



1.2.2.2. Los menores, víctimas invisibles de la violencia de género

Han sido objeto de objeto de atención por parte de nuestra Institución los problemas y necesidades a los que se han de enfrentar los **menores de edad tras el asesinato de sus madres por violencia de género**, a menudo a manos de sus propios padres, así como aquellas intervenciones públicas necesarias para superar el trauma vivido y hacer posible que sus vidas puedan tener un mejor futuro.

Así las cosas, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (DIAA) publicó en año 2023 el [Estudio Singular "Infancia huérfana de la violencia de género: La víctima más invisible del drama"](#). El Estudio se incluyó en el Informe Anual 2022 del Defensor de la Infancia y de la Adolescencia, registrado en el Parlamento andaluz en septiembre de 2023 y pendiente de presentación ante la Comisión sobre la Infancia y la Adolescencia.

1.2.2.3. Salud y bienestar

En el Plan Estratégico para la igualdad de mujeres y hombres en Andalucía 2022-2028, que dedica una de sus líneas de acción a la Salud, se reconoce que **la salud de las personas está determinada en gran parte por su situación socioeconómica, que a su vez se ve condicionada por las desigualdades y brechas de género**. La Escuela Andaluza de Salud Pública, en el [n.º 0 de los Cuadernos para la Salud de las Mujeres](#), explica el marco de género como determinante de la salud y eje fundamental de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres:

*«(...) **la salud –que va más allá de la ausencia de enfermedad– no tiene solo una base biológica, sino también unos determinantes sociales, entre los cuales el género ocupa un papel fundamental**. Igualmente, asumimos que las mujeres somos muy diversas, y que el enfoque de género en la salud tiene que tener en cuenta esta diversidad y los distintos ejes de discriminación que se entrelazan con el género para producir desigualdades en salud. Este enfoque de la diversidad está relacionado igualmente con el concepto de vulnerabilidad, esto es, hay grupos de mujeres que por sus características biológicas, psicológicas o sociales, están más expuestas a factores de riesgo para su salud.*

*(...) Con frecuencia se reduce la salud de las mujeres a la salud reproductiva. En los demás aspectos de la salud **se asume en muchas ocasiones una “falsa igualdad” con la salud de los hombres**, entre otras cosas porque son los varones los que han participado mayoritariamente como sujetos de estudio en la investigación en salud. Estos sesgos de género (androcéntricos) en la investigación, y en consecuencia también en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, han mantenido ocultas a las mujeres en el campo de la salud, más allá de lo que atañe a su condición reproductiva.(...)»*

Tanto el poder legislativo estatal como el autonómico han establecido la **obligación de integrar el principio de igualdad en las políticas de salud**, a través de directrices concretas, con el objetivo de asegurar que tanto mujeres como hombres tengan acceso equitativo a los servicios de salud y a condiciones de bienestar óptimas.

Así, los artículos 41 y 42 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, de conformidad con el artículo 27 la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, menciona de forma específica las obligaciones de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía y el Sistema Sanitario Público de Andalucía

Es por tanto responsabilidad de la Administración sanitaria, y de esta Institución como supervisora de sus actuaciones, incorporar de forma efectiva la perspectiva de género en la línea de las referidas directrices.

Algunas de las actuaciones sanitarias que de forma más obvia se deben afrontar con mirada de género son las referidas a los procesos médicos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

Organizaciones nacionales como el Ministerio de Sanidad y grupos de defensa de los derechos de las mujeres en España han trabajado para fomentar prácticas más respetuosas en el parto, incluyendo la promoción de las cesáreas humanizadas y la lucha contra la violencia obstétrica. Estos esfuerzos buscan garantizar que las mujeres reciban un cuidado respetuoso y basado en evidencias durante todo el proceso de maternidad.



En 2023 recibimos tres comunicaciones de mujeres que insistían en la importancia de la **humanización de las cesáreas** (quejas 23/1971, 23/8212 y asunto general 23/0038). El concepto de “cesárea humanizada” se refiere a la práctica de realizar cesáreas respetando los deseos y la comodidad de la madre, incluyendo medidas como permitir el contacto piel con piel inmediato entre madre e hijo y facilitar la lactancia materna lo antes posible.

Poco a poco algunos hospitales están implementando sus propios protocolos basados en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales. En la [Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal](#), publicada en 2010, el Ministerio de Sanidad ya recomendaba “que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento”; y en la [Estrategia de atención al parto normal](#) en el Sistema Nacional de Salud, de 2012, se insiste en la importancia de incluir en los protocolos la indicación de colocar inmediatamente tras el parto a la criatura recién nacida, piel con piel con su madre, durante al menos 70 minutos -también en casos de cesáreas-, como derecho básico del nacimiento.

Esta Institución se ha interesado ante centros hospitalarios del sistema sanitario público de Andalucía, por la **observancia del contacto piel con piel también en los partos por cesárea**, conforme a las evidencias de los beneficios indudables que del mismo se derivan para los recién nacidos durante las primeras horas de vida. En los partos por cesárea los principales inconvenientes expresados desde los hospitales públicos han versado sobre la adaptación de los espacios físicos, o se han derivado de otros planteamientos o circunstancias de índole clínica, como el del estado de salud de la madre o la responsabilidad de los cuidados en cuanto al menor.

La consciencia o rapidez de la reanimación de la madre sometida a cesárea, tras los avances en este campo, permiten sin embargo un replanteamiento que, además, ha dado lugar a la instauración de protocolos asistenciales adecuados en el paritorio de algunos [Hospitales, como en el Hospital Universitario de Valme en Sevilla](#). En efecto en este centro se ha instaurado un protocolo que permite la recuperación de la madre en el paritorio junto a su hijo recién nacido y el acompañante elegido, evitando así la separación tras la cesárea. En general, pues, **se observa un cambio progresivo en la actitud de los hospitales españoles hacia la humanización de las cesáreas**, aunque aún hay variaciones en la adopción de estas prácticas dependiendo de la región y del hospital.

Actualmente se encuentra en trámite la citada queja 23/8212, en la que hemos solicitado al Hospital Punta de Europa (Cádiz) que nos informe sobre la práctica asistencial que se viene aplicando acerca de la cuestión expuesta y las previsiones sobre el particular, dentro del marco normativo actual, así como del Plan de Humanización del sistema sanitario público de Andalucía.

Como **novedad normativa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva**, debemos citar la aprobación de la [Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo](#). Esta norma ha vuelto a reconocer el derecho de las mujeres de entre 16 y 18 años y de las mujeres discapacitadas a interrumpir su embarazo sin el permiso de sus progenitores y tutores, y además ha puesto el foco en el cuidado, la prevención y el tratamiento de la salud sexual y menstrual, con numerosas novedades que sin embargo por razones de espacio no podemos detallar.

Sí debemos resaltar la novedad del derecho a la baja laboral por menstruación dolorosa, conocida también como dismenorrea secundaria. Esta situación de incapacidad temporal es aplicable en casos de menstruación incapacitante secundaria asociada a patologías como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica, adenomiosis, pólipos endometriales, ovarios poliquísticos, entre otros. Para solicitar esta baja, es necesario contar con un diagnóstico médico de alguna de estas condiciones. El procedimiento es similar al de otras bajas por incapacidad temporal, siendo necesario acudir al médico de cabecera para obtener el correspondiente informe médico. Las empresas no tienen que asumir el coste de estas bajas, ya que serán cubiertas íntegramente por la Seguridad Social desde el primer día de la baja. Además, no se requiere un periodo mínimo de cotización previo para acceder a esta prestación.

Esta ley es un **paso importante en el reconocimiento de la salud menstrual como parte integral del bienestar de las mujeres, y marca un precedente en Europa**.

Además de todo lo anterior, se han planteado este año muchas otras cuestiones en materia de salud con perspectiva de género, referentes a tratamientos de reproducción asistida, al derecho al aborto, a las sedaciones para la realización de punciones ováricas o a la realización de mamografías preventivas del cáncer de mama, si bien, dado que las actuaciones iniciadas en cada caso continúan en trámite en la fecha de cierre de este informe, efectuaremos las oportunas reflexiones en el próximo Informe Anual a la luz de toda la información recabada.