso por parte de la empresa, se adoptasen las penalidades correspondientes; y en segundo lugar, que se introduzcan **elementos de humanización en la gestión del servicio que permitan tener en cuenta las condiciones particulares de las personas usuarias**, incluso con la finalidad de establecer medidas de priorización.

217

2.1.5.2.8. Control de la incapacidad temporal

En 2024 varias personas -la mayoría de ellas desde la provincia de Málaga- nos trasladaron problemas en la tramitación de una situación de incapacidad transitoria por causa de enfermedad, generalmente derivados de la dificultad y con frecuencia imposibilidad de obtener cita con atención primaria por las vías ordinarias dentro del plazo para gestionar la prescripción de la incapacidad temporal, en ocasiones incluso habiendo sido atendidos en los servicios de urgencias (de atención primaria u hospitalarios), sin que se hubiera emitido directamente la baja.

Las personas afectadas nos trasladaban que habían esperado a la primera cita disponible con sus médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante Mfyc), la cual se les había asignado varios días e incluso semanas después. Al acudir a la cita más de cinco días después del inicio del período de incapacidad, les habían indicado que debían solicitar la baja retroactiva a la Inspección Sanitaria de la Unidad Médica de Valoración e Incapacidades (UMVI) de sus respectivas provincias.

Efectuadas dichas solicitudes, sin embargo, **habían recibido una respuesta negativa “por no ajustarse a la normativa de gestión de la incapacidad temporal”**, incluso en aquellos casos en los que aportaron informe del servicio de urgencias del cual podía concluirse una situación de incapacidad para el trabajo (por ejemplo, recomendando reposo absoluto). Les explicaban que deberían haber acudido al mostrador de información del centro de salud y requerir atención no demorable para la baja laboral por incapacidad temporal, aunque también recibimos algún testimonio afirmando que incluso de esta manera había sido imposible obtener cita.

Al desconocimiento de las personas usuarias respecto a los trámites a seguir en caso de no obtener cita temprana, se añadió la confusión al respecto del propio personal de atención primaria. Varias personas nos aseguraron que, aún persistiendo la situación de incapacidad temporal, sus especialistas de MFyC no les extendieron la baja en ese momento, al entender que la Inspección Sanitaria cursaría la baja con efectos retroactivos. Tras la denegación, quienes todavía seguían en situación de incapacidad se vieron obligadas a solicitar de nuevo cita no demorable para la prescripción de la incapacidad temporal, acumulando por tanto varios días que no podían justificar en sus trabajos.

Entendíamos que esta confusión, tanto del personal facultativo como de la propia página Web de la Consejería de Salud y Consumo, que aludía a un plazo de siete días para extender la baja laboral, podía deberse a un cambio en el procedimiento seguido anteriormente a consecuencia de la pandemia de Covid-19, del cual parece que especialistas de MFyC no se encontraban correctamente informados.

Procedimos en consecuencia a admitir y acumular las quejas, al objeto de darle a todas un tratamiento conjunto ([queja 23/5791](#)). De la información facilitada por la administración sanitaria se desprendía que, **la inmensa mayoría** de procesos de incapacidad temporal que se producen en Andalucía **se llevan a cabo sin mayores problemas**, gracias al esfuerzo que se realiza por Atención Primaria. No obstante, **seguíamos advirtiendo disfuncionalidades** que, aun siendo minoritarias, generan grandes problemas para las personas afectadas, que van desde la pérdida del salario de los días que no acudieron a su trabajo sin poderlo justificar, al despido por esta misma circunstancia.

Por ello, dirigimos una **Resolución** a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud y Consumo, formulando **siete recomendaciones con el fin de mejorar la eficiencia y efectividad de la gestión de la incapacidad temporal**. Ambos organismos manifestaron su aceptación de la Resolución formulada en sus respectivos ámbitos competenciales con la adopción de las correspondientes medidas en respuesta a cinco de las recomendaciones

- Recomendación de proveer información accesible y detallada sobre los procedimientos de incapacidad temporal.
- Recomendación de mantener una información continua sobre la gestión de la incapacidad temporal con todos los profesionales implicados.
- Recomendación de acelerar las medidas que permitan la prescripción de la incapacidad temporal en el ámbito hospitalario.
- Recomendación de garantizar la valoración de la incapacidad temporal dentro del plazo establecido.
- Recomendación de examinar los criterios empleados por las Inspecciones de Servicios Sanitarios en relación con el proceso de incapacidad temporal.

En el mismo contexto de análisis de la gestión de la incapacidad temporal, formulamos **Sugerencia al Servicio Andaluz de Salud sobre las altas automáticas por incomparecencia**, que ha dado lugar a que se activen dos mensajes de aviso al ciudadano/a en incapacidad temporal: uno de preaviso 10 días antes de hacer efectiva el alta por incomparecencia (para que tenga tiempo de poder actuar antes de que se emita el alta), y otro, justo en el momento que dicha alta por incomparecencia sea emitida. ([queja 23/6998](#)).

2.1.5.2.9. Políticas de salud

En el marco de las políticas de salud, este año 2024 queremos resaltar tres importantes asuntos directamente relacionados con la perspectiva de derechos humanos en el ámbito de la 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 pernocta, 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 adicionales 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.

La tercera cuestión de relevancia en este apartado de planes de salud hace referencia a la materialización del proceso asistencial integrado “Atención sanitaria a personas transexuales adultas” del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El 13 de mayo de 2024 esta Defensoría recibió a la Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA-Sylvia Rivera), manteniendo una reunión en la que abordamos distintos aspectos que afectan a este colectivo; en particular las **insoportables demoras que acumulan las cirugías de reasignación genital**, un paso importante para muchas personas transgénero en su proceso de transición, a pesar de la clara voluntad del poder legislativo de continuar la realización de sus derechos, a nivel autonómico especialmente con la Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.

Poníamos de manifiesto en dicha reunión las numerosas actuaciones realizadas por esta Institución en los últimos años respecto a las demoras que sufren estas intervenciones, no incluidas dentro de las técnicas detalladas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica.

Las quejas nos mostraban un escenario presidido por las listas de esperas, la escasez de medios y la priorización de intervenciones quirúrgicas más urgentes y con encuadre normativo en el Decreto de garantía de plazo de respuesta, que imposibilitaban hacer realidad en un plazo razonable las aspiraciones, anhelos y expectativas de las personas que aguardan la intervención quirúrgica deseada. Asimismo, advertíamos las dificultades para que las personas conociesen una fecha probable de intervención, por lo que resultaba necesario abogar a la transparencia y claridad en los datos para estas personas que aguardan una operación crucial en su trayectoria vital.

En el caso de las intervenciones quirúrgicas de genitoplastia feminizante en el Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) -intervención respecto de la que hemos recibido varias quejas en estos años-, observábamos que la media de 16 intervenciones anuales antes de la pandemia había disminuido drásticamente, paralelamente al aumento de la demanda. Como consecuencia, **la demora para la realización de estas intervenciones en el HRUM se ha incrementado a los nueve años de espera en 2024**, que aumentarán inevitablemente habida cuenta el incremento del ritmo de la demanda, llegando a ser **inexplicable que un centro de referencia nacional no disponga de capacidad para asumir ni un 10% de las inscripciones anuales**, sin tan siquiera contar las acumuladas.

Por ello, con fecha 14 de octubre de 2024 trasladamos a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud una **Recomendación para que se adopten las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda de intervenciones quirúrgicas de reasignación genital en plazos razonables, en particular las genitoplastias feminizantes** ([queja 23/9466](#)).

Dicha Recomendación ha sido **aceptada, informándonos de la creación de un grupo de trabajo dedicado a la Cirugía transgénero** para mejorar la capacidad de respuesta de las cirugías para la reasignación de sexo, procedimientos complejos que requieren capacitación y sesiones quirúrgicas muy prolongadas, con objetivos como establecer un plan de formación para capacitar a los profesionales de los centros donde estos procedimientos no se realizan, ampliar esta cartera de servicios, incrementar el número de sesiones quirúrgicas y actualizar periódicamente la lista de espera, entre otras **medidas encaminadas a reducir la importante demora existente en estos procedimientos, que esperamos puedan implantarse a corto y medio plazo**.

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 recolección 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.

2.1.5.2.11. Praxis asistencial

Por último, debemos referirnos a aquellas quejas ciudadanas que consideran que se han producido deficiencias en una atención sanitaria en particular, llegando a atribuir a determinadas decisiones clínicas la producción de daños concretos, lo que puede desembocar en reclamaciones por responsabilidad patrimonial.

Más allá de la adecuación de la praxis asistencial, cuya valoración no compete a esta Institución, es la deficiente información dada a las personas interesadas las que nos ha llevado a formular **Resoluciones dirigidas a que se activen las medidas necesarias para garantizar el derecho de los y las pacientes a recibir respuestas adecuadas a sus reclamaciones en un plazo razonable.**

Una situación de esta naturaleza se nos presentó por un ciudadano que cuestionaba la atención médica prestada a su familiar en su centro de atención primaria en la provincia de Huelva, poco antes de su fallecimiento en el interior de su coche, aparcado en las inmediaciones del mismo. La respuesta a la reclamación que había presentado ante la administración sanitaria no llegó hasta casi seis meses después, a pesar de que únicamente se había consultado al facultativo que le atendió y a la dirección de la Unidad de Gestión Clínica, trámites que no podía considerarse que requiriesen dicha dilación, especialmente tratándose de un hecho tan grave. Por otra parte, se trataba de una respuesta excesivamente escueta, en la que no se hacía referencia a varias de las cuestiones respecto de las que el promotor demandaba explicación, lo que dio lugar a una Resolución de esta Institución, que fue aceptada ([queja 23/5317](#)).

En el aspecto más relacionado con la aplicación de los protocolos y las guías de práctica clínica, analizamos lo acaecido en la demanda de asistencia sanitaria de urgencia prestada a un bebé de entonces cuarenta días en el Hospital de La Línea de la Concepción (Cádiz), al que en dos consultas se le diagnosticó un catarro de vías altas, a pesar de que presentaba signos de empeoramiento. Horas después de la segunda consulta, el bebé ingresó en estado crítico en un centro hospitalario privado con diagnóstico de bronquiolitis severa, requiriendo reanimación y traslado urgente a la UCI del Hospital Puerta del Mar de Cádiz. **Consideraba la interesada que la falta de valoración por un pediatra y la falta de diligencia impidieron detectar la gravedad del cuadro, lo que derivó en un deterioro severo de la salud del menor**, permaneciendo en la UCI del Hospital Puerta del Mar durante casi un mes en estado crítico, con importantes secuelas para su salud.

El Hospital de La Línea de la Concepción cuenta con una consulta de pediatría 24 horas a cargo de un médico de familia, así como con especialista en pediatría que presta servicios de guardia con presencia física en la planta de hospitalización. En este caso, sin embargo, el facultativo que atendió al bebé no estimó necesario recabar la atención del pediatra de planta a la vista del estado del menor ni apreció la concurrencia de criterios para su permanencia en observación.

Esta Institución no puede concluir si la atención prestada se ajustó a la *lex artis* y el drástico empeoramiento de un bebé de tan corta edad se debió a la evolución natural de la enfermedad que no era previsible unas horas antes. No obstante, a la vista de toda la información recabada, formulamos una **Resolución al Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este, en primer lugar, a fin de que se valorase la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de oficio**; y en segundo lugar, para que se **revisase que el protocolo de actuación ante episodios de menores con bronquiolitis y otras afecciones respiratorias se adecúa a las guías de práctica clínica**. Dicha Resolución ha sido aceptada, comunicando además que una especialista en pediatría ha realizado sesiones clínicas dirigidas al personal de Urgencias, a fin de afianzar sus conocimientos sobre los episodios de menores con bronquiolitis y otras afecciones respiratorias, esencialmente en lo que atañe a la posibilidad de empeoramiento en un plazo de tiempo de pocas horas cuando se trata de menores de tan corta edad ([queja 21/8280](#)).

2.1.5.3. Quejas de oficio

- ▷ [Queja 24/0424](#), nos interesamos por la petición de un padre que lamenta que no se le realice un abordaje domiciliario de la patología de su hijo.
- ▷ [Queja 24/0425](#), investigamos la situación de una vecina afectada con un trastorno de salud mental y la posible necesidad de cambio de enfoque del tratamiento que se le está aplicando.
- ▷ [Queja 24/4929](#), investigamos sobre la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.