

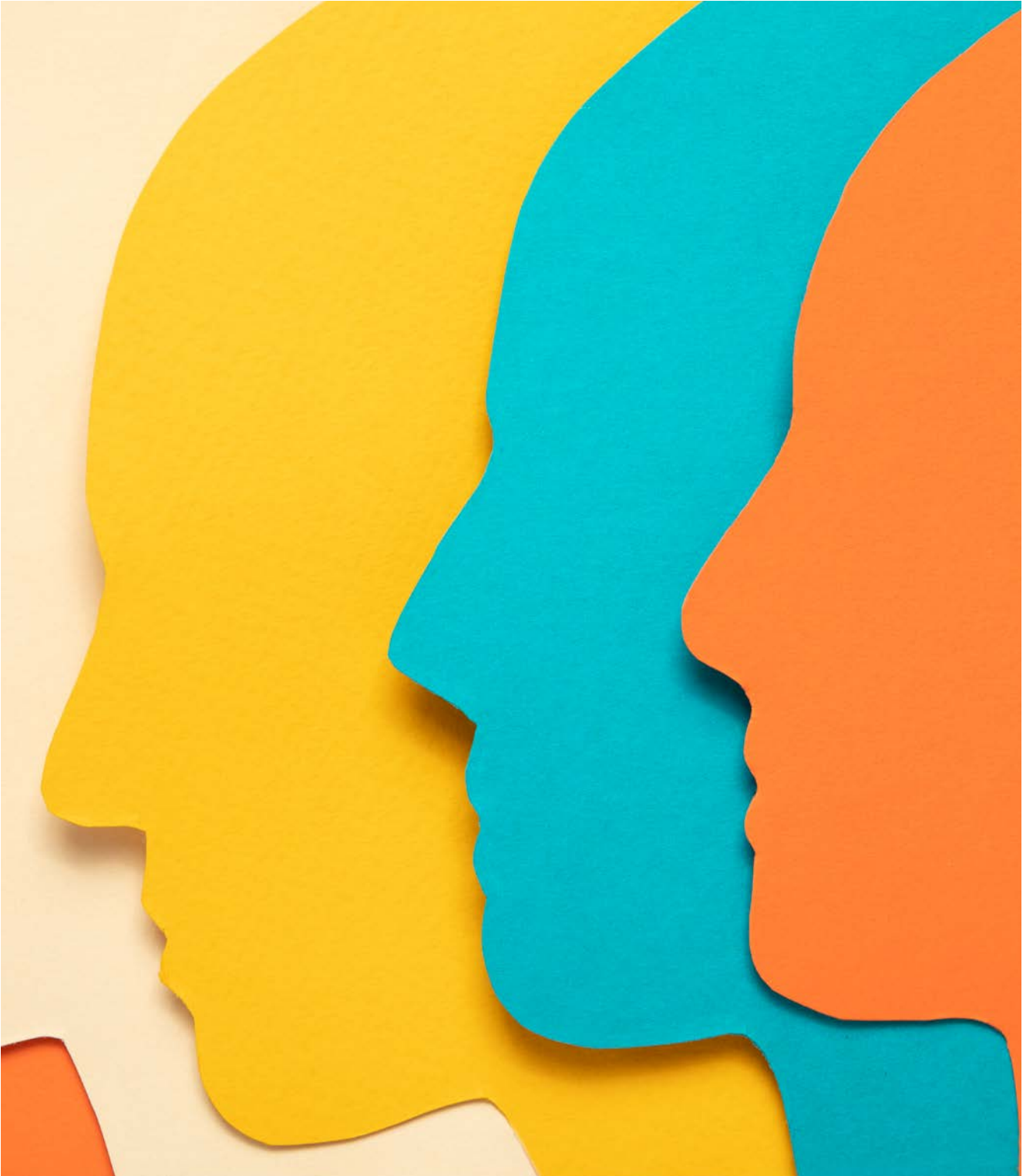
40 años

dPA
defensor del
pueblo Andaluz

1.

Actuaciones relevantes del dPA





1. Actuaciones relevantes del dPA

1.1. Bioética y salud mental

1.1.1. Introducción

La importancia de dar a la **salud mental** de las personas una atención adecuada como elemento imprescindible del bienestar individual y colectivo es una realidad que ya nadie ignora, hasta el punto de ser concebida como una **necesidad de alcance transversal**, no limitada únicamente a la respuesta que deba darse desde los recursos del sistema sanitario.

Desde esta concepción global y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contemplados en la Agenda 2030, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades requiere tanto acciones del sistema sanitario específicamente dirigidas a la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar, como de intervenciones en aquellos otros ámbitos que condicionan negativamente la salud mental y el bienestar de las personas.

El propósito es verdaderamente ambicioso, porque no solo requiere un enfoque sanitario, sino, en un plano más amplio, actuar sobre los factores culturales, medioambientales y de organización social y económica, que por generar desigualdades y entornos de vida hostiles influyen en el deterioro del bienestar y afectan a la salud mental de las personas.

El bienestar o malestar emocional se convierte así en un indicador centinela situado en la antesala del problema de salud mental, que centra su campo de actuación en el plano preventivo y proporciona la alerta para una detección precoz de enfermedad, especialmente importante en el momento vital de infancia y adolescencia, así como para las personas con trayectorias vitales sujetas a factores de vulnerabilidad.

En este momento es especialmente apreciable la contribución que aporta la comunidad educativa, los profesionales de los servicios sociales y las entidades del tercer sector.

La escueta expresión **“salud mental”**, por su parte, oculta bajo su manto todo un mundo infinito y, en cierto modo ignoto, de síntomas, diagnósticos, itinerarios asistenciales, tratamientos, pronósticos, evoluciones, desequilibrios vitales y consecuencias diversas en las aspiraciones personales, en las relaciones familiares y sociales y en las realizaciones académicas y profesionales.

De ahí la relevancia de un abordaje temprano y eficaz, con la intervención de dispositivos y tratamientos adaptados al tipo de trastorno y a sus síntomas y con la intensidad y seguimiento precisos.

La incompreensión que a menudo acompaña a las personas alcanzadas por algún tipo de trastorno en su salud mental hace preciso romper el aislamiento tejido en torno a ellas por un silencio ensordecedor y por miradas recelosas, que parecen culparlas por una fragilidad que causa rechazo en una sociedad competitiva, acostumbrada a encumbrar la fortaleza.

Han sido muchas las víctimas, no ya de la quiebra de su salud mental, sino del estigma asociado a la misma. Pero al fin hay esperanza, el velo del silencio ha caído, suavemente rasgado por voces cada



vez más unánimes que comparten la importancia de dar visibilidad a la realidad multiforme de la salud mental, por cuya espiral nadie está libre de deslizarse.

Crear conciencia, naturalizar esta necesidad, conocer su entidad, detectar sus puntos flacos, ahondar en las opciones de respuesta y sentar las bases que permitan caminar hacia un mejor horizonte, ha sido la contribución pretendida por el Defensor del Pueblo Andaluz en 2023, desde el fundamento de que la atención a la salud mental es, ante todo, un derecho y la convicción alcanzada tras 40 años como Institución de garantía de los derechos humanos de que **no podemos asumir como normal lo inaceptable**.

La defensa de los derechos en el ámbito de la salud mental forma parte ineludible de las actuaciones de esta Institución, cuyas principales carencias y demandas recogemos en los sucesivos **informes anuales**, ofreciendo el testimonio personal que nos confían las personas afectadas, la angustia de su familia más cercana y las reivindicaciones de las asociaciones o entidades que dedican su labor a contribuir a su mejora.

Dentro de las intervenciones específicas, han sido diversos los **informes especiales** y singulares efectuados desde hace muchos años. Entre los primeros podemos citar los monográficos sobre la [situación de la salud mental en Andalucía](#), el centrado en la situación de las [personas con problemas de salud mental internadas en centros penitenciarios andaluces](#), el referido a las [personas drogo-dependientes en prisión](#) y el general sobre las [personas afectadas por drogas y otras adicciones en Andalucía](#).

De forma tangencial a la salud mental, han sido tratados los efectos perniciosos para personas menores procedentes del acoso escolar y del ciberacoso y de su exposición a la violencia de género, así como el chabolismo y la vulnerabilidad de la inmigración, mayor y menor.

Entre los estudios singulares hemos abordado la necesidad de que la **salud mental infantil y juvenil** sea una prioridad en las políticas públicas, así como el análisis de otros factores con influencia en este ámbito, como el que proviene del acceso de menores a material pornográfico en internet, a los juegos de azar y al consumo de alcohol y la incidencia de la pobreza infantil.

La iniciativa del Defensor en 2023 ha consistido en tender la mano a todos aquellos que deben y pueden aportar la imagen más fidedigna, realista y plural de las bases que precisan bienestar emocional y salud mental, dándoles voz a través de tres foros, partiendo de un concepto trascendental aplicado a la salud mental, el de la bioética, entendida como el conjunto de principios y valores que han de inspirar en este ámbito una respuesta acorde con la dignidad del ser humano como sujeto de derechos.

La jornada inicial, titulada [Bioética y Salud mental: raíces comunes en la atención a los mayores, infancia y adolescencia](#), permitió conocer la visión general de la Administración competente en materia de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud mental; obtener la opinión de profesionales que desempeñan su labor en este ámbito; y detectar las necesidades específicas de las personas en las etapas del comienzo y término de su vida, precisadas de instrumentos acordes con dichas etapas vitales.

La segunda jornada, bajo el lema [Bioética y salud mental: desafíos comunes en la población vulnerable](#), quiso hacer patente cómo incide la salud mental sobre las personas sometidas a especiales factores de vulnerabilidad social, en particular, las que viven en entornos desfavorecidos, las que pertenecen a determinados grupos sociales (caso de la población gitana y migrante), o las que han acabado recluidas tras los muros de un centro penitenciario.

La tercera jornada, organizada por Save The Children y la Defensoría de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, con la colaboración del Ayuntamiento de Sevilla, se centró en la [Salud mental de infancia y adolescencia en Andalucía](#), ahondando en el bienestar emocional, en los factores preventivos y en el papel que deben desempeñar en este aspecto los profesionales de la salud, de la educación, los responsables de políticas públicas y los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

En definitiva, lo trabajado por la Institución en 2023 permite ofrecer algunas conclusiones de conjunto que, partiendo del enfoque y planificación de la Administración sanitaria, se resume en la oportunidad crucial de prevención que puede desarrollarse en la etapa vital de la infancia y adolescencia como

momento idóneo en el que asentar unas bases sanas de bienestar emocional e higiene mental; el agujero negro en torno a la salud mental de las personas mayores, cuyos problemas de salud mental son subestimados y deficitariamente tratados; la garantía en derechos sociales que precisan los colectivos más vulnerables, como factor de prevención del trastorno mental secundario a ciertas situaciones de exclusión social; las vivencias de las familias; las reivindicaciones de las entidades del tercer sector; la pesadosa realidad de las conductas autolíticas; y la complejidad del abordaje a la patología dual sin vincular salud mental y adicciones.

1.1.2. El Plan de la Administración Sanitaria: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud, aunque tenga ante sí el reto de un largo y abrupto camino.

El posicionamiento de dichos responsables parte de un llano reconocimiento de las deficiencias en la atención sanitaria a la salud mental, incluida la infradotación de profesionales de sus diferentes perfiles y, por ello, la intención consecuente de dar respuesta a sus necesidades, actuales y emergentes, desde un nuevo enfoque de abordaje, sentando los pilares de un cambio de modelo que enfatice la prevención y la detección precoz, reconfigure sus estructuras y dispositivos y actúe de forma transversal.

El instrumento para ello es el anunciado **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía** (PESMA-A), previsto para una horquilla temporal de cuatro años, 2024-2028, que además afrontará por primera vez el enfoque conjunto, integrado y coordinado de salud mental y adicciones, con recursos integrales para la atención a las personas afectadas por patología dual.

El PESMA-A será la herramienta básica para el desarrollo de las políticas de salud mental en Andalucía, propiciando un cambio de modelo, estrategias y orientación a **la prevención y planificación en detección, intervención temprana, atención a los suicidios y adaptación a los diferentes colectivos, dentro de la debida perspectiva bioética de respeto a derechos, valores y cuidados.**

El reto expresado es alcanzar una buena salud mental, con énfasis en el diagnóstico precoz y la mejora en la atención y los recursos a disposición de las personas con diagnóstico de salud mental.

El Plan se concibe como un instrumento pragmático, adaptable y en evolución, que fijará objetivos a corto, medio y largo plazo y contará con la metodología que permita evaluar los resultados de sus medidas y acciones, corregir las desviaciones y mejorar las decisiones.

Se define igualmente como un plan que persigue dar transversalidad a la salud mental que, como problema complejo de responsabilidad individual y colectiva, precisa el enfoque desde diferentes ángulos y, con ello, la implicación de todas las instituciones, administraciones, especialmente la educativa, y de entidades e interesados.

Antes de exponer las demandas expresadas por colectivos específicos o en relación con aspectos concretos de la salud mental, hemos de señalar que es petición común en todas las reivindicaciones la que se refiere a la mejora de la ratio profesionales (psiquiatras, psi-

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud

cólogos y de otros perfiles); la petición de un modelo de tratamiento biopsicosocial, que permita un tratamiento terapéutico y no solo farmacológico y un menor consumo de psicofármacos; y las demandas de formación específica en 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.

1.1.4. La atención a la salud mental de las personas mayores: una asignatura pendiente

En relación con las personas mayores el problema es más preocupante, por su vacío, dado que presenta **dificultades en su detección**. La subestimación de síntomas que se achacan a la edad, impiden el posible diagnóstico y tratamiento.

No contamos prácticamente con datos sobre este problema en la Institución, salvo en los casos en que algún vecino, familiar lejano o entidad, alerta in extremis del desvalimiento y riesgo que corre una persona mayor que parece padecer algún trastorno mental y que vive sola, sin recursos, ni capacidad de autocuidado y sin tratamiento sanitario ni apoyo social.

La Administración sanitaria se remite a la existencia de programas no asistenciales, de índole preventiva y de cuidados, que pueden promover la salud en general (también la mental) de las personas mayores: Estrategia de Bioética, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía, Estrategia de Humanización, o promoción del envejecimiento saludable.

Sin embargo, lo cierto es que **la salud mental de las personas mayores se presenta como la gran olvidada** y que sanitariamente no existe un enfoque particularizado en este tramo vital, que tome en consideración sus características propias, factores de riesgo y necesidades de abordaje de su salud mental. Lo que no deja de ser paradójico y un riesgo, si tenemos en cuenta los porcentajes de personas de este grupo de edad y la mayor incidencia del suicidio consumado dentro del mismo.

En el entorno de los **centros sociosanitarios** tampoco existe un modelo de atención sanitaria que comprenda específicamente la atención a la salud mental de las personas mayores que viven en residencias. De hecho, el sector demanda poder contar con **plazas de psicogeriatría** a disposición

de las residencias y la Administración sanitaria reconoce que el enfoque a la salud mental de estas personas debería contar con un proyecto específico, ya que todo el esfuerzo se diluye en la simple atención a la cronicidad.

Debemos recordar que en el ámbito psiquiátrico especializado europeo se considera que la atención a la salud mental de las personas mayores es esencial, en relación con elementos como la atención a las personas cuidadoras, la prevención en salud mental y la cohesión social.

Partiendo de que la **heterogeneidad de las personas mayores** como grupo de edad, supone que sus necesidades de salud están sujetas a abordajes individualizados, ya que no dependen de su edad, sino de la capacidad funcional de cada una, las conclusiones de los expertos son las siguientes:

1. Dentro del peso de los determinantes de la salud, los esfuerzos deben centrarse en la **prevención de los psicológicos y sociales**, que son los más relevantes.
2. En relación con la prevalencia, la **tasa global de enfermedad mental es mayor en la población menor de 60 años** que en la mayor de dicha edad, **con dos excepciones: demencias y trastornos afectivos (depresión, trastornos mentales)**.
3. **Los trastornos mentales son infradiagnosticados, infratratados** y dan lugar a consecuencias más severas, como el suicidio consumado.
4. **Las demencias deben tratarse psiquiátricamente**, no solo como trastorno neurológico, siendo fundamental el **diagnóstico precoz** y la **prevención**.
5. En el **modelo de salud ACP** (atención centrada en las personas), el sistema sanitario ha de ofrecer las herramientas para la toma de decisiones individuales y asunción de la autorresponsabilidad.
6. Es una oportunidad la integración de los **sistemas de salud y de intervención social** y la creación de **espacios sociosanitarios**.
7. **Deben desarrollarse programas específicos de prevención:** del suicidio, del aislamiento/soledad, del duelo, del deterioro cognitivo/demencia y del abuso.
8. En particular, **protocolos de detección del abuso en las personas mayores**.
9. **Formación** de los diferentes perfiles profesionales.
10. **Creación de estructuras asistenciales específicas:** atención a la salud mental de las personas mayores por Atención Primaria y salud mental, a domicilio y en residencias; cuidados intermedios de salud mental a mayores; creación de unidades de hospitalización psicogeriátrica y de unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.
11. **No existe atención psiquiátrica dentro de las propias residencias**, en las que si bien la Atención Primaria cubre los aspectos generales de salud física, es más infrecuente que los Centros de salud mental consideren dentro de sus responsabilidades la atención a los mayores.

1.1.5. La salud mental de los colectivos vulnerables: desafíos comunes

La salud en los colectivos vulnerables por factores de riesgo procedentes de sus circunstancias personales, culturales y sociales, tiene que ver con la respuesta que la sociedad ofrezca a estos colectivos.

La población de los centros penitenciarios, las personas que viven en zonas desfavorecidas, las que pertenecen a culturas no predominantes y la población migrante, requieren una respuesta en salud que va más allá del sistema sanitario, al vincularse a su desigualdad en derechos.

Son precisas por ello **políticas públicas que actúen sobre los factores de riesgo** que condicionan el problema de salud mental, desarrollando las acciones para la **reducción de la desigualdad** en todas sus manifestaciones, como propone la Agenda 2030 a través del ODS 10.

Los factores de riesgo que acechan a la salud mental de las **personas en centros penitenciarios** son plurales, dado que provienen de circunstancias previas a esta reclusión (escaso nivel educativo, precariedad laboral, bajo nivel socioeconómico, experiencia de malos tratos familiares, entorno social, drogodependencia y enfermedad mental), así como del propio entorno de privación de libertad.

La población reclusa, mayoritariamente masculina, presenta **altas tasas de enfermedad mental**, con especial presencia del trastorno mental grave, que superan las tasas presentes en la población general, siendo **más elevadas en el caso de las mujeres en prisión**, cuyos trastornos de salud mental ascienden al 85% y son mayores las conductas suicidas por razones vinculadas a la soledad y la privación de su rol de cuidadoras.

Especialmente vulneradora de derechos es la situación de privación de libertad de las personas condenadas por la comisión de un delito, para las que se acuerda el ingreso en un **hospital psiquiátrico penitenciario**, dentro de un sistema judicial inflexible que, por un lado, carece de los recursos de alta supervisión que precisarían quienes han cometido delitos muy graves y, por otro, en los graves, adopta abusivamente "conformidades" a las que, en realidad, es inducido el condenado y que prácticamente se deciden de espaldas a su comprensión y entendimiento.

Todo ello hace especialmente necesario que las personas que se encuentran en centros penitenciarios puedan acceder a un **tratamiento de salud mental adecuado y especializado**, obstando a ello la inequidad generada por la falta de integración de los servicios de salud penitenciarios, de ámbito primario y de los sanitarios especializados autonómicos.

En base a la ausencia de convenio entre el Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía para la dispensación por el Servicio Andaluz de Salud de la atención sanitaria especializada, la reivindicación más rotunda es la de **materializar la transferencia de la sanidad penitenciaria**, facilitando entretanto el acceso por los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios a la información de salud de los internos, a través de la **implantación en los mismos de la base de datos de usuarios que contiene la historia clínica**, y protocolizando prácticas de **colaboración interadministrativa**.

Otros aspectos de interés se concretan en la **mejora de los recursos sociosanitarios para la excarcelación** y, de forma relevante, en el tratamiento a **las adicciones**, dentro y fuera de prisión, debido al elevado porcentaje de personas que en el ámbito penitenciario presentan conductas adictivas y patología dual.

Como corolario de todo ello, destaca el importante papel que en el abordaje de la salud mental desempeña la **colaboración del Tercer Sector** con los centros penitenciarios.

La incidencia de la **salud mental de quienes residen en entornos vulnerables**, requiere no caer en el error de concentrar los esfuerzos y recursos solo en la prestación de servicios de tratamiento sanitario, siendo preciso **trabajar sus circunstancias personales**, reforzando vínculos alternativos, como la intervención planificada que ofrecen los profesionales de los servicios sociales, en coordinación con los dispositivos de salud mental especializados y, en particular, con los de salud mental de los menores.

En la **población gitana** la desigualdad social es un factor de inestabilidad en la salud mental que genera depresiones y trastornos de ansiedad, como estigma que se añade al del racismo; siendo también prevalentes las adicciones.

No obstante, la principal necesidad es realizar estudios que permitan obtener los datos sobre la salud mental en la población gitana, hasta ahora desconocidos.

Finalmente, el examen de la incidencia de problemas de salud mental en la **población migrante** reviste interés si tomamos en consideración su peso en nuestra sociedad: el 17,5% de la población que vive en España ha nacido fuera de nuestras fronteras y dentro de este porcentaje un 14% no ostenta la nacionalidad española.

Los expertos destacan que el **duelo migratorio** es un evento estresante o generador de ansiedad, pero no necesariamente patológico y que la persona migrante suele ser una persona sana, por su propia capacidad de abordar este reto vital, con menores tasas de enfermedad mental en origen, así como de suicidio.

La “psiquiatría transcultural” alude no obstante a **diversos factores acumulativos** que afectan a la salud mental de las personas migrantes, como la aculturación, la menor edad de migración y el mayor tiempo de residencia en el país ajeno (inmigrante exhausto).

Este último factor es especialmente relevante cuando el proceso de adaptación conduce a vivir en condiciones sociales y ambientales desfavorables, como las de las personas que viven en asentamientos, segregadas de la vida en sociedad como mera mano de obra sin igualdad de derechos.

Dentro de las **barreras**, se citan las dificultades de la detección precoz por la demanda más tardía de atención sanitaria y la inadecuación de los sistemas occidentales para abordar el diagnóstico y tratamiento de personas con diferentes percepciones culturales y sociales.

La conclusión es el **refuerzo de las políticas públicas encaminadas a superar las desigualdades**, la intervención de **equipos multidisciplinares**, la implicación de las personas afectadas en la **corresponsabilidad** del tratamiento y la **formación** de los profesionales.

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 perecida 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.

1.1.7. La patología dual: hacia un enfoque integral de salud mental y adicciones

Un aspecto que hasta la fecha ha sido especialmente complejo en la respuesta a las personas afectadas, es el del tratamiento de las que padecen una patología dual, esto es, una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental.

El Plan Estratégico proyectado por la Administración sanitaria ha incorporado las adicciones en el enfoque integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A), lo que constituye una auténtica novedad, que esperamos sirva para dar una respuesta eficaz a las personas con patología dual que no la encuentran en el modelo de ámbitos estancos y paralelos actual.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Salud y Consumo refiere que el enfoque está centrado en mejorar la calidad y eficiencia en la atención sanitaria a la patología dual, a través de dos instrumentos de coordinación interinstitucional e interprofesional: el acceso de los profesionales de la Red de Adicciones a la Historia de Salud Digital del Servicio Andaluz de Salud y la coordinación con los dispositivos de apoyo de la red pública de salud mental.

No comprende, en cambio, que las funciones asignadas a los facultativos que forman parte de los centros públicos de atención a la drogodependencia, integrados en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se extiendan a funciones propias de los médicos del sistema sanitario público, como la prescripción farmacológica, las derivaciones o la solicitud de pruebas complementarias.

1.1.8. La perspectiva de familiares, asociaciones y entidades: reivindicaciones basadas en la experiencia de una labor 24/7

Terminamos recogiendo las reivindicaciones de las familias y entidades del tercer sector, directamente implicadas e interesadas en la salud mental de aquellas personas que padecen un trastorno de salud mental, por la autoridad de una fuente cuya experiencia se basa en una labor, cuidado y dedicación de 24 horas al día los siete días de la semana:

La patología dual es una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental

1. El reconocimiento del peso del papel asociativo y con ello la mejora de su financiación y recursos: las entidades son cruciales en la atención a la salud mental, dando un soporte que no puede ser cubierto desde la Administración sanitaria.
2. La mejora en el enfoque específico de la patología dual.
3. La atención a la salud mental de las personas sin hogar, en la que debe potenciarse el trabajo interdisciplinar.
4. La soledad de las familias y la falta de apoyo a las personas que cuidan a seres queridos con problemas de salud mental y, especialmente, las dificultades que encuentran para implicarse en el tratamiento en los casos con objeción de la persona afectada.

1.1.9. Recursos residenciales del sistema sanitario en salud mental o del Sistema de la Dependencia

Para terminar, añadiremos que nos suscita dudas la delimitación del campo de actuación de los recursos residenciales de salud mental del sistema sanitario público, cuyas plazas de media-larga estancia son muy escasas, en relación con los recursos residenciales de personas con problemas de salud mental, integrados en el Sistema de la Dependencia.

Y ello, porque en ocasiones tenemos la impresión de que la alternativa a los segundos cubre un ámbito que debería tener una intervención específica de los de salud mental del sistema sanitario.



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

1.2.1. Introducción

El compromiso de la Defensoría andaluza con la igualdad de género y trato viene reflejado en la [Estrategia 2021-2024](#) como **uno de los valores que marcan la actuación de esta Institución** y como uno de sus objetivos desde una doble perspectiva: interna, en la gestión de su personal y funcionamiento, a través del Plan de Igualdad y, externa, en su labor de atención a la ciudadanía y supervisión de las administraciones públicas, comprometiéndose a seguir avanzando en la integración de la perspectiva de género en sus actuaciones.

En cuanto al primero de los aspectos, el **8 de marzo de 2023**, Día Internacional de la Mujer, la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz aprobó el vigente [Plan de Igualdad](#), asumiendo como principio la propia ejemplaridad de la Institución.

Respecto al segundo, es voluntad del Defensor del Pueblo Andaluz asumir su responsabilidad como comisionado del Parlamento de Andalucía, designado para proteger los derechos y libertades fundamentales de la ciudadanía en el ámbito de la Comunidad Autónoma, en que **el principio de igualdad de género** se constituya como **base de intervención y transformación de las políticas públicas** y coadyuvar para **reducir las desigualdades y brechas de género persistentes en nuestro territorio** a fin de que todas las andaluzas y andaluces disfruten de una igualdad real y efectiva en todos los ámbitos de la vida.

La igualdad entre mujeres y hombres es un **principio jurídico universal** reconocido en el orden internacional, tanto en el ámbito de las Naciones Unidas, como en el Consejo de Europa y en la Unión Europea, que ha tenido su traslación en numerosos instrumentos de derechos humanos y en la jurisprudencia de organismos internacionales.

Este principio también está recogido a nivel nacional en la Constitución Española y en la abundante legislación aprobada por las Cortes Generales y los parlamentos de las comunidades autónomas, de manera singular en las últimas dos décadas.

En nuestra Constitución, el artículo 14 recoge el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo, y el artículo 9.2 establece que los poderes públicos promoverán las condiciones para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas, removerán los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitarán la participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social. **Se trata, pues, no solo de un mero reconocimiento, sino de un mandato claro de actuación a los poderes públicos.**

La Comunidad Autónoma de Andalucía asume en su Estatuto de Autonomía para Andalucía un fuerte compromiso en esta dirección, afirmando en el artículo 10.2, como uno de sus objetivos básicos, que **la Comunidad Autónoma propiciará la efectiva igualdad del hombre y de la mujer andaluces**, promoviendo la democracia paritaria y la plena incorporación de aquella en la vida social, superando cualquier discriminación laboral, cultural, económica, política o social. Asimismo, en su artículo 15 se garantiza la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos y en su artículo 14 de prohibición de la discriminación, prohíbe particularmente la ejercida por razón de sexo.

Más allá de la igualdad formal ante la ley y su consideración de principio informador del ordenamiento jurídico, el poder legislativo ha establecido obligaciones concretas y **pautas generales de actuación de los poderes públicos en relación con la igualdad de género.**

Así, la [Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres](#) estableció políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad (incluidas las llamadas acciones positivas), integró en nuestro país el principio de transversalidad y los instrumentos para su integración en la elaboración, ejecución y aplicación de las políticas públicas en España, tanto estatales como autonómicas y locales.

A este mandato hemos de añadir en nuestra comunidad autónoma la [Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía](#), cuyo objetivo principal es garantizar la vinculación de los poderes públicos en el cumplimiento de **la transversalidad como instrumento imprescindible para el ejercicio de las competencias autonómicas en clave de género**.

La transversalidad de género es, por tanto, un mandato normativo vinculante, tanto para las administraciones públicas andaluzas que debemos supervisar, como para esta Institución. No se trata de una aplicación esporádica de medidas puntuales sino de la aplicación de **políticas transversales de género que supongan un cambio estructural y social**.

Así, la transversalidad constituye un enfoque que tiene en consideración las diferencias entre las condiciones de vida, las situaciones sociales, económicas y culturales y las necesidades de mujeres y hombres en todas las fases de la intervención pública, y que considera que la acción pública no es neutra al género por el hecho de ser diseñada y aplicada sin distinguir entre hombres y mujeres sino que, por el contrario, existe una realidad de desigualdad de género, en ocasiones invisibilizada, que si no se advierte y atiende correctamente, corre el riesgo de profundizar en la desigualdad.

Finalmente, la [Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible](#) ha supuesto un importante impulso en el compromiso de la comunidad internacional para el logro de la igualdad de género situándola como prioridad a través de su Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 5 y reconociendo que su consecución y el empoderamiento de las mujeres y las niñas contribuirá decisivamente al progreso respecto de los restantes ODS.

En nuestro compromiso de que el enfoque o perspectiva de género impregne transversalmente los diversos ámbitos competenciales y materias de trabajo de esta **Defensoría del Pueblo Andaluz, supervisamos las políticas públicas** y la actuación de las administraciones públicas, a la luz de la normativa y jurisprudencia nacional e internacional, de los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 y de las directrices a las que hemos hecho referencia anteriormente.

1.2.2. Análisis de las quejas que llegan al Defensor desde un enfoque de perspectiva de género

Pasamos a continuación a efectuar un repaso de algunas de las cuestiones más relevantes planteadas en 2023 en la Defensoría desde el punto de vista de la perspectiva de género.

A este respecto es imperativo tomar en consideración los diferentes factores que inciden en la vulnerabilidad y discriminación de las mujeres en el disfrute efectivo de sus derechos. Así, mujeres de diferentes etnias, capacidades, edades, orientaciones sexuales o estatus socioeconómico enfrentan retos únicos y algunas son más vulnerables a ciertas desigualdades. Estas condiciones no operan de manera aislada, sino que se interseccionan y pueden amplificar las desventajas o ventajas.

A lo largo de este capítulo analizaremos brevemente cómo algunos de estos factores inciden en la desigualdad de las mujeres, razón por la cual es crucial que las políticas públicas reconozcan y aborden esta complejidad para satisfacer efectivamente las necesidades específicas de estos grupos.

1.2.2.1. Situaciones de violencia y discriminación contra la mujer

La **violencia de género** es la manifestación más grave de la desigualdad entre hombres y mujeres. Según los [datos de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género](#) del Ministerio de Igualdad, en España, durante el año 2023, la violencia de género dejó un saldo trágico de **56 mujeres asesinadas, ascendiendo al número de 1240 mujeres asesinadas desde 2003**, año en que comenzaron los registros oficiales.

La cifra de víctimas mortales de la violencia de género en España registrada en 2023 rompió la tendencia descendente observada en los años anteriores, siendo el peor dato desde 2015, conjuntamente con el de 2019 (alrededor del 30 % de las víctimas eran residentes en Andalucía). Afortunadamente este año 2023 [no ha habido que lamentar asesinatos de menores por violencia vicaria](#), sin perjuicio de lo cual debemos recordar que **el número de menores asesinados en España desde 2013 asciende a 50**, ocho de ellos en Andalucía.

En aproximadamente en el 75% de los casos no existía denuncia previa, dato que resulta fundamental a la hora de activar las políticas necesarias para que las víctimas sientan que en caso de denunciar se pondrán en marcha todos los mecanismos de protección necesarios y también, cuando no lo hagan, que su entorno denuncie.

Los estudios apuntan a que las **mujeres mayores** les cuesta más reconocer la violencia, por la cultura machista en la que han vivido, y posiblemente en parte por ello piden menos ayuda, o bien no saben a dónde pedir ayuda o sienten que no existe posibilidad de salir de esa situación. En todo caso es un **colectivo que a menudo es invisibilizado** como víctima de violencias, y en el que las distintas políticas también se deberían enfocar.

56

Los estudios apuntan a que a las mujeres mayores les cuesta más reconocer la violencia, por la cultura machista en la que han vivido, y posiblemente en parte por ello piden menos ayuda, o bien no saben a dónde pedir ayuda o sienten que no existe posibilidad de salir de esa situación

En todo caso, continuaremos enfatizando que **la violencia contra las mujeres constituye un asunto de relevancia nacional, que incumbe tanto a las autoridades gubernamentales como a la sociedad en su conjunto**.

La **sensibilización e implicación de toda la sociedad en la igualdad de género resulta de gran importancia en la construcción de un mundo más justo y equitativo**, donde todas las personas tengan las mismas oportunidades y derechos sin importar su género.

En el presente capítulo se pondrá de manifiesto, desde un enfoque interseccional, cómo la violencia de género incrementa la vulnerabilidad y desigualdad presente en muchas situaciones.

De conformidad con la obligación de los poderes públicos de prevenir y reaccionar ante la violencia hacia las mujeres, y en particular las violencias sexuales, esta Institución estimó procedente incoar una queja de oficio ([Q23/1530](#)) con la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad y con la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, a fin de recabar información sobre las actuaciones que se puedan realizar para **impulsar la elaboración de protocolos centrados en la prevención, detección, reacción y atención a la persona afectada en establecimientos de ocio y, en particular, nocturnos**.

Estos deben ofrecer unas pautas comunes respecto a cómo actuar ante las agresiones sexistas, que faciliten

una respuesta eficiente ante la misma y eviten todo tipo de revictimización. Resulta además fundamental la formación en la prevención de las agresiones sexuales a todo el personal de los locales de ocio (camareros/as, personal de guardarrropía, disyóquey, personal de seguridad, etcétera), incluyendo temas como la sensibilización, conceptos jurídicos básicos, procedimientos operativos para actuar ante determinadas conductas, coordinación con otros recursos y atención a la persona afectada. También pueden incluir herramientas para el análisis del diseño de los locales y la detección de zonas que puedan ser de riesgo a fin de adoptar medidas como mejorar la visibilidad, evitar recovecos, mayor presencia de personal en determinadas zonas, etc.

Como resultado de dicha queja de oficio, la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad nos informó de la **firma en junio de 2023 por el Instituto Andaluz de la Mujer de un [Convenio de colaboración con la Federación de Asociaciones de Empresarios de Ocio y Esparcimiento y la Federación de Empresarios de Hostelería en Andalucía para la colaboración en la difusión y formación en materia de prevención contra la violencia sexual](#)**. La Federación de Asociaciones de Empresarios de Ocio y Esparcimiento integra las ocho asociaciones provinciales de discotecas y salas de fiestas y cuenta en total con más de 400 establecimientos repartidos a lo largo de las ocho provincias andaluzas, en los que trabajan más de 1200 personas.

Fruto de dicho convenio el IAM ha aportado cartelera divulgativa del Teléfono de Información a la Mujer (900 200 999) para su difusión en los distintos establecimientos, además de ofrecer formación en materia de prevención contra la violencia sexual a los empleados y empleadas que determinen las citadas federaciones. Asimismo, Está previsto que el IAM aporte material audiovisual con información del Teléfono de Información a la Mujer para su emisión en las pantallas digitales de los festivales y conciertos celebrados durante la temporada de verano. También se hará constar en las entradas de los eventos.

Por parte de **la FAMP se nos ha informado de la realización en el año 2023 de campañas a nivel local en varios ayuntamientos andaluces**: Granada (“*Más que un punto una constelación*”), Cádiz (“*Carnaval sin violencias, NO es NO*”), Córdoba (“*Fiestas libres de agresiones sexistas, diviértete desde el respeto*”), Huelva (“*Red de Puntos Violeta*”), Málaga (“*No es NO*”), Sevilla (“*La diversión termina donde comienza la agresión*”), Los Barrios (“*Por una feria libre de violencia sexual*”) y Marbella (campaña contra la violencia machista en la Feria y Fiestas de San Bernabé); si bien hay que señalar que a rasgos generales el objeto de estas campañas no abarca todos los aspectos mencionados anteriormente.

Por otra parte, en la tramitación de dicha queja de oficio se nos ha informado que la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, a través de la Secretaría General de Familias, Igualdad, Violencia de Género, ha elaborado y difundido un [Protocolo para la prevención y abordaje de la violencia de género en los centros de los servicios sociales comunitarios](#).

Este protocolo pretende establecer un itinerario de detección y atención, así como derivación a los centros provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer, o a los Centros Municipales de Información a la Mujer provinciales, tanto para que sirvan de referencia al personal de los centros como para las personas usuarias que puedan ser atendidas en los centros.

Finalmente se hace constar que la Consejería de Salud y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica y en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha elaborado el [Protocolo sobre “Abordaje Integral de Víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante”](#), con el fin de facilitar el acceso a todos los profesionales sanitarios a las pautas de actuación y los procedimientos de coordinación ante esta agresión que constituye un delito.

Este protocolo es específico para los diferentes escenarios que pueden presentarse ante una sospecha de sumisión química (con o sin agresión sexual), con el fin de que se realice una adecuada valoración, actuación y seguimiento de cada caso teniendo en cuenta las políticas, prácticas y procedimientos legales preceptivos. Establece cómo debe ser la comunicación y coordinación entre los profesionales del ámbito sanitario, Medicina Forense, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los demás agentes implicados en la atención y actuación ante posibles situaciones de sumisión química.

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.

Por su parte, **las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género** sufren fenómenos violentos específicos y complejos que precisan de una especial consideración y a una Administración, no solo garante de derechos, sino además revestida de una especial sensibilidad hacia estas mujeres.

A este respecto, podemos destacar el Acuerdo de 26 de septiembre de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del [Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad de Andalucía 2024-2027](#), cuyo objetivo principal es empoderar a las mujeres discapacitadas, reducir la desigualdad y prevenir y atender las situaciones de violencia de género que puedan versar sobre las mismas. Se trata sin duda de un paso que afianza el compromiso que tiene la Administración con la consecución de la igualdad de género.

De otra parte, y considerando que **en la población gitana concurren varios factores que propician situaciones de exclusión**, esta Institución ha iniciado en 2023 **quejas de oficio** dirigidas a los Ayuntamientos contemplados en el [Plan el Integral para La Inclusión de la Comunidad Gitana de Andalucía 2017-2020](#).

El objetivo principal del Plan era mejorar la integración social del Pueblo Gitano a través de la Educación, Empleo, Vivienda, Salud, Igualdad entre hombres y mujeres, Servicios Sociales, Comercio ambulante, Cultura, Participación social, No discriminación y Población gitana proveniente de otros países. En dichas actuaciones de oficio hemos solicitado que nos informen sobre actuaciones que fomenten la **prevención de la violencia de género en la población gitana**, destacando las actividades formativas que se hayan realizado al respecto. Las actuaciones se encuentran en trámite de valoración de los informes remitidos.

En este sentido se apunta la importancia de los protocolos específicos de violencia de género para atender a la mujer gitana; debiendo por lo que respecta a nuestra comunidad autónoma celebrar el [Protocolo para la atención específica Mujeres gitanas víctimas de violencia de género](#), del Instituto Andaluz de la Mujer.

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.

1.2.2.4. Dependencia

Anualmente se reciben en el Defensor del Pueblo Andaluz más de medio centenar de **quejas por los retrasos en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**. Las quejas y consultas se presentan por las principales personas cuidadoras ante la frustración por las demoras en la valoración del grado de dependencia de sus familiares, en la asignación del recurso o prestación correspondiente, o en la modificación tanto del grado como del recurso o prestación adecuado. En más del 65% planteadas de los casos son mujeres las que se dirigen a esta Institución por esta causa. Llama la atención además que con frecuencia las **mujeres aluden a que los cuidados de su familiar se añaden a los cuidados de sus criaturas o del propio hogar, así como de las responsabilidades laborales** en su caso.

Es el caso de una mujer que nos trasladaba las difíciles circunstancias que atravesaba junto a su madre dependiente, cónyuge e hijos. Su madre tenía reconocido el Grado II, de dependencia severa por resolución de fecha 5 de febrero de 2020, reconociéndosele el derecho de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Sin embargo, debido al empeoramiento de su esta-

do de salud, tras solicitar la revisión del grado de dependencia, se le había reconocido el Grado III de Gran Dependencia en el año 2021, momento desde le que aguardaba poder disfrutar de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar en cuantía correspondiente a su actual condición de gran dependiente. Asimismo la interesada nos exponía que su cónyuge padecía una enfermedad de corazón que le impedía trabajar y que ella ejercía el rol de cuidadora de su marido e hijos, lo que estaba afectando tanto a su salud física como mental.

Por ello trasladamos a la administración que, analizando estas circunstancias con perspectiva de género, la resolución del expediente de dependencia de su madre no solo garantizaría una mejora en la calidad de vida de la persona dependiente sino además de una mujer que pone por encima de su bienestar los cuidados de su familia (queja 23/4335)

1.2.2.5. Necesidad de vivienda

La falta de acceso a un hogar no solo es una necesidad material, sino también un elemento integrador necesario en cualquier sociedad democrática e inclusiva. A pesar de ello, la **necesidad de vivienda** en Andalucía es una realidad constatada y dolorosamente conocida para esta Institución. De manera diaria se reciben quejas y comunicaciones de personas que pierden su vivienda habitual, que se enfrentan a desahucios o que directamente no pueden acceder a un techo digno en el que vivir.

Esta realidad tristemente cotidiana cobra un mayor peso ante el número de testimonios aportados a esta Defensoría por mujeres con hijos a cargo, como en la queja 23/3288. En este caso, una mujer nos relataba su angustia ante el proceso de desahucio al que se enfrentaban ella y sus cuatro hijos, tres de ellos menores de edad. La afectada es víctima de una economía maltrecha, con los únicos recursos económicos del Ingreso Mínimo Vital y, al facilitarle su Ayuntamiento una ayuda al alquiler, la precariedad en la que vivía la empujó a emplear este dinero en alimentos, produciendo como resultado final el lanzamiento de su vivienda.

Un caso similar era del de una ciudadana madre de familia monoparental con dos hijos menores de edad y con un desahucio inminente. Nos relataba que subsistían con los 300 euros que aportaba el padre de los niños en concepto de manutención. Tras admitir la queja a trámite con su Ayuntamiento, le facilitaron ayudas económicas para el alquiler de un nuevo piso y la citaron para orientación e inserción laboral (queja 23/5739).

En el caso de que a la **precariedad económica y la necesidad de vivienda se añade la violencia de género**, la vulnerabilidad se muestra de forma aún más intensa, como nos contaba una mujer víctima de violencia machista con tres menores a su cargo. La promotora de esta queja nos contaba que, tras vivir en diferentes centros de acogida por el riesgo de peligro que corrían ella y sus hijos, debido a la falta de recursos habitacionales disponibles se vio obligada a “ocupar” un inmueble en la localidad de Córdoba (queja 23/1350).

Un caso que posiblemente no es excepcional es el de una mujer que nos manifestaba su indefensión ante la denegación de la empresa pública EMVISESA de su solicitud de inscripción en el Registro Municipal de Demandantes de Vivienda Protegida de Sevilla. La interesada nos contaba que posee el pleno dominio de la vivienda conyugal, encontrándose el régimen de gananciales de la extinta pareja pendiente de liquidación; si bien, debido a la orden de alejamiento que pesa sobre su ex marido, se está retrasando el trámite necesario de venta del inmueble.

Cabe resaltar de este testimonio, más allá de la interpretación restrictiva de la norma por parte del citado organismo, que será objeto de reflexión por parte de esta Institución, la **necesidad de tener especial consideración con la condición de víctima de violencia de género** de la afectada, que además cuenta con un grado de **discapacidad** reconocido, siendo por tanto, una persona revestida de especial vulnerabilidad.

En las **mujeres migrantes** convergen distintos factores de discriminación que puede situarlas en contextos de especial vulnerabilidad, por lo que requieren una atención integral para que puedan superar los obstáculos con los que se encuentran en su proyecto migratorio. La discriminación que por razones de género ya podían padecer en sus países de origen se perpetúa, tanto en su tránsito, en el que muchas son víctimas de redes y mafias, como en su destino, en el que ven cómo su con-

dición de migrante se convierte en una barrera para acceder a cuestiones tan esenciales para una real inclusión como empleo y vivienda de calidad.

En este sentido, el acceso a la vivienda de las **mujeres de origen extranjero, con hijos a cargo y que además hayan sido víctimas de violencias**, es un reto en la atención a este colectivo que no encuentra concreción en las políticas públicas que han sido analizadas por esta Defensoría el pasado 2023.

Así, atendimos en el expediente de queja 23/4505 a una joven de origen marroquí con una menor a cargo y víctima de violencia de género a la que, pese a que no disponía de una solución habitacional adecuada a su situación, se le notificó la salida del recurso residencial facilitado por el Ayuntamiento de Sevilla, de la entidad mercantil AOSSA. Este expediente, junto con la queja 23/6727, también mujer migrante con menores a cargo, motivó el inicio de actuaciones con el Ayuntamiento de Sevilla a fin de recabar información sobre los recursos facilitados a las afectadas.

En particular, hemos solicitado información sobre la atención social que se facilita a las personas usuarias por parte de la mercantil que gestiona el servicio de alojamiento temporal, los servicios de mediación, interpretación y traducción para garantizar la atención a las personas de origen de extranjero, los mecanismos de supervisión y coordinación de los Servicios Sociales Comunitarios con el equipo técnico de la mercantil, y la incorporación de la perspectiva de género, ya que **las mujeres son especialmente vulnerables y presentan más dificultades para acceder a recursos residenciales compartidos como pueden ser albergues**.

La atención habitacional de este colectivo debe ser prioritaria porque las soluciones de alojamiento temporal de emergencia como los albergues y los centros de alta tolerancia no tienen en cuenta su especial vulnerabilidad en estos espacios, en los que comparten zonas comunes con hombres que han podido ser agresores o "clientes", en el caso de aquellas mujeres que se han visto obligadas a ejercer la prostitución.

1.2.2.6. Feminización de la pobreza

A pesar de que en los últimos años se ha conseguido una participación más equilibrada de hombres y mujeres en el mercado laboral, **las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de las responsabilidades familiares y domésticas**. Así lo refleja la ([Encuesta de Calidad de Vida](#), elaborada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo).

Uno de los principales retos de España y de Andalucía es combatir la **feminización de la pobreza**. El [Informe 2023 sobre el estado de la pobreza \(Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030\) de EAPN-España](#) recoge que, pese a haber experimentado una ligera mejoría, Andalucía se mantiene, junto a Extremadura y Canarias, entre las tres con más población en riesgo de pobreza y/o exclusión. Como factores relevantes de la pobreza en España, el informe apunta a la vivienda, la brecha de género y el insuficiente apoyo a las familias con menores.

En el mismo sentido, los [últimos datos de la Seguridad Social](#), que revelan que, de las 6281 excedencias dadas de alta en 2023 en Andalucía por cuidado de hijo, menor acogido o familiar, el 84 % fueron solicitadas por mujeres frente al 16 % de las que correspondieron a hombres.

Aunque se observa una importante brecha de género en los cuidados familiares, los datos de 2023 muestran también una **disminución de la desigualdad entre hombres y mujeres que piden excedencias**. La proporción de hombres que también se acogen a estos permisos no retribuidos representa más del doble que el que había en 2013 y es muy superior al de los últimos años.

Relatos como los que se recogerán a continuación nos describen la inestabilidad como forma de vida y nos muestran cómo **la exclusión social afecta de manera mas severa a mujeres que a hombres**.

La tasa de pobreza siempre ha sido extraordinariamente más elevada entre las personas que viven en **hogares monoparentales**, los cuales están liderados **de manera abrumadora por mujeres**. [Según datos del Instituto de Estadística de Andalucía, hay 105.000 hogares monoparentales](#), de los que más de 92.400 son de madre sola y 12.600 de padre solo. Muchas de estas familias están compuestas por mujeres con escasos recursos económicos y trabajos precarios que han de hacerse cargo en solitario a la crianza de los hijos. Para paliar estas carencias, tanto la Administración estatal como la de la Junta

de Andalucía tienen establecidos distintos programas de ayudas sociales a las cuales las madres pueden tener acceso, por lo que cuando se dirigen a esta Institución les informamos detalladamente de las mismas así como de los trámites a seguir para su solicitud.

Como muestra de ello podemos mencionar la situación en la que se encontraba un madre con cuatro menores a cargo con unos ingresos de 300 euros en concepto de manutención de su ex pareja. El Ayuntamiento nos informó del trabajo que se estaba realizando con la misma, no exento de dificultades, indicando que se le había ofrecido un puesto de trabajo y una ayuda económica para el pago de retrasos en el alquiler (queja 23/6047).

También podemos destacar la queja 23/4994, promovida por una mujer viuda con tres menores a cargo. Constatamos que desde los Servicios Sociales le estaban prestando todas las ayudas económicas posibles y le informamos de cómo podía acceder a las ofertas de empleo que emite el propio Ayuntamiento.

Las **prestaciones no contributivas**, en tanto que recursos orientados a mejorar la situación económica de los colectivos más vulnerables, adquieren una **especial relevancia para muchas mujeres que por los roles asumidos tradicionalmente de cuidado y labores no remuneradas** no cuentan con la cotización requerida para acceder a prestaciones contributivas y que en muchos casos no cuentan con red de apoyo ni otros ingresos. Por ello, las dilaciones en la resolución de estos trámites les afectan especialmente.

Un ejemplo lo encontramos en el expediente de queja 23/1883, en el que la interesada, de 71 años de edad, nos explicaba que en 2021 cerró su negocio de hostelería y que se encontraba a la espera de resolución de su petición de pensión no contributiva. Nos contaba que no disponía de ningún ingreso, con excepción de una ayuda de los servicios sociales de 200 euros que percibió durante 10 meses. Al no constar como jubilada, tampoco podía acceder a la cobertura de la medicación, por todo lo cual solicitaba nuestra ayuda. Admitida a trámite su queja solicitamos la colaboración de la Delegación competente para que se resolviera el expediente de la interesada y, si bien es cierto que las dilaciones en la tramitación tanto de las pensiones no contributivas como de la RMISA e incluso del Ingreso Mínimo Vital son recurrentes y afectan a todas las solicitudes, también lo es que la perspectiva de género en casos como el descrito debiera estar presente en la gestión de la Administración, en tanto que casos como el de la interesada precisan una mejor atención.

En cuanto a **personas sin hogar**, el INE destaca que **la proporción de mujeres que están en esta situación ha aumentado hasta el 23,3% respecto al 19,7% del año 2012**.

Asimismo, un estudio realizado por Cáritas en el año 2022 y denominado "Un trabajo, una habitación y un gato", recoge el miedo que viven las mujeres que carecen de hogar, sobre todo cuando **muchas de ellas han reconocido haber sufrido agresiones sexuales**, situaciones a las que, por norma general, no se enfrentan los hombres que carecen de hogar.

Como caso particular podemos destacar la resolución positiva de la difícil situación en la que se encontraba una mujer en situación de calle que se dirigió a esta Institución. Tras recibir el informe solicitado a su Ayuntamiento, la interesada nos informó que había encontrado trabajo y solución habitacional, y que había conseguido que le aumentase la cuantía del Ingreso Mínimo Vital (queja 23/5602).

A pesar de que en los últimos años se ha conseguido una participación más equilibrada de hombres y mujeres en el mercado laboral, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de las responsabilidades familiares y domésticas

1.2.2.7. Discapacidad con perspectiva de género

A nivel nacional, se estima que un **60% de las personas con discapacidad son mujeres**. El Instituto de las Mujeres manifiesta a este respecto que, si bien en los últimos años se ha avanzado en los derechos de las personas con discapacidad, [la brecha entre hombres y mujeres se ha ampliado](#). A grandes rasgos, se observa que las mujeres con discapacidad son a menudo discriminadas en el ámbito familiar y en el educativo, cuentan con niveles de analfabetismo muy elevados, tienen más dificultades en el acceso al empleo y la protección social no exime a la mayoría, de la pobreza.

Podemos mencionar como ejemplo la queja 23/6471, presentada por una mujer con discapacidad que vive sola en una tercera planta sin las adecuaciones necesarias a su situación, lo que le imposibilitaba salir de casa. Por ello solicitaba ayuda para el pago de un alquiler en un piso que se adecúe a sus necesidades concretas.

1.2.2.8. Población femenina reclusa

Según los datos recogidos por el Defensor del Pueblo en el [Informe 2022 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura](#), el porcentaje de mujeres en prisión en España es del 7,12% y en Andalucía aún menor, del 6,19% de la población reclusa, por lo que sin duda **los establecimientos penitenciarios son contextos especialmente hostiles para las mujeres** que se encuentran cumpliendo penas privativas de libertad.

Si bien es cierto que en todos los establecimientos penitenciarios se han implementado los correspondientes planes de igualdad y adaptado los destinos productivos, la distribución y el uso de espacios, la situación de estas mujeres es **especialmente gravosa por el rol y las obligaciones que asumen en sus unidades familiares de origen** y que, lejos que suspenderse durante el ingreso en prisión, las acompañan durante su condena.

Un ejemplo de esta realidad lo encontramos en el expediente de queja 23/7978, en el que su promotora solicitaba la intervención de esta Defensoría porque, desde que ingresó en el centro penitenciario, su madre y su hijo, con una discapacidad del 80 %, se encontraban en situación de total desamparo, sin que ella desde prisión pudiera atender a sus necesidades, lo que le generaba una gran angustia. Valorada su petición solicitamos la colaboración de su Ayuntamiento, que accediendo a nuestra petición nos informó que los técnicos municipales se personarían en el domicilio de la interesada para valorar la situación de su familia y facilitarle la atención que precisase.

Estas situaciones a menudo provocan en las mujeres presas el desarrollo de **enfermedades mentales** que en muchos casos son diagnosticadas y atendidas en prisión; de hecho, más de la mitad de de las quejas tramitadas a instancia de internas en prisión este año 2023 denunciaban carencias en la atención facilitada por especialista en psiquiatría o por incidencias con la medicación pautada por las unidades de Salud Mental (quejas 23/0059, 23/0231, 23/1187 o 23/6628).

1.2.2.9. Servicios de Interés General

Dentro del ámbito de los servicios de interés general y referido concretamente a los **servicios financieros**, debemos mencionar la queja 23/5714, remitida por una mujer divorciada desde hacía 13 años que quería acogerse al [Código de Buenas Prácticas \(CBP\)](#) para rebajar la cuota hipotecaria, que le había subido considerablemente, hasta suponer más de la mitad de su sueldo, algo que no podía asumir y que tenía visos de empeorar al estar en puertas una nueva subida. Como el ex marido figuraba en la hipoteca, aunque no en la escritura de propiedad, lo habló con él y este le dijo que estaba de acuerdo, que hiciera los trámites.

Lamentablemente nuestras posibilidades de intervención en estos casos son muy limitadas o prácticamente inexistentes, ya que lo que subyace en el fondo del asunto es un conflicto que afecta únicamente a particulares, dado que la entidad financiera actúa conforme a derecho, por lo que **únicamente cabe acudir a la vía judicial** en caso de no poder llegar a un acuerdo amistoso. En este sentido hemos conocido que algunos Juzgados de familia han ordenado a una de las partes

que firmase el Código de Buenas Prácticas, dentro de las medidas adoptadas para regulación del convenio de divorcio y en favor de los hijos menores fruto del anterior matrimonio.

En cuanto a la posibilidad de que su entidad financiera no exija la firma de la ex pareja para rebajar la cuota hipotecaria de acuerdo con el Código de Buenas Prácticas, es una opción complicada, ya que, aunque la elevación a escritura pública del acuerdo de modificación del préstamo es potestativa, la entidad podría valorar que la firma del acuerdo resulta necesaria en todo caso porque los términos del contrato firmado en su día obligan a ambos y cualquier modificación de las condiciones pactadas requiere el consentimiento de todas las partes contratantes.

En todo caso, valoramos que **las entidades financieras, cuando se den este tipo de situaciones, podría ofrecer alguna solución que permita a la mujer atender sus obligaciones de pago, dentro de lo que se denomina «política comercial y de asunción de riesgos».**

En este sentido, en el caso relatado indicamos a la promotora de la queja la conveniencia de que se dirigiera formalmente a su entidad financiera solicitando alguna medida alternativa, incluyendo la posibilidad de excluir al ex marido del contrato de préstamo hipotecario.

En relación con los servicios de **suministro de luz y agua** no podemos dejar de relatar la queja 23/1392 que, desgraciadamente, pone una vez más de manifiesto las miserias de la condición humana. El promotor de la queja denunciaba que en una vivienda donde residía una mujer, aunque estaba a nombre de su madre, se había manipulado el contador de luz y estaban enganchados al suministro de agua. Según afirmaba el interesado en su escrito de queja: *“Llevo 3 años sabiendo este fraude pero desde que corté la relación sentimental que tenía con dicha persona he pensado denunciar anónimamente este hecho”.*

En nuestra respuesta, tras indicarle que cualquier persona puede poner en conocimiento de las entidades prestadoras de suministros las irregularidades que afecten a sus instalaciones y estas podrían denunciar el delito de defraudación de energía eléctrica y agua, le advertimos expresamente que *“dicha denuncia no debe estar motivada en el deseo de causar un mal a la persona con la que mantenía una relación de afectividad previa ya que, en ese caso, podría integrarse en determinados tipos delictivos, como **las amenazas o coacciones, que son objeto de un específico tratamiento punitivo en la legislación vigente sobre violencia de género**”.*

1.2.2.10. Justicia

Aunque el Defensor del Pueblo Andaluz carece de competencia para el examen de aquellas cuestiones que estén pendientes de resolución judicial, no obstante, sin entrar a cuestionar las decisiones adoptadas por los Juzgados y Tribunales en el ejercicio de su función jurisdiccional, la Ley 9/1983, de 1 de diciembre del Defensor del Pueblo Andaluz le permite entrar a valorar cuestiones como las dilaciones singulares, medios personales o materiales, planta y demarcación, o el reconocimiento de la justicia jurídica gratuita, cuestiones que pueden afectar al “normal funcionamiento” de la Administración de Justicia.



Un ejemplo lo supone la queja 22/5062, en la que el Colegio de Abogados de Cádiz nos dio traslado del Acuerdo adoptado con motivo de la decisión de comarcalizar la competencia territorial del Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Algeciras (Cádiz), extendiendo su jurisdicción a los partidos judiciales de San Roque y de La Línea de la Concepción, perjudicando a juicio de dicha entidad a las personas implicadas en estos procesos judiciales, especialmente a las mujeres víctimas de violencia, las cuales ahora se ven obligadas a desplazarse hasta Algeciras.

Admitida la queja a trámite en relación a las competencias autonómicas en la materia, el Juzgado Decano de Algeciras nos informó de forma similar al ICA-Cádiz, y por la Delegación Territorial de Justicia de Cádiz se nos dio traslado de las medidas adoptadas tanto en materia de recursos humanos como de infraestructuras.

Sobre este particular, ya la Memoria Anual de Actividades y Funcionamiento del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Ceuta y Melilla del Año 2022 manifestaba la conveniencia de que los **Juzgados de Violencia sobre la Mujer tuviesen un ámbito territorial que comprendiese varios partidos judiciales, de forma que se produjera una atención más especializada, coordinada y con mejores recursos**. Se indicaba que este era la posición del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, insistiendo en que así se *“mejoraría la protección de las víctimas y la respuestas de las administraciones ante los casos de violencia machista”*, propuestas que se habían trasladado al Congreso de los Diputados, destacando la importancia de modificar la ley y ampliar la competencia territorial de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

Esta línea de actuación fue impulsada mediante los Reales Decretos 1460/2018, de 21 de diciembre, 663/2020, de 14 de julio, y 954/2022, de 15 de noviembre. Precisamente, uno de ellos materializó esta medida en el Campo de Gibraltar, de forma que, a partir del 1 de octubre de 2020, el Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Algeciras extendió su jurisdicción a los partidos judiciales de La Línea de la Concepción y San Roque. La medida fue adoptada en otras provincias con similitudes de cercanía geográfica entre varios partidos judiciales, como Málaga, Granada, Almería y Sevilla.

Precisamente sobre Almería se nos presentó la queja 23/8785 por la misma cuestión de pérdida de la competencia en materia de violencia de género en los Juzgados de Roquetas de Mar debido a la comarcalización en los Juzgados de Almería capital.

A estos efectos el reciente Real Decreto 1170/2023, de 27 de diciembre en su artículo 8 viene a determinar la agrupación de partidos judiciales para el conocimiento de asuntos en materia de violencia de género.

En algunos casos se nos plantean cuestiones que han de ser analizadas con perspectiva de género pero en las que no hemos podido intervenir por estar la causa sub-iudice. Un ejemplo lo encontramos en la queja 23/7814, en la que a la interesada, trabajadora fija del SAS, le había sido denegado un cambio de turno por conciliación familiar, alegando que ese turno “no existe”, a pesar de que ella manifestaba que otros compañeros sin necesidad de conciliación lo venían disfrutando con autorización del superior.

También podemos mencionar la queja 23/9232, en la que la interesada nos trasladaba la desestimación de su solicitud de reconocimiento del beneficio de la justicia jurídica gratuita por superar el umbral económico establecido, a pesar de que no podía afrontar el pago de un letrado privado, debido a que todo el patrimonio lo disponía su exmarido, siendo precisamente su pretensión el iniciar el procedimiento de liquidación de bienes gananciales.

1.2.2.11. Acciones de formación y sensibilización

Por su singularidad, resaltamos las quejas recibidas contra el **programa “Centinelas por la Igualdad”** que vienen desarrollando los ayuntamientos de Cádiz y Jerez **en colegios e institutos** de dichas localidades.

El programa social “Centinelas por la Igualdad” se financia con una subvención de los Fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género, y en la línea marcada en dicho documento tiene como objetivo principal prevenir cualquier tipo de violencia machista en el entorno del alumnado;

también detectar situaciones de discriminación. Para dicha finalidad el programa pretende formar a parte del alumnado en materia de género para que actúen de forma preventiva como centinelas de la igualdad y se este modo sean referencia dentro del centro educativo y estén capacitados para difundir valores en igualdad al resto del alumnado de sus centros, con el acompañamiento y asesoramiento de un equipo profesional especializado.

Las personas reclamantes consideraban esta iniciativa inapropiada alegando que fomentaría la desconfianza mutua y deterioraría el clima de convivencia en los centros.

Tras analizar los objetivos y contenido del programa social, esta Institución no advirtió que el mismo conculcase derechos o libertades reconocidos en la Constitución, más al contrario estimamos que su finalidad es fomentar valores de convivencia y respeto entre personas de distintas opciones sexuales, en congruencia con los principios y derechos fundamentales establecidos en dicha Carta Magna.