



En el desarrollo de la actividad institucional, a lo largo del año 2023 se han mantenido **605 reuniones y contactos con entidades, organizaciones y agentes sociales**, tanto en el curso de la tramitación de quejas como de otras iniciativas o actuaciones llevadas a cabo por la Institución.

También contamos con el funcionamiento del Consejo Asesor del Defensor del Pueblo Andaluz y Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía en materia de Menores (el [e-foro de Menores](#)) creado por esta Institución en noviembre de 2008 y que ha facilitado asesoramiento a la Institución en esta materia y ha posibilitado la efectiva participación en la misma de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía.

Como en años precedentes, se ha organizado la [XVI edición de los Premios de la Defensoría de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía](#). Con ello consolidamos esta iniciativa que tan buena acogida tiene entre este sector de población para promocionar y divulgar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

1.1. Bioética y salud mental

1.1.3. La atención al bienestar emocional y a la salud mental de la infancia y adolescencia: promoción, prevención y detección e intervención temprana

Si el descrito es el trascendente cometido que se ha impuesto la Administración sanitaria y la prevención y detección precoz sus instrumentos más destacados, debemos conocer cuáles son los problemas a solventar en el camino emprendido, comenzando por la raíz, es decir, por cómo evitar que la infancia y adolescencia acabe convirtiéndose en una generación de adultos heridos.

Los responsables públicos sostienen que los problemas de salud mental infanto-juvenil constituyen una realidad cuyo incremento cuantitativo se ha constatado, que desborda la capacidad de respuesta del sistema sanitario y hace que no sean idóneos sus actuales instrumentos.

En datos, algunas encuestas indican que nuestro país es el territorio de la UE con mayor prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes de 10 a 19 años; que estos trastornos son más frecuentes en la adolescencia; que presentan más prevalencia en niñas que en niños, y que la pobreza es un factor de riesgo para ello.

Algunos estudios e investigaciones también reflejan que la pandemia ha disparado los ingresos de niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos; que España es el país donde más ansiolíticos se consumen (11% de la población); que solamente el 36,6 % de los y las jóvenes en España afirma no haber experimentado ningún problema de salud mental en el último año.

Entre los **factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades mentales** en etapas tempranas, los expertos remiten a contextos familiares problemáticos y en crisis; a la familia nuclear y el modelo de padres-amigos; las redes sociales y presión del grupo (narcisismo, envidia social, quiebra en la comunicación, acoso y ciberacoso); los contenidos digitales; los entornos líquidos en las relaciones; las dificultades para gestionar conflictos; la identidad sexual; la soledad no deseada; el fallecimiento de un familiar; la importancia de la imagen corporal, y el consumo de tabaco o drogas.

El refuerzo del bienestar emocional y de la salud mental de la infancia y adolescencia se planifica en el **proyecto del PESMA-A** mediante **dos claves**, la promoción y la prevención. **Y una respuesta**, la detección e intervención temprana.

Se pretende para ello la **transformación del modelo de atención a la salud mental**, reforzando sus estructuras en la respuesta al grupo etario que va de los 8 a los 40 años, identificado como aquel en el que se concentra el mayor riesgo, prevalencia e incidencia de la patología de salud mental. Y dotado de dispositivos adecuados para el tratamiento, reforzando los destinados a dar respuesta a las fases tempranas.



La prevención precisa de **transversalidad** y en este ámbito el PESMA-A ha previsto la **implicación de la comunidad educativa**, asignando un papel central al trabajo en colegios e institutos, tanto de las enfermeras referentes escolares como de todas las personas y entidades interesadas, con acceso de todos ellos a la necesaria formación.

Entretanto ha tenido lugar la aprobación del **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027**, publicado por [Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Plan entre cuyas líneas de actuación también se contempla la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia y que suponemos deberá conectarse y coordinarse con las medidas que prevea el plan específico de salud mental y adicciones, el PESMA-A, para evitar el riesgo de caer en una redundancia de estrategias y planes desconectados cuyos resultados no trasciendan del papel.

Entre las **principales demandas** de la respuesta del sistema sanitario público a la salud mental de infancia y adolescencia, se citan las siguientes:

El refuerzo de la intervención de los equipos de salud mental comunitarios que permita dar respuesta a un incremento progresivo de demanda que no es de salud mental en sentido propio, sino que proviene de malestares de la vida cotidiana de los menores y sus familias, o de síntomas aislados subclínicos, no patológicos, que se enmarcan en un proceso evolutivo normal o provienen de carencias familiares, que solo necesitan de habilidades de autogestión y no de un diagnóstico ni de un tratamiento, ni merecen derivación.

Profesionales del ámbito comunitario señalan que el incremento de las demandas de atención sanitaria tiene fundamento en la falta de acompañamiento y escucha a los menores desde el mundo adulto y que esta demanda no clínica resta la atención adecuada a la que sí lo es.

En el plano preventivo destacan el papel de las Unidades de Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de programas de atención comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud, de cuidado, de rehabilitación y apoyo a la integración social

Desde los recursos especializados se alerta asimismo de la saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y se pide flexibilizar los protocolos de intervención de sus profesionales.

En lo alusivo al tratamiento, se expresa la conveniencia de transitar hacia un modelo biopsicosocial, que no se limite al tratamiento farmacológico e incluya terapias.

En el casos de infancia y adolescencia, en conclusión se hace patente que el bienestar emocional y la salud mental es una responsabilidad sobre todo colectiva y social.

1.1.6. La conducta suicida: una epidemia creciente

Dentro de la salud mental es obligado reparar en el grave problema de salud pública que representa la **conducta suicida**, por la devastación que produce tanto en la vida de quienes atentan contra sí mismos, como en la de sus seres queridos, arrasados bajo el peso del dolor de una ausencia traumática, o atemorizados por la incerteza de un nuevo intento.

Las estadísticas nos dicen que las conductas suicidas van en aumento, alzándose como la **principal causa de muerte no natural en nuestro país**, dentro de cuyo contexto Andalucía presenta una tasa (10,28%) que supera en dos puntos a la media nacional, con un total de 800 personas que perdieron la vida por esta causa en nuestra comunidad en el año 2022.

En el **suicidio consumado** más hombres (78%) que mujeres (22%) pierden la vida de este modo, cuyo principal foco de atención debe ponerse en las **personas mayores de 65 años**, que son las que cuentan con una tasa más elevada, sin perjuicio de que el suicidio suponga la principal causa de muerte adolescente.

En los **intentos de suicidio** atendidos en las urgencias de Andalucía en 2022, concretados en 5042 casos, el porcentaje mayor se perpetra por mujeres (67%), siendo del 8% los intentos procedentes de menores de edad y, dentro de estos, por menores en su etapa adolescente.



Estas cifras justifican la importancia de la prevención, la detección a tiempo del riesgo, la actuación diligente de los servicios de atención sanitaria urgente y el diseño de itinerarios de tratamiento accesibles y coordinados.

Esta Institución fue directamente conocedora del desenlace fatal de un intento autolítico abordado en un servicio de urgencias hospitalario, que nos llevó a cuestionar el peso que en la decisión clínica debe darse a las escalas de valoración predictivas del riesgo de autolisis, poco fiables sin la intervención del más autorizado criterio facultativo especializado que corrija sus resultados, y a reflexionar sobre los problemas que presenta el abordaje de esta situación crucial en los dispositivos sanitarios de urgencias, carentes en su afrontamiento de alternativas eficaces a la decisión de ingreso en la unidad de agudos, que permitan canalizar la situación crítica hacia un circuito eficaz de intervención coordinada, para la instauración de un tratamiento adecuado y a tiempo.

El caso particular de la joven pericida en este contexto, cuyas vivencias expresadas por sus padres nos conmovieron, presentaba los elementos precisos para extrapolar la situación analizada hasta alcanzar conclusiones generales sobre la planificación de conjunto y la mejora de las prácticas.

Con esta finalidad el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió a los responsables de la Administración sanitaria una triple recomendación ([queja 19/6988](#)):

La **elaboración de un Plan Andaluz de Prevención del Suicidio**, como instrumento de planificación participado, que permita solventar las carencias, fallas, lagunas e insuficiencias actuales en el enfoque de este problema sanitario y social, tanto respecto de las personas que presentan el riesgo como para la atención de las que sobreviven a una experiencia traumática de esta índole.

Dentro del mismo, ofrecer un **enfoque particularizado a la prevención del suicidio en la población infantil y juvenil**.

Y, finalmente, **garantizar la continuidad asistencial en el tratamiento sanitario** a la salud mental, mediante prácticas de mejora en la coordinación y colaboración entre niveles, recursos y dispositivos, que permitan adoptar la respuesta más adecuada y eficaz a episodios agudos, especialmente en los casos de riesgo autolítico.

Los dos primeros objetivos se recogieron en el [Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026](#), publicado por Acuerdo de toma de conocimiento del Consejo de Gobierno de 27 de junio de 2023.

La puesta en marcha del Programa ha comenzado por la implantación del Código Suicidio, si bien aún no contamos con datos de aplicación, desarrollo, evolución y evaluación de resultados, dada su cercana aprobación.

La **garantía de la continuidad asistencial y el refuerzo de la coordinación y colaboración** en los casos de riesgo autolítico, constituye una meta vinculada a un conjunto más plural de elementos debidamente planificados, como la redefinición del papel de sus recursos y dispositivos, el incremento de la ratio de sus profesionales, la ampliación de perfiles, la reorganización del reparto de roles y funciones entre los mismos, así como la posibilidad de diversificar y singularizar las diferentes tipologías de tratamiento.

Desde la Administración sanitaria se indicaba que esta garantía se estaba aplicando a través de una mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para incrementar la accesibilidad y la continuidad asistencial, el apoyo de otros actores (movimiento asociativo, Faisem, ayuntamientos, justicia y asuntos sociales), y la incorporación de nuevos profesionales para la coordinación interniveles, como los psicólogos clínicos en Atención Primaria, los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios, los referentes de prevención de la conducta suicida, los refuerzos en atención a la salud mental Infanto-juvenil y las enfermeras referentes de centros educativos.

En la intervención inicial frente al riesgo autolítico parece también importante contar con los medios que pueda aportar la **atención urgente del 061**, dado que los centros coordinadores de este servicio en Andalucía señalan que cada año atienden las llamadas de miles de personas que alertan de su intención o actuación suicida, concretadas en casi 10.000 en 2022.

Para la actuación eficaz en estos casos el grupo de Salud Mental del 061 de Huelva coordinó a finales de 2022 un **protocolo específico** de actuación ante este tipo de conductas, **que aún estando acabado no ha llegado a implantarse**.

El protocolo se basa en la formación de los trabajadores de este servicio, a fin de un adecuado triaje telefónico o de clasificación de las llamadas de suicidio, la activación de la atención inmediata y el seguimiento de los afectados. Además



de prever el desarrollo, conjunto y coordinado con los hospitales, de un código de atención al paciente con conductas suicidas.

1.2. Compromiso del Defensor del Pueblo Andaluz con la igualdad de género y trato

1.2.2.1. Situaciones de violencia y discriminación contra la mujer

En otro orden de asuntos, como viene aconteciendo en años anteriores, se han tramitado algunas quejas de **mujeres víctimas de violencia de género que muestran su pesar y disconformidad con resoluciones judiciales que establecen un régimen de visitas** de los hijos con el padre maltratador.

Las posibles respuestas al problema planteado en estas quejas, no obstante, debe darse en sede judicial, habida cuenta que se trata de cuestiones sujetas al principio de independencia judicial.

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

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.