

BOLETÍN OFICIAL B O P A

BOLETÍN OFICIAL



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

SUMARIO

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

- 12-25/OIDC-000001, Informe Anual del Defensor de la Infancia y Adolescencia de Andalucía relativo a la gestión realizada correspondiente al año 2024

2

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

12-25/OIDC-000001, Informe Anual del Defensor de la Infancia y Adolescencia de Andalucía relativo a la gestión realizada correspondiente al año 2024

Sesiones de la Mesa del Parlamento y de la Junta de Portavoces de 16 de julio de 2025

Envío a la Comisión sobre la Infancia y la Adolescencia

Orden de publicación de 17 de julio de 2025

La Mesa del Parlamento de Andalucía, en sesión celebrada el día 16 de julio de 2025, ha conocido el Informe Anual del Defensor de la Infancia y Adolescencia de Andalucía relativo a la gestión realizada correspondiente al año 2023, elaborado conforme a las previsiones del artículo 25.4 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 183.4 del Reglamento de la Cámara, la Mesa del Parlamento de Andalucía, de acuerdo con la Junta de Portavoces, ha acordado que su tramitación se lleve a cabo en la Comisión sobre la Infancia y la Adolescencia.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, se ordena su publicación en el *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*.

Sevilla, 17 de julio de 2025.

El letrado mayor del Parlamento de Andalucía,

Manuel Carrasco Durán.

DEFENSORIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ANDALUCÍA

INFORME ANUAL 2024

ÍNDICE

1. Presentación	10
2. Datos cuantitativos	11
2.1. Demografía	11
2.1.1. Población menor de 18 años residente en Andalucía.....	11
2.1.2. Población menor de edad con nacionalidad extranjera	14
2.1.3. Natalidad	16
2.1.4. Mortalidad infantil	18
2.2. Educación	19
2.2.1. Datos generales	19
2.2.2. Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE)	23
2.2.3. Alumnado extranjero	24
2.2.4. Indicadores educativos.....	27
2.3. Sistema de Protección	28
2.3.1. Medidas de Protección para menores de edad	28
2.3.2. Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados	33
2.4. Menores de edad en situación de vulnerabilidad	36
2.4.1. Pobreza y dificultades económicas.....	37
2.4.2. Maltrato infantil.....	41
2.4.3. Víctima de violencia de género menores de edad	43
2.4.3.1. Víctimas mortales por violencia de género	43
2.4.3.2. Evolución de la violencia de género en personas menores de 18 años: víctimas y denunciadas	46
2.4.3.3. Chicos menores de 18 años enjuiciados y con sentencias firmes condenatorias por violencia de género en Andalucía	47
2.5. Sistemas de justicia juvenil	48
2.5.1. Personas menores de edad con sentencia firme condenatoria	48
2.5.2. Infracciones penales	50
2.5.3. Medidas adoptadas.....	51

2.6. Salud y hábitos de vida	52
2.6.1. Percepción de salud.....	52
2.6.2. Salud mental	54
2.6.3. Sobrepeso y obesidad.....	56
2.6.4. Consumo de sustancias.....	56
2.7. Uso de ordenador, Internet y disposición de teléfono móvil. Andalucía.....	58
2.7.1. Equipamiento TIC en los hogares andaluces.....	60
2.7.2. Actividades realizadas diariamente en Internet de lunes a viernes. Andalucía.....	61
2.7.3. Actividades realizadas diariamente en Internet los fines de semana. Andalucía.....	63
2.7.4. Victimizaciones de personas menores de edad según tipo de ciberdelito. Andalucía.....	64
3. Actuaciones de la defensoría: Quejas y Consultas	64
3.1. Quejas.....	65
3.1.1. Datos cuantitativos.....	65
3.1.2. Análisis de las quejas.....	65
3.1.2.1. Derecho a la protección de la salud.....	65
3.1.2.1.1. Salud pública	66
3.1.2.1.2. Atención sanitaria a personas menores de edad.....	66
3.1.2.1.3. Atención sanitaria a menores víctimas de violencia de género o explotación sexual	68
3.1.2.1.4. Vicisitudes en la atención sanitaria a menores de Muface	69
3.1.2.2. Derecho a la educación	70
3.1.2.2.1. Derecho a la educación y Agenda 2030	70
3.1.2.2.2. Educación Infantil 0-3 años.....	73
3.1.2.2.3. Escolarización del alumnado	74
3.1.2.2.4. Convivencia escolar.....	76
3.1.2.2.5. Instalaciones escolares.....	78
3.1.2.2.6. Servicios educativos complementarios y actividades extraescolares.....	79
3.1.2.2.6.1. Servicio de comedor escolar.....	79
3.1.2.2.6.2. Servicio transporte escolar	80
3.1.2.2.6.3. Actividades extraescolares	81
3.1.2.2.7. Equidad en la educación.....	82
3.1.2.2.7.1. Educación especial	82

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

3.1.2.2.7.2. Educación compensatoria.....	85
3.1.2.2.8. Formación Profesional	87
3.1.2.3. Derecho a la vivienda.....	88
3.1.2.3.1. Derecho a una vivienda digna	88
3.1.2.3.2. Suministros básicos en la vivienda	92
3.1.2.4. Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado	94
3.1.2.5. Derecho recibir amparo y protección de los poderes públicos	96
3.1.2.5.1. Infancia y adolescencia en situación de riesgo.....	96
3.1.2.5.1.1. Conflictos derivados de la ruptura de convivencia entre progenitores	97
3.1.2.5.1.2. Situaciones de violencia de género	97
3.1.2.5.1.3. Problemas de toxicomanía en los progenitores.....	98
3.1.2.5.1.4. Situaciones de extrema vulnerabilidad por carencia de recursos económicos e insuficiente red de apoyo familiar.....	99
3.1.2.5.1.5. Absentismo escolar	100
3.1.2.5.1.6. Resoluciones de declaraciones de la situación de riesgo de una persona menor de edad	101
3.1.2.5.1.7. Maltrato infantil.....	102
3.1.2.5.2. Intervención del Ente Público de Protección de Menores	103
3.1.2.5.2.1. Medidas de protección.....	105
3.1.2.5.2.1.1. Acogimiento familiar	105
3.1.2.5.2.1.2. Acogimiento residencial	109
3.1.2.5.3. Infancia en especial situación de vulnerabilidad.....	110
3.1.2.5.3.1. Infancia migrante	110
3.1.2.5.3.2. Infancia con discapacidad o afectada por problemas de salud	113
3.1.2.5.4. Protección a las familias	121
3.1.2.5.4.1. Familias numerosas.....	121
3.1.2.5.4.2. Ayudas económicas a familias	124
3.1.2.6. Protección de los derechos a la intimidad, honor e imagen personales	125
3.1.2.7. Protección del derecho al juego, deporte y ocio	127
3.1.2.8. Infancia y Administración de Justicia	128
3.1.2.8.1. Litigios de derecho de familias.....	128
3.1.2.8.2. Puntos de Encuentro Familiar.....	132
3.1.2.9. Responsabilidad penal de personas menores de edad.....	136

CVE: BOPA_12_731

3.2. Consultas	138
3.2.1. Datos cuantitativos	138
3.2.2. Temáticas de las consultas	138
3.2.2.1. Derecho a la salud	138
3.2.2.2. Derecho a la educación	140
3.2.2.3. Derecho a una vivienda digna	141
3.2.2.4. Infancia en situación de vulnerabilidad	142
3.2.2.5. Infancia en situación de riesgo	144
 4. Relaciones institucionales	 146
4.1. Colaboración con los agentes sociales	146
4.2. Colaboración con otras defensorías y organismos públicos	150
 5. Actividades de promoción y divulgación de derechos	 160
5.1. La voz de niños y niñas: El consejo de participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia	161
5.1.1. Participación en la consulta «Europe Kids Want»	162
5.1.2. Proyecto en ENYA (European Network of Young Advisors)	163
5.1.3. Conferencia anual ENOC	167
5.1.4. Participación en las XXXVII Jornadas de Coordinación de las Defensorías de España	167
5.1.5. Participación en las reuniones del Consejo de Infancias de la FIO (Federación Iberoamericana de Ombudsperson)	169
5.1.6. Participación en la renovación de la Convención de Ginebra en el marco de la celebración del Día Internacional de los Derechos del Niño	169
5.1.7. Participación en actividades impulsadas por el Consejo de Europa y otras entidades comprometidas con la defensa de los derechos de la infancia y adolescencia	171
5.1.8. Participación en el Foro Juvenil para la Democracia	172
5.2. Conmemoración del Día de la Infancia: XVII Edición del Premio de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia	172
 6. Asunto relevante: Necesidades y desafíos en los cuidados paliativos pediátricos	 174
6.1. Introducción	174

6.2. Niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos: derecho a una calidad de vida digna y sin sufrimiento	175
6.2.1. Del movimiento Hospice al reconocimiento del derecho a cuidados paliativos	175
6.2.2. Cuidados paliativos pediátricos: concepto, objetivos y estructura	176
6.3. Referencia al marco regulador sobre el derecho a los cuidados paliativos de la infancia y adolescencia.....	179
6.3.1. Cuidados paliativos pediátricos en el ámbito internacional.....	179
6.3.2. Cuidados paliativos pediátricos en el ámbito nacional.....	180
6.3.3. Cuidados paliativos pediátricos en Andalucía	183
6.3.4. Cuidados paliativos pediátricos y derecho a la educación.....	187
6.4. Algunos datos sobre los cuidados paliativos pediátricos en Andalucía.....	190
6.5. Actuaciones destacadas de la Institución en defensa de los derechos de niños y niñas gravemente enfermos o en cuidados paliativos	195
6.5.1. Iniciativas para mejorar los servicios de cuidados paliativos pediátricos en la provincia de Sevilla	196
6.5.2. Alumnado con graves patologías escolarizado en centros específicos de educación especial: una atención educativa y sanitaria	197
6.5.3. Alumnado con dependencia de ventilación mecánica: fomentando su derecho a la inclusión educativa.....	199
6.5.4. Vicisitudes en el desarrollo del Programa de Atención Educativa Domiciliaria.....	202
6.5.5. La presencia en los centros específicos de educación especial de un profesional de enfermería escolar	203
6.5.6. El movimiento asociativo exige una atención integral y compasiva con los niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos	209
6.5.7. Seguimiento del Protocolo de coordinación para atender las necesidades relacionadas con salud del alumnado con enfermedades crónicas o raras en los centros educativos....	210
6.6. La voz de los protagonistas	210
6.7. Principales necesidades y retos de los cuidados paliativos pediátricos en Andalucía.....	223
6.7.1. Un nuevo plan de cuidados paliativos en Andalucía conteniendo las especificidades y peculiaridades de los cuidados paliativos pediátricos	223
6.7.2. Completar los equipos de los cuidados paliativos pediátricos en todas las provincias buscando la equidad en todo el territorio.....	225

6.7.3. Mejorar la unificación de los criterios de intervención y coordinación entre las provincias buscando la equidad en todo el territorio.....	227
6.7.4. Mejorar los cuidados paliativos pediátricos: promover la hospitalización domiciliaria y ampliar el servicio 24 horas al día los 7 días de la semana	228
6.7.5. Potenciar las ayudas y apoyos a las familias de menores en cuidados paliativos pediátricos	230
6.7.6. Incrementar los procesos de formación y cuidados a los profesionales que atienden a menores en cuidados paliativos pediátricos	233
6.7.7. Mejorar la atención educativa a niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos	234
6.8. Recomendaciones y sugerencias.....	235
6.8.1. Sobre la elaboración de un Plan Andaluz de Cuidados Paliativos que contenga especificidades y peculiaridades de los cuidados paliativos pediátricos	236
6.8.2. Sobre la dotación de recursos personales a los equipos de cuidados paliativos pediátricos y la creación de nuevos equipos	236
6.8.3. Sobre la coordinación de los servicios sanitarios que atienden a menores en cuidados paliativos pediátricos.....	237
6.8.4. Sobre la ampliación del servicio de atención a cuidados paliativos domiciliarios	237
6.8.5. Sobre el incremento de medidas y ayudas a las familias de menores en cuidados paliativos pediátricos.....	237
6.8.6. Sobre la formación y cuidados a los profesionales que prestan servicios para personas menores de edad en cuidados paliativos pediátricos	238
6.8.7. Sobre la compatibilidad de los cuidados paliativos pediátricos y el ejercicio del derecho a la educación.....	238
7. Anexos estadísticos	239
7.1. Relación de actuaciones de oficio.....	239
7.2. Datos estadísticos.....	242

1. PRESENTACIÓN

Un año más, como Defensoría de la Infancia y Adolescencia, rendimos cuenta al Parlamento de Andalucía de las principales actuaciones emprendidas por la Institución durante el año 2024. Atendiendo al compromiso adquirido para la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas menores de edad en nuestra comunidad, el documento que presentamos recoge asimismo los avances logrados, los desafíos enfrentados y las estrategias implementadas en el ejercicio de nuestras funciones.

El informe contiene un formato similar a los elaborados en ejercicios anteriores. Tras la presentación del documento, dedicamos el capítulo 2 al análisis de datos cuantitativos de las personas menores de edad en nuestra comunidad autónoma. Hablamos de un colectivo de más de un millón y medio de personas, que representa casi el 18 por 100 de la población residente en Andalucía, y el 19 por 100 del total de personas menores de edad censadas en España.

Junto a aspectos demográficos, ofrecemos una descripción detallada en materia de Educación no universitaria, al igual que se analizan aspectos relativos al Sistema de Protección de Menores. También se aporta información que afecta a las personas menores de edad en situación de vulnerabilidad. Se trata principalmente de la infancia en situación de pobreza, de la infancia que ha sido objeto de cualquier tipo de maltrato, y de las niñas y adolescentes víctimas de violencia de género por sus parejas.

Deseamos aprovechar estas páginas para expresar nuestro agradecimiento al Observatorio de la Infancia en Andalucía por su valiosa contribución en la elaboración del capítulo anteriormente mencionado. Su rigurosidad, compromiso y experiencia han sido fundamentales para proporcionar una visión precisa y detallada de los aspectos cuantitativos que configuran la realidad de los niños, niñas y adolescentes que viven en Andalucía.

El capítulo 3 describe las principales problemáticas observadas desde la actividad propia de la Defensoría con la tramitación de los expedientes de queja promovidos por la ciudadanía o bien por iniciativa de la Institución. La dación de cuenta de dichas intervenciones se agrupa en torno a los derechos de la infancia y adolescencia comprometidos. Asimismo esta parte del Informe pone de relieve los proyectos, iniciativas y recomendaciones dirigidas a las administraciones públicas con el objetivo de fortalecer las políticas públicas y garantizar la eficacia en la atención a las necesidades de la población más joven de nuestra sociedad.

En el ejercicio al que se refiere el presente informe también hemos trabajado de manera coordinada con instituciones públicas, entidades privadas y la sociedad civil, priorizando aquellos aspectos más críticos que afectan al bienestar de la infancia y la adolescencia en Andalucía. Este esfuerzo colectivo busca garantizar un entorno más equitativo y seguro, donde cada menor pueda desarrollar su potencial en plenitud. La actividad aludida se detalla en el capítulo 4.

Entre las funciones de la Defensoría, la promoción y divulgación de los derechos de niños, niñas y adolescentes se erige como una de las tareas más importantes y significativas. Dentro de este amplio campo de intervención y de las diversas actuaciones emprendidas, el capítulo 5 se centra en el detalle pormenorizado de dos acciones. Por un lado, los actos organizados para la conmemoración del Día de la Infancia de 2024 con la celebración de la XVII Edición del Premio de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía y, por otro, las actividades del Consejo de Participación de la Institución denominado «e-Foro de menores».

2. DATOS CUANTITATIVOS

2.1. DEMOGRAFÍA

2.1.1. POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN ANDALUCÍA

En la comunidad autónoma, en 2024, se encontraban censados 1.521.745 niñas, niños y adolescentes, siendo un 51,5% los chicos (783.340) y las chicas un 48,5% (738.405).

Suponen un 17,6% del total de la población residente en Andalucía y un 19,0% del total de personas menores de edad censadas en España (8.025.186).

La población infantil y adolescente se encuentra agrupada mayoritariamente en el grupo comprendido entre los 15 y los 17 años (20,2%, 308.080), seguidos del grupo entre los 12 y 14 años (19,0%, 289.112).

Tabla 1. Población de 0 a 17 años según sexo y edad. Andalucía, 2023

	AMBOS SEXOS		CHICOS		CHICAS	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
0 años	61.357	4,0%	31.396	4,0 %	29.991	4,1 %
1 año	64.401	4,2 %	33.195	4,2 %	31.206	4,2 %
2 años	67.825	4,5 %	35.047	4,5 %	32.778	4,4 %
3 años	67.928	4,5 %	34.778	4,4 %	33.150	4,5 %
4 años	72.305	4,8 %	37.126	4,7 %	35.179	4,8 %
5 años	75.073	4,9 %	38.579	4,9 %	36.494	5,2 %
6 años	79.475	5,2 %	40.830	5,2 %	38.645	5,2 %
7 años	84.352	5,5 %	43.517	5,2 %	38.645	5,2 %
8 años	85.813	5,6 %	44.242	5,6 %	41.571	5,6 %
9 años	87.912	5,8 %	45.159	5,8 %	42.753	5,8 %
10 años	86.670	5,7 %	44.828	5,7 %	41.842	5,7 %
11 años	91.412	6,0 %	47.131	6,0 %	44.281	6,0 %
12 años	94.060	6,2 %	48.201	6,2 %	45.859	6,2 %
13 años	96.306	6,3 %	49.633	6,3 %	46.673	6,3 %
14 años	98.746	6,5 %	50.808	6,5 %	47.938	6,5 %
15 años	104.496	6,9 %	53.987	6,9 %	50.509	6,8 %
16 años	101.254	6,7 %	52.007	6,6 %	49.247	6,7 %
17 años	102.330	6,7 %	52.876	6,6 %	49.247	6,7 %
Total 0-17 años	1.521.745	100,0 %	783.340	100,0 %	738.405	100,0 %

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2025).

Tabla 2. Población de 0 a 17 años según sexo y grupos de edad. Andalucía, 2023

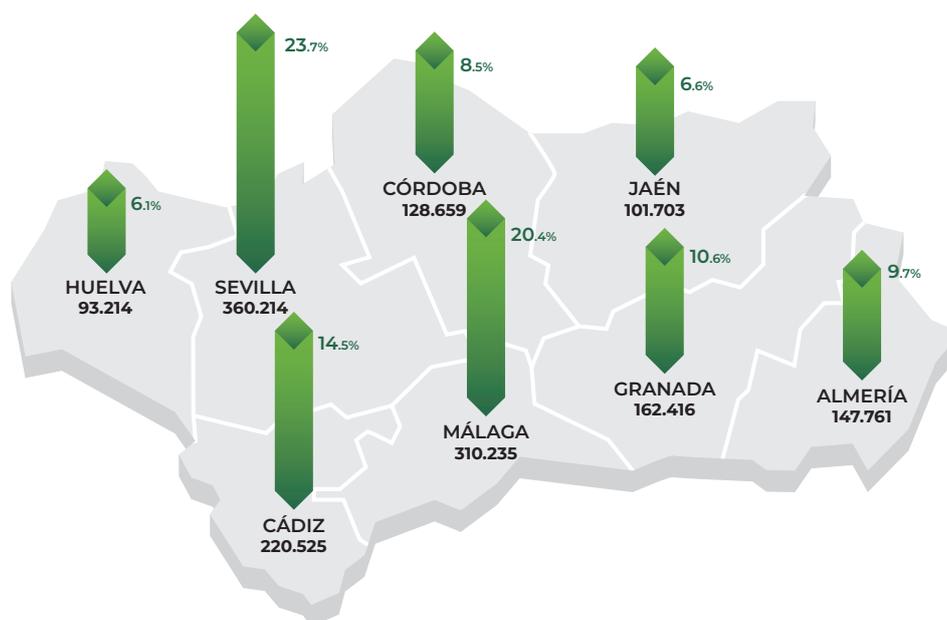
	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM. N.º	%
0-2 años	193.613	12,7 %	99.638	12,7 %	93.975	12,7 %
3-5 años	215.306	14,1 %	110.483	14,1 %	104.823	14,2 %
6-8 años	249.640	16,4 %	128.589	16,4 %	121.051	16,4 %
9-11 años	265.994	17,5 %	137.118	17,5 %	128.876	17,5 %
12-14 años	289.112	19,0 %	148.642	19,0 %	140.470	19,0 %
15-17 años	308.080	20,2 %	158.870	20,3 %	149.210	20,2 %
Total	1.521.745	100,0 %	783.340	100,0 %	738.405	100,0 %

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2024).

Entre las provincias andaluzas Sevilla (360.214) y Málaga (310.235) cuentan con el mayor número de chicos y chicas entre 0 y 17 años, suponen un 23,7% y 20,4% respectivamente de la población menor de edad censada en Andalucía.

Cádiz es la tercera provincia con mayor número de población infantil y adolescente, supone un 14,5% del total (220.525). Por el contrario, Huelva (94.566) con un 6,1% de población menor de edad y Jaén (101.703) con un 6,6%, son las provincias que registran un menor número de chicos y chicas de 0 a 17 años.

Gráfico 1. Población menor de 18 años provincia. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INF (2025).

La población infantil y adolescente supone en la comunidad un 17,6% sobre el total de la población censada, y en este sentido, Almería (19,4%), Sevilla (18,3%) y Cádiz (17,5%) son las tres provincias que cuentan con un peso mayor de la población joven respecto a su población total. Por el contrario, Jaén (16,2%) y Córdoba (16,6%) son las provincias en las que la población menor de edad cuenta con un menor peso.

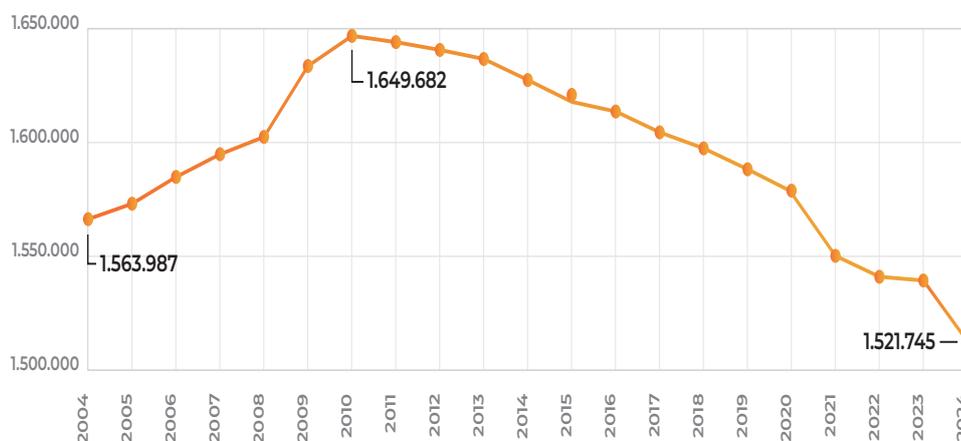
Gráfico 2. Porcentaje de población menor de 18 años respecto al total de la población según provincias. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INF (2025).

En estos últimos veinte años la evolución de la población infantil y adolescente mantiene una tendencia descendente, especialmente intensa desde 2010, que supone un descenso de un 5,48% menos de población menor de edad. El dato registrado en el último año disponible es incluso inferior al inicio del periodo.

Gráfico 3. Evolución de la población menor de 18 años. Andalucía, 2004-2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INF (2024).

2.1.2. POBLACIÓN MENOR DE EDAD CON NACIONALIDAD EXTRANJERA

En Andalucía la población infantil y adolescente con nacionalidad extranjera censada en 2024 asciende a 131.206 chicos y chicas de 0 a 17 años. Suponen un 15,4% del total de población con nacionalidad extranjera en la comunidad y un 8,6% respecto al total de chicos y chicas entre 0 y 17 años. Un 51,9% son chicos (68.092) y un 48,1% chicas (63.114). Respecto a la edad la población con nacionalidad extranjera se aglutina principalmente entre los 6 y 11 años (35,7%), siendo más numerosa entre los 9 y 11 años (18,1%).

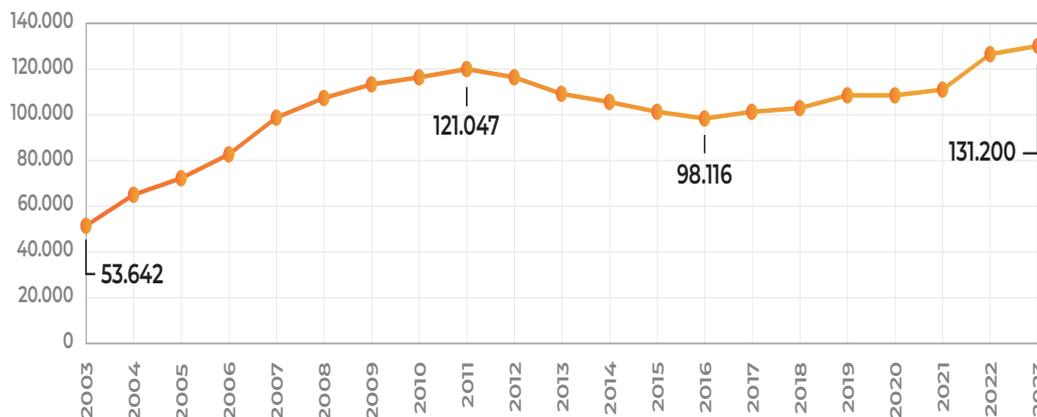
Tabla 3. Población de 0 a 17 años según sexo y grupos de edad. Andalucía, 2023

	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
0-2 años	18.968	14,5 %	9.803	14,4 %	9.165	14,5 %
3-5 años	20.541	15,7 %	10.609	15,6 %	9.932	15,7 %
6-8 años	23.060	17,6 %	11.877	17,4 %	11.183	17,7 %
9-11 años	23.739	18,1 %	12.432	18,3 %	11.307	17,9 %
12-14 años	22.978	17,5 %	11.844	17,4 %	11.134	17,6 %
15-17 años	21.920	16,7 %	11.527	16,9 %	10.393	16,5 %
Total	131.206	100,0 %	68.092	100,0 %	63.144	100,0 %

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2024).

La evolución de la población con nacionalidad extranjera menor de edad ha crecido en más del doble en estos últimos veinte años. Entre 2004 y 2024 se observan varios periodos reseñables, el primero de ellos comprende entre 2004 y 2012 en el que se registró un ascenso de más del doble de este segmento de población, el segundo periodo se extiende entre 2012 hasta 2017 donde esta población desciende en un 19%, y el tercer periodo comprendido entre 2017 y 2024 en el que se observa un ascenso del 33,7%.

Gráfico 4. Evolución de la población menor de 18 años de nacionalidad extranjera. Andalucía, 2004-2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de Estadísticas del Padrón Municipal de Habitantes (2003-2022), Censo de Población y Viviendas (2024). INE (2025).

Según la distribución provincial en Málaga (36,1%) y Almería (23,4%) se encuentra censada el 60% de la población infantil y adolescente con nacionalidad extranjera.

Por el contrario, Jaén con un 2,9% y Córdoba con un 3,6% son las provincias con menor número de chicos y chicas de nacionalidad extranjera.

Gráfico 5. Evolución de la población menor de 18 años de nacionalidad extranjera. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2024).

Almería (17,8%), Jaén (16,8%) y Córdoba (16,7%) son las provincias que cuentan con un mayor peso de población menor de edad respecto al total de población con nacionalidad extranjera censada en la provincia. Igualmente es Almería la provincia con mayor peso de la población menor de edad con nacionalidad extranjera respecto al total de personas menores de edad residentes en la provincia (20,8%), seguida de Málaga (15,2%).

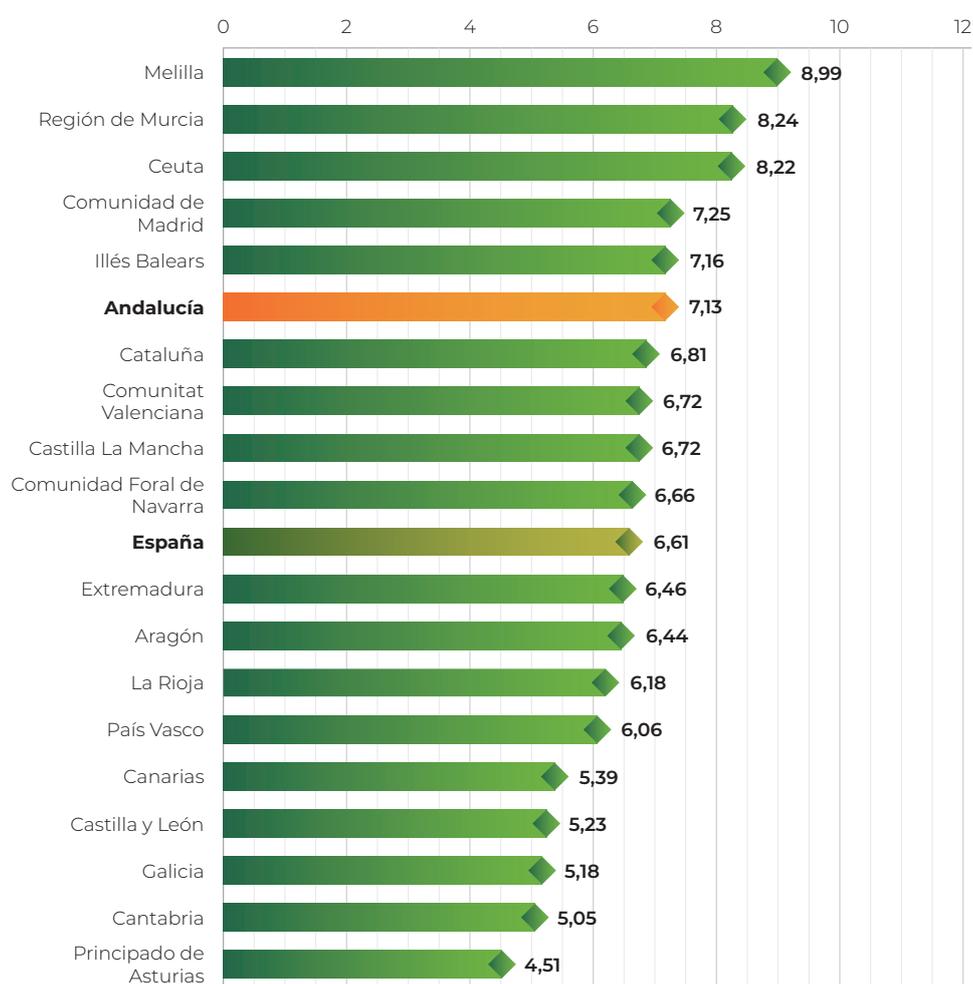
Tabla 4. Población de 0 a 17 años con nacionalidad extranjera según provincia. Andalucía, 2024

	Total 0-17 años	Distribución	% Respecto total edades pobl. extranjera	% Respecto total 0-17 años
Almería	30.765	23,4 %	17,8 %	20,8 %
Cádiz	9.536	7,3 %	14,9 %	4,3 %
Córdoba	4.720	3,6 %	16,7 %	3,7 %
Granada	12.533	9,6 %	15,4 %	7,8 %
Huelva	8.105	6,2 %	13,8 %	8,7 %
Jaén	3.757	2,9 %	16,8 %	3,8 %
Málaga	47.305	36,1 %	14,4 %	15,2 %
Sevilla	14.485	11,0 %	14,8 %	4,0 %

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2025)

2.1.3. NATALIDAD

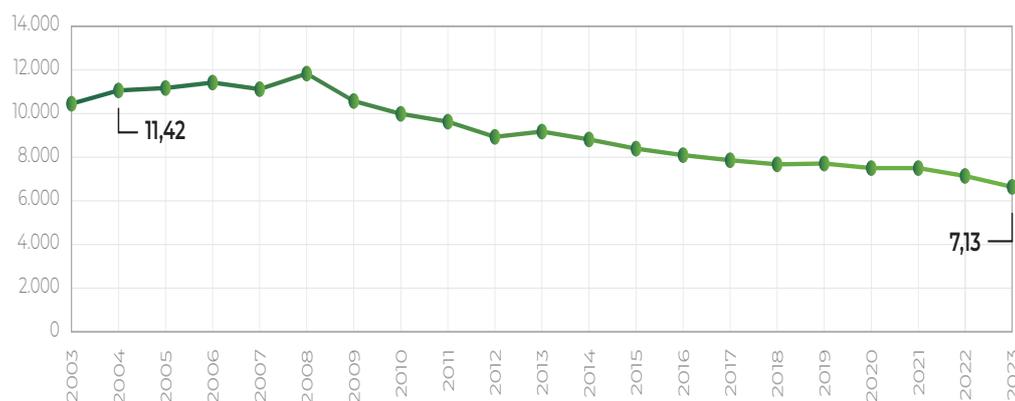
Andalucía registra una tasa de natalidad de 7,13 nacimientos por cada 1.000 habitantes, siendo más elevado que el dato de la media española (6,61 nacimientos por cada 1.000 habitantes). Se presenta como la sexta comunidad con la mayor tasa de natalidad en España, con valores similares a los de Navarra (6,66) o Castilla La Mancha (6,72).

Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad según comunidad autónoma. España, 2023

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2024)

Este indicador mantiene una evolución descendente en estos últimos veinte años, entre 2003 (11,42 nacimientos por cada mil habitantes) y 2023 (7,13) este descenso ha sido de 4,5 puntos, siendo el último año del periodo el que registra una tasa de natalidad más baja.

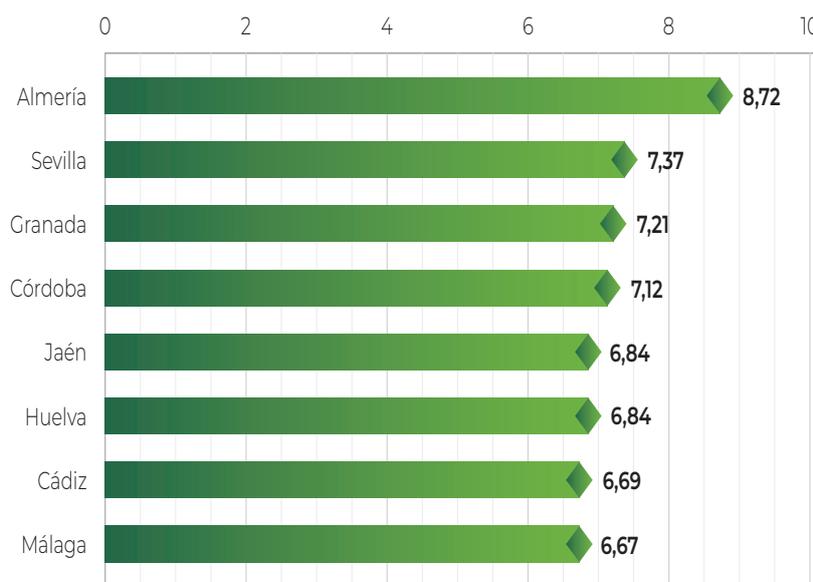
Gráfico 7. Tasa bruta de natalidad. Andalucía, 2003-2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos. Natalidad y fecundidad. INE (2025).

En cuanto a las provincias andaluzas, Almería (8,72), Sevilla (7,37) y Granada (7,21) registran una tasa bruta de natalidad por encima de la media andaluza. Málaga (6,67) y Cádiz (6,69) son las provincias con las tasas de natalidad más bajas registradas en la comunidad.

Gráfico 8. Tasa bruta de natalidad según provincia. Andalucía, 2023

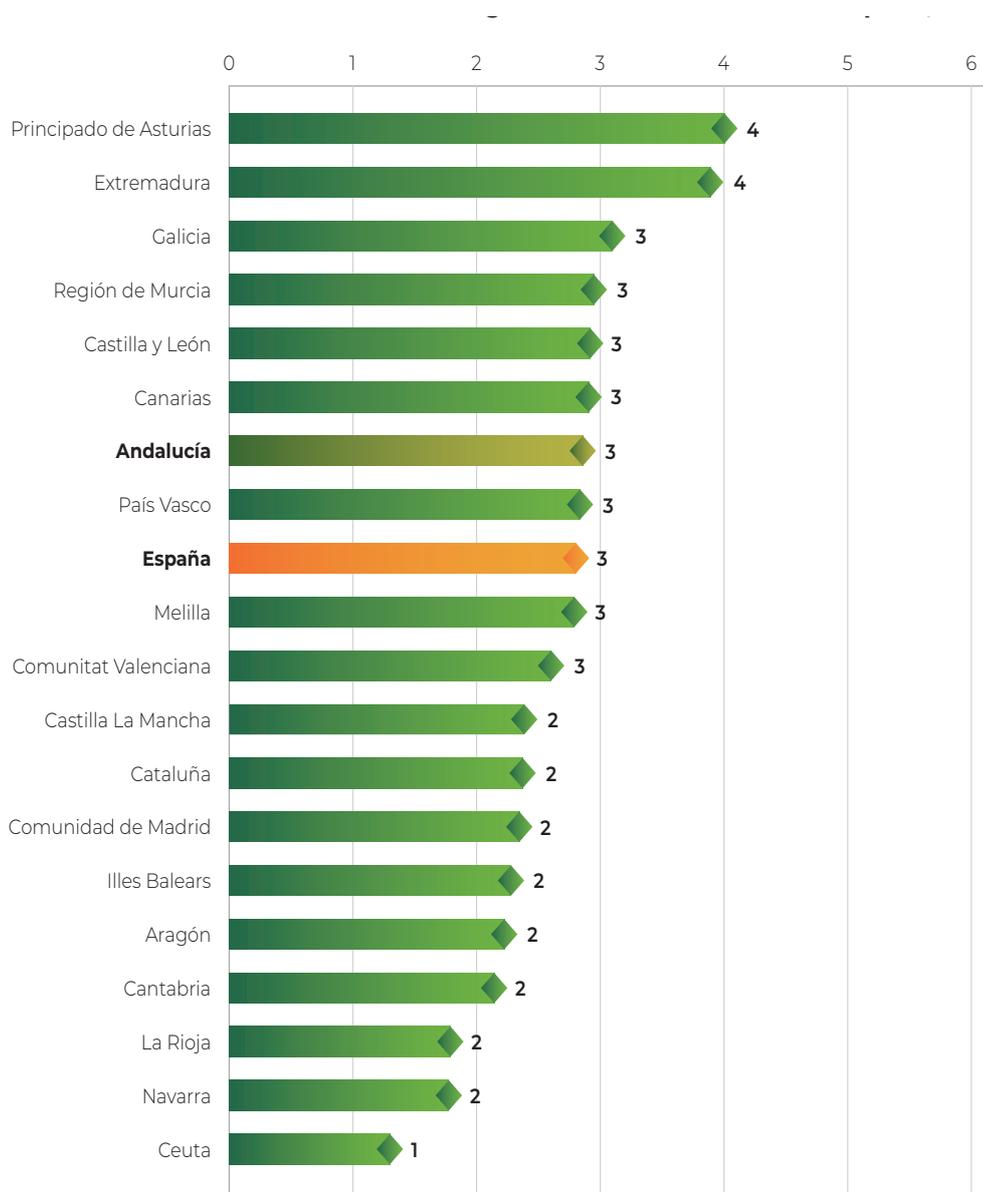


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2024).

2.1.4. MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil registrada en Andalucía en 2023 es de 2,74 defunciones por mil nacidos vivos, es una tasa algo similar a la media española (2,63), y con valores parecidos a Canarias (3,00) o País Vasco (2,67).

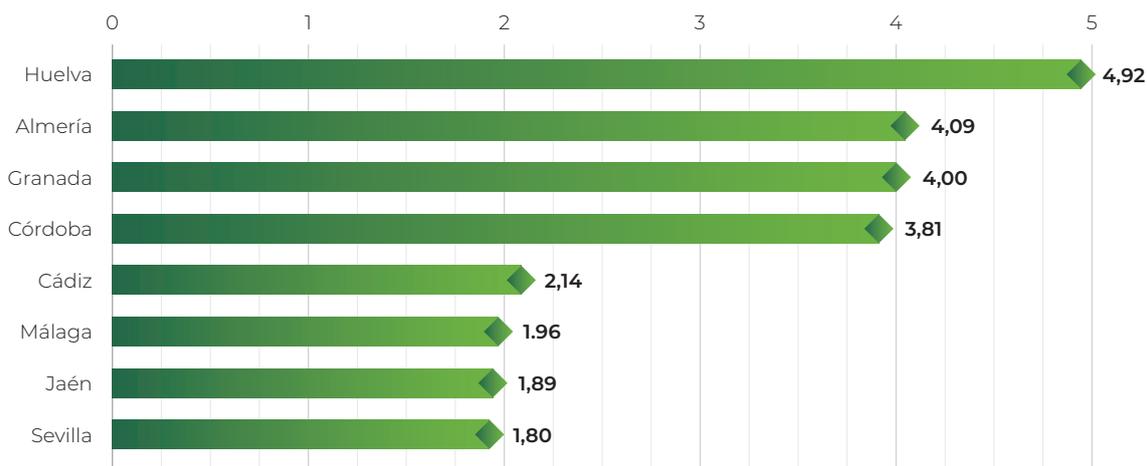
Gráfico 9. Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Censo de Población y Viviendas. INE (2025).

Entre las provincias andaluzas Huelva (4,92 defunciones) y Almería (4,09 defunciones) son las que registran una mayor tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos. Por el contrario, Sevilla (1,80 defunciones) registra la menor tasa.

Gráfico 10. Tasa de mortalidad infantil según provincias. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos. Natalidad y fecundidad. INE (2025).

2.2. EDUCACIÓN

2.2.1. DATOS GENERALES

Según las estimaciones disponibles para el curso 2024-2025, proporcionadas por la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional –excluyendo las modalidades destinadas a adultos–, en Andalucía hay un total de 1.459.628 estudiantes matriculados en enseñanzas de régimen general no universitarias. De ellos, el 72,9% (1.063.839) está inscrito en centros de titularidad pública, mientras que el 22,7% (331.612) asiste a centros concertados y el 4,4% (64.177) a centros privados no concertados.

En cuanto a la distribución por tipo de enseñanza, en Educación Infantil están matriculados 316.048 niños y niñas, lo que representa el 21,7% del alumnado total. De este grupo, el 35,5% corresponde al primer ciclo y el 64,5% al segundo. La Educación Primaria concentra el 34,5% de los estudiantes, mientras que la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) agrupa al 27%. En Bachillerato, el porcentaje de alumnado matriculado es del 9,3%, mientras que en los Ciclos Formativos de Grado Básico alcanza el 1,1% y en los de Grado Medio, el 5,8%. Finalmente, en Educación Especial se encuentra matriculado el 0,7% del alumnado.

Tabla 5. Alumnado de enseñanzas de régimen general por tipo de enseñanza y titularidad del centro. Curso 2024-2025. Datos avance (*)

	Público	Privado Concertado	Privado no concertado	Total
Educación Infantil	192.262	110.073	11.713	316.048
Primer ciclo (1)	40.528	65.714	5.961	112.203
Segundo ciclo	153.734	44.359	5.752	203.845
Educación Primaria	382.127	107.493	13.252	502.872
Educación Especial	7.592	2.709	6	10.307
Enseñanza Secundaria Obligatoria	300.768	81.788	12.168	394.724
Bachillerato (ordinario)	110.420	8.340	16.394	135.154
CC.FF. Grado Básico (2)	12.096	3.321	68	15.485
CC.FF. Grado Medio (3)	56.574	17.888	10.576	85.038
Total Régimen General	1.063.839	331.612	64.177	1.459.628

(*) No se incluyen los estudios de Bachillerato para personas adultas, CCFF Grado Medio personas adultas, CCFF Grado Superior

(1) El dato de privado concertado corresponde al alumnado en centros adheridos al Programa de ayuda a las familias para el fomento de la escolarización en el primer ciclo de la educación infantil en Andalucía.

(2) CC.FF. Grado Básico incluye la extinta Formación Profesional Básica

(3) CC.FF. Grado Medio incluye los Cursos de Acceso a C.F. de Grado Medio

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Datos estimativos. Curso 2024-25» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional

Datos curso 2023-2024

En el curso 2023-2024, el número de alumnos y alumnas de entre 0 y 17 años escolarizados en enseñanzas de régimen general no universitarias en Andalucía fue de 1.396.322. De ellos, el 73,3% estaba matriculado en centros de titularidad pública, mientras que el 26,7% asistía a centros privados, tanto concertados como no concertados. En comparación con el curso 2022-2023, la cifra total de alumnado descendió en 1,02 puntos porcentuales, lo que equivale a 14.281 estudiantes menos.

Tabla 6. Alumnado, 0-17 años matriculado en enseñanzas de régimen general según etapa educativa, titularidad del centro y provincia. Curso 2023-2024

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
E. Infantil	33.337	41.698	28.049	34.321	20.759	20.968	62.524	76.961	318.617
E. Primaria	51.201	74.419	43.509	54.847	32.246	33.624	103.153	121.672	514.671

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Educación Especial (1)	1.320	1.351	989	1.390	471	602	1.452	2.377	9.952
ESO (2)	37.013	59.892	33.520	41.591	25.618	26.719	79.703	99.062	403.108
Bachillerato (3) (4)	9.151	17.536	9.786	12.661	5.896	7.850	21.344	26.613	110.837
C.F. Form Prof. Básica (5)	1.161	2.018	1.405	1.664	1.011	934	2.144	2.464	12.801
C.F. Grado Medio (3) (6)	1.797	4.084	2.735	2.838	1.750	1.839	4.030	7.217	26.290
C.F. Grado Superior (3) (7)	6	7	1	8	1	3	5	15	46
TOTAL	134.986	201.005	119.994	149.310	87.752	92.539	274.355	336.381	1.396.322
Centros públicos									
E. Infantil	23.737	26.518	16.193	22.070	14.891	13.775	36.741	44.523	198.448
E. Primaria	44.466	55.773	31.909	39.154	26.809	24.833	79.392	91.389	393.725
Educación Especial (1)	1.242	945	645	813	410	477	1.107	1.617	7.256
ESO (2)	32.142	45.248	24.791	29.289	21.448	20.115	60.793	74.956	308.782
Bachillerato (3) (4)	7.837	14.100	7.799	9.392	5.258	6.678	16.248	20.167	87.479
C.F. Form Prof. Básica (5)	1.013	1.434	1.093	1.199	772	799	1.795	1.809	9.914
C.F. Grado Medio (3) (6)	1.411	2.818	1.806	1.912	1.352	1.306	2.842	4.630	18.077
C.F. Grado Superior (3) (7)	5	2	-	4	-	2	2	6	21
TOTAL	111.853	146.838	84.236	103.833	70.940	67.985	198.920	239.097	1.023.702
Centros privados (8)									
E. Infantil	9.600	15.180	11.856	12.251	5.686	7.193	25.783	32.438	120.169
E. Primaria	6.735	18.646	11.600	15.693	5.437	8.791	23.761	30.283	120.946
Educación Especial (1)	78	406	344	577	61	125	345	760	2.696
ESO (2)	4.871	14.644	8.729	12.292	4.170	6.604	18.910	24.106	94.326
Bachillerato (3) (4)	1.314	3.436	1.987	3.269	638	1.172	5.096	6.446	23.358
C.F. Form Prof. Básica (5)	148	584	312	465	239	135	349	655	2.887

CVE: BOPA_12_731

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
C.F. Grado Medio (3) (6)	286	1.266	929	926	398	533	1.188	2.587	8.213
C.F. Grado Superior (3) (7)	1	5	1	4	1	1	3	9	25
TOTAL	23.133	54.167	35.758	45.477	16.812	24.554	75.435	97.284	372.620

(1) Alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) en centros específicos y en aulas específicas (primaria y secundaria)

(2) Alumnado de ESO (12, 13, 14, 15, 16 y 17 años)

(3) Régimen ordinario

(4) Alumnado de Bachillerato (16 y 17 años)

(5) Alumnado de Formación Profesional Básica (15, 16 y 17 años)

(6) Alumnado de Ciclos Formativos de Grado Medio (16 y 17 años)

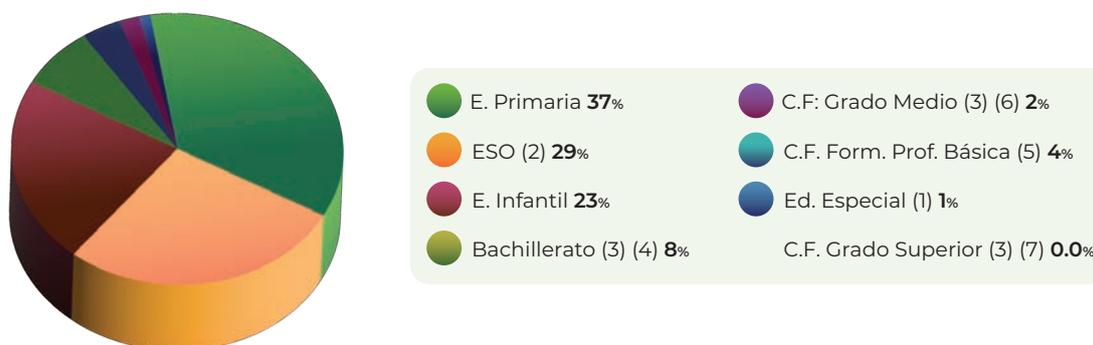
(7) Alumnado de Ciclos Formativos de Grado Superior (17 años)

(8) Incluye Privados Concertados y Privados No Concertados

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2022-2023» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional

En cuanto a la distribución por tipo de enseñanza, el alumnado menor de 18 años se reparte de la siguiente manera: el 36,9% está matriculado en Educación Primaria, el 28,9% en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el 22,8% en Educación Infantil. Por su parte, en Bachillerato el porcentaje de alumnado alcanza el 7,9%, mientras que en Formación Profesional Básica y en los Ciclos Formativos de Grado Medio los porcentajes son del 0,9% y del 1,9%, respectivamente. Además, un 0,7% del alumnado está matriculado en Educación Especial.

Gráfico 11. Distribución del alumnado (0-17 años) según tipo de enseñanza. Andalucía, 2023-2024



(1) Alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) en centros específicos y en aulas específicas (primaria y secundaria)

(2) Alumnado de ESO (12, 13, 14, 15, 16 y 17 años)

(3) Régimen ordinario

(4) Alumnado de Bachillerato (16 y 17 años)

- (5) Alumnado de Formación Profesional Básica (15, 16 y 17 años)
- (6) Alumnado de Ciclos Formativos de Grado Medio (16 y 17 años)
- (7) Alumnado de Ciclos Formativos de Grado Superior (17 años)
- (8) Incluye Privados Concertados y Privados No Concertados

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2022-2023» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional

A nivel provincial, Sevilla y Málaga son las provincias con mayor número de estudiantes matriculados en el curso 2023-2024, con 336.381 y 274.355 alumnos y alumnas respectivamente, lo que representa el 24,1% y el 19,6% del total. En el extremo opuesto, Huelva y Jaén son las provincias con menor número de alumnado, con menos de 100.000 estudiantes matriculados cada una: Huelva cuenta con 87.752 alumnos (6,3% del total) y Jaén con 92.539 (6,6%).

Gráfico 12. Distribución del alumnado (0-17 años) según provincia. Andalucía, curso 2023-2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2022-2023» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

2.2.2. NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO (NEAE)

En Andalucía, en el curso 2023-2024, hay matriculados en Centros ordinarios, Centros específicos y Aulas específicas un total de 153.283 alumnos y alumnas con algún tipo de Necesidad Específica de Apoyo Educativo (NEAE). En comparación con el curso anterior, esta cifra ha aumentado en un 5,96%, lo que supone 8.616 alumnos y alumnas más.

En cuanto a la distribución por género, el 65,9% del alumnado con NEAE son chicos y el 34,1%, chicas. La mayoría está matriculada en Educación Primaria (38,3%) y en Educación Secundaria (28,6%), y un 78% asiste a centros públicos.

Este alumnado se clasifica en tres grandes grupos:

- Alumnado con Necesidades Educativas Especiales¹ (NEE): 84.990 estudiantes (60.377 chicos y 24.613 chicas)

¹ Entendemos por alumnado con Necesidades Educativas Especiales a aquel que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas debido a diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial o trastornos graves de conducta (Necesidades Educativas Especiales. Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Deporte. Escuela

- Alumnado con Altas Capacidades Intelectuales² : 20.851 estudiantes (12.818 chicos y 8.033 chicas)
- Alumnado con Dificultades de Aprendizaje³ : 47.442 estudiantes (27.801 chicos y 19.641 chicas)

Gráfico 13. Distribución del alumnado con NEAE por tipo de necesidad en centro ordinario. Andalucía, curso 2023-2024 (*)



(*) Los datos recogidos corresponden a los siguientes tipos de enseñanzas educación infantil (2.º ciclo), educación primaria, ESO, bachiller, formación profesional básica, ciclos formativos de grado medio.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2022-2023» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

2.2.3. ALUMNADO EXTRANJERO

Durante el curso 2023-2024, en Andalucía se matricularon 117.109 estudiantes extranjeros en enseñanzas de régimen general, lo que representa el 8,4% del total de alumnado en la comunidad. Esta cifra ha aumentado un 10,8% en comparación con el curso anterior, sumando 11.373 estudiantes más.

de Familias) <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/escuela-familias/necesidades-especificas-de-apoyo-educativo/necesidades-educativas-especiales>.

² El alumnado con Altas Capacidades Intelectuales presenta características diferenciales asociadas a sus capacidades personales, su ritmo y profundidad de aprendizaje, su motivación y grado de compromiso con las tareas, sus intereses o su creatividad. Se usa el término genérico de altas capacidades intelectuales para designar a aquellos alumnos o alumnas que destacan en algunas o en la mayoría de las capacidades muy por encima de la media (Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por presentar altas capacidades intelectuales. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Educación, 2008. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5983).

³ El alumnado con Dificultades de Aprendizaje es aquel que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas debido a desórdenes en los procesos cognitivos básicos implicados en los procesos de aprendizaje. Dentro de este colectivo se encuentran los alumnos y alumnas que presentan dificultades específicas de aprendizaje (dislexia, digrafía, disortografía o discalculia), dificultades por retrasos en el lenguaje y las dificultades por capacidad intelectual límite (Dificultades de aprendizaje. Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Deporte. Escuela de Familias) <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/escuela-familias/necesidades-especificas-de-apoyo-educativo/dificultades-de-aprendizaje>.

**Tabla 7. Alumnado extranjero según tipo de enseñanza, titularidad del centro y provincia.
Curso 2023-2024**

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
E. Infantil	7.363	1.277	734	2.091	1.852	575	6.686	2.248	22.826
E. Primaria	11.505	3.187	1.715	4.758	3.288	1.463	14.740	5.391	46.047
Educación Especial (1, 2)	284	75	52	117	56	26	232	103	945
ESO	7.440	2.301	1.179	3.200	2.233	1.165	10.133	3.919	31.570
Bachillerato	1.226	620	243	777	340	203	2.180	938	6.527
C.F. Form Profesional Básica	261	99	64	137	76	54	171	74	936
C.F. Grado Medio y Superior	1.79	587	394	1.255	455	609	2.235	1.444	8.258
TOTAL	29.658	8.146	4.381	12.335	8.300	3.795	36.377	14.117	117.109
Centros públicos									
E. Infantil	6.210	1.033	532	1.641	1.553	453	4.695	1.615	17.732
E. Primaria	11.223	2.845	1.504	3.807	3.103	1.232	12.973	4.486	41.176
ESO	7.234	2.029	1.040	2.436	2.055	964	8.696	3.295	27.749
Bachillerato	1.199	556	228	668	325	183	1.903	853	5.915
C.F. Form Profesional Básica	248	73	51	103	52	44	154	45	770
C.F. Grado Medio y Superior	1.375	449	266	688	359	227	1.298	815	4.477
TOTAL	27.489	6.985	3.621	9.343	7.450	3.103	29.719	11.109	98.819
Centros privados (concertados y no concertados)									
E. Infantil	1.153	2442	202	450	299	122	1.991	633	5.094
E. Primaria	282	342	211	951	182	231	1.767	905	4.871
ESO	206	272	139	764	178	201	1.437	624	3.821
Bachillerato	27	64	15	109	15	20	277	85	612
C.F. Form Profesional Básica	13	26	13	34	24	10	17	29	166

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
C.F. Grado Medio y Superior	204	138	128	567	96	82	937	629	2.781
TOTAL	1.885	1.86	708	2.875	794	666	6.426	2.905	17.345

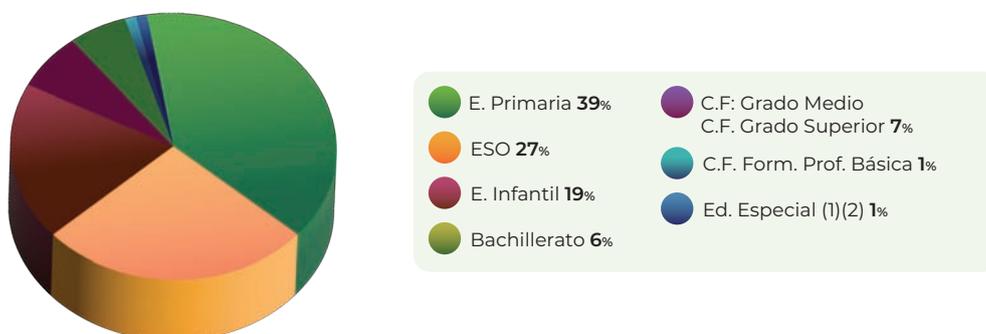
(1) No constan datos de Educación Especial desagregados por titularidad de centros.

(2) Alumnado extranjero con NEE en centros específicos y aulas específicas.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2022-2023» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional

El 84,4% del alumnado extranjero está matriculado en centros públicos, concentrándose principalmente en Educación Primaria (39,3%), ESO (27%) y Educación Infantil (19,5%).

Gráfico 14. Distribución del alumnado (0-17 años) según tipo de enseñanza. Andalucía, curso 2022-2023



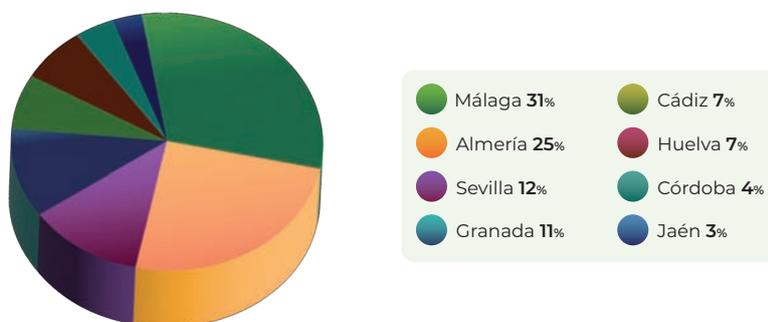
(1) No constan datos de Educación Especial desagregados por titularidad de centros.

(2) Alumnado extranjero con NEE en centros específicos y aulas específicas.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2023-2024» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

A nivel provincial, Almería y Málaga son las que registran el mayor número de estudiantes extranjeros, con el 25,3% y el 31,1% del total, respectivamente.

Gráfico 15. Distribución del alumnado extranjero según provincia. Andalucía, curso 2023-2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Alumnado escolarizado en el sistema educativo andaluz. Curso 2023-2024» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

2.2.4. INDICADORES EDUCATIVOS

El porcentaje medio de abandono educativo temprano en Andalucía se sitúa en el 16,9%, lo que supone 3,8 puntos porcentuales por encima de la media española (13,1%). Almería es la provincia con la tasa más alta de abandono, con un 31,1%, seguida de Huelva (18,9%), Jaén (18,2%) y Málaga (18%). Solo Córdoba se encuentra por debajo de la media nacional en este indicador.

Por otro lado, la tasa de idoneidad en Andalucía está por debajo de la media española en todas las edades. La mayor diferencia se observa en los grupos de 14 y 15 años, con tasas 4,5 y 5,3 puntos porcentuales inferiores a la media nacional, respectivamente. Las provincias con las tasas de idoneidad más bajas son Almería y Huelva.

En cuanto a la tasa bruta de graduación, Andalucía se encuentra por debajo de la media española tanto en la ESO como en Bachillerato y en los Ciclos Formativos de Grado Medio. Sin embargo, la provincia de Jaén supera la media nacional en la tasa de graduación en la ESO, mientras que en Bachillerato lo hacen Córdoba, Granada y Jaén. En los Ciclos Formativos de Grado Medio, las provincias que superan la media nacional son Córdoba, Granada, Huelva y Sevilla.

Tabla 8. Indicadores educativos. España, Andalucía y provincias

	Abandono Educativo Temprano (2023) (1)	Tasas de idoneidad (2021-2022) (2)					Tasa bruta de graduación (2021-2022) (3)		
		8 años	10 años	12 años	14 años	15 años	ESO	Bachillerato	CF grado medio
España	13,1	94,7	91,4	87,9	78,9	75,5	80,7	55,7	26,4
Andalucía	16,9	93,6	90,4	87,2	74,7	70,2	78,2	54,8	25,3
Almería	31,1	92,4	88,3	85,9	69,0	65,1	73,4	51,1	19,5

CVE: BOPA_12_731

	Abandono Educativo Temprano (2023) (1)	Tasas de idoneidad (2021-2022) (2)					Tasa bruta de graduación (2021-2022) (3)		
		8 años	10 años	12 años	14 años	15 años	ESO	Bachillerato	CF grado medio
Córdoba	10,8	94,0	90,6	87,1	76,4	73,9	79,8	58,9	33
Granada	15,8	93,7	90,1	87,1	75,7	73,3	79,1	56,9	30,5
Huelva	18,9	91,9	89,1	84,9	69,7	65,2	74,9	46,8	27,2
Jaén	18,2	94,3	90,5	88,4	76,7	73,6	80,9	57,4	24,9
Málaga	18	93,6	90,3	87,0	74,2	68,9	76,3	53,8	19,9
Sevilla	13,1	94,4	91,8	88,5	75,9	70,8	79,8	55,2	26,8

(1) ABANDONO EDUCATIVO TEMPRANO: Porcentaje de personas de 18 a 24 años que no ha completado el segundo ciclo de Educación Secundaria y no ha seguido ningún tipo de estudio o formación.

(2) TASA DE IDONEIDAD: La tasa de idoneidad muestra el alumnado que progresa adecuadamente durante la escolaridad obligatoria, de forma que realiza el curso correspondiente a su edad o curso superior. Se estudia para las edades que marcan el inicio del tercer y quinto curso de Ed. Primaria (8 y 10 años), para la edad teórica de comienzo de la ESO (12 años) y para las asociadas a los dos últimos cursos de esta etapa (14 y 15 años), estando la edad de 15 años también asociada al inicio de la FP Básica.

(3) TASA BRUTA DE GRADUACIÓN: Relación del número de graduados en educación secundaria obligatoria y en cada una de las enseñanzas secundarias postobligatorias (estudios secundarios segunda etapa), independientemente de su edad, respecto al total de la población de la «edad teórica» de comienzo del último curso de dichas enseñanzas (15 y 17 años).

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Sistema de Indicadores. Edición 2024» Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

2.3. SISTEMA DE PROTECCIÓN

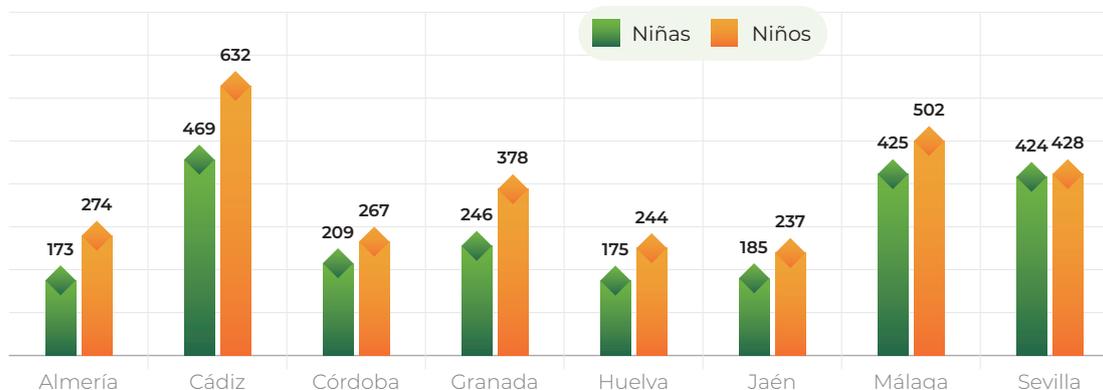
2.3.1. MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA MENORES DE EDAD

El Sistema de Protección de Menores de Andalucía tiene 5.269 niños, niñas y adolescentes bajo tutela a 31 de diciembre de 2024, lo que supone un crecimiento anual de 3,5% en el número de tutelas. De cada 1.000 personas menores de 18 años censadas en 2024 en Andalucía 3,5 están tuteladas.

El 56,2% de las personas menores de 18 años tuteladas en Andalucía a 31 de diciembre de 2024 son niños o chicos y el 43,8% niñas o chicas.

Cádiz es la provincia con mayor número de niñas y niños tutelados a finales de 2024, el 20,9% de las personas menores de 18 años tuteladas en Andalucía. A continuación, Málaga (17,6%), Sevilla (16,2%) y Granada (11,8%). Las cifras más bajas de niñas, niños y adolescentes tutelados se observan en Córdoba (9,0%), Almería (8,5%), Huelva (8,0%) y Jaén (8,0%).

Gráfico 16. Número de niñas y niños menores de 18 años bajo tutela del Sistema de Protección de Menores, según provincia. Andalucía, 31 de diciembre de 2024



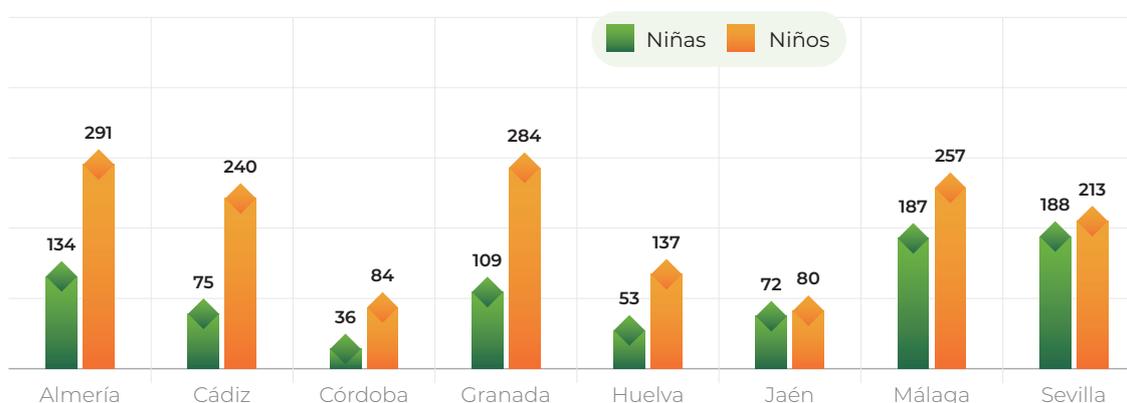
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2025.

A 31 de diciembre de 2024 están en acogimiento residencial en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía 2.441 niños, niñas y adolescentes (17 menos que un año antes).

Son niños o chicos el 65,0% de las personas menores de 18 años en acogimiento residencial y niñas o chicas el 35,0%.

El 18,2% de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial en Andalucía a finales de 2024 está en la provincia de Málaga, el 17,4% en Almería, el 16,4% en Sevilla y el 16,1% en Almería. Las provincias andaluzas con menos niñas, niños y adolescentes en acogimiento residencial son Cádiz (12,9%), Huelva (7,8%), Jaén (6,2%) y Córdoba (4,9%).

Gráfico 17. Número de niñas y niños menores de 18 años en acogimiento residencial por el Sistema de Protección de Menores, según provincia. Andalucía, 31 de diciembre de 2024

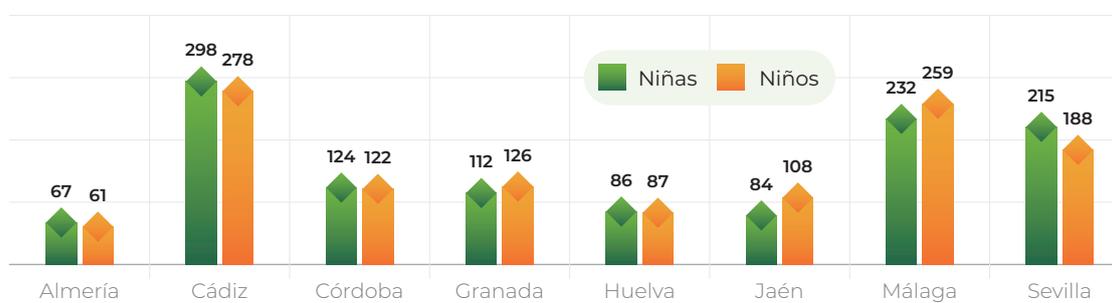


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2025.

A 31 de diciembre de 2024 están en acogimiento familiar 2.447 personas menores de 18 años en Andalucía, 27 más que un año antes. El 50,2% de estas personas menores de 18 años en acogimiento familiar son chicos y el 49,8% chicas.

Cádiz sigue siendo la provincia con mayor número de acogimientos familiares, a 31 de diciembre de 2024 registra al 23,5% de los niños, niñas y adolescentes en esta modalidad de acogimiento de Andalucía. A continuación, Málaga (20,1%), Sevilla (16,5%), Córdoba (10,1%) y Granada (9,7%). Las provincias andaluzas con menor número de acogimientos familiares a dicha fecha son Almería (5,1%), Huelva (7,1%) y Jaén (7,8%).

Gráfico 18. Número de niñas y niños menores de 18 años en acogimiento familiar por el Sistema de Protección de Menores, según provincia. Andalucía, 31 de diciembre de 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2024.

En cuanto a la modalidad de acogimiento, en Andalucía a 31 de diciembre de 2023 son permanentes el 62,0% de los acogimientos familiares y el 14,4% son permanentes especializados. El 15,2% de los acogimientos familiares son temporales y el 2,8% temporales especializados. Además hay un 5,6% de acogimientos familiares de urgencia.

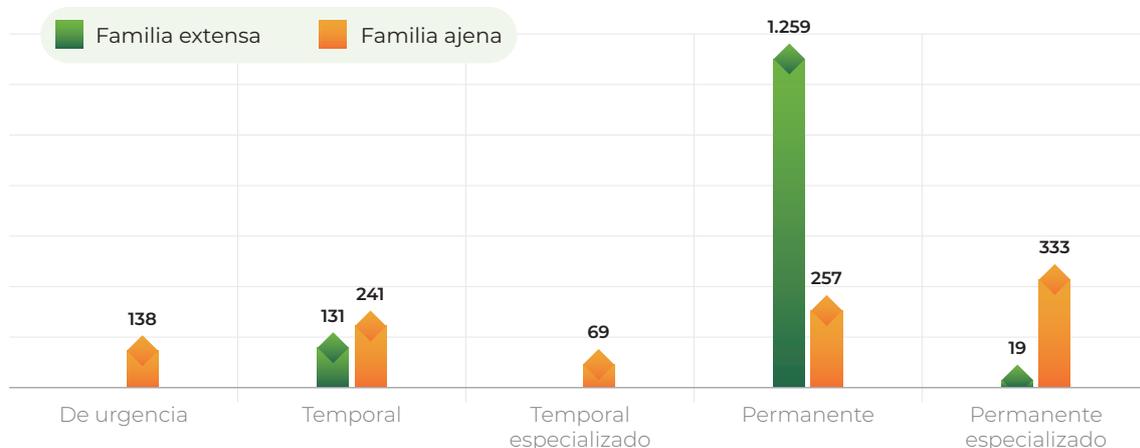
Respecto al tipo de familia, a 31 de diciembre de 2024 se encuentran en familia extensa el 57,6% de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar de Andalucía y en familia ajena el 42,4%.

Todos los acogimientos de urgencia, así como todos los acogimientos temporales especializados se llevan a cabo en familia ajena.

Del total del acogimiento temporal (no especializado), el 64,8% se realiza en familias ajenas y el 35,2% en familias extensa.

Por otro lado, el 83,0% del acogimiento permanente (no especializado) se lleva a cabo en familias extensas y el 17,0% en familias ajenas. El 94,6% del acogimiento permanente especializado se lleva a cabo en familias ajenas, el 5,4% en extensas.

Gráfico 19. Número de niñas y niños menores de 18 años en acogimiento familiar según tipo de acogimiento y tipo de familia. Andalucía, 31 de diciembre de 2024

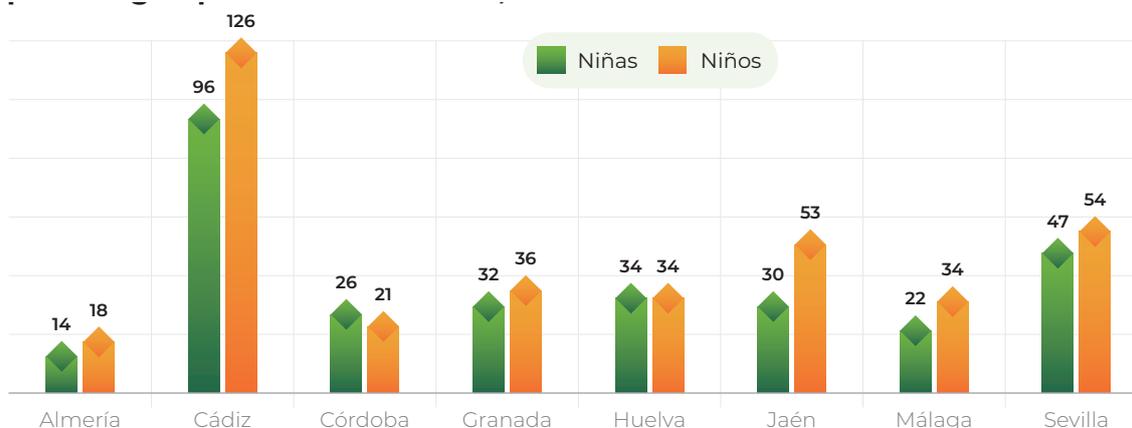


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2025.

A 31 de diciembre de 2024 se encuentran 677 personas menores de 18 años en situación de guarda con fines de adopción (fase previa al auto de adopción que dicta el Juzgado), 8 menos que a finales de 2023. El 55,5% de estas personas en guarda con fines de adopción son niños y el 45,5% son niñas.

La provincia que registra mayor número de guardas con fines de adopción es Cádiz, con el 32,8% de las mismas en Andalucía. A continuación, Sevilla (14,9%), Jaén (12,3%), Huelva (10,0%) y Granada (10,0%). Las provincias con menor número de guardas con fines de adopción a 31 de diciembre de 2024 son Almería (4,7%), Córdoba (6,9%), Málaga (8,3%).

Gráfico 20. Número de niñas y niños menores de 18 años en guarda con fines de adopción según provincia. Andalucía, 31 de diciembre de 2024

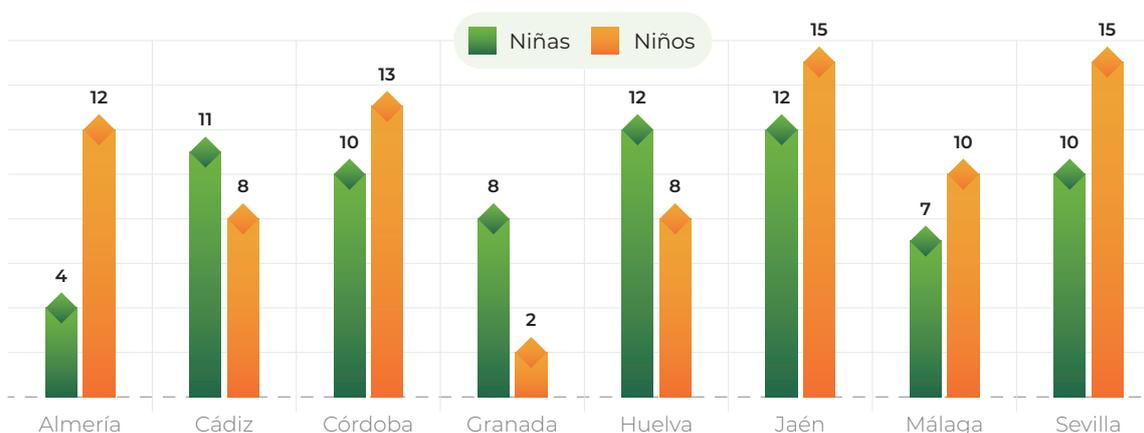


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2025.

A lo largo de 2024 se registraron 418 solicitudes de adopción nacional en Andalucía, 8 solicitudes más que en 2023. Se hicieron 185 propuestas judiciales de adopción y se constituyeron 157 adopciones nacionales en 2024, un 13,8% más que el año anterior. El 52,9% de las adopciones constituidas son de niños y el 47,1% de niñas.

En cuanto a la distribución provincial de los autos de adopción en 2024, el 17,2% de las adopciones nacionales se constituyen en la provincia de Jaén, el 15,9% en Sevilla, el 14,6% en Córdoba, el 12,7% en Huelva y el 12,1% en Cádiz. Las provincias con menor número de adopciones constituidas son Granada (6,4%), Almería (10,2%) y Málaga (10,8%).

Gráfico 21. Número de adopciones nacionales constituidas según provincia y género. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS), 2025.

A lo largo de 2024 se iniciaron en Andalucía 39 procedimientos de adopción internacional (declaración de idoneidad), la misma cifra que en 2023. Las provincias con mayor número de ofrecimientos para la adopción internacional son Granada (11), Sevilla (9), Cádiz (6) y Málaga (6).

Finalmente, se formalizaron 10 adopciones internacionales en Andalucía en 2024 (5 niñas y 5 niños), 3 menos que el año anterior. Tenían de 1 a 4 años de edad 9 de los niños y niñas adoptados y 1 tenía 8 años en el momento de la adopción.

Las provincias andaluzas donde se produjeron estas adopciones internacionales fueron Málaga (4), Cádiz (2), Sevilla (1), Almería (1), Granada (1) y Córdoba (1).

Vietnam (4) y Costa de Marfil (3) son los principales países de origen de las adopciones internacionales constituidas en 2024 en Andalucía.

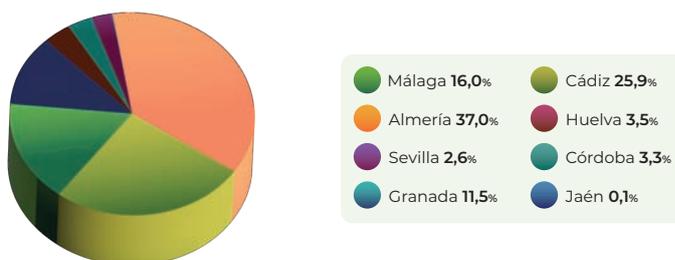
2.3.2. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS

A lo largo del año 2024 se registraron 1.465 nuevos ingresos de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores (SPM) de Andalucía, un 25,8% más que en 2023.

El 94,2% de los ingresos a lo largo de 2024 son de niños o chicos y el 5,8% de niñas o chicas. Por grupos de edad el 7,1% de estas personas tiene menos de 15 años, el 5,3% tiene 15 años de edad, el 18,0% tiene 16 años, el 38,4% tiene 17 años y el 30,6% tiene 18 o más años.

Almería es la provincia andaluza que contabiliza mayor número de nuevos ingresos de migrantes no acompañados en 2024, 37,0% de los registrados en Andalucía. En Cádiz se registra un 25,9% de estos nuevos ingresos, en Málaga el 16,0% y en Granada el 11,5%. Las provincias con menor número de nuevos ingresos de niñas y niños migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores son Jaén (0,1%), Sevilla (2,6%), Córdoba (3,3%) y Huelva (3,5%).

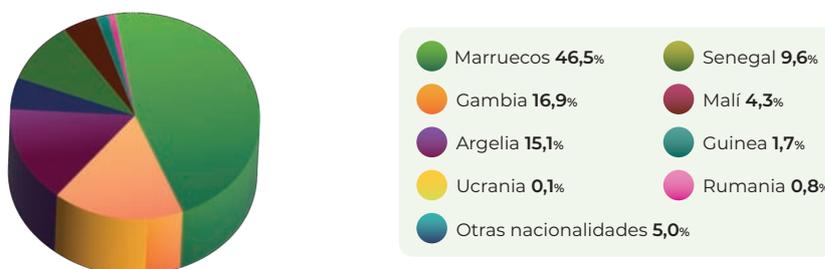
Gráfico 22. Nuevos ingresos de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores según provincia. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

El 46,5% de los niños, niñas y adolescentes migrantes que ingresaron en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía en 2024 tiene nacionalidad de Marruecos, el 16,9% de Gambia, 15,1% de Argelia, el 9,6% de Senegal, el 4,3% de Malí, el 1,7% de Guinea, el 0,8% de Rumanía y el 0,1% de Ucrania.

Gráfico 23. Nuevos ingresos de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores según país de procedencia. Andalucía, 2024

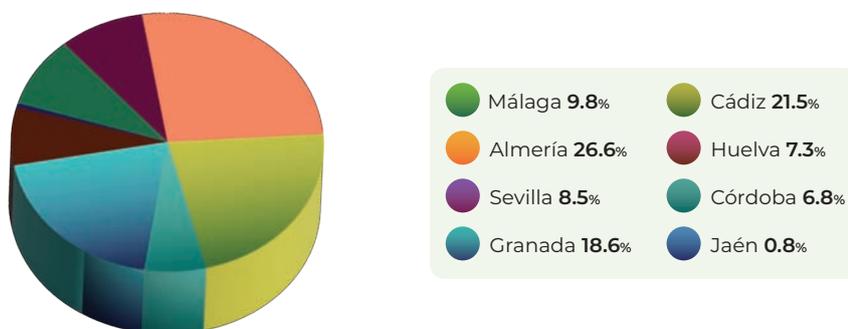


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

A lo largo de 2024 se registra un total de 2.615 atenciones de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía, lo que supone un incremento del 16,9% en el número de atenciones a este colectivo respecto al 2023. El 88,4% son atenciones de niños o chicos y el 11,6% son de niñas o chicas.

En la provincia de Almería se registra el 26,5% de las atenciones a migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía en 2024, en Cádiz el 22,1% y en Granada el 19,4% de este tipo de atenciones. En Málaga se produce el 8,7% de las atenciones a chicos y chicas migrantes no acompañados, en Sevilla el 8,8%, en Huelva el 7,3% y el 6,5% en Córdoba. Jaén registra el número más bajo de atenciones a niños, niñas y adolescentes migrantes en 2024 (0,6%).

Gráfico 24. Niños, niñas y adolescentes migrantes atendidos en el Sistema de Protección de Menores según provincia. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

El 50,7% de las atenciones a niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía a lo largo de 2024 son de personas de nacionalidad marroquí, el 12,9% son atenciones a niñas y niños de nacionalidad gambiana, el 12,4% de Argelia, el 7,0% de Senegal, el 3,3% de Rumanía, el 2,9% de Malí, el 2,1% de Guinea y el 1,0% de Ucrania.

Gráfico 25. Atenciones de migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores según nacionalidad. Andalucía, 2023

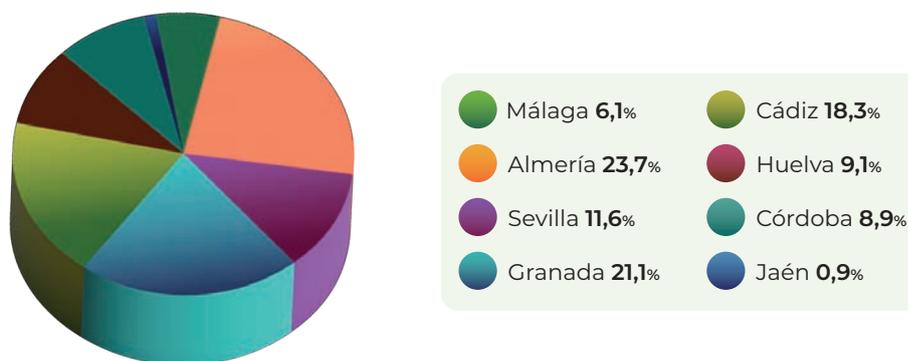


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

A 31 de diciembre de 2024 se encuentran acogidos en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía 1.382 niños, niñas y adolescentes migrantes, un 15,6% más que a 31 de diciembre de 2023. El 82,1% son niños o chicos y el 17,9% niñas o chicas.

Almería (23,7%), Granada (21,1%) y Cádiz (18,3%) son las provincias con mayor número de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados acogidos a 31 de diciembre de 2024. A continuación, Sevilla que acoge al 11,6% de las y los migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores de Andalucía a 31 de diciembre 2024, Huelva al 9,1%, Córdoba al 8,9%, Málaga al 6,4% y Jaén al 0,9% de estos chicos y chicas migrantes.

Gráfico 26. Niños, niñas y adolescentes migrantes acogidos en el Sistema de Protección de Menores según provincias. Andalucía, 31 de diciembre de 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

A lo largo de 2024 se dieron de baja del Sistema de Protección de Menores de Andalucía 1.233 niños, niñas y adolescentes migrantes, un 18,4% más que en 2023. El 95,5% son bajas de niños o chicos y el 4,5% de niñas o chicas.

El 55,4% de estas bajas en 2024 se asocian al cumplimiento de los 18 años de edad. Las bajas por abandono voluntario son el 38,5% de las bajas de migrantes en el Sistema de Protección de Andalucía, los abandonos voluntarios suponen el 39,8% de las bajas de chicos y el 12,5% de las bajas de chicas. Las bajas por reunificación familiar en España son el 3,2% del total de bajas de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, estas suponen el 7,3% de las bajas de niños y el 14,3% de las bajas de niñas. Además, en 2024 se lleva a cabo desde Andalucía la reunificación familiar de un niño en su país de origen.

Gráfico 27. Bajas de migrantes no acompañados en el Sistema de Protección de Menores según motivo. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía. Sistema de Información de Menores (SIME), datos extraídos el 11 de febrero de 2025.

2.4. MENORES DE EDAD EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

2.4.1. POBREZA Y DIFICULTADES ECONÓMICAS

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2024 el 29,8% de las personas menores de 18 años se encuentra en riesgo de pobreza o vive en hogares con ingresos por debajo del umbral de pobreza de Andalucía⁴ (tasa de pobreza relativa), es decir, 453.480 niñas, niños y adolescentes. Si se emplea el umbral de pobreza de España, está en riesgo de pobreza el 40,5% de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía en 2024. El riesgo de pobreza infantil calculado con el umbral de pobreza de Andalucía se ha mantenido relativamente estable respecto a 2023 y ha disminuido dos puntos porcentuales si se emplea con el umbral de pobreza de España.

En el país el 29,2% de las personas menores de 18 años está en riesgo de pobreza en 2023; el 28,9% en 2022.

En 2024 la tasa de pobreza relativa de las personas menores de 18 años en Andalucía es 10 u 11 puntos porcentuales mayor que la de la población general, esta última es del 20,1% con el umbral de pobreza de Andalucía y del 29,2% con el umbral de pobreza de España.

Del total de personas en riesgo de pobreza en Andalucía, el 26,2% son niñas, niños o adolescentes en 2024; en 2023 eran menores de 18 años el 27,2% (umbral de pobreza de Andalucía).

⁴ Umbral de pobreza relativa definido como el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo. Las unidades de consumo se calculan mediante la escala de la OCDE modificada: dándole un peso de 1 para el primer adulto, de 0'5 para el resto de personas de 14 o más años y un peso de 0'3 para menores de 14 años. En 2024 el umbral de pobreza relativa (sin alquiler imputado) de Andalucía es de 9.695 euros anuales por unidad de consumo, en 2023 era de 9.124 euros. Para España este umbral de pobreza relativa es de 11.584 euros anuales por unidad de consumo en 2024 y de 10.990 euros anuales por unidad de consumo en 2023 (IECA, 2025; INE, 2025). Las cifras e indicadores de pobreza aquí empleados son «sin alquiler imputado».

Las transferencias o prestaciones sociales contribuyen a reducir casi 10 puntos porcentuales el riesgo de pobreza infantil en Andalucía en 2023; 8 puntos en 2022. Sin transferencias sociales estaría en riesgo de pobreza el 38,8% de la población menor de 18 años en 2023 y sin transferencias sociales ni pensiones de jubilación y supervivencia estaría en riesgo de pobreza el 41,6% de los niños, niñas y adolescentes en la Comunidad Autónoma (umbral de pobreza de Andalucía), es decir, la tasa de pobreza relativa en la infancia sería 12 puntos porcentuales mayor sin estas ayudas.

Tabla 9. Tasas de pobreza con y sin transferencias sociales. Personas de 0 a 17 años de edad. Andalucía

	2024	2023
Tasa de pobreza relativa incluidas transferencias sociales	29,8%	29,2%
Tasa de pobreza relativa excluidas transferencias sociales (salvo pensiones de jubilación y supervivencia)	38,3%	38,8%
Tasa de pobreza relativa excluidas todas las transferencias sociales y pensiones	40,1%	41,6%

Nota: Tasas calculadas con el umbral de pobreza relativa de Andalucía.

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía, a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, 2024 y 2023. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2025.

Las tasas de pobreza relativa son más elevadas para los hogares con hijos o hijas dependientes⁵ que para los hogares sin ellos. En 2024 el 26,7% de los hogares con hijos e hijas dependientes a cargo y el 11,0% de los hogares sin hijos o hijas dependientes están en riesgo de pobreza (umbral de pobreza de Andalucía), es decir, el riesgo de pobreza es 16 puntos porcentuales mayor en los hogares con hijas e hijos dependientes. En 2023 el 26,2% de los hogares andaluces con hijos o hijas dependientes y el 9,6% de los hogares sin hijos o hijas dependientes se encontraban en riesgo de pobreza.

Las familias numerosas y los hogares monoparentales presentan mayores tasas de pobreza que otro tipo de hogares. En 2024 el 37,6% de los hogares con una persona adulta y al menos un hijo o hija dependientes (el 47,5% en 2023) está en riesgo de pobreza (umbral de pobreza de Andalucía), al igual que el 37,4% de los hogares con 2 personas adultas y 3 o más hijos o hijas dependientes (el 48,6% en 2023).

Hasta 2021 la definición operativa del riesgo de pobreza o exclusión social o el indicador AROPE incluye el riesgo de pobreza o pobreza relativa, la carencia material severa y la baja intensidad laboral del hogar⁶. Cualquier persona u hogar que experimente al menos una de estas tres circunstancias se

⁵Se entiende por hijo o hija dependientes aquellas personas menores de 18 años o de 18 a 24 años económicamente inactivas que conviven con su madre y/o con su padre.

⁶ Se encuentran en riesgo de pobreza o en situación de pobreza relativa las personas u hogares con rentas disponibles equivalentes por debajo de un umbral de pobreza, el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo.

considera en riesgo de pobreza o exclusión social. Con la Estrategia Europa 2030, se ha sustituido en el indicador AROPE la carencia material severa por carencia material y social severa⁷ y se ha precisado la definición de baja intensidad en el empleo⁸, los datos que a continuación se presentan responden a esta versión actualizada del riesgo de pobreza o exclusión social.

En 2024 el 36,9% de las personas menores de 18 años de la Comunidad Autónoma, es decir, 561.524 niñas, niños y adolescentes se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social (calculado con el umbral de pobreza de Andalucía), estaban en tal situación el 38,3% en 2023. Si se emplea el umbral de pobreza de España, el riesgo de pobreza o exclusión social alcanza al 44,9% de los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad Autónoma en 2024, estaban en esta situación el 47,1% en 2023.

Los hogares monoparentales con hijos e hijas dependientes presentan mayor riesgo de pobreza o exclusión social que otro tipo de hogares. Con el umbral de pobreza relativa de Andalucía, en 2024 el 45,9% de los hogares andaluces compuestos por una persona adulta con al menos un hijo o hija

Experimentan carencia material severa los hogares que carecen de al menos cuatro conceptos de los siguientes: 1) salir de vacaciones al menos una semana al año, 2) una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, 3) mantener la vivienda a una temperatura adecuada, 4) capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros), 5) pagar sin retraso gastos relacionados con la vivienda personal como hipoteca, alquiler, recibos de gas, comunidad, etc., 6) tener un automóvil, 7) tener teléfono, 8) tener televisor, 9) tener lavadora. Para el indicador AROPE se entiende por hogares con baja intensidad laboral (de 0 a 59 años) aquellos en los que los miembros del hogar en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo anual.

⁷Carencia material y social severa es un indicador con 13 componentes, 7 definidos a nivel de hogar y 6 personales, aunque estos últimos para personas menores de 16 años se imputan a partir de los valores de los miembros del hogar.

Los 7 conceptos definidos a nivel de hogar son los siguientes:

- No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
- No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
- No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.
- Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
- No puede permitirse disponer de un automóvil.
- No puede sustituir muebles estropeados o viejos.

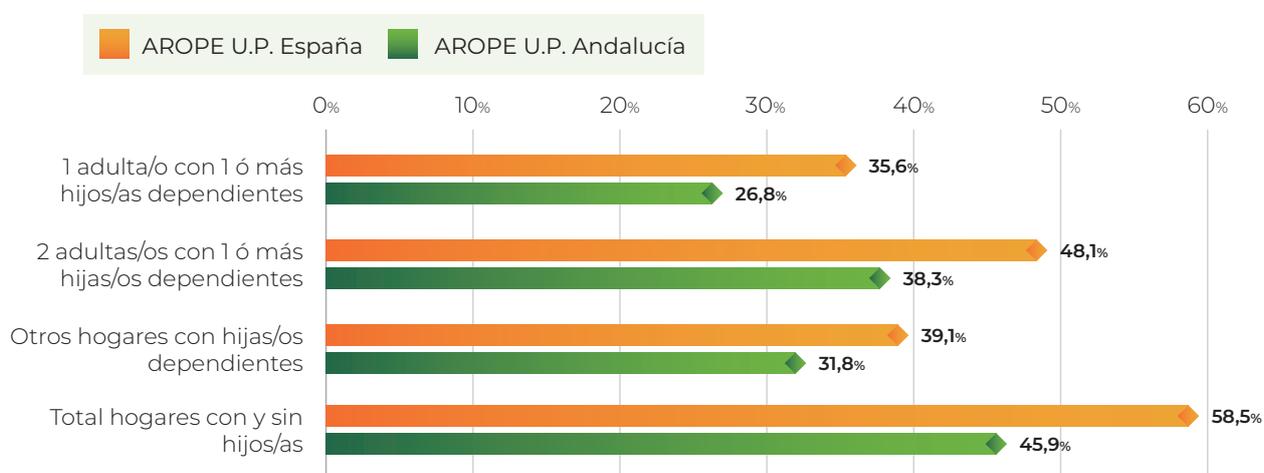
Los 6 conceptos nuevos a nivel de persona son:

- No puede permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones.
- No puede permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes.
- No puede permitirse participar regularmente en actividades de ocio.
- No puede permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo.
- No puede permitirse conexión a internet.

⁸ La nueva definición de baja intensidad laboral se refiere a hogares en los que sus miembros en edad de trabajar, es decir, de 18 a 64 años (excepto estudiantes de 18 a 24 años, personas jubiladas o retiradas e inactivas de 60 a 64 años cuya fuente de ingresos principal sean las pensiones) trabajaron menos del 20% del total de su potencial combinado de tiempo de trabajo durante el año. La definición previa se limitaba a personas de 18 a 59 años las consideradas en edad de trabajar.

dependiente se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social. En cambio, el riesgo de pobreza o exclusión social alcanza al 31,8% de los hogares con dos personas adultas y al menos un hijo o hija dependiente y al 38,3% de los otros hogares con hijos e hijas dependientes. Si se calcula el riesgo de pobreza o exclusión social empleando el umbral de pobreza de España, los porcentajes resultan más elevados.

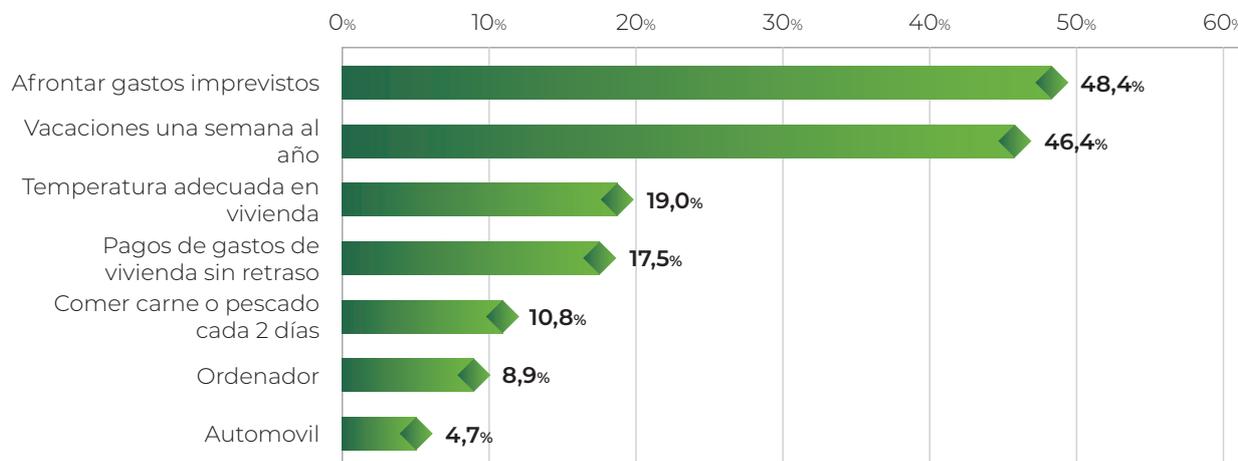
Gráfico 28. Riesgo de pobreza o exclusión social AROPE (definición Europa 2030) según tipo de hogar. Andalucía, 2024



Nota: U.P. se refiere a umbral de pobreza. Fuente: Observatorio a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2024. IECA, 2025.

En 2024 el 13,1% de las personas menores de 18 años en Andalucía experimentan carencias sociales y materiales severas. Este porcentaje ha disminuido casi 4 puntos porcentuales en un año, en 2023 el 16,9% de la población menor de 18 años en Andalucía padecía carencias sociales y materiales severas. En cuanto a los tipos concretos de privaciones o carencias en 2024, el 48,4% de los niños, niñas y adolescentes andaluces vive en hogares que no tienen capacidad de afrontar gastos imprevistos (el 50,9% en 2023) y el 46,4% no puede salir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año (el 45,0% en 2023). El 19,0% vive en hogares que no pueden mantener la vivienda con una temperatura adecuada (el 23,9% un año antes) y el 17,5% vive en hogares que se han retrasado en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (19,5% en 2023). Por último, en 2024 el 10,8% no puede disponer de un ordenador personal (13,9% en 2023), el 8,9% no puede permitirse unacomida de carne, pollo o pescado al menos cada 2 días (13,3% en 2023) y el 4,7% vive en hogares que no pueden permitirse disponer de un automóvil (6,1% en 2023).

Gráfico 29. Porcentaje de personas menores de 18 años que viven en hogares que no pueden permitirse diversos gastos. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia de Andalucía a partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida 2024. IECA, 2025.

En 2024 el 14,2% de las personas menores de 18 años en la Comunidad Autónoma (el 16,2% en 2023), 216.084 niñas, niños y adolescentes, se encuentran en riesgo de pobreza severa o grave (umbral de pobreza grave de Andalucía)⁹. Si se emplea el umbral de pobreza de España, el riesgo de pobreza grave o severa alcanza al 20,6% de los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad Autónoma (312.764 personas menores de 18 años).

La tasa de pobreza severa o grave es más elevada entre las personas menores de 18 años que entre la población general en Andalucía. En 2024 está en riesgo de pobreza grave el 8,6% de la población andaluza de todas las edades, el 12,8% con el umbral de pobreza de España.

2.4.2. MALTRATO INFANTIL

Sistema de Información del Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA)

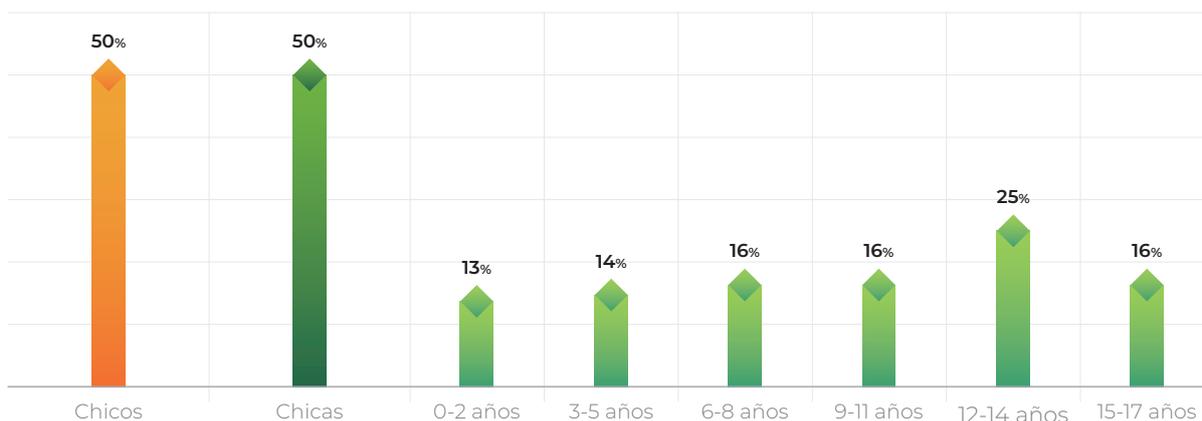
En Andalucía contamos con el registro Sistema de Información del Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA) para la notificación de sospechas de casos de maltrato infantil en el ámbito familiar. Estas notificaciones son registradas por las y los profesionales que trabajan con población infantil y adolescente, tanto de servicios públicos como privados y de distintos ámbitos: educación, salud, fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios sociales, etc.

En 2024, en SIMIA se registraron 11.785 notificaciones, lo que supone un incremento del 9,3% respecto al año anterior (en 2023 se registraron 10.787 notificaciones).

⁹ Umbral de pobreza grave o severa definido como el 40% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo. En 2024 el umbral de pobreza grave o severa de Andalucía es 6.463 euros anuales por unidad de consumo y el de España es de 7.723 euros anuales (IECA, 2025).

Del total de notificaciones, un 50,4% estaban referidas a chicos y un 49,6% chicas; según edad, la mayoría de notificaciones hacen referencia a chicos y chicas entre los 12 y los 17 años (40,4%).

Gráfico 30. Distribución de las notificaciones según sexo y edad. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. 2025.

Sevilla (24,5%), Málaga (21,4%) y Granada (11,6%) son las tres provincias de las que proceden un mayor número de notificaciones. Jaén (6,9%) y Huelva (6,7%) son las provincias que han registrado menos notificaciones.

Gráfico 31. Distribución de las notificaciones según provincia de procedencia. Andalucía, 2024

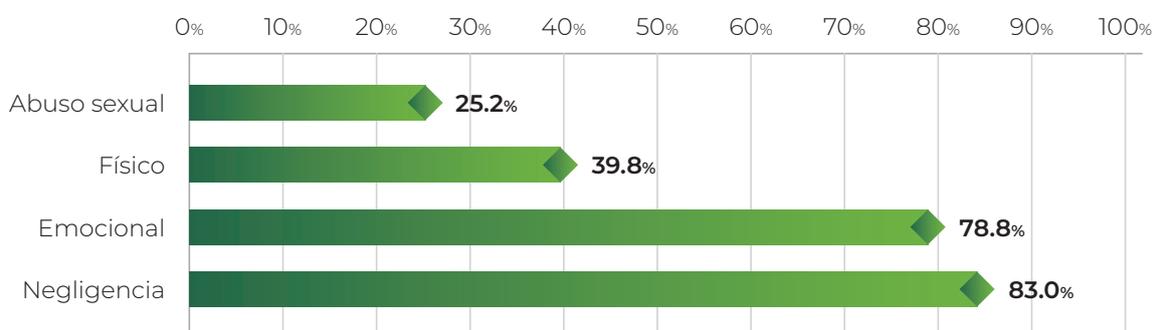


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. 2025.

Respecto al nivel de gravedad, del total de notificaciones recepcionadas un 50,6% fueron valoradas como maltrato grave y un 49,4% como leve/moderado.

Y en cuanto a los tipos de maltrato, en cada notificación se recoge de uno a cuatro tipos distintos de maltrato teniendo en cuenta que se pueden dar varios tipos de maltrato a la vez. En 2024 la negligencia (87,0%) y el maltrato emocional (80,5%) son las tipologías más frecuentes respecto al total de notificaciones recibidas. Un 42,9% de las notificaciones de maltrato recogidas en SIMIA hacen referencia a maltrato físico y un 29,5% a abuso sexual.

Gráfico 32. Distribución de las notificaciones de maltrato infantil según tipología de maltrato. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. 2025.

2.4.3. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MENORES DE EDAD

2.4.3.1. Víctimas mortales por violencia de género

Según datos del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad, desde 2015 a noviembre de 2024 han muerto o han sido asesinados 49 niños, niñas y adolescentes en España víctimas de violencia de género contra sus madres y ejercida también hacia sus hijas o hijos. En Andalucía fueron 9 las personas menores de 18 años víctimas mortales de violencia de género en dicha década.

Tabla 10. Personas menores de 18 años víctimas mortales por violencia de género. España y Andalucía, 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
España	9	1	8	7	3	3	7	2	2	9	49
Andalucía	1	1	1	1	0	2	0	0	0	3	9

*Datos actualizados a 29 de noviembre de 2024.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, febrero 2025.

En España, del total de niñas, niños y adolescentes víctimas mortales de violencia de género entre enero de 2015 y noviembre 2024, 45 eran hijas o hijos biológicos del agresor y 30 vivían con su madre y con él. En dicho periodo, 14 de los presuntos agresores habían sido anteriormente denunciados por violencia de género y 28 se suicidaron.

De estas 52 personas menores de edad asesinadas, 28 eran niñas y 24 niños. Habían nacido en España 47 y 5 en otro país. Respecto a la edad, 4 tenían menos de un año cuando fueron asesinados; 10 tenían 1-2 años; 6 tenían 3-4 años; 8 tenían 5-6 años; 9 tenían 7-8 años; 4 tenían 9-10 años; 6 tenían 11-12 años; 2 tenían 13-14 años; y 3 de 15 a 17 años de edad.

Tabla 11. Personas menores de 18 años víctimas mortales por violencia de género. España, 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Total de víctimas mortales	9	1	8	7	3	3	7	2	2	9	52
Parentesco con el agresor: padre biológico	6	1	7	7	3	3	7	2	1	7	45
Convivencia de la madre con el agresor	2	0	7	5	2	3	2	1	2	5	30
Había denuncia	0	0	1	2	1	0	4	1	1	4	14
Suicidio consumado del agresor	5	0	4	6	2	2	5	0	0	4	28

*Datos actualizados a 29 de noviembre de 2024.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, febrero 2025.

En Andalucía, de los 9 niños y niñas asesinados por violencia de género entre 2015 y noviembre de 2024, 7 eran hijos/as biológicos de su agresor y 6 vivían con su madre y con él. Ninguno de los agresores había sido denunciado previamente y 2 de ellos se suicidaron después. Solo 2 habían sido denunciados por violencia de género previamente y 4 de los agresores terminaron suicidándose.

Todas estas personas menores de edad habían nacido en España, 6 eran niños y 3 niñas. Respecto a la edad, 1 tenía menos de un año, 3 tenían 1-2 años, 2 tenían 3-4 años, 1 tenía 7-8 años, 1 tenía 9-10 años y 1 de 15 a 17 años de edad.

De los 9 crímenes mortales en Andalucía de niños y niñas por violencia de género contra sus madres entre 2015 y 2024, 4 se produjeron en la provincia de Almería, 1 en Cádiz, 3 en Jaén y 1 en Málaga.

Tabla 12. Personas menores de 18 años víctimas mortales por violencia de género. Andalucía, 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Total de víctimas mortales	1	1	1	1	0	5	-	-	-	3	6
Parentesco con el agresor: padre biológico	0	1	1	1	0	2	-	-	-	2	7
Convivencia de la madre con el agresor	1	0	1	1	0	2	-	-	-	1	6
Había denuncia	0	0	0	0	0	0	-	-	-	2	2
Suicidio consumado del agresor	0	0	0	0	0	2	-	-	-	2	4

*Datos actualizados a 29 de noviembre de 2024.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, febrero 2025.

Por otro lado, de enero de 2015 a noviembre de 2024 fueron asesinadas en España 5 chicas menores de 18 años víctimas de violencia de género, 3 por sus exparejas y 2 por sus parejas; 1 de ellas era menor de 16 años y 4 tenían 16 o 17 años. Eran de Andalucía 2 de estas chicas.

Entre 2015 y 2024 se contabilizaron en España 384 niños, niñas o adolescentes huérfanos por violencia de género contra sus madres, de los cuales 90 vivían en Andalucía, el 23,4% del total de personas menores de edad huérfanas por esta razón en España.

Durante el mes de enero de 2025 han quedado huérfanas por violencia de género 2 nuevas personas menores de 18 años en España.

Tabla 13. Personas menores de 18 años huérfanas por violencia de género contra sus madres. España y Andalucía, 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Andalucía	9	7	5	17	13	3	6	9	14	7	90
España	51	30	26	41	48	26	32	36	57	36	384

*Datos actualizados a 3 de febrero de 2025.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, febrero 2025.

Las provincias con mayor número de personas menores de 18 años huérfanas por violencia de género durante la década de 2015 a 2024 fueron Sevilla con 22, Málaga y Almería con 18 niñas o niños huérfanos respectivamente y Granada con 12.

Tabla 14. Evolución del número de personas menores de 18 años cuyas madres han sido asesinadas por violencia de género. Andalucía y provincias, 2015-2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	Total
Almería	1		2	5	4				3	3	18
Cádiz							3		1		4
Córdoba					3			2	3		8
Granada		3		3	1	1	2		2		12
Huelva				2	1				1		4
Jaén				3	1						4
Málaga	4			2	3			3	4	2	18
Sevilla	4	4	3	2		2	1	4		2	22
Andalucía	9	7	5	17	13	3	6	9	14	7	90

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad, febrero 2024.

2.4.3.2. Evolución de la violencia de género de personas menores de 18 años: víctimas y denunciadas

En 2023 había en Andalucía 153 chicas víctimas de violencia de género (cometida por su pareja o expareja) con orden de protección o medidas cautelares, 663 en España. Las menores de 18 años suponen en dicho año el 1,8% de las mujeres con orden de protección o medidas cautelares por violencia de género en la comunidad autónoma y en el país. En dicho año, las andaluzas son el 23,0% de las menores de edad víctimas de violencia de género con este tipo de medidas en España.

Por otro lado, en 2023 fueron denunciados 41 menores de 18 años en Andalucía por ejercer violencia de género (con adopción de orden de protección o medidas cautelares), el 32,5% del total de chicos menores de edad denunciados en España por este motivo y el 0,5% de los denunciados de todas las edades en la Comunidad Autónoma.

En 2023 recibieron una sentencia firme condenatoria por violencia de género en Andalucía 15 chicos menores de 18 años, el 31,9% del total de menores de 18 años con sentencia firme por violencia de género en España (47) y el 0,2% de los hombres de todas las edades condenados por este motivo en la comunidad autónoma.

Tabla 15. Evolución de la violencia de género en personas menores de 18 años: víctimas y denunciadas. España y Andalucía, 2014-2023

Núm. de chicas víctimas de violencia de género con orden de protección o medidas cautelares											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
España	576	637	569	653	677	719	514	661	594	665	6.265
Andalucía	142	157	122	151	139	152	118	150	122	153	1.406
Núm. de chicos menores de 18 años denunciados por violencia de género (con adopción de orden de protección o medidas cautelares)											
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
España	90	101	107	127	103	125	72	123	100	126	1.074
Andalucía	15	18	20	30	20	35	16	24	22	41	241
Núm. de chicos menores de 18 años condenados por violencia de género, 2015-2023											
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	
España	82	81	99	92	130	85	83	75	47	774	
Andalucía	12	24	13	22	34	25	19	17	15	181	

Nota: Resultados referidos a asuntos (con medidas cautelares dictadas) inscritos en el Registro.

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Instituto Nacional de Estadística, febrero 2025.

En 2023 se encontraban en Andalucía 352 niños, niñas o adolescentes víctimas de violencia de género con medidas de protección o medidas cautelares (hijos o hijas de víctimas, en guarda o custodia o que conviven con ellas), un 55,8% más que en 2022. El 54,0% eran niñas y el 46,0% niños. Se encuentran en la comunidad autónoma el 19,4% de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género con medidas de protección o medidas cautelares de España en dicho año (1.816).

2.4.3.3. Chicos menores de 18 años enjuiciados y con sentencias firmes condenatorias por violencia de género en Andalucía

Según datos de procesos de violencia de género en los Juzgados de Menores, proporcionados por el Consejo General del Poder Judicial, en 2023 se enjuiciaron por delitos de violencia de género con imposición de medidas por conductas tipificadas como delito 78 chicos de 14 a 17 años de edad (2 más con imposición de medidas por delitos leves o faltas y 9 sin imposición de medidas). Los menores

de 18 años enjuiciados por delitos de violencia de género con imposición de medidas por conductas tipificadas como delito en Andalucía suponen el 24,8% del total de los de España (315) en dicho año.

Además, los juzgados de menores de Andalucía han dictado 87 sentencias (78 con imposición de medidas y 9 sin imposición de medidas) por delitos de violencia de género y 2 sentencias por delitos leves o faltas en 2023. Estas sentencias por delitos de violencia de género (con y sin imposición de medidas) en la comunidad autónoma suponen el 25,5% del total de las registradas en España.

2.5. SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL

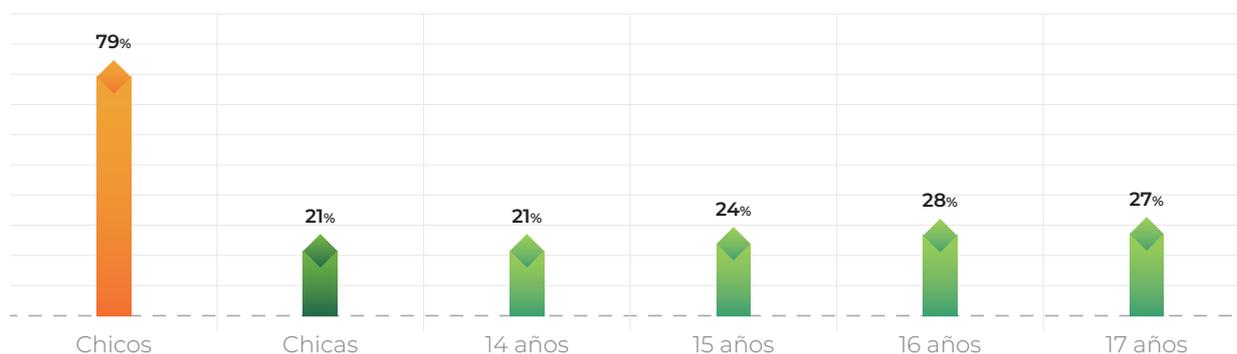
2.5.1. PERSONAS MENORES DE EDAD CON SENTENCIA FIRME CONDENATORIA

Las personas entre 14 y 17 años con una sentencia firme condenatoria suponen en Andalucía en 2023 un 17,3% (2.249 jóvenes) del total de jóvenes condenados en España. Supone un descenso del 15,5% respecto al año 2022 (2.662).

Andalucía cuenta con una tasa de 5,57 chicos y chicas con sentencia firme condenatoria por cada 1.000 chicos y chicas entre 14 y 17 años.

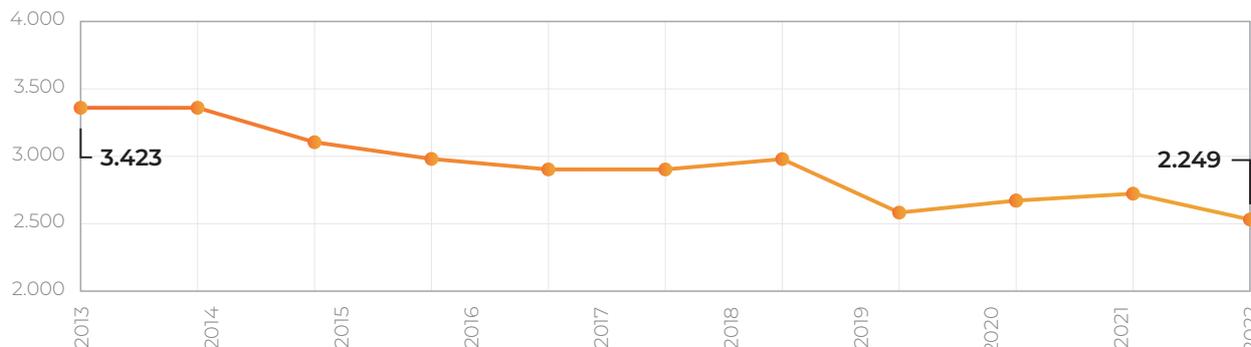
Del total, un 79,0% son chicos y un 21,0% chicas; respecto a la edad, a medida que aumenta crece el porcentaje de chicos y chicas con sentencia firme condenatoria, entre los 16 años (28,1%) y los 17 años (27,1%) representan más de la mitad de las y los jóvenes con sentencia firme.

Gráfico 33. Distribución de los chicos y chicas entre 14 y 17 años condenados en sentencia firme según sexo y edad. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadística de menores condenados, 2023» INE.

Gráfico 34. Evolución del número de condenas en sentencia firme según a chicos y chicas entre 14 y 17 años. Andalucía, 2013-2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

Cádiz (24,7%), Málaga (20,0%) y Granada (16,0%) son las provincias con mayor porcentaje de personas menores de edad con una sentencia condenatoria. La mayoría de chicos y chicas condenadas se encuentran entre los 16-17 años, entre las provincias andaluzas con mayor porcentaje de chicos y chicas de 16 años condenados se encuentran Almería (33,7%) y Jaén (32,6%), y aquellas con un mayor porcentaje de jóvenes de 17 años estarían Cádiz (29,5%) y Málaga (30,7%).

Tabla 16. Distribución del número de personas entre 14 y 17 años con condena en sentencia firme según sexo y edad. Andalucía, 2023

	Total		Sexo		Edad			
	N	%	Chicos	Chicas	14 años	15 años	16 años	17 años
Almería	202	9,0 %	168	34	21,8%	21,3%	33,7%	23,3%
Cádiz	555	24,7%	427	128	20,9%	24,5%	25,0%	29,7%
Córdoba	191	8,5%	144	47	28,3%	22,5%	26,7%	22,5%
Granada	360	16,0%	285	75	25,3%	23,9%	25,0%	25,8%
Huelva	94	4,2%	85	9	21,3%	28,7%	29,8%	20,2%
Jaén	95	4,2%	79	16	17,9%	22,1%	32,6%	27,4%
Málaga	449	20,0%	353	96	16,0%	24,5%	28,7%	30,7%
Sevilla	303	13,5%	235	68	17,8%	24,8%	31,4%	26,1%
Andalucía	2.249	100,00 %	1.776	473	20,8%	24,1%	28,1%	27,1%

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

2.5.2. INFRACCIONES PENALES

El número de infracciones cometidas por chicos y chicas entre 14 y 17 años en 2023 es de 3.707, un 15,7% del total de infracciones registradas en España (23.662). Los chicos cometieron un 80,1% (2.971) de las infracciones y las chicas un 19,9% (736). Respecto a la edad, un 28,1% de las infracciones fueron cometidas por chicos y chicas de 16 años y con un porcentaje igual se encuentran las chicas y chicos de 17 años (28,0%).

Respecto al año 2022 se ha registrado un descenso del 22,3%. En el periodo comprendido entre 2013 y 2023 se registra un descenso de las infracciones de casi el 38%.

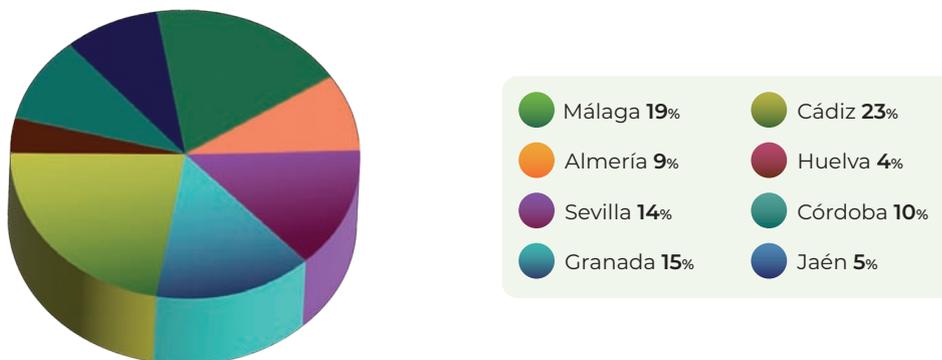
Gráfico 35. Evolución del número de infracciones penales cometidas por personas entre 14 y 17 años. Andalucía, 2013-2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

Por otro lado, Cádiz (23,4%), Málaga (18,9%), Granada (15,0%) son las tres provincias con mayor número de infracciones cometidas por personas de 14 a 17 años con una sentencia firme condenatoria.

Gráfico 36. Distribución del número de infracciones cometidas según provincia. Andalucía, 2023

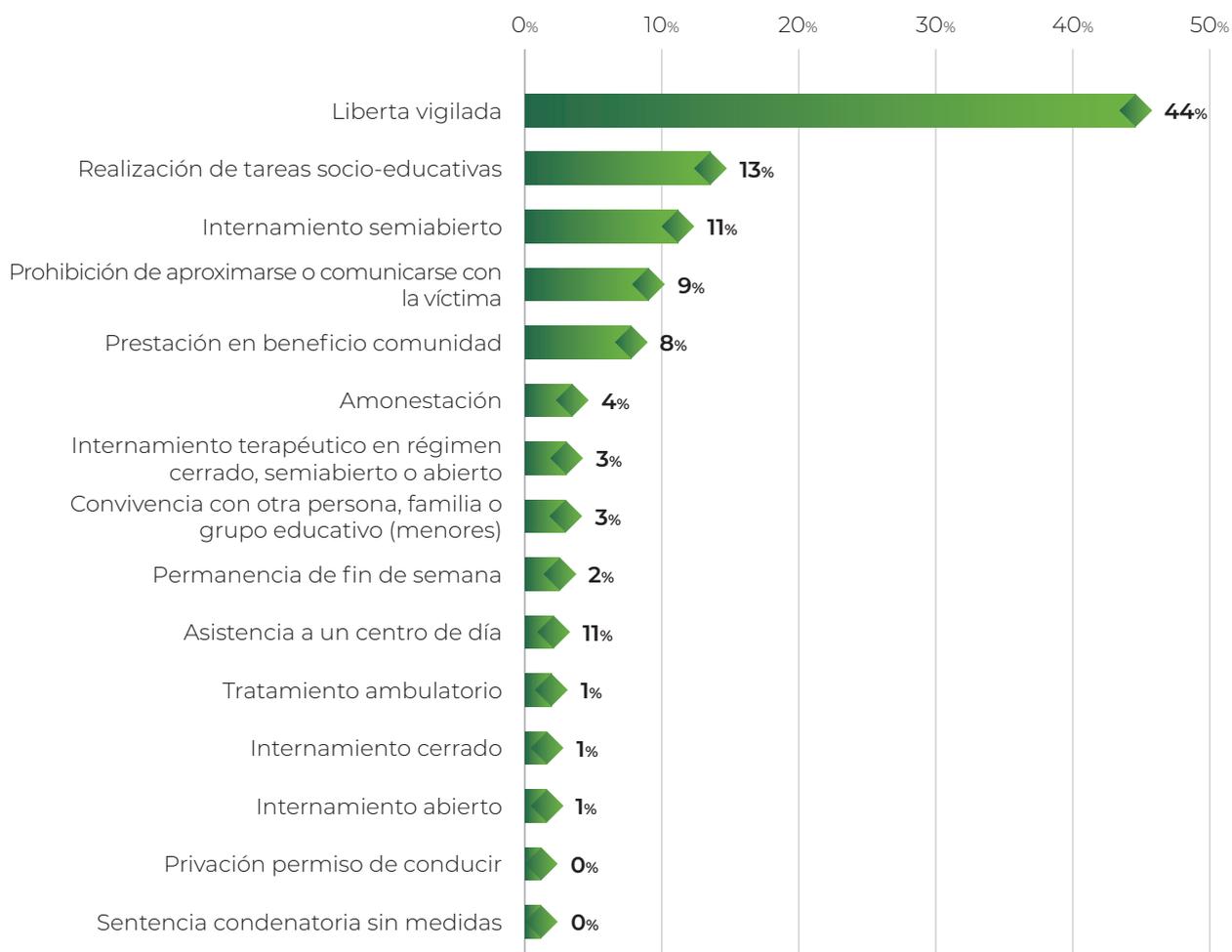


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

2.5.3. MEDIDAS ADOPTADAS

A las y los jóvenes enjuiciados se les impusieron un total de 3.543 medidas, principalmente se impusieron: libertad vigilada (44,2%), realización de tareas socio-educativas (12,6%) o prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima (10,7%).

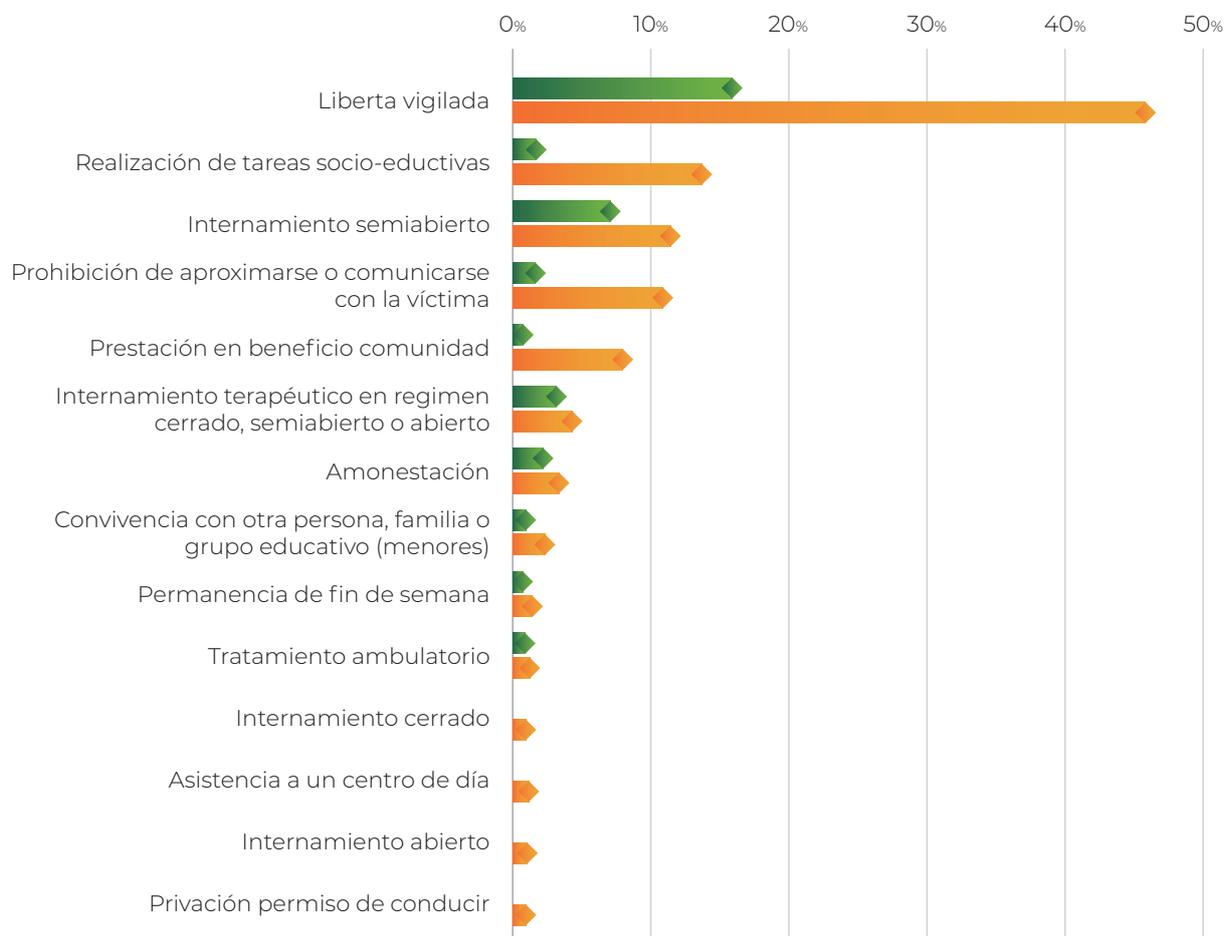
Gráfico 37. Distribución de las medidas impuestas en sentencias según tipo. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

Entre las chicas las medidas más frecuentes son: libertad vigilada (41,2%), la realización de tareas socioeducativas (19,0%) y amonestación (7,9%). Entre los chicos coinciden en la libertad vigilada (44,9%) como principal medida impuesta seguida de la prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima (11,4%) y la tercera la realización de tareas socio-educativas (11,1%).

Gráfico 38. Distribución del tipo de medidas impuestas en sentencias según sexo. Andalucía, 2023



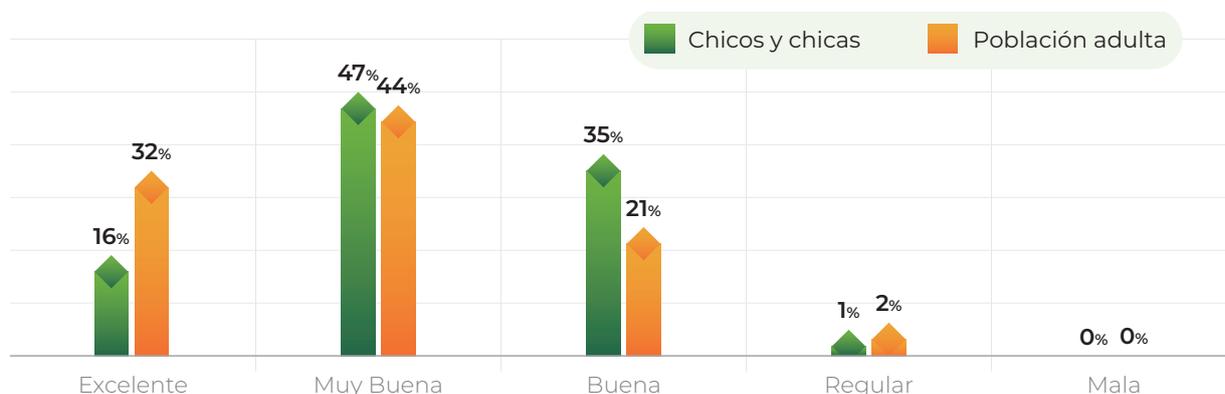
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Estadísticas de menores condenados, 2023» INE.

2.6. SALUD Y HÁBITOS DE VIDA

2.6.1. PERCEPCIÓN DE SALUD

Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2023), en general la población entre 8 y 15 años tiene una percepción muy buena o buena de su salud (82,2%). Entre las personas adultas la percepción de la salud es más positiva si cabe, un 32% opina que es excelente y un 44% muy buena.

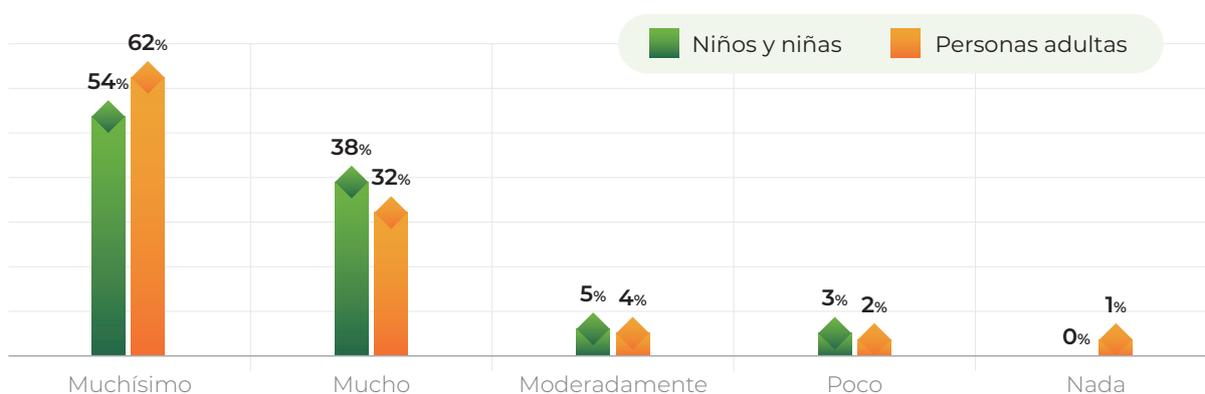
Gráfico 39. Percepción del nivel de salud general en chicos y chicas de 8 a 15 años. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Encuesta Andaluza de Salud 2023». Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo (última consulta 2025).

Un 54,2% de la población infantil y adolescente percibe que se ha sentido muy bien y en forma en la última semana, en población adulta, preguntados por su percepción sobre el bienestar físico de chicos y chicas a su cargo, este porcentaje se incrementa hasta un 62%.

Gráfico 40. Percepción del nivel de bienestar físico en chicos y chicas de 8 a 15 años. Andalucía, 2023

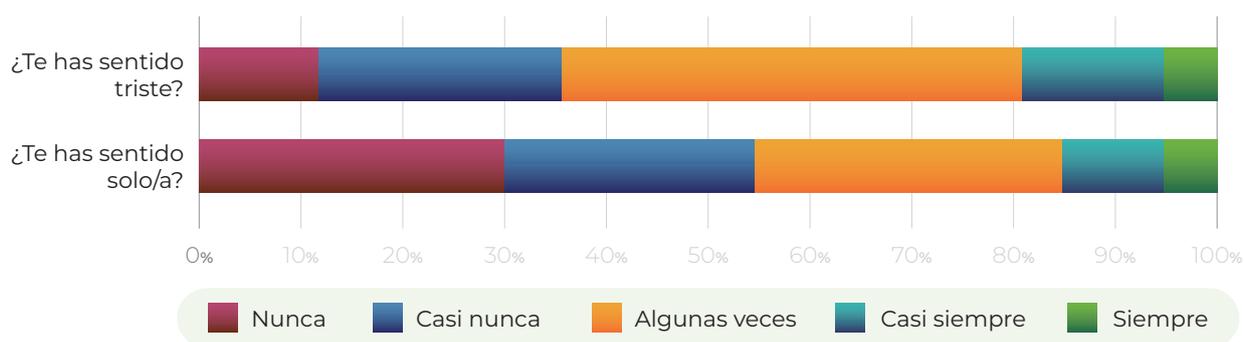


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de «Encuesta Andaluza de Salud 2023». Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo (última consulta 2025)

2.6.2. SALUD MENTAL

En el último Barómetro de Opinión 2023-2024 publicado por UNICEF (2025), aunque en general hay una percepción muy positiva sobre su bienestar emocional, un 15,4% de chicos y chicas entre 11 y 18 años dicen haber sentido soledad siempre o casi siempre en la última semana y un el 17,7% indican que se han sentido tristes siempre o casi siempre en la última semana. Entre las chicas este último porcentaje es mayor (22%) al de los chicos (13%). También se registran un mayor porcentaje de chicos y chicas entre 17-18 años (22%) que se han sentido tristes la última semana. Estos porcentajes en Andalucía son algo más elevados, un 18% indican que se han sentido tristes siempre o casi siempre en la última semana:

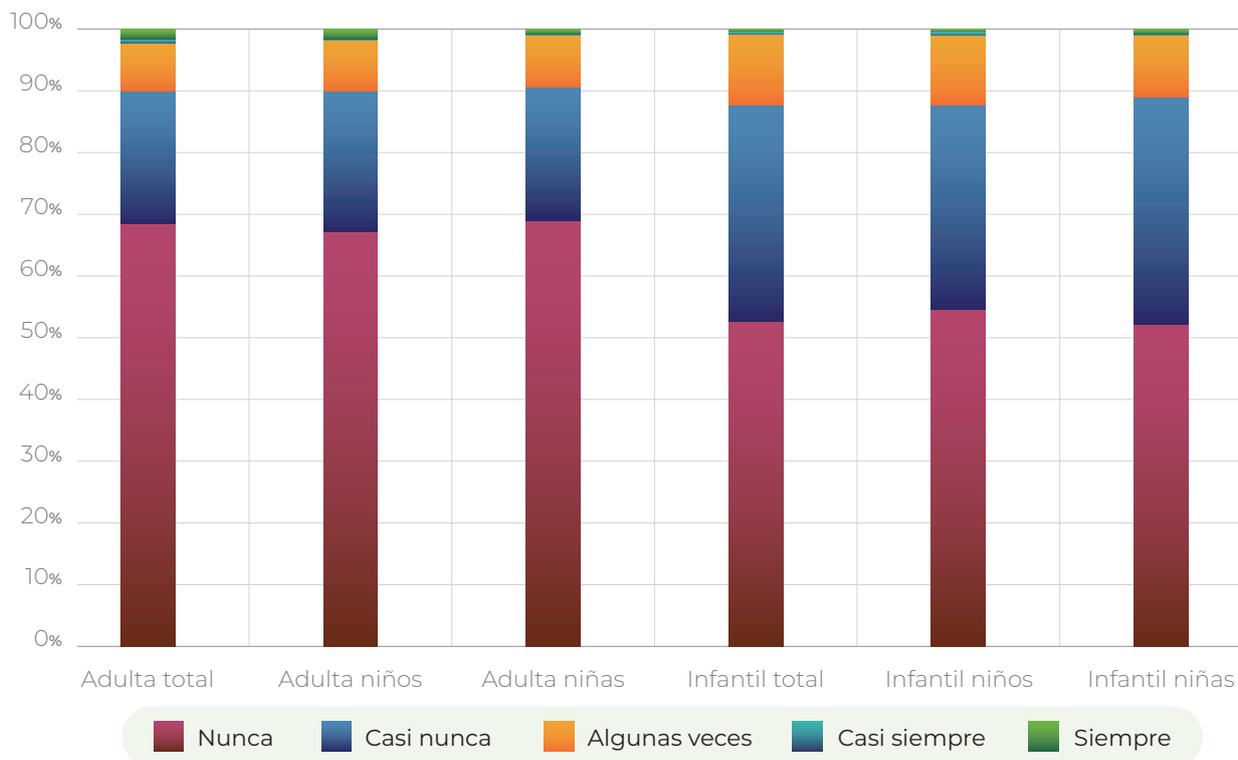
Gráfico 41. Percepción del nivel de bienestar emocional en chicos y chicas de 11 a 18 años. Andalucía, 2024



Fuente: Cuarta edición del Barómetro de Opinión de Infancia y Adolescencia, 2023-2024. UNICEF

La población infantil y adolescente consultada tiene una percepción en general positiva de su bienestar psicológico y emocional, un 84,6% nunca o casi nunca se ha sentido triste en la última semana. Hay un 12,6% que afirma que algunas veces se han sentido triste y 2,7% se ha sentido siempre o casi siempre triste. No se encuentra mucha diferencia entre la percepción de chicos y chicas, hay una diferencia de tres puntos entre las chicas que afirman que nunca o casi nunca se encuentran tristes (86,7%) frente a los chicos (83,2%), pero también hay un mayor porcentaje de chicas que siempre se sienten tristes (2,2%) frente a los chicos (1,1%).

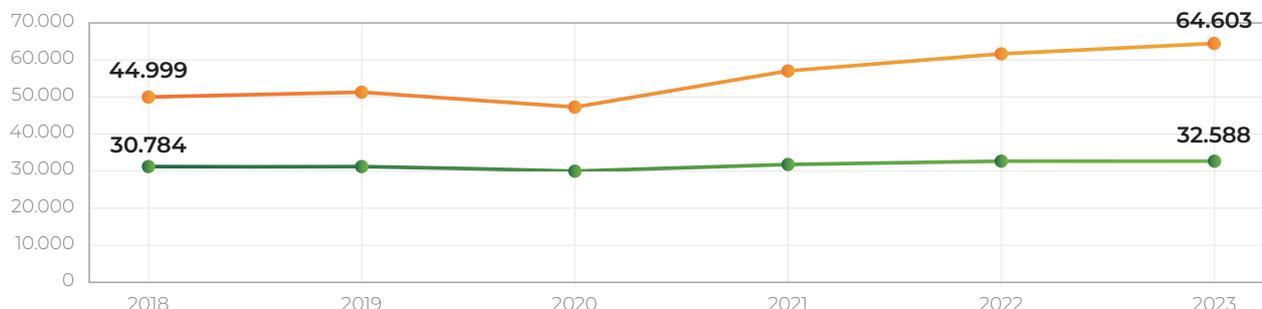
Gráfico 42. Percepción del nivel de bienestar psicológico y emocional en chicos y chicas de 8 a 15 años según sexo. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia a partir de «Encuesta Andaluza de Salud 2023». Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo (última consulta 2025).

En 2023 las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) atendieron a 64.603 personas menores de 19 años. En estos últimos años observamos un crecimiento del número de atendidos, con respecto al año 2022 (62.078 atendidos). Este incremento es del 4,1%, y en el periodo 2018-2023 es del 43,6%. En las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) se atendieron a 32.588 personas menores de 19 años, en este dispositivo especializado se ha registrado una disminución del número de personas menores de edad tratadas, respecto a 2022 (33.273 niños y niñas atendidas) este descenso es de un 2,1%.

Gráfico 43. Evolución del número de chicos y chicas usuarios de USMIJ y USMC. Andalucía, 2018-2023

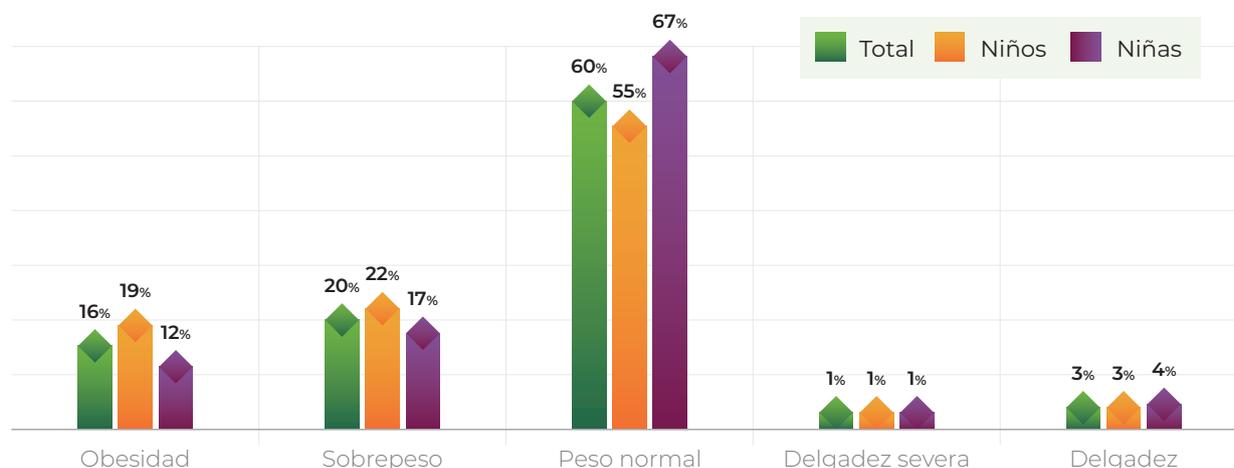


Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de datos facilitados por la Consejería de Salud y Consumo.

2.6.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

Según la Encuesta Andaluza de Salud (2023) hay un 15,9% de chicos y chicas entre 2 y 15 años con obesidad y un 19,7% con sobrepeso. Entre los chicos el porcentaje de aquellos que tiene obesidad (19,2%) o sobrepeso (21,9%) es mayor al que presentan las chicas (11,9% y 16,9% respectivamente).

Gráfico 44. Distribución de niños y niñas entre 2 y 15 años según índice de masa corporal (IMC) y sexo. Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia a partir de «Encuesta Andaluza de Salud 2023». Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Consumo (última consulta 2025).

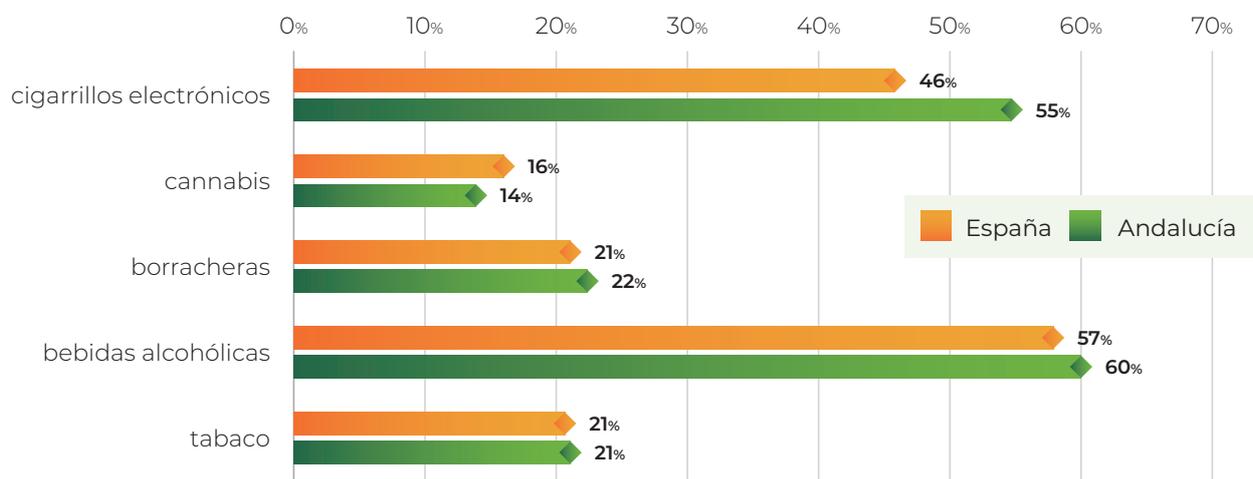
2.6.4. CONSUMO DE SUSTANCIAS

En Andalucía, en 2023, la edad media del consumo de sustancias psicoactivas entre los chicos y chicas de 14 a 18 años se sitúa en 14,2 años para el tabaco, al igual que en el alcohol (14,0 años), para el cannabis se sitúa en 15,1 años.

En cuanto a la prevalencia del consumo en los últimos 30 días, el consumo de bebidas alcohólicas (59,6%) y el uso de cigarrillos electrónicos (55,3%) presentan las mayores prevalencias en Andalucía, con porcentajes superiores a la media nacional (56,6% y 46,0%, respectivamente).

El consumo de tabaco en Andalucía (21,1%) es prácticamente igual al promedio nacional (21,0%), sin una diferencia significativa. En cuanto a las borracheras, el porcentaje en Andalucía (21,5%) es ligeramente superior al de España en su conjunto (20,8%). Sin embargo, el consumo de cannabis muestra una menor prevalencia en Andalucía (13,6%) en comparación con la media nacional (15,6%).

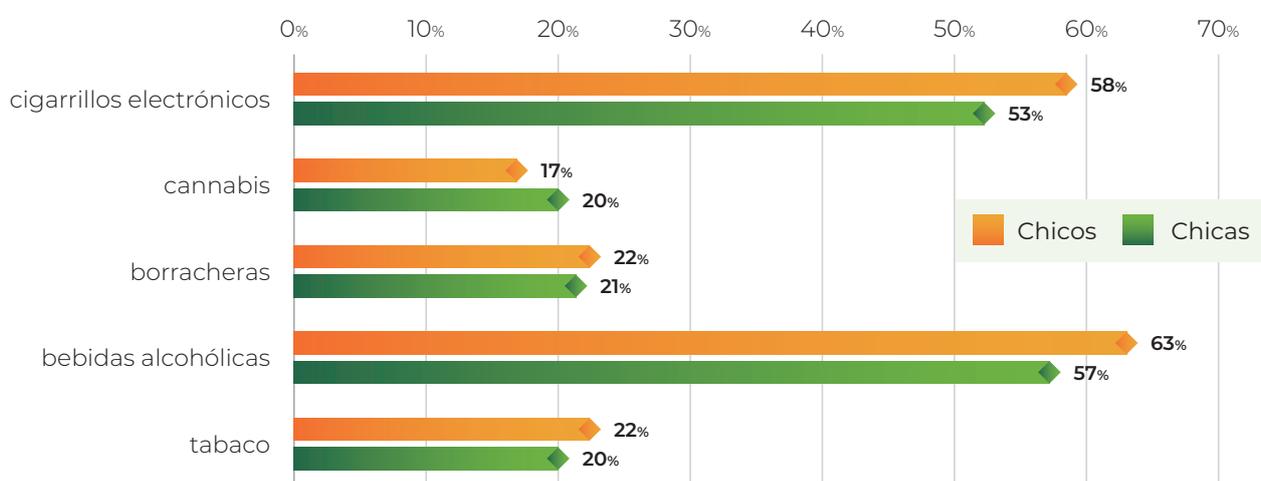
Gráfico 45. Prevalencia del consumo de sustancia psicoactivas en chicos y chicas de 14 a 18 años. España y Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de «Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2023». Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA).

En cuanto al consumo de sustancias entre chicos y chicas, las chicas presentan una mayor prevalencia de consumo en casi todas las sustancias que los chicos excepto en el consumo de cannabis. En cuanto al consumo de tabaco, las chicas presentan una mayor prevalencia (21,9%) en comparación con los chicos (20,4%), así como en el caso del uso de cigarrillos electrónicos, las chicas también presentan una prevalencia mayor (58,0%) en comparación con los chicos (52,9%). En el consumo de bebidas alcohólicas, también es más frecuente entre las chicas (62,9%) con respecto a los chicos (56,6%), en este caso las borracheras también son ligeramente más comunes entre las chicas (22,4%) que entre los chicos (20,7%). Pero en el consumo de cannabis la prevalencia es más elevada entre los chicos (20,0%) en comparación con las chicas (17,2%).

Gráfico 46. Prevalencia del consumo de sustancia psicoactivas en chicos y chicas de 14 a 18 años. España y Andalucía, 2023



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia en Andalucía a partir de «Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES 2023». Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA).

2.7. USO DE ORDENADOR, INTERNET Y DISPOSICIÓN DE TELÉFONO MÓVIL. ANDALUCÍA

En Andalucía, el porcentaje de chicos y chicas de 10 a 15 años que han utilizado un ordenador en los últimos tres meses es del 95,5 %, situándose ligeramente por debajo de la media nacional (95,8 %). Desde 2006, para la mayoría de los años, Andalucía ha registrado cifras inferiores a las de España, con la única excepción de 2014, que supera la media nacional por 0,7 puntos.

Tabla 17. Porcentaje de chicos y chicas de 10 a 15 años usuarios de ordenador en los últimos tres meses. España y Andalucía, 2006-2024

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
España	74,4	92,7	94,1	94,5	94,6	95,6	96,1	95,2	93,8	95,1
Andalucía	65,7	90,1	90,1	93,5	93,8	93,8	95,8	94,6	95,4	94,7
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
España	94,9	92,4	91,3	89,7	91,5	95,1	93,1	93,1	95,8	
Andalucía	91,6	91,6	85,7	86,2	85,5	95,1	90,2	86,9	95,5	

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024. INE.

El 97,5 % de los chicos y chicas andaluces han utilizado Internet en los últimos tres meses. Este dato sitúa a Andalucía un punto y medio por encima de la media española, que es del 96 %.

Andalucía ha mantenido porcentajes similares a la media nacional o ligeramente superiores en 2012, 2013, 2015, 2017 y 2021. En 2024 se sitúa 1,5 puntos por encima de la media.

Tabla 18. Porcentaje de chicos y chicas de 10 a 15 años usuarios de Internet en los últimos tres meses. España y Andalucía, 2006-2024

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
España	72,2	76,9	82,2	85,1	87,3	87,1	91,2	91,9	92,0	93,6
Andalucía	63,5	72,8	74,5	80,7	85,3	86,0	91,5	92,0	90,7	93,6
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
España	95,2	95,1	92,8	92,9	94,5	97,5	94,9	94,7	96,0	
Andalucía	94,6	96,0	89,7	90,7	91,3	97,9	91,7	92,7	97,5	

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024. INE.

En cuanto a la disponibilidad de teléfono móvil, Andalucía (74,3 %) también supera la media española (69,6 %) y se sitúa entre las comunidades con mayor penetración de este dispositivo entre chicos y chicas de 10 a 15 años.

Tanto en Andalucía como en España se observa una tendencia creciente en la disponibilidad de teléfonos móviles entre chicos y chicas de 10 a 15 años. En algunos años, Andalucía ha superado claramente la media española, destacando 2021, 2023 y 2024, cuando se situó casi 5 puntos porcentuales por encima.

Tabla 19. Porcentaje de chicos y chicas de 10 a 15 años que disponen de teléfono móvil. España y Andalucía, 2006-2024

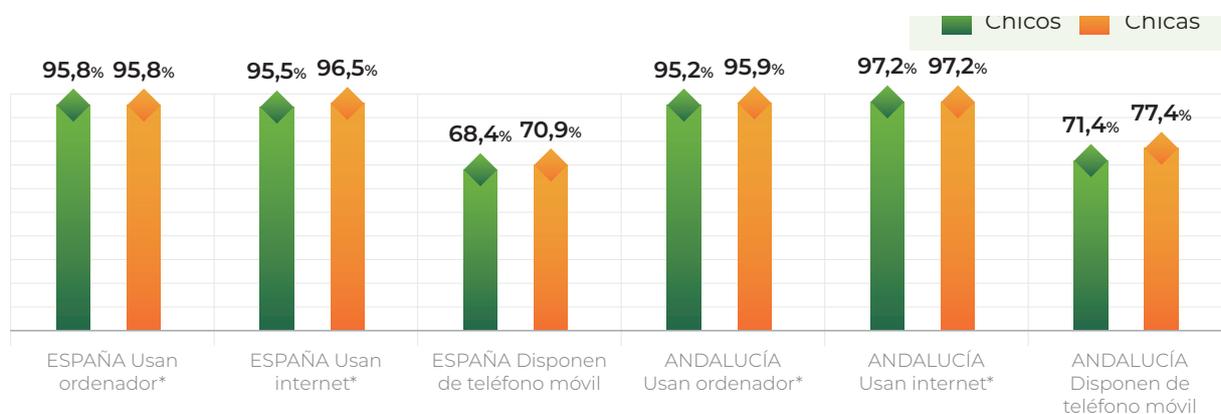
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
España	58,4	64,7	65,8	68,4	66,7	65,8	65,8	63,1	63,5	67,0
Andalucía	55,6	67,5	64,1	69,3	66,5	60,7	64,9	58,9	65,6	63,9
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
España	69,8	66	69,8	66,0	69,5	68,7	69,5	70,6	69,6	
Andalucía	71,3	68,4	67,6	64,0	67,6	72,3	68,9	74,1	74,3	

Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024. INE.

El uso de ordenadores e Internet en España y Andalucía es similar entre chicos y chicas, con pequeñas diferencias en el acceso a Internet, donde las chicas presentan un porcentaje ligeramente superior. En España, el 95,8 % de los chicos y chicas utilizan ordenadores, una cifra prácticamente igual a la de Andalucía. Sin embargo, en el acceso a Internet, en Andalucía los porcentajes son más altos, tanto en chicos (97,2 %) como en chicas (97,2 %).

En cuanto a la disponibilidad de teléfonos móviles, la diferencia entre sexos es más marcada a favor de las chicas. En Andalucía, el 77,4 % de ellas dispone de un teléfono móvil, seis puntos porcentuales por encima de los chicos.

Gráfico 47. Distribución de chicos y chicas de 10 a 15 años usuarios de TIC según sexo. España y Andalucía, 2024



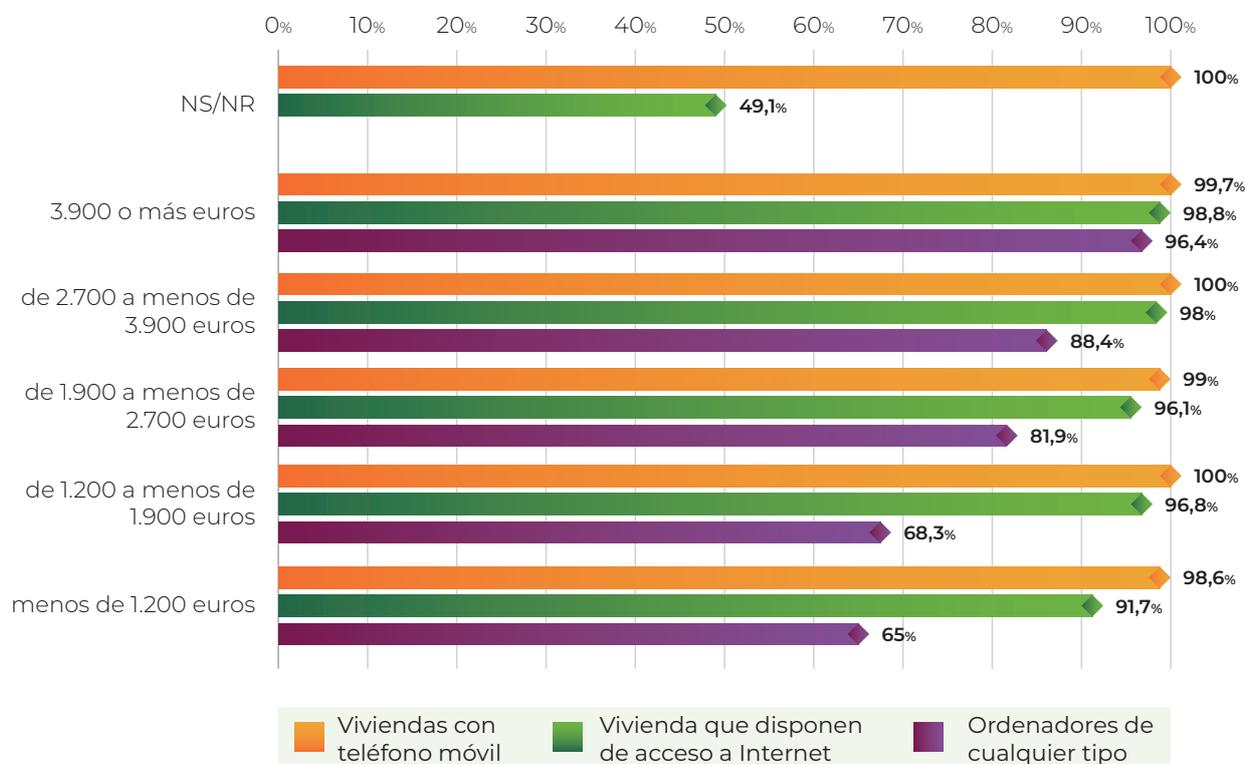
Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024. INE.

2.7.1. EQUIPAMIENTO TIC EN LOS HOGARES ANDALUCES

Si analizamos el porcentaje de viviendas en Andalucía que cuentan con equipamiento de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en 2024, según los ingresos mensuales netos del hogar, los datos muestran que la presencia de teléfonos móviles es prácticamente universal en todos los niveles de ingresos. El acceso a Internet sigue una tendencia similar, aunque presenta una ligera disminución en los hogares con menores ingresos.

No obstante, la mayor brecha digital se observa en la disponibilidad de ordenadores, cuya presencia disminuye significativamente a medida que los ingresos del hogar son más bajos.

Gráfico 48. Porcentaje de vivienda con equipamiento TIC según ingresos mensuales netos del hogar. Andalucía, 2024



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024. INE

2.7.2. ACTIVIDADES REALIZADAS DIARIAMENTE EN INTERNET DE LUNES A VIERNES. ANDALUCÍA

Para conocer qué hacen en Internet los chicos y chicas de 12 a 20 años en Andalucía, tomaremos como referencia, de nuevo, la encuesta «La población andaluza ante las drogas XV»¹⁰.

Durante la semana, los chicos suelen usar Internet principalmente para el entretenimiento, especialmente para jugar en línea y ver películas o videos. En cambio, las chicas lo utilizan más para comunicarse a través de redes sociales y mensajería instantánea, además de escuchar música.

¹⁰ Ruiz Benítez, B. y Alaminos Romero, F.J. (2022). La población andaluza ante las drogas XV. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/publicaciones/detalle/364435.html> El objetivo principal de esta encuesta es conocer la prevalencia del consumo de distintas sustancias psicoactivas y de las adicciones comportamentales entre la población andaluza de 12 a 64 años, y sus principales características sociodemográficas. Según grupos de edad, la población de 12-20 años supone un 14,4 % (857.511 personas -441.620 chicos y 415.891 chicas-) del total. El tercer bloque de esta encuesta contiene información sobre las actividades que se realizan en internet y la frecuencia en la que se realizan las mismas y se analiza el uso de las redes sociales y de videojuegos y/o juegos *on line*.

Tabla 20. Porcentaje de chicos y chicas que conectan diariamente a Internet de lunes a viernes y realizan algunas de las siguientes actividades según grupo de edad. Andalucía, 2021

		Trabajo o estudios	Información actualidad	Escuchar música	Ver películas o Vídeos	Juegos <i>online</i>	Redes sociales	Mensajería instantánea	Compras	Encontrar pareja. Tener citas
CHICOS	12-13 años	79,5%	53,8%	75,1%	71,7%	60,8%	80,8%	96,6%	4,5%	2,3%
	14-15 años	85,2%	60,5%	75,2%	81,4%	63,7%	93,4%	99,3%	8,6%	3,8%
	16-20 años	66,0%	66,6%	84,3%	78,7%	65,8%	95,8%	100,0%	25,1%	9,1%
CHICAS	12-13 años	82,8%	57,1%	75,5%	68,4%	35,0%	84,6%	98,1%	8,5%	1,7%
	14-15 años	83,8%	55,7%	79,1%	68,0%	36,4%	96,6%	100,0%	11,0%	2,1%
	16-20 años	75,1%	76,4%	87,1%	72,2%	29,9%	98,3%	99,3%	30,7%	7,5%
TOTAL: 12-64 años		54,3%	78,9%	64,1%	55,8%	22,2%	81,6%	99,1%	26,8%	4,8%
Hombres 12-64 años		56,3%	80,0%	64,0%	58,7%	28,3%	78,6%	99,0%	26,6%	6,2%
Mujeres 12-64 años		52,3%	77,9%	64,1%	53,2%	16,5%	84,4%	99,2%	26,9%	3,6%

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de «La población andaluza ante las drogas XV». Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022.

2.7.3. ACTIVIDADES REALIZADAS DIARIAMENTE EN INTERNET LOS FINES DE SEMANA. ANDALUCÍA

Los fines de semana, el uso de Internet para el estudio o la realización de trabajos disminuye considerablemente. En su lugar, aumentan las actividades de ocio, como ver películas, escuchar música o jugar en línea. La mayor diferencia entre géneros se da en los juegos en línea.

Tabla 21. Porcentaje de chicos y chicas que conectan diariamente a Internet de lunes a viernes y realizan algunas de las siguientes actividades según grupo de edad. Andalucía, 2021

		Trabajo o estudios	Información actualidad	Escuchar música	Ver películas o Vídeos	Juegos online	Redes sociales	Mensajería instantánea	Compras	Encontrar pareja. Tener citas
CHICOS	12-13 años	60,5%	56,6%	83,1%	89,8%	74,9%	82,9%	96,6%	5,7%	3,8%
	14-15 años	57,4%	55,8%	88,9%	92,2%	75,2%	95,1%	98,4%	11,7%	4,5%
	16-20 años	51,2%	62,6%	89,1%	86,8%	71,3%	97,7%	99,5%	26,1%	17,5%
CHICAS	12-13 años	58,4%	52,0%	82,8%	81,7%	42,5%	85,8%	97,8%	11,3%	4,8%
	14-15 años	60,8%	55,9%	84,7%	83,5%	38,3%	97,6%	98,0%	13,1%	1,1%
	16-20 años	58,0%	68,7%	89,8%	82,6%	34,3%	97,6%	100%	33,8%	9,9%
TOTAL: 12-64 años		38,0%	75,3%	69,32%	64,7%	25,6%	81,4%	99,0%	30,7%	6,6%
Hombres 12-64 años		39,9%	77,2%	69,9%	69,7%	33,4%	78,9%	98,6%	31,3%	9,0%
Mujeres 12-64 años		36,2%	73,6%	68,5%	59,9%	18,1%	83,7%	99,3%	30,2%	4,4%

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de «La población andaluza ante las drogas XV». Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022.

2.7.4. VÍCTIMIZACIONES DE PERSONAS MENORES DE EDAD SEGÚN TIPO DE CIBERDELITO. ANDALUCÍA

Para analizar las victimizaciones de personas menores de edad según tipo de ciberdelito en Andalucía, vamos a partir de los datos que nos ofrece el «Portal estadístico de criminalidad» ¹¹del Ministerio del Interior (2023).

En Andalucía, durante 2023, se registraron 952 casos de victimizaciones por ciberdelito a personas menores de edad, lo que representa el 1,6 % del total de victimizaciones en todas las edades (57.981).

Al observar el desglose por tipo de ciberdelito, destaca que el 91,4 % de las víctimas de delitos sexuales en entornos digitales son personas menores de edad (299 de 327). Esto significa que casi la totalidad de estos delitos afectan directamente a niños, niñas y adolescentes.

Tabla 22. Número de victimizaciones de personas menores de edad de ciberdelito. Andalucía, 2023

	Chicos	Chicas	TOTAL
Acceso e interpretación ilícita	58	64	122
Amenazas y coacciones	177	148	327
Contra el honor	6	16	22
Delitos sexuales	170	129	299
Falsificación informática	11	14	25
Fraude informático	74	75	149
Interferencia en datos y en sistema	4	4	8

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de «Portal Estadístico de criminalidad». Ministerio del Interior, 2023.

3. ACTUACIONES DE LA DEFENSORÍA: QUEJAS Y CONSULTAS

Este capítulo recoge las principales quejas y consultas tramitadas por la Institución a lo largo del ejercicio 2024, tanto en su condición de Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía como de Defensor del Pueblo Andaluz. Dichas actuaciones tienen su piedra angular en la defensa y protección de los derechos e intereses de la infancia, la adolescencia y la juventud en nuestra Comunidad Autónoma.

¹¹ Portal Estadístico Criminalidad, Ministerio del Interior - Gobierno de España. Series anuales. Cibercriminalidad. Comunidades y Ciudades Autónomas || Series anuales. Cibercriminalidad. Provincias. <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/datos.html?type=pcaxis&path=/Datos5/&file=pcaxis>

El relato de las quejas comienza con las gestiones realizadas, bien a instancia de la ciudadanía, o bien promovidas de oficio por la Defensoría; y, se realiza un breve resumen de las consultas que, en asuntos de infancia y adolescencia, se han formulado por cualquiera de los medios que tiene operativos la Institución para atender a los ciudadanos y ciudadanas, con especial incidencia en aquellas recibidas a través del Servicio gratuito del Teléfono de la Infancia y Adolescencia (900 212 124).

En este contexto, el número total de actuaciones en asuntos que afectan a las personas menores de edad a lo largo del año 2024 se ha elevado a 4.292, de las cuales 1.667 se refieren a quejas nuevas, 506 relativas a quejas procedentes de años anteriores, y 2.619 a consultas.

3.1. QUEJAS

3.1.1. DATOS CUANTITATIVOS

Durante el año 2024, en asuntos de infancia, adolescencia y juventud, se ha tramitado un total de 1.667 expedientes de quejas, de los cuales 1.633 fueron instados por la ciudadanía y 34 se iniciaron de oficio promovidos por la Institución. Junto con estas actuaciones se han realizado otras 506 procedentes de quejas iniciadas en años anteriores, por lo que el total de quejas tramitadas en dicho ejercicio se eleva a 2.173.

Con independencia de datos estadísticos, cuyo desarrollo se encuentra en los anexos de este informe, pasamos a dar cuenta del contenido de las principales quejas tramitadas en el ejercicio de 2024. Para esta tarea, y siguiendo la iniciativa de ejercicios anteriores, el relato de las gestiones desarrolladas se presenta atendiendo al derecho afectado de las personas menores de edad por las actuaciones de las administraciones públicas.

3.1.2. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS

3.1.2.1. Derecho a la protección de la salud

El genérico derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 43 de nuestra Constitución, cobija bajo su manto protector a todas las personas, con independencia de su edad.

En este sentido, ninguna particularidad presenta respecto de las personas mayores el derecho a la protección de la salud que ha de procurarse igualmente a la infancia y la adolescencia, cuando se trata de la obligación que compete a los poderes públicos en la organización y tutela de las medidas, prestaciones y servicios precisos para ello.

Ello no es óbice para que las especiales necesidades y singularidades de este colectivo de personas de menor edad, se hayan estimado dignas de consideración y, como tales, reflejado de forma expresa en la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, que dentro de la promoción del bienestar de la infancia y adolescencia, regula los diversos aspectos garantizados de su derecho a la salud y a la atención sanitaria (art. 49).

Partiendo de esta consideración inicial, en las líneas que siguen recogemos las principales cuestiones planteadas en torno a los derechos sanitarios específicamente reconocidos a las personas menores de edad en función de su etapa vital.

3.1.2.1.1. Salud pública

En el ámbito de la salud pública, la prevención de la enfermedad desempeña un papel fundamental cuando se trata de infancia y adolescencia, materializándose en la práctica de forma significativa a través de la garantía de acceso a la vacunación, cuyo calendario se actualiza prácticamente todos los años en la página web del sistema sanitario público, [Andavac](#), que contiene las correspondientes y el detalle de su planificación.

Con todo, subsisten de forma esporádica discrepancias referidas a la vacunación de menores cuyos progenitores tienen cobertura en su atención sanitaria a través del sistema mutualista o del aseguramiento privado, al reclamar que la misma se proporcione a sus hijos en los Centros del sistema sanitario público andaluz (queja 24/5162).

No se trata de una pretensión ajustada a la normativa, por lo que en estos casos puntuales, la Institución ha de realizar una labor de asesoramiento, proporcionando la información adecuada.

Y es que, dejando al margen a quienes residen en municipios de menos de 20.000 habitantes que, por falta de servicio sanitario en la zona por parte de su mutualidad, cuentan con un convenio específico que les permite ser vacunados en los centros de salud del Servicio Andaluz de Salud, la regla general para los mutualistas con aseguramiento privado es la de contactar con la entidad correspondiente y vacunarse conforme a las instrucciones que les ofrezca la misma, que normalmente consisten en reconducir su vacunación a las consultas de los centros establecidos para dispensar atención a este colectivo.

Asimismo, respecto de las campañas de vacunación que se despliegan en el ámbito escolar de Educación Infantil, los alumnos y alumnas de mutualidad sólo pueden ser vacunados previa autorización por parte de la misma.

También en el ámbito de la salud pública, hemos conocido el enfoque ofrecido en el coloquio referido a la «Inclusión de la promoción de la lactancia materna en los diferentes retos de las políticas de salud pública», desarrollado en noviembre de 2024 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), en el marco del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia en Andalucía 2021-2025 y del Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía de la Consejería de Salud.

Dicho proyecto parte de la experiencia de la pionera a nivel mundial Estrategia brasileña de promoción de la lactancia materna en su cuarenta aniversario, poniendo en valor la lactancia materna como bien social compartido y de carácter intersectorial y pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la creación en Andalucía en una red de bancos de leche humana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), dado que actualmente los tres bancos existentes en Sevilla, Córdoba y Granada funcionan de manera independiente.

3.1.2.1.2. Atención sanitaria a personas menores de edad

Por lo que atañe a la atención sanitaria en el nivel primario, podemos decir que la atención a la población infantil presenta un menor número de quejas que las que suscitan la de las personas mayores de edad. No obstante, en 2024 se han reproducido los ya conocidos problemas para que esta atención se preste de forma específica por especialistas en pediatría.

Efectivamente, hemos conocido dificultades en algunas zonas, causadas por la ausencia temporal de pediatras en sus centros de salud y consultorios, normalmente relacionadas con vacaciones, incapacidades temporales, jubilaciones, traslados y otras incidencias del personal sanitario, que no pueden ser suplidas o cubiertas con otros profesionales pediatras, por la falta de disponibilidad de los mismos.

Este fue el caso de varias quejas recibidas en relación con la carencia de especialista en pediatría en los consultorios de Benacazón y Villamanrique de la Condesa y en el Centro de Salud de Aznalcóllar (Sevilla), los tres pertenecientes al Distrito Sanitario Aljarafe. Las actuaciones iniciadas las orientamos a conocer las razones concurrentes, a ahondar en el horizonte que pudiera vislumbrarse, según que se tratara de situaciones transitorias o definitivas y, sobre todo, las medidas de reorganización adoptadas para garantizar la atención sanitaria a las personas en edad pediátrica y sus posibles mejoras.

Sobre el particular la Administración sanitaria ofreció las explicaciones oportunas, que habían requerido derivar la atención pediátrica durante un tiempo a otros municipios del Distrito Sanitario, hasta que los centros sanitarios afectados pudieron recuperar su apreciada consulta de pediatría.

Los testimonios que las madres y padres afectados por estas mermas ocasionales nos trasladan, constatan que se trata de situaciones sobrevenidas que, entretanto se pueden adoptar las disposiciones oportunas por la Administración sanitaria, indudablemente producen un perjuicio a la ciudadanía que debe desplazarse a otros municipios para la atención pediátrica, en ocasiones con una red de transporte público que no facilita el movimiento entre los núcleos afectados y las dificultades para la obtención de citas; así como también perjudican a la ciudadanía y a los centros sanitarios en los que se centraliza la atención pediátrica, que sufren una carga asistencial añadida.

Según hemos podido conocer, el problema común parece ser la falta de efectivos de pediatría para cubrir las vacantes existentes, razón por la cual desde la Dirección del Distrito Sanitario Aljarafe se ha reestructurado el servicio, centralizándose la asistencia a la población infantil en algunas localidades de forma provisional en tanto se cubren las plazas vacantes, y poniendo en marcha una convocatoria específica de pediatría para todas las plazas vacantes en el Distrito (quejas 24/8063, 24/8117, 24/8235, 24/8236, 24/8237, 24/8238, 24/8239, 24/8240, 24/8241 y 24/9054, entre otras).

En otro ámbito de la atención pediátrica, el de la Atención Temprana infantil, en 2024, hemos recibido varias quejas procedentes de la provincia de Almería en relación con las demoras, en algunos casos superiores al año, para que niños y niñas menores de seis años recibieran atención temprana en el correspondiente Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT) (queja 24/2544, queja [24/4298](#), queja 24/10024).

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

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

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

Desde la perspectiva de la deseable planificación, podemos citar el sometimiento a información pública del borrador inicial del I Plan Integral de Atención Infantil Temprana de Andalucía 2024-2028.

3.1.2.1.3. Atención sanitaria a menores víctimas de violencia de género o explotación sexual

La violencia de género y sexual sobre niñas niños y adolescentes es un campo de especial interés cuando se trata de su salud, dado que este tipo de experiencias traumáticas inciden sobre el plano físico y el psicológico, como es entendible, y requieren por ello de un enfoque especial en el ámbito sanitario.

El artículo 49.5 de la Ley 4/2021 dispone que «Las niñas, niños o adolescentes que hayan sufrido cualquier forma de violencia, violencia de género, trata de seres humanos y mutilación genital femenina recibirán por parte del sistema sanitario público las atenciones necesarias para su recuperación integral, estableciéndose, por parte de la Administración de la Junta de Andalucía, los medios necesarios para ello».

Precisamente en el mes de noviembre de 2024 personal de esta Institución asistió en Sevilla a las «Jornadas provinciales de ámbito sanitario ante la violencia de género», organizadas por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, la Escuela Andaluza de Salud Pública y las ocho Delegaciones Territoriales de Salud y Consumo. Dichas jornadas facilitan un espacio de puesta en común sobre la situación del abordaje institucional sobre la violencia de género en cada provincia, presentando estrategias para mejorar la atención y la coordinación a la violencia de género desde el ámbito sanitario.

Y compartimos la importancia de la formación del personal sanitario y del ámbito social cuando se trata de atención a niñas y adolescentes posibles víctimas de violencia sexual, dado que es clave el papel que en la atención a las mismas desempeñan los profesionales que forman parte de los centros sanitarios. Más allá de la asistencia médica, es fundamental garantizar un entorno de confianza, empatía y respeto, donde la atención sanitaria no solo contribuya a la recuperación física y a la recolecta de pruebas, sino también al bienestar emocional de la víctima y su entorno. Para ello, la formación especializada del personal, el cumplimiento riguroso de los protocolos de actuación y la coordinación entre los distintos

agentes implicados resultan esenciales. Un abordaje inadecuado que no solo puede revictimizar a la persona afectada, sino también dificultar la denuncia y el acceso a los recursos de apoyo necesarios.

Así lo constatamos la pasada anualidad, cuando debimos ahondar en el «[Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía](#)» (revisado en 2024), al hilo de la queja presentada por una mujer que nos manifestaba su disconformidad con el trato de una trabajadora social de su centro de salud en la provincia de Málaga en el año 2023, tras el abuso sexual sufrido por su hija de 13 años. Según su testimonio, la profesional minimizó y cuestionó la agresión, centrándose en reprocharle que la menor tuviera novio y afirmando que la agresión «tampoco era para tanto». La actitud de la profesional no generó un clima de confianza ni empatía, que como hemos señalado son aspectos fundamentales en la atención a víctimas de violencia sexual.

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

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

La Administración sanitaria aceptó todas las sugerencias y comunicó que la dirección del centro de salud y el referente en violencia de género se reunieron con la trabajadora social y otros profesionales implicados para recabar información y adoptar medidas correctivas, entre ellas la realización de un curso específico sobre el protocolo de actuación ante la violencia en la infancia y adolescencia, con el objetivo de mejorar la atención a estos casos (queja 23/4986).

3.1.2.1.4. Vicisitudes en la atención sanitaria a menores de Muface

Muface es el organismo público que gestiona el Mutualismo Administrativo como mecanismo de cobertura del sistema de Seguridad Social para los Funcionarios Civiles del Estado, en activo o jubilados, incluyendo dentro de su acción protectora, entre otros servicios y prestaciones, la asistencia sanitaria.

La Mutualidad, sin embargo, no dispone de recursos sanitarios propios para facilitar directamente la prestación de asistencia sanitaria, por lo que, conforme a los términos establecidos en su normativa reguladora, facilita la prestación de asistencia sanitaria a través de conciertos con el Sistema Sanitario Público y con diversas entidades de seguro de asistencia sanitaria.

Por otra parte, Muface, como Administración sanitaria, forma parte del Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, debe garantizar el acceso de su colectivo protegido a las distintas modalidades

que conforman la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, a tenor de la normativa sanitaria vigente en cada momento.

Ello condiciona el contenido del concierto de asistencia sanitaria que Muface suscribe con entidades de seguro de asistencia sanitaria, dado que dicho concierto debe comprender como mínimo todas las prestaciones que conforman la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la normativa sanitaria de aplicación.

Sobre este planteamiento, se plantean dos cuestiones. La primera de ellas relativa a determinar si la vacunación del VPH a niños de 13 años forma o no parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuya respuesta es positiva. En octubre de 2022, la Comisión de Salud Pública, que reúne a los directores generales de salud pública de las comunidades autónomas y al Ministerio de Sanidad, aprobó la inclusión de las vacunaciones de los chicos de 12 años contra el virus del papiloma humano (VPH), medida que fue posteriormente confirmada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tras lo cual la citada vacuna se ha incorporado al Calendario vacunal para toda la vida de 2023.

La segunda cuestión es el lugar donde debe acudir a vacunar a su hijo, como beneficiario de MUFACE, si en un centro del sistema sanitario público andaluz, en caso de existir concierto a tal fin, o en un centro de una entidad de seguro de asistencia sanitaria.

Pues bien, sin perjuicio de lo previsto en los correspondientes Convenios Rurales para la asistencia en municipios de menos de 20.000 habitantes que modifican esta regla, los Centros de Vacunación de las CCAA o Centros de salud no están obligados a dispensar ni facilitar las vacunas a aquellos mutualistas que no estén adscritos al Servicio Autonómico de Salud correspondiente salvo que así lo decida la propia comunidad autónoma. Son las entidades las obligadas, por el vigente Concierto de Asistencia Sanitaria, a facilitar y financiar las vacunas incluidas en el calendario de vacunación para todas las edades y las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo.

3.1.2.2. Derecho a la educación

3.1.2.2.1. Derecho a la educación y agenda 2030

La educación adquiere un destacado protagonismo en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Objetivo 4 de dicha Agenda se dirige a garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante «toda la vida para todos». Argumenta dicho reto que invertir en una educación de calidad es básico para mejorar la vida de las personas y, por lo tanto, para contribuir al desarrollo sostenible. Solo a través del acceso a la educación de toda la población se puede garantizar un crecimiento económico y social sostenible, así como una mayor preocupación y acción respecto al medioambiente.

Además de dicho Objetivo, queremos traer a colación otro aspecto donde el Sistema educativo adquiere un destacado protagonismo. Nos referimos a la Meta 3.4 relativa a la tasa de mortalidad por suicidio, cuyo propósito es que, en el 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mental.

Es un hecho que el suicidio representa un grave problema de salud pública y una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países. La sociedad suele ser reacia a tratar, debatir o hablar de este fenómeno. Siempre se ha considerado un asunto tabú, de manera singular para las familias afectadas por esta tragedia. El insoportable dolor y frustración que produce en el seno familiar el fallecimiento de uno de sus miembros por esta causa ha propiciado que durante mucho tiempo el problema haya sido silenciado, sobre todo por temor a un cierto efecto mimético. Sin embargo, son cada vez más los expertos que cuestionan la ocultación del suicidio como una forma de prevenir su creciente incidencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace tiempo que alertó sobre el incremento de las muertes por suicidio a nivel mundial. Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo aunque por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos.

Pues bien, por mucho que nos pueda extrañar y nos resulte difícil de comprender, los adolescentes también se suicidan, no solo las personas adultas. Especialmente preocupantes son las cifras aportadas por la señalada OMS según las cuales el suicidio, a nivel mundial, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.

Este incremento de las muertes por suicidios de la población adulta y en especial de los jóvenes así como los intentos de autolisis, de modo singular tras la pandemia, ha puesto en el debate el alcance del fenómeno y la necesidad de intervenir. Hemos pasado del silencio al reconocimiento del problema. Pero ello no es suficiente, tenemos que ir del silencio a la acción.

En este contexto, el Consejo Europeo ya ha solicitado mayor implicación de la investigación científica, la educación en la escuela y los centros de atención médica con la finalidad de prevenir el suicidio en niños y adolescentes para convertirlo en una prioridad política. Es por ello que se ha realizado un llamamiento a las autoridades sanitarias, educativas y a la conciencia ciudadana para frenar las cifras de adolescentes y jóvenes que deciden poner fin a sus vidas.

Por su parte, el Consejo General de la Psicología insiste en la necesidad de diseñar e implementar una estrategia multidisciplinar y coordinada para la prevención del suicidio, que ofrezca una respuesta integral y que dé cuenta de la naturaleza multicausal de los comportamientos suicidas. Para tal finalidad propone determinadas acciones como: concienciar a la población sobre el suicidio, luchar contra los tabúes y estigmas de los problemas de salud mental, mejorar la detección de la depresión en la población infanto-adolescente en el ámbito educativo, desarrollar acciones coordinadas entre los profesionales sanitarios y otros sectores (educación, servicios sociales, policía), o identificar colectivos vulnerables según el nivel de riesgo para la prevención de la conducta suicida.

Acorde con el objetivo de la meta 3.4 vamos a centrar nuestro análisis en el papel de la escuela en la educación emocional del alumnado y como instrumento para prevenir el suicidio.

Hemos de partir de la base de que el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes representa un componente esencial de su desarrollo general y debe constituir una prioridad de las instituciones educativas. La salud emocional no supone la ausencia de problemas; antes al contrario, el bienestar emocional es la capacidad del niño o niña para enfrentarse a los desafíos de la vida con resiliencia y

optimismo. Supone que el menor debe aprender a reconocer y gestionar sus emociones, a desarrollar una autoestima saludable y a construir relaciones positivas.

Ante este nuevo escenario de intervenciones de la escuela, las distintas leyes educativas han venido a reflejar un reconocimiento creciente de la importancia de la salud emocional en el desarrollo integral de los estudiantes que les permita obtener las herramientas necesarias para gestionar sus emociones y mejorar sus relaciones interpersonales.

Citamos la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, que, aunque no contiene un precepto específico dedicado a las competencias emocionales, el preámbulo de la norma y varios de sus preceptos destacan la importancia de la dimensión afectiva en la educación.

En cambio, la vigente [Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre](#), por la que se modifica la Ley de 2006, aborda la educación emocional en varios de sus artículos cuando reconoce que los fines del sistema educativo incluyen el pleno desarrollo de la personalidad y capacidad del alumnado; cuando habla de la educación en el ejercicio de la tolerancia y la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia y de prevención de conflictos; cuando menciona la educación en la responsabilidad individual del mérito y esfuerzo personal; o cuando incluye la formación de la paz, el respeto de los derechos humanos, a los seres vivos y al medio ambiente. Para estos fines, las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional (art. 71).

Ante este escenario que ha diseñado la ley educativa, resulta evidente que el profesorado y resto de profesionales del centro educativo deben estar atentos a las señales de angustia emocional, tales como cambios en la personalidad o el comportamiento (por ejemplo, cuando el niño o adolescente está más retraído, se le ve triste, más irritable, ansioso, cansado o apático, o comienza a actuar de forma errática, implicándose en acciones perjudiciales para sí mismo u otras personas), y también ante los patrones de sueño o los hábitos alimenticios. Cuando se visualizan dichas señales, los profesionales de la educación deben prestar apoyo al alumno o alumna antes de que la situación se agrave y pueda desembocar en un intento de autolisis, y ello sin perjuicio de que cada situación deberá ser abordada en el contexto profesional especializado que se estime pertinente.

Detectar e intervenir en los casos señalados no es tarea fácil; en absoluto. Por ello, hemos de congratularnos de que Andalucía se haya sumado a las comunidades autónomas que cuentan con protocolos específicos para la prevención del suicidio en el ámbito educativo. Una iniciativa que fue expresamente demandada por esta Institución, y que viene a dar cumplimiento a la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que establece que las administraciones educativas regularán los Protocolos de actuación contra el abuso y el maltrato, el acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género, violencia doméstica, suicidio y autolesión (art. 34).

El mencionado documento denominado «[Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado](#)» pretende guiar y acompañar a los centros en la elaboración de una propuesta de prevención, protección e intervención para situaciones de riesgo o evidencia de conductas suicidas y autolesiones, contando con el apoyo del Servicio de Inspección Educativa y de otras instancias que puedan asesorar al centro. Su objetivo es poner en marcha una serie de mecanismos de atención, cuidado y protección especial del alumnado afectado.

Para ello, las tareas de planificación del centro, con especial participación del Coordinador o Coordinadora de Bienestar y Protección y la Orientación Educativa, así como la coordinación con la familia y con los servicios especializados (Salud y, en su caso, Servicios Sociales) que puedan conocer del caso, debe considerarse fundamental.

Las bondades de la iniciativa descrita obliga a los centros educativos a contar con una serie de recursos. Recursos personales y materiales para poder ejercer las encomiendas sobre prevención del suicidio de modo eficaz y eficiente. Y es que no podemos olvidar que el profesorado y equipos directivos de los colegios e institutos se enfrentan cada vez a un panorama más complejo desempeñando, junto con el trabajo de transmisión de conocimientos tradicional, otros roles esenciales en la formación emocional y social del alumnado.

Por otro lado, como ya hemos tenido ocasión de exponer en diferentes foros, nos preocupan los importantes desafíos a los que se están enfrentando aquellos y aquellas profesionales que tienen encomendadas las funciones de Coordinador o Coordinadora de bienestar social. Representan un papel esencial para detectar y apoyar al alumnado en situación de vulnerabilidad, proporcionando una comunicación y coordinación fundamental entre la escuela, la familia y otras administraciones públicas (servicios sociales y salud). Su trabajo es importante, diverso y complicado: deben manejar casos de suma complejidad, coordinar recursos limitados, ofrecer apoyo a niños, niñas y adolescentes con problemas de bienestar emocional. Y en un alto porcentaje de los casos, todas estas loables actuaciones se realizan teniendo que compatibilizarlas con sus tareas escolares ordinarias.

Con fundamento en todo lo señalado, esta Defensoría no puede por menos que reclamar de las administraciones educativas todos los recursos necesarios para que los profesionales de la Escuela puedan desarrollar su labor de prevención del suicidio adecuadamente. No se trata solo de una cuestión laboral, que también, se trata sobre todo y ante todo de que se puedan llevar a cabo todas las acciones y medidas previstas por el ordenamiento jurídico para proteger al alumnado con problemas de bienestar emocional y como prevención del suicidio.

3.1.2.2.2. Educación infantil 0-3 años

Se consolida la tendencia iniciada en años anteriores sobre la disminución de quejas de la ciudadanía en lo que respecta al primer ciclo de la educación infantil. El origen del fenómeno no se encuentra en cambios en los hábitos de las familias, ni que estas opten por el cuidado de los niños y niñas en el domicilio hasta acceder a un centro escolar, ni tan siquiera porque las familias carezcan de recursos económicos para sufragar el coste de esta etapa educativa –prácticamente subvencionada al 100%–; la razón principal estaría en el hecho de que nos encontramos en mínimos históricos en cuanto a nacimientos.

Tanto es así que en el ejercicio de 2024, del total de plazas ofertadas en esta etapa educativa –124.600–, fueron, de manera aproximada, unas 30.000 las que quedaron vacantes. Paralelamente esta circunstancia ha tenido como resultado que el 96,3% de las familias pudieron escolarizar a su hijo o hija en el centro docente señalado como prioritario. De igual manera, en muy pocas ocasiones hay que recurrir al sorteo para dirimir los empates, y también en muy pocas ocasiones no pueden acceder

al mismo centro los hermanos y hermanas, contrariamente a lo que viene aconteciendo en otras etapas educativas.

Precisamente, estas circunstancias –nos referimos a la de no poder acceder al centro prioritario–, eran las que todos los años provocaban un mayor número de quejas, siendo ahora prácticamente anecdóticas las que ponen de manifiesto la discrepancia de las familias con la escuela o centro de educación infantil asignado por la Administración ante la imposibilidad de acceder al que se solicitó en primer lugar.

Por su parte, otra de las causas por las que se presentaba un importante número de quejas era la discrepancia con el porcentaje de bonificaciones que correspondían a las familias o que no correspondiera ningún tipo de bonificación en función de la renta familiar.

Sin embargo, tras las modificaciones introducidas en los últimos años en el Programa de ayuda a las familias para el fomento de la escolarización en el primer ciclo de educación infantil, cuya regulación figura en el Anexo I del Decreto Ley 1/2017, de 28 de marzo, esta tendencia se ha visto alterada, y durante el ejercicio de 2024, el 53,88 % del alumnado escolarizado en esta etapa en Andalucía cuenta con gratuidad del cien por cien en los servicios de atención socioeducativa y comedor escolar, y prácticamente el cien por cien de las familias tienen alguna bonificación.

Son estas, pues, las razones por las que durante 2024 las quejas recibidas en esta Institución se hayan referido a cuestiones tan dispares como la supresión de una línea mixta en una escuela de Educación infantil de una localidad de la provincia de Almería (queja 23/4635); la falta de personal en otra escuela de Educación infantil de una localidad de la provincia de Granada (queja 23/7220), asunto que se solucionó tras nuestra intervención; la discrepancia de una familia con que el centro de educación infantil en el que estaba escolarizada su hija impusiera el pago de determinadas cantidades (queja 23/8043), lo que supuso que, tras nuestra actuación, se incoara expediente al centro; o la discrepancia con la baremación de solicitudes en una escuela de Educación infantil en Granada, en la que no apreciamos irregularidad.

En definitiva, podemos congratularnos con que en Andalucía, tanto por el número de plazas ofertadas en esta etapa educativa, como por el sistema de bonificaciones establecidos, el porcentaje de población infantil de 0 a 3 matriculada en escuelas y centros que imparten el primer ciclo de educación infantil haya alcanzado en 2024 el 58,3%, esto es, un 3,5% más respecto al curso anterior, superando las recomendaciones de la Unión Europea, que fija una tasa de cobertura superior al 33%.

3.1.2.2.3. Escolarización del alumnado

La bajada progresiva de la natalidad en Andalucía, como comentamos en el apartado anterior, ha significado también una disminución del alumnado que accede a los centros docentes andaluces en el segundo ciclo de Educación infantil y en la Educación primaria.

De este modo, para el curso escolar 2024-2025 la administración educativa ofertó un total de 90.592 plazas sostenidas con fondos públicos para niños y niñas de tres años que se incorporan por primera vez al Sistema educativo andaluz; de las cuales, un 80% correspondían a centros públicos y un 20%, a concertados.

Pues bien, en el proceso de escolarización del citado curso académico se presentaron 61.447 solicitudes, por lo que quedaron vacantes 29.293 plazas, o lo que es lo mismo, un 32,3% de la oferta. Esto significó que el 95,95% del alumnado accediera al centro solicitado como prioritario; el 3,26% lo hiciera en alguno de los solicitados como secundario; y solo el 0,79% hubiera tenido que ser reubicado por la administración educativa en un centro no elegido.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, es evidente que el número de incidencias producidas en el procedimiento de escolarización que comenzó en el mes de marzo de 2024 ha sido menor que en procedimientos anteriores.

En este contexto, también se ha reducido el número de quejas recibidas en la Institución que se refieren a cuestiones relacionadas con los procedimientos de escolarización.

No obstante, la problemática que persiste en torno a esta cuestión sigue siendo la reagrupación de todos los hermanos en un mismo centro docente cuando alguno de ellos, en el momento en el que fue escolarizado, no pudo matricularse donde ya lo estaban sus hermanos o hermanas.

Si bien, como señalan los números, el acceso al segundo ciclo de Educación infantil, cuando se dirime el proceso de escolarización en el centro docente deseado presenta cada vez menos problema, lo cierto es que, en cursos superiores a los señalados, para que un alumno o alumna pueda obtener plaza escolar en el centro que solicita es necesario que previamente se haya producido una vacante. Y esa vacante solo se suele dar cuando algún alumno o alumna ha repetido curso, o ha abandonado el centro por diversas circunstancias –generalmente por cambio de domicilio familiar– y, a su vez, ha accedido a otro centro docente.

La cuestión es que, una vez que se accede a un centro, es poco probable que no se concluyan todas las etapas educativas que se imparten en el mismo, por lo que también es poco usual que se produzcan vacantes sobrevenidas, impidiendo, por lo tanto, la ansiada reagrupación de hermanos a la que aludimos (quejas 24/2076, 24/5749, 24/6718, 24/6849, entre otras).

Otra cuestión que motiva la solicitud de colaboración de la Institución por la ciudadanía se refiere a los procesos de escolarización extraordinaria una vez concluido el procedimiento ordinario; en concreto, respecto de la tardanza con la que se adjudican las plazas (quejas 24/7240, 24/7357, 24/7458, 24/7523, entre otras).

Bien es cierto que la mayoría de estas solicitudes de escolarización extraordinaria se producen entre los meses de junio y septiembre, coincidiendo con los trámites del procedimiento ordinario, por lo que dependiendo del curso al que se intente acceder, y teniendo que esperar a comprobar si se producen vacantes, a veces la asignación de las plazas se prolonga hasta poco antes del inicio del curso, en el mes de septiembre, e incluso transcurridos ya unos días desde que da comienzo.

Resulta comprensible la incertidumbre de cuándo y en qué centro se producirá la escolarización, lo que provoca en las familias un nivel de nerviosismo que en ocasiones es complicado gestionar, sobre todo cuando ya ha comenzado el curso y el alumno o alumna no se ha podido incorporar a sus clases.

Por último, queremos aludir a lo que desde hace algunos años viene ocurriendo y que despierta en las familias y en los propios centros docentes cierta preocupación, cuando no descontento. Nos referimos a la supresión de líneas en distintas etapas educativas.

Pero no puede desligarse este asunto de las circunstancias a las que aludíamos al inicio de nuestra exposición, y es que la pérdida de alumnado implica la pérdida de unidades escolares, sobre todo en el primer curso del segundo ciclo de Educación infantil.

En muchas de las ocasiones, las familias y el propio centro ven en la eliminación de líneas un riesgo para la propia supervivencia del centro, así como la disminución del personal docente y apoyo al ser menor el número de alumnos y alumnas. Por contra, consideran una magnífica oportunidad el mantenimiento de las líneas, a pesar del menor número de alumnado, ya que ello deriva en una bajada de la ratio y, por consiguiente, en una mejora de la atención educativa.

Y a este posicionamiento, se contraponen el de la Administración educativa, en cuanto a que si bien es cierto que en ocasiones, y siempre dentro de determinados límites razonables, mantiene el número de líneas con el objetivo de ofrecer una buena calidad en el servicio educativo; en otras ocasiones, en los que realmente las solicitudes presentadas son muy escasas, o que por determinadas circunstancias el alumnado escolarizado ha disminuido sensiblemente, ha de proceder a la supresión de algunas líneas.

Es comprensible que esta medida provoque cierta discrepancia, pero hemos de tener presente el principio de eficiencia en la programación y ejecución del gasto público, el cual exige la adecuación de las disponibilidades presupuestarias a los objetivos propuestos en los mismos y alcanzarlos con el menor coste posible (quejas 24/1188, [queja 24/1855](#), 24/3430, 24/3434, entre otras).

3.1.2.2.4. Convivencia escolar

En relación a la convivencia en los centros docentes, el mayor número de quejas recibidas durante el año 2024 se ha referido a presuntas situaciones de acoso escolar. En algunos casos se denuncia la no apertura del protocolo correspondiente ante los hechos sucedidos, o la tardanza en hacerlo, mientras que en otras ocasiones –la mayoría– se muestra la discrepancia con que tras la tramitación del protocolo se haya determinado la no existencia de la situación de acoso.

En cuanto a estas últimas, hemos de manifestar que, en muchos casos en los que los progenitores muestran su disconformidad con la actuación de los centros docentes en relación a la situación de acoso, se evidencia el posible desconocimiento de las características que definen este fenómeno.

Tal como establece el Protocolo de actuación en supuestos de acoso escolar del Anexo I de la Orden de 20 de junio de 2011, por la que se adoptan medidas para la promoción de la convivencia en los centros docentes sostenidos con fondos públicos y se regula el derecho de las familias a participar en el proceso educativo de sus hijos e hijas, el acoso escolar ha de ser entendido «como el maltrato psicológico, verbal o físico hacia un alumno o alumna producido por uno o más compañeros y compañeras de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado».

Basado en dicha definición, las características que han de concurrir para determinar o no la existencia de acoso son las siguientes: intencionalidad de causar el daño, repetición continuada en el tiempo, desequilibrio de poder entre víctima y acosador y la indefensión y personalización. También se ha de comprobar si existe un componente colectivo o grupal, es decir, si son varios los agresores o agresoras, así como la existencia de observadores pasivos, lo que sí ocurre en la mayoría de los casos.

Sin embargo, como decimos, ignorándose o no estando conforme con las características que definen el acoso escolar, las familias confunden este con las agresiones esporádicas y otras manifestaciones violentas, aunque ciertamente graves, que se producen entre los protagonistas del suceso, pero que han de ser abordadas aplicando las medidas educativas que el centro tenga establecidas en su Plan de convivencia. Y ello de acuerdo con lo especificado en el Decreto 327/2010 y Decreto 328/2010, ambos de 13 de julio, por los que, respectivamente, se aprueban los Reglamentos Orgánicos de los institutos de Educación secundaria, y de las Escuelas infantiles de segundo ciclo, los colegios de Educación primaria, los colegios de Educación infantil y primaria y los centros públicos específicos de Educación especial (quejas 24/0629, 24/0714, 24/1137, 24/1231, entre otras).

Esta última cuestión, la de aplicación del régimen disciplinario al alumnado, también es objeto de quejas. Son situaciones en las que los progenitores discrepan con las medidas disciplinarias impuestas a sus hijos o hijas, o porque las consideran desproporcionadas y no educativas –como suele ocurrir en los casos en los que la medida es la expulsión del centro por más o menos días–, o porque, directamente, consideran que sus hijos no han sido protagonistas de los hechos y, si lo han sido, desde luego no revisten la gravedad que se le ha atribuido y que ha significado la imposición de una medida disciplinaria desproporcionada (quejas 24/2690, 24/2129, 24/3563, 24/4126, 24/4578, entre otras).

Por su parte, hay que señalar en este epígrafe, que además de aquellas quejas que versan sobre la convivencia escolar entre iguales, también están aquellas en las que el presunto acoso o actitud inadecuada está protagonizado por el personal docente. Generalmente las familias han tenido una percepción no objetiva de los hechos ocurridos, de modo que si bien podían dejar traslucir ciertas actitudes no del todo ortodoxas, no llegaban a constituir supuestos susceptibles de expediente disciplinario (quejas 24/3561, 24/3892, 24/3962, 24/5394, 24/6715 y 24/9173).

Y por último, entendemos que es merecedora de mención en este epígrafe la actuación iniciada por una madre que ponía de manifiesto su absoluto pesar porque consideraba que su hija transexual estaba siendo víctima de acoso escolar sin que por parte del centro se estuviera haciendo nada por protegerla.

A pesar de entender su sensación de inacción por parte de quienes ella consideraba que debían protegerla, lo cierto es que de toda la información que recibimos de la Delegación Territorial competente se deducía que se llevaron a cabo múltiples actuaciones para investigar los hechos denunciados, si bien no se había podido determinar con certeza, o al menos con los medios de investigación con los que cuentan los centros docentes, que existiera la situación de acoso en la que consideraba que se encontraba su descendiente.

Sin embargo, nos dirigimos a la Administración competente recordándole la necesidad e importancia que tiene que desde las distintas instituciones y órganos administrativos se insista y se faciliten los mecanismos de concienciación que sean necesarios para que los centros docentes y la comunidad educativa, en general, presten especial atención a los alumnos y alumnas transexuales.

Como refleja el Anexo VIII de Orden de 28 de abril de 2015, por la que se modifica la Orden de 20 de junio de 2011 «la manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género puede suponer, en determinados casos, una situación de especial vulnerabilidad y llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social, que en el ámbito educativo pueden desembocar en abandono o fracaso escolar, con la consiguiente repercusión negativa en el futuro personal y

profesional. Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia», pronunciamiento que queremos hacer patente en el presente informe (queja 24/4627).

3.1.2.2.5. Instalaciones escolares

Pocos aspectos saben movilizar a las comunidades educativas como las reclamaciones de mejoras y adecuación de las instalaciones destinadas a colegios e institutos de Secundaria. El inventariado inmobiliario de edificios educativos es, sencillamente, ingente, y la capacidad de atender las necesidades de estos centros se nos antoja casi inabordable, a la luz de las respuestas que recibimos ante este tipo de conflictos.

Con todo, contamos con numerosas iniciativas promovidas por madres y padres en favor de sus sedes educativas en las que tienen responsabilidad los ayuntamientos y las autoridades autonómicas en un reparto de competencias no exento de matices y discusiones técnicas.

Seguimos recibiendo quejas que son la expresión perfecta de una sucesión de actitudes inhibitorias que soslayan la responsabilidad en estas demandas sobre «otra administración», argumentando valoraciones técnicas sobre si las necesidades forman parte del concepto «mantenimiento» o «carencias estructurales», debates sobre el alcance de las instalaciones energéticas, una nueva construcción o meras reformas; y así hasta generar un bucle perfecto para declinar estas carencias.

La postura que pretendemos ofrecer pasa, fundamentalmente, por superar estas estériles actitudes polemistas y sumar desde cada ámbito un compromiso compartido para abordar las necesidades de las instalaciones educativas de una comunidad.

Quejas muy participativas hemos atendido en La Campana (Sevilla) sobre el CEIP Bernardo Barco, las obras de nuevo IES Hienipa en Alcalá de Guadaíra (Sevilla), o el centro Juan Pedro en Alcaudete (Jaén). Con especial fuerza se movilizaron colectivos vinculados al CEIP Jardín Botánico de Mijas (Málaga) que presenta desde hace años el agotamiento de las medidas «provisionales» de caracolas y otras instalaciones que se acreditan insostenibles para unas condiciones dignas de enseñanza.

Estas cuestiones también han motivado actuaciones por iniciativa de la Defensoría como la queja de oficio Queja [24/0782](#) sobre el IES San Blas de Aracena (Huelva), la queja de oficio [Queja 24/1409](#), sobre el CEIP San Bernardo de El Alquián (Almería) o la queja de oficio [Queja 24/7527](#) relativa al CEIP Marqués de Santa Cruz en El Puerto de Santa María (Cádiz).

Del mismo modo hemos analizado la presencia de barreras arquitectónicas en los centros educativos cuya desaparición debe disponer de un plazo cierto y definido tras décadas de sólidos compromisos normativos para superar estas trabas inasumibles en los espacios educativos en nuestros días (queja 24/4583 del centro San Rafael' de Córdoba, [Queja 24/2244](#) de la Escuela Oficial de Idiomas en Sevilla, o en la queja de oficio [Queja 24/2376](#) sobre la sede del Conservatorio de Danza en Sevilla).

Junto a los problemas habituales de estos edificios se vienen sumando, con frecuencia creciente, las necesidades de adecuación climática de muchos centros, al hilo de las previsiones recogidas por

la Ley 1/2020, de 13 de julio, para la mejora de las condiciones térmicas y ambientales de los centros educativos andaluces mediante técnicas bioclimáticas y uso de energías renovables. Ciertamente esta Ley estableció mecanismos de colaboración financiera de la Junta de Andalucía para los centros de titularidad municipal a fin de abordar este tipo de mejoras mediante convenios singulares.

La aprobación de esta previsión legal generó unas lógicas expectativas de intervención en muchas comunidades escolares reflejadas en varios expedientes (queja 24/1792 sobre el CPR Adriano (Sevilla); queja 24/2735 del CEIP Taraguilla en San Roque (Cádiz); [queja 24/3694](#), del CEIP Manuel Medina de Burguillos (Sevilla), o queja 24/4435 del CEIP Pilar Izquierdo de Granada).

Las actuaciones efectivas de estas intervenciones se encuentran bajo la programación de la Agencia Pública de Educación de Andalucía y sometida a criterios de priorización climática de los municipios, lo que condiciona la disposición cierta de fechas y previsiones que se demandan desde los respectivos colectivos escolares, que terminan manifestando su decepción o disconformidad para lograr la adecuación de sus centros educativos.

3.1.2.2.6. Servicios educativos complementarios y actividades extraescolares

3.1.2.2.6.1. Servicio de comedor escolar

La atención a una menor diabética e insulino-dependiente en el servicio de comedor escolar ha sido objeto de análisis. El problema surgía durante las horas de comedor en las que los servicios de la entidad concertada no estaban expresamente incluidos en las prestaciones contratadas. En un estudio más específico sobre el ámbito de relación que se produce entre la entidad adjudicataria del servicio y la administración educativa, resulta conveniente detenernos en la identificación de actividades prestacionales que se contienen en el Pliego de Prescripciones Técnicas del contrato suscrito y que debe describir las actuaciones previstas y obligadas de la firma responsable de facilitar el servicio de comedor escolar previamente definido.

De hecho, el propio relato de la queja y la reclamación que expone la interesada cuando pretende sustituir la dosis de adrenalina para garantizar su conservación, evidencia la disparidad de criterios que expresa la empresa prestadora del servicio frente a la interesada en cuanto a las actividades que engloba el servicio de comedor y que exige una mejorable definición.

En contra de la pretensión del familiar, la respuesta de los responsables de la entidad prestadora es igualmente rotunda al manifestar por escrito su negativa indicando que ya habían trasladado a la dirección que entre las competencias del personal de monitoraje no se encuentra suministrar ningún tipo de medicación ya sea de rescate o no. El personal no está obligado a formarse ni se le puede obligar. En cuanto a la conservación de los medicamentos se señalaba que las cámaras sólo están habilitadas y configuradas para la conservación de barquetas de comida, no para medicación.

Ante esta situación, entendimos oportuno sugerir a la Consejería educativa que estudien y, en su caso, consideren la inclusión específica en los Pliegos de Prescripciones Técnicas definidos en los procesos de contratación de servicios de comedor aquellas actividades y condiciones que definan la

intervención ante casos de emergencias o incidencias surgidas en el ejercicio de estos servicios complementarios. (Queja 24/1854).

Traemos a colación también las reclamaciones recibidas por la calidad y cantidad de los menús que diariamente son servidos en el centro escolar.

Citamos la tramitación de una queja en la que solicitada información a la Dirección General de la Agencia Pública Andaluza de Educación, esta informó de que, a raíz del escrito de esta Defensoría, y sin tener constancia anteriormente de ninguna queja por parte de la comunidad educativa del centro docente, se solicitó por parte de la Agencia a los técnicos de Evacole la realización de una verificación in situ con carácter extraordinario del servicio del comedor escolar, servido por una empresa del sector.

Esta visita, realizada por la persona representante del Grupo Evacole y el profesional designado por la Dirección de Unidad de Protección de la Salud perteneciente al Distrito Sanitario competente, había dado como resultado global que el servicio requería seguimiento, ya que se habían detectado no conformidades.

Por esta razón, se había planificado una evaluación de seguimiento que se produciría en meses sucesivos por la señalada Dirección de Unidad de Protección de la Salud, de cuyo resultado se desprendería la necesidad, o no, de iniciar expediente de penalización en el caso de que la empresa no hubiera subsanado las deficiencias detectadas.

Hay que reconocer que, aunque a veces con algo de retraso, la Administración educativa vigila el funcionamiento de estos servicios y, en última instancia, incoa expediente penalizador a la empresa adjudicataria del servicio y sustituye este por otra empresa que ofrezca mayores garantías de calidad en su prestación (queja 24/1780, quejas 24/1793, 24/1792, 24/7793, 24/7893).

3.1.2.2.6.2. Servicio transporte escolar

En cuanto al servicio complementario de transporte escolar, son recurrentes las quejas que se presentan por no poder utilizar este servicio el alumnado escolarizado en centros no receptores, en centros docentes concertados o por estar matriculado el alumno o alumna, de manera voluntaria, en un centro que no le correspondía por adscripción (quejas 24/4355, 24/8033, 24/6524 y 24/9285). También se refieren algunas de ellas a la supresión de paradas y no establecimiento de alguna necesaria (quejas 24/4556, 24/8330 y 24/9390).

Mención especial merecen aquellas en las que el alumnado usuario son niños y niñas escolarizados en centros de educación especial, requiriendo estos, en muchos casos, una adaptación en los vehículos utilizados acorde con las necesidades de estos menores (quejas 24/7455, 24/8763 y 24/8706).

Citemos un ejemplo. La interesada nos comunicaba que a pesar de que ya el curso estaba más que comenzado, su hijo, de 12 años y con una discapacidad del 68% y movilidad reducida, no contaba con transporte escolar, puesto que no se le había proporcionado ni autobús adaptado para poder desplazarse al centro, ni un monitor o monitora que lo acompañara durante el trayecto.

Según le comunicaban, ambos recursos estaban aprobados pero, sin embargo, el conductor del autobús que lo recogía se había negado a que subiera al vehículo. Nos pedía encarecidamente nuestra

intervención urgente para que el menor pudiera asistir a su centro de Educación especial, puesto que ella no podía trasladarlo diariamente.

Afortunadamente, fuimos informados de que, finalizado el procedimiento de contratación, al alumno se le había facilitado el transporte adaptado que necesitaba y el monitor acompañante (queja 24/8028).

Es evidente que el uso de este servicio complementario es de suma importancia para, en la mayoría de las veces, poder conciliar la vida familiar con la laboral. Ahora bien, en estos casos, en los que los usuarios son alumnos y alumnas con diversas discapacidades y limitaciones más o menos graves, se ha de extremar la diligencia en ofrecerles los recursos adecuados, puesto que en caso contrario, como el que hemos visto, disponer del recurso de transporte escolar supone poder asistir o no al centro.

3.1.2.2.6.3. Actividades extraescolares

En este ámbito destacamos un aspecto singular que se nos presentó ante las consecuencias provocadas por modificaciones en la organización de un viaje escolar de intercambio. Cuando muchas familias habían adquirido los pasajes se cambiaron las fechas indicadas, lo que provocó nuevos gastos añadidos que algunas de aquellas no pudieron afrontar y otras debieron asumir los costes de las pérdidas de los pasajes y de las nuevas reservas para el viaje.

Pudimos comprobar que la definición y programación del viaje incumbía a la dirección del centro que señala unas determinadas fechas que resultaron incompatibles con la capacidad de acogida del centro educativo de destino en Alemania; y que el señalamiento de nuevas fechas se debe a un error evidente y reconocido. El informe de la Inspección corroboraba que la dirección del centro había reconocido un error en las fechas de realización del viaje, acordadas con el colegio alemán para el mes de mayo de 2024, pero no se había tenido en cuenta que este mes tenía cinco semanas y que en las últimas semanas el colegio alemán había organizado actividades que impedían acoger al alumnado que participa en el intercambio.

De otra parte, recogemos la diligente respuesta de la dirección del centro y de su comunidad educativa para disponer de la adaptación a las nuevas fechas y de procurar una serie de proyectos que ayudaran a cubrir los sobrecostes generados por la nueva programación del viaje.

Afortunadamente este intercambio pudo realizarse en las fechas posibles y contando con la amplia mayoría de los iniciales participantes. Pero ello no enerva las consecuencias generadas de aumentar los gastos de una nueva programación del viaje que debe ser asumida por las respectivas familias participantes y ajenas al cambio de unas fechas que resultaban erróneamente indicadas.

Tras analizar la reclamación presentada entendimos que el caso debía encuadrarse en un supuesto de responsabilidad patrimonial de la administración. Sin embargo no logramos que se acogiera la interpretación de esta Defensoría, por lo que debimos concluir la no aceptación de la resolución dirigida y proceder al cierre del expediente según señala el artículo 29 de la Ley reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz ([Queja 24/1319](#)).

3.1.2.2.7. Equidad en la educación

3.1.2.2.7.1. Educación especial

Nuestro ordenamiento jurídico dispone de un sólido elenco de disposiciones que reconocen la inclusión escolar como uno de los principios del Sistema educativo y que define a la escuela inclusiva como un modelo esencial para lograr la atención integral de todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y capacidades. Ciertamente, este desarrollo logrado tras un largo y complicado proceso es un avance coherente con los principios y proclamas que fundamentan el alcance y contenido del derecho a la Educación.

Esta Institución dedica buena parte de sus actuaciones en este particular ámbito a construir ese trayecto que transcurre desde lo previsto a lo real; desde lo deseable a lo evidente. El trabajo volcado en la atención de muchas quejas sobre Educación Especial quiere ser un honesto esfuerzo por transformar ese almacén de disposiciones y normas en la realidad cotidiana de nuestros colegios respondiendo a su alumnado como lo merece y necesita.

El ejercicio de 2024 ha sumado nuevos supuestos reclamando la presencia de Profesionales Técnicos de Integración Social (PTIS), o mejorando sus horarios y jornadas para lograr la atención que requiere el alumnado (quejas 24/0916, [queja 24/2626](#), queja 24/3888, [queja 24/7136](#), 24/7137, 24/7450, 24/7658, 24/8034, 24/8327, 24/9175, entre otras muchas). Nuestra posición acostumbra a reivindicar un compromiso decidido por reforzar estas prestaciones profesionales que son llave para la normalización del alumnado en su centro educativo e integrándose en sus actividades complementarias. Sin duda esta categoría profesional adquiere un papel relevante en el sostenimiento de toda la atención del alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) en su currículum por las actividades de los centros, de tal forma que la ausencia de esta ayuda condiciona –o cercena directamente– la simple presencia de un alumno en su colegio.

De ahí que las quejas relacionadas con estas demandas son reiterativas y normalmente argumentadas por las familias promotoras. Del mismo modo, apuntamos que las respuestas de las autoridades suelen procurar medidas conciliadoras tras arduas gestiones e impulsos ([queja 24/3044](#) o [queja 24/7410](#)).

En cambio, sí nos encontramos con mayores restricciones para disponer de los servicios de Audición y Lenguaje (AL) y de Pedagogía Terapéutica (PT). Se trata de especialidades que se encuentran categorizadas de «difícil generación» lo que otorga un aparente argumento desde las autoridades para prorrogar o postergar su concesión. Sin embargo, asistimos a otro frecuente motivo de queja dada la riquísima aportación que ofrecen dichas especialidades a estos niños y niñas, teniendo en cuenta además la significación que alcanzan los técnicos AL y PT ante perfiles como los Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y las tipologías autistas (TEA).

Precisamente con una especial atención al alumnado con necesidades auditivas, concluimos este año una actuación que nos permitió analizar el amplio referente normativo de apoyo para este alumnado, lo que generó una resolución que supuso un claro impulso a las medidas de refuerzo de este personal y de sus equipos de apoyo en los que comparecen también las especialidades de lenguaje de signos ([Queja 23/7453](#)).

Y, de manera destacada, aludimos también a una actuación de oficio desplegada para conocer el alcance y aportación de los convenios de colaboración suscritos desde 2018 entre las autoridades educativas y las entidades ciudadanas de apoyo al autismo. La investigación ratifica el interesante ámbito de colaboración con este sector asociativo que permite acompañar medidas de apoyo y refuerzo.

Hemos podido esbozar algunos resultados de muchos años de aplicación de estos convenios que aún aguardan un balance profundo y crítico sobre los logros de este modelo colaborativo que aporta un valor de compromiso y presencia de la sociedad civil junto a los responsables públicos; pero también necesita una honesta revisión de algunos efectos que pueden llevar a distorsionar el papel accesorio y colaborador de estas entidades voluntarias que no puede confundirse con la irrenunciable responsabilidad del sistema educativo de ofrecer toda la atención que el alumnado de autismo requiere.

Más allá de este aporte complementario de las asociaciones, reiteramos nuestra posición de reivindicar el aula específica TEA como referencia organizativa preferente e idónea de respuesta educativa especializada para este alumnado autista y que tiene que ser el objetivo primario que debe asumir la autoridad educativa para ofrecer de manera efectiva la garantía de atención que este colectivo necesita.

En este reto, tenemos que promover la progresiva implantación de las aulas específicas de alumnado TEA en los centros educativos y sus recursos profesionales, contando con personal técnico especializado, en particular de Pedagogía Terapéutica y de Audición y Lenguaje. Este proceso debe dar respuesta a las demandas de atención del alumnado que presenta estos perfiles TEA procurando avanzar en los ratios o indicadores de cobertura y extendiendo la efectiva disposición de estas aulas acorde con la presencia creciente y generalizada de estos niños y niñas que aguardan una educación efectivamente inclusiva e integradora. ([Queja 24/2377](#)).

En la misma estrategia, destacamos otra actuación por expresa iniciativa de la Defensoría centrada en el alumnado que presenta graves dificultades por motivos de salud y debe compaginar su presencia escolar con los necesarios apoyos desde los dispositivos sanitarios. Baste citar el ejemplo de la queja 24/8182 en la que se había acordado la escolarización conjunta de unas gemelas ya que una, con una grave enfermedad, no tenía asistencia en el centro de referencia. Ello señala que la presencia de estos apoyos no está tan irradiada como la realidad exige y que la disponibilidad de estos profesionales sigue siendo un factor singular y, en ocasiones, demasiado especial.

Precisamente, nuestra actuación se dirigió a conocer la aplicación de un protocolo especial suscrito entre las Consejerías de Educación y de Salud a fin de abordar esta delicada situación para muchas familias, profesionales implicados y alumnado con enfermedades graves.

La cuestión viene de lejos, puesto que a lo largo de 2022, y sobre todo 2023, las quejas que exponían estas cuestiones eran respondidas remitiéndonos a un «protocolo» que se venía discutiendo entre los departamentos afectados. Ello propició que la Defensoría requiriese mayores detalles de este recurrente proyecto de protocolo, en especial cuando en septiembre de 2024 tal protocolo fue institucionalmente presentado.

Aún restaban meses para que pudiéramos acceder al texto del citado documento y sobre todo, lo más importante, conocer los resultados concretos del documento denominado «Protocolo conjunto de colaboración que establece condiciones generales y básicas necesarias para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos», que

debía clarificar el papel y los procesos de intervención de todos los servicios sanitarios y educativos para atender al alumnado con enfermedades terminales y crónicas graves.

Por ahora, estamos a la espera de poder acceder a toda la información que explique la puesta a disposición de prestaciones de naturaleza sanitaria y educativa en el marco de la atención que se facilita al alumnado con necesidades especiales.

Somos conscientes de que estamos ante una compleja realidad, en la que se produce gran variedad de casos singularizados y con perfiles muy diversos, en los que existe un denominador común consistente en necesidades de prestaciones y cuidados de tipo sanitario para este tipo de alumnos.

Confiamos que esta investigación pueda concluir brevemente y estar en condiciones de proceder a una evaluación de sus resultados. Mientras, continuaremos atendiendo los casos concretos que continúan llegando y que tramitamos de manera particularizada (queja de oficio 24/6359, [Queja 24/6571](#)).

En un contexto más generalizado, en relación a la atención del alumnado con necesidades educativas especiales (NEE), hemos venido recibiendo quejas de las familias de estos chicos y chicas que no podían formalizar su inscripción en actividades estivales de refuerzo organizadas en sus centros educativos.

Las respuestas –coincidentes desde varias Delegaciones Territoriales de Desarrollo Educativo y Formación Profesional– argumentaban que las normas reguladoras del programa excluían al alumnado escolarizado en la modalidad C (aula específica) por lo que estos niños y niñas no podían integrarse en las actividades estivales de refuerzo.

Las expresiones de sorpresa y malestar que hemos recogido en estas quejas individualizadas, parecen ratificarse tras este criterio participativo que es el que podemos someter a consideración. Y es que el diseño formal que se realiza del Programa se expresa en la práctica en un espacio más de vida escolar en periodo de vacaciones que se describe sobre dos pilares: uno aludiendo a ofrecer un refuerzo educativo en las áreas o materias de carácter instrumental o apoyo para la organización del trabajo, mejora de los hábitos y técnicas de estudio; y otro, señalando perfiles del alumnado asociado a bajos niveles de autoestima y de habilidades en la gestión de la información y el conocimiento y que, por ello, requiere de un refuerzo adicional. Entre ambos apoyos parece un tanto apresurado desligar sin más al alumnado escolarizado en la órbita de las necesidades especiales.

Nuestra posición la expresamos con motivo de una actuación de oficio incoada para abordar globalmente la situación. La queja concluyó posicionándonos en una resolución para ampliar el perfil del alumno o alumna participante en estos programas de refuerzo estival.

No cabe duda de que se producen singularidades a la hora de atribuirles objetivos curriculares o adquisición de técnicas de estudio; pero podríamos definir otros objetivos igualmente asumibles en los contenidos previstos de estos programas adaptados aquí está la clave a este perfil de alumnado. Es decir, persistir en los principios de inclusión y de normal participación del alumnado en su conjunto cuando en su propio centro se organizan actividades estivales a las que concurre una buena parte del colectivo de chicos y chicas para aprovechar actividades de extensión y especialización educativa en las que no se comprende la exclusión de otros compañeros del centro que acuden a sus aulas.

Esperamos poder evaluar la respuesta de la Consejería ante nuestra resolución en próximos informes ([Queja 24/6572](#)).

3.1.2.2.7.2. Educación compensatoria

En el ejercicio de 2024 hay que destacar dos asuntos que por su naturaleza y trascendencia para determinado alumnado es necesario mencionar.

El primero se refiere a la tramitación de las becas de la convocatoria general al alumnado extranjero que carece de NIE y que solo cuenta con pasaporte.

Traemos a colación la queja de una ciudadana que ponía de manifiesto que en las unidades tramitadoras de las becas y ayudas convocadas por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes se estaba exigiendo la presentación del NIF o NIE a aquellos menores extranjeros de entre 16 y 18 que solo están en posesión de pasaporte y cuyos progenitores se encuentran en situación irregular en España. Tenía constancia, además, de que en anteriores convocatorias efectivamente este tipo de solicitudes habían sido «almacenadas» sin haber procedido a su tramitación por parte de las unidades tramitadoras, alegando que es el Ministerio de Educación el que no permite la presentación de solicitudes a aquellas personas extranjeras que se encuentran en la situación descrita.

A pesar de ello, y por el contrario, había tenido conocimiento de que algunas personas, tras presentar reclamaciones, después de mucho tiempo, finalmente cobraron sus becas o ayudas, siendo desconcertante que en un principio se obstaculizara el acceso a las distintas convocatorias y que, posteriormente, solo a algunas de las personas que habían insistido se les hubiera reconocido y abonado la cuantía que les hubiera correspondido a pesar de no contar con NIF o NIE.

Al respecto, en su día, desde esta Institución se remitió al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales una queja que hacía alusión al mismo asunto que ahora se nos expone –si bien referida en aquel caso a las ayudas al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo–, resultando que con ocasión de su tramitación por aquel Alto Comisionado parlamentario se emitió informe por parte de la Secretaría de Estado de Educación.

En dicho informe se señaló que, sin perjuicio de que en virtud del convenio de colaboración suscrito con la Junta de Andalucía es a esta a la que le corresponde la gestión íntegra de las becas y ayudas de las distintas convocatorias del Ministerio, en cuanto al fondo de la cuestión planteada, el Real Decreto 1721/2007, de 21 de diciembre, por el que se establece el régimen de las becas y ayudas al estudio personalizadas recoge, en su artículo 4 d), la aplicabilidad de lo dispuesto en la normativa sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social a los estudiantes extranjeros no comunitarios.

En consecuencia, seguía señalando el informe de la Secretaría General, según dispone esta última normativa, y de acuerdo con la doctrina del Tribunal Constitucional, las personas extranjeras menores de edad tienen derecho al sistema público de becas y ayudas al estudio en las mismas condiciones que los españoles sin limitaciones derivadas de su situación administrativa en España, lo que, como no podría ser de otra manera, el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes reconocía de forma plena dicho derecho, y, por tanto, es perfectamente posible la obtención de estas becas y ayudas por parte de las personas menores de edad extranjeras sin necesidad de disponer de NIF o NIE.

Y en cuanto al pago de las becas o ayudas concedidas a aquellos menores extranjeros que no poseen esa documentación identificativa y cuyos progenitores se encuentran en situación irregular en España, el Ministerio había arbitrado un procedimiento específico que permite su abono al margen del sistema de pagos masivos, que es el procedimiento utilizado de manera general para dicho abono. En consecuencia, ningún inconveniente hay en que se puedan conceder y pagar becas y ayudas a estos estudiantes menores de edad que no están en posesión de un NIE o NIF.

Por último, el reiterado informe de la Administración estatal señalaba que, en cualquiera de los casos, se iba a proceder a dar puntual información a la Junta de Andalucía de este procedimiento de pago específico al que se ha hecho referencia, por si no tuviera conocimiento con el fin de que pudiera efectuar los abonos correspondientes.

En esos términos nos dirigimos a la Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa, solicitando información de lo actuado por las unidades tramitadoras, así como si habían recibido de la Secretaría General de Educación del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes información acerca del sistema de pago específico de becas y ayudas a menores extranjeros sin NIF o NIE.

En su respuesta, se nos comunicó que las actuaciones llevadas a cabo por las unidades de tramitación de becas y ayudas de las respectivas Delegaciones Territoriales respondían a las instrucciones recibidas del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. Y en las instrucciones para la tramitación de la convocatoria 2023-2024 se indicaba que era necesario exigir algún NIE a las personas interesadas, por lo que si el menor no contaba con este, debía aportarse el de cualquiera de los progenitores.

No obstante, el centro directivo indicaba que existía una novedad con respecto a las instrucciones de los años anteriores y que resultaba contradictorio con lo anteriormente señalado, en cuanto a que se ordenaba que para tramitar estas becas y ayudas se debía proceder, en una primera fase, a comprobar si existe alguna causa de denegación por requisitos generales y/o económicos, pero que si a la vista de la documentación aportada se viera que no existe causa de denegación, se debía plantear cada caso al propio Ministerio, que será el que determine la procedencia del reconocimiento y pago de la beca a pesar de que el solicitante no tenga NIE ni sus progenitores tampoco.

En cualquiera de los casos, cabía señalar, nos decía la Dirección General, que se requerirá al Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes para que aclarara las contradicciones puestas de manifiesto con respecto a las novedades expuestas en las instrucciones, a la vez que se solicitaría el protocolo de actuación para proceder al pago en el caso de que este correspondiera, si bien no procedería a este hasta tanto no recibiera nuevas instrucciones.

Entendemos que así se hizo, aunque no obstante, haremos un seguimiento de la cuestión para comprobar que se han corregido las distorsiones que hasta este momento se producían en la tramitación de los menores que carecen de NIE y cuyos progenitores se encuentran en situación irregular en España (quejas 24/2806, 24/3773, 24/3779, 24/3805, entre otras).

El segundo de los asuntos en materia de educación compensatoria se refiere a las ayudas al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo cuando padece TDAH. La cuestión que se suscita es que muchos de los solicitantes nos muestran su discrepancia con que se les haya denegado esa ayuda a pesar de que su hijo o hija cuenta con ese diagnóstico.

La controversia tiene su origen en la errónea interpretación que en muchos casos se realiza de la Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de febrero de 2023 –a la que nos remitimos–, en la que al contrario de lo que, como decimos, algunos interpretan, en ningún momento señala que el alumnado con TDAH pueda obtener las ayudas sin cumplir el resto de los requisitos que establece la convocatoria y, por tanto, sin que requieran determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de «discapacidad, de trastornos graves de conducta o de trastornos graves de la comunicación y del lenguaje». Tampoco dicha sentencia declaró nulo el artículo de la convocatoria que, en el caso de la discapacidad, exige un certificado de al menos el 33%, como forma de acreditar la necesidad educativa específica.

Por lo tanto, y aunque de manera muy resumida, se ha de concluir que el alumnado diagnosticado de dicho padecimiento, para poder percibir la ayuda debe estar encuadrado dentro de alguno de los supuestos contemplados en la convocatoria. Es decir, que o bien es un alumno o alumna con un porcentaje de discapacidad mayor del 33% –lo que debe acreditar mediante el certificado correspondiente–, o bien padecer trastornos graves de conducta o trastorno grave de la comunicación y el lenguaje –acreditándose ambas situaciones mediante certificado favorable del equipo de orientación (queja 24/0774, entre otras)–.

3.1.2.2.8. Formación profesional

La [Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo](#), de ordenación e integración de la Formación Profesional, constituye y ordena un nuevo sistema único e integrado de Formación Profesional que potencia la cualificación y recualificación permanente de las personas a lo largo de todo su periodo vital y laboral, así como el ajuste entre la oferta formativa y la demanda del sector productivo.

Con la finalidad de establecer el desarrollo reglamentario de la citada Ley Orgánica 3/2022 que permita facilitar, de manera predecible, la progresiva adaptación del nuevo sistema de Formación Profesional a las exigencias y las necesidades del conjunto de la sociedad y a lo establecido en la propia norma, se publicó el [Real Decreto 659/2023, de 18 de julio](#), por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. Asimismo, se aprobó el [Real Decreto 278/2023, de 11 de abril](#), por el que se establece el calendario de implantación del Sistema de Formación Profesional establecido por la Ley Orgánica señalada.

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Real Decreto 659/2023 la implantación de este nuevo sistema se realizará para el primer curso de las enseñanzas de grado básico, grado medio, grado superior y cursos de especialización, y se aprueba la Resolución de 26 de junio de 2024, de la Dirección General de Formación Profesional, por la que se dictan Instrucciones para regular aspectos relativos a la organización y al funcionamiento del curso 2024/2025 en la Comunidad Autónoma de Andalucía de especialización, es decir, a todo el Grado D y E, durante este curso 2024-2025.

Ante este nuevo escenario legal, la enseñanza de Formación Profesional se encuentra inmersa en un proceso de profundos cambios debido a la aplicación de la Ley Orgánica señalada y normativa de desarrollo, causando, en algunas ocasiones, cierto desconcierto entre los propios docentes y alumnado, y muestra de ello es lo que originó que al inicio del proceso de escolarización en los ciclos formativos de Formación Profesional para el curso 2024-2025, recibiéramos una verdadera avalancha de quejas.

En estas quejas, que supusieron el 70% del total de quejas recibidas que se refieren a este nivel de educación no obligatoria, se ponía de manifiesto la comprensible preocupación de muchos alumnos y alumnas que estaban cursando, en modalidad virtual –antes denominada a distancia–, distintos ciclos de grado superior, de modo que según habían sido informados, en ocasiones por los propios docentes, para el curso 2024-2025 se habían suprimido 400 plazas de esta modalidad, conservándose tan solo un centro de referencia, el cual dispondría, para toda Andalucía, con 100 plazas para el primer curso y 60 para el segundo.

Siendo ello así, la gran mayoría del alumnado que ya cursaba alguno de los ciclos formativos a través de modalidad virtual, se iba a quedar sin plaza para poder continuar con sus estudios, lo que causó una comprensible alarma.

Sin embargo, la información que nos facilitó la Dirección General de Formación Profesional y Educación Permanente tranquilizó al alumnado. Y ello porque según expresó dicho centro directivo, para el curso 2024-2025, y en el caso de las ofertas en modalidad virtual, se había realizado un reagrupamiento de ofertas en determinados centros públicos de referencia, lo que en ningún caso suponía una disminución en el número de plazas ofertadas ni detrimento o alteración de los derechos del alumnado, ya que dichos centros de referencia asumirían las plazas anteriormente repartidas en diferentes localizaciones.

Continuaba el informe de la Administración educativa señalando que, por esta razón, desde el punto de vista del alumnado, la realización de exámenes se llevará a cabo en sedes repartidas en todas las provincias andaluzas, con lo cual el alumnado puede estar matriculado en un Ciclo Formativo en una provincia determinada y realizar su seguimiento virtual y exámenes desde su provincia de residencia.

Por otro lado, nos señalaban que el proceso de escolarización para el curso 2024/2025 se había realizado en base a la [Orden de 10 de julio de 2024](#), por la que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión y matriculación para cursar los grados D y E del Sistema de Formación Profesional sostenidos con fondos públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Así, el procedimiento de adjudicación de plazas en la modalidad virtual había sido objetivo e imparcial y los criterios utilizados podían ser consultados por la ciudadanía.

En cualquier caso, decía el informe recibido, el procedimiento de admisión se encontraría abierto mientras existieran plazas disponibles y, en función del calendario de cada centro docente, hasta el 15 de noviembre como fecha máxima (quejas 24/4789, 24/4791, 24/5182 y 24/5937).

3.1.2.3. Derecho a la vivienda

3.1.2.3.1. Derecho a una vivienda digna

Son numerosas las quejas que se han tramitado en 2024 que afectan a familias con distintos indicadores de vulnerabilidad que inciden directamente en las personas menores de edad que forman parte ellas. En ocasiones, circunstancias sobrevenidas ponen a estas personas en una situación de riesgo que, de no intervenir, pueden cronificarse en el tiempo y llegar a ser consideradas personas vulneradas. Una casuística provocada, en muchos casos, por la ineficacia de la implementación de las políticas públicas orientadas a paliar las circunstancias que causan estos desequilibrios.

Solo en este año han tenido entrada más de 140 expedientes de queja en los que, principalmente las madres, nos trasladaban situaciones de desamparo que afectaban directamente a sus hijos e hijas.

La necesidad de vivienda o la pérdida de ella, es una de las causas más comunes y lamentables de estos relatos que nos envían, normalmente mujeres monoparentales, con escasos recursos económicos o, a veces, casi inexistentes que solicitan el amparo de esta Defensoría por no encontrar el medio de facilitar un techo seguro y digno para sus menores. En muchos de estos supuestos, víctimas de violencia de género. Una muestra de la feminización de la pobreza y la exclusión.

Así, una ciudadana nos relataba que llevaba varios años esperando que le ayudaran desde los servicios sociales para tener una vivienda de la Junta de Andalucía sin que hasta la fecha la hubiesen llamado. Con tres hijos, se encuentra residiendo en casa de su padre en una sola habitación que tiene disponible y que no pueden «echar ninguna ayuda como la renta vital ni la infancia de mi hijos por está aquí y necesito ayuda» (queja 24/0208).

Situaciones como éstas llevan aparejadas muchos otros problemas añadidos que afectan a todos los miembros familiares. Los abuelos y abuelas, ante este desamparo, tienen que hacerse cargo de esta realidad, donde la administración no llega, provocando una carga económica que supera sus posibilidades y conflictos familiares como consecuencia de esa convivencia.

El riesgo de que estos mayores se queden sin sus pensiones cuando algún miembro de su familia que conviven en la misma vivienda solicitan una ayuda, afecta directamente a la promotora de la queja, que como nos indica, no puede pedir el Ingreso Mínimo Vital o en su defecto la RMISA.

Pero es en los niños y niñas donde más incidencia tienen las dificultades para acceder a una vivienda, dado que a la pobreza familiar se une no disponer de un espacio donde poder desarrollarse con autonomía, siendo observadores y sufridores directos de la angustia de sus familias por no poder hacerse cargo de sus necesidades.

En otras ocasiones, aun disponiendo de recursos económicos más estables, el elevado precio del alquiler de una vivienda acarrea serias dificultades para poder ofrecer estabilidad a los hijos e hijas. Es el caso de la queja en la que nos traslada una ciudadana las dificultades que tenía para permanecer en su vivienda de alquiler los meses de verano, al residir en una localidad turística y de costa, que le obliga a abandonar la vivienda que tiene alquilada junto a su pareja e hija de doce años, durante el periodo estival, permaneciendo en una caravana hasta que termine la campaña.

La mayor rentabilidad del alquiler turístico durante los meses de verano, conlleva en muchas ocasiones contratos donde tienen que abandonar la vivienda en estos meses, no pudiendo asumir con los ingresos disponibles otras opciones residenciales más estables.

Realidades de muchas de nuestras ciudades que, ante la ausencia de viviendas asequibles tienen que acudir a sistemas rotatorios que repercuten negativamente en las personas menores de edad, dado que se ven privadas en estos meses de su espacio, para pasar a otro inadecuado, como puede ser en el mejor de los casos, una caravana, siendo esta la solución que año tras año tiene que adoptar nuestra interlocutora (queja 23/3670).

En casos como este se ha recomendado a los ayuntamientos que implementen medidas en favor de estas personas para evitar situaciones que repercuten en el bienestar de la infancia y la adolescencia. Para

ello es necesario que los ayuntamientos articulen los instrumentos para dar una respuesta a la demanda de vivienda en este tipo de poblaciones, especialmente a las personas en situación de vulnerabilidad.

Situaciones que se vuelven aún más extremas cuando las madres son víctimas de violencia de género. Es el caso de una madre de dos hijos, residente en una ciudad de costa, que nos informa que fue víctima de violencia de género de su pareja anterior, estando actualmente con medidas y que tiene que desalojar su vivienda por motivos de seguridad, sin que dispongan de ingresos suficientes para poder asumir un alquiler que supera los 800 euros. Una realidad que se vuelve aún más compleja cuando se siente amenazada por su maltratador teniendo miedo de la repercusión sobre sus hijos.

Son casuísticas que requieren de una intermediación de la administración para la búsqueda de vivienda, además de un apoyo psicológico, tanto para ella como para sus hijos e hijas y una coordinación de medidas de las distintas administraciones para evitar secuelas en estos menores (queja 24/4864).

Las órdenes de lanzamiento son siempre el último recurso al que acudir; sin embargo son muchas las familias con menores que se encuentran inmersas en procedimientos de desahucio. Normalmente nos envían quejas mujeres, con familias a cargo, que nos piden ayuda ante la situación desesperada en la que se encuentran. Un ejemplo de ello es lo que nos relata la promotora de una queja, con dos hijos con discapacidad, que estaba citada para juicio, dado que son ocupantes de vivienda. Dicen tener miedo a quedarse en la calle, ya que no encuentran un alquiler asequible que les permita vivir con dignidad y estabilidad.

En este caso se decretó desde el Juzgado el aplazamiento del desalojo, aunque sigue a la espera de que la propiedad vuelva a solicitarlo judicialmente. Una amenaza que provoca grandes desequilibrios en las familias, afectando especialmente a niños y niñas (queja 24/0818).

Prácticamente en todas las quejas que se reciben, se repite la misma petición: acceder a una vivienda del parque público, tanto de la Junta de Andalucía como de los Ayuntamientos.

Conscientes de la importancia de este tipo de viviendas para la población destinataria, dado que aportaría un hogar estable a las familias, especialmente a las que tienen menores de edad a cargo, se ha aperturado la [queja 24/9495](#) para tener un mayor conocimiento de la gestión de las viviendas de titularidad pública en las 8 capitales de provincias andaluzas, cuyo objetivo es, entre otros, satisfacer este derecho a las personas más vulnerables.

Tal y como se ponen de manifiesto en numerosos informes que analizan distintos indicadores de vulnerabilidad, la segregación residencial es uno de los factores que incide de una forma más directa en la desigualdad que parece cronificarse sin que las administraciones encuentren soluciones adecuadas a su erradicación.

El Informe 2023 de Save the Children «Aquí no hay quien viva» pone de relevancia la vivienda: «como espacio físico de la crianza, juega un papel esencial en el crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional de la infancia. Sin embargo, a pesar de esta importancia fundamental, sufragar el coste de la vivienda o asegurar unas condiciones dignas de habitabilidad supone hoy día un quebradero de cabeza para muchas familias en España, cuando no un factor de empobrecimiento».

Con este informe, Save the Children ha querido contribuir al conocimiento de la exclusión residencial de la infancia en nuestro país y presentar las propuestas de política pública para abordar esta situación, priorizando las necesidades de la infancia y dando respuesta a su especial necesidad de protección.

De su análisis, se constata que el código postal del lugar de residencia incide en la estabilidad de la infancia y la adolescencia. Así, residir en muchas de las barriadas de Andalucía construidas entre los años 70 a los 80, no siempre es un sistema de estabilidad para las familias, sobre todo cuando se tiene menores a cargo.

Unos entornos urbanos desagregados de las ciudades a las que pertenecen. Separadas por barreras urbanísticas, carentes de equipamientos de calidad y espacios verdes, generan no solo una barrera física, sino también en el imaginario colectivo.

Pertenecer a un barrio, especialmente en la adolescencia, incide en el desarrollo de las potencialidades de estos menores que se ven abocados a permanecer en sus entornos, dado que ser de las Tres Mil, de Almanjáyar o de El Puche, entre otros, lleva aparejado un estigma que les dificulta otras relaciones.

De las reuniones mantenidas con asociaciones de vecinos y vecinas de barrios de similares características, hemos podido conocer cómo muchos de estos padres y madres apuestan por llevar a sus hijos a otros colegios para solventar esas situaciones. Unas decisiones que no siempre ayudan al progreso de niños y niñas dado que, por un lado se desarraigan de sus vecinos y vecinas, y por otro, no se atreven a llevar a sus casas a sus compañeros/as de clase por vergüenza del barrio en el que residen.

Una realidad que es objeto de atención a través de los Planes Locales de intervención en el contexto de la «Estrategia Regional Andaluza para la cohesión e inclusión social. Intervención en zonas desfavorecidas» (ERACIS, en adelante) que tiene como objetivo actuar «sobre las zonas de los pueblos y ciudades donde se registran situaciones graves de exclusión social y/o donde existen factores de riesgo (...) a fin de transformar la visión que se tiene sobre estas zonas y viceversa, de forma que se promueva la eliminación de la territorialidad como un factor de exclusión».

Tras años de trabajo, la ERASCIS PLUS, es una nueva oportunidad que ofrece dar continuidad a las intervenciones públicas hasta 2028, aportando nuevos recursos y métodos de trabajo, al mismo tiempo que se han de corregir los obstáculos que impidieron transformaciones reales.

Un marco de trabajo que requiere la intervención de otras administraciones para acompañar los itinerarios de empleabilidad, dado que es necesario apostar por actuaciones de carácter urbano que incidan en la mejora de las condiciones de habitabilidad, tanto en el espacio privado de las viviendas como en los elementos comunes de los edificios y el espacio público. Unas actuaciones que se han de integrar como objetivo prioritario en las medidas del Plan Local de intervención de cada ciudad, y que han de ser coordinadas en los órganos de gobernanza del mismo.

Estos documentos programáticos deben de tener como horizonte dotar a los barrios de unas infraestructuras que permitan a las nuevas generaciones permanecer en sus entornos, sintiéndose orgullosos de ellos, y eso se construye desde la infancia y la adolescencia, con equipamientos que puedan ser referentes de unas políticas inclusivas.

Residir en un asentamiento chabolista, es otro de los factores de riesgo para quienes no tienen otra opción residencial. Situaciones que siguen presentes en algunas ciudades, que no parecen abocadas a su desaparición a pesar de existir planes específicos para su eliminación a través de alternativas residenciales.

Unas realidades que son aún más complejas cuando residen familias con personas menores de edad a cargo, como es el caso de los asentamientos de Níjar en Almería, Las Casillas en Torre del Mar (Vélez Málaga), o Jun en Granada.

Una realidad que está siendo objeto de seguimiento por esta Defensoría desde 2022, a través de una estrategia de trabajo con administraciones y tercer sector para poder conocer las medidas que se están realizando para su eliminación a través de soluciones residenciales. Así en la [queja 24/5666](#), se están recabando las dificultades existentes para abordar esta realidad, entre la que se encuentran la ausencia de un parque residencial privado y público al que se pueda acceder en el municipio, viéndose abocadas estas familias a continuar durante años en sus poblados chabolistas.

Pero no hemos de olvidar que siguen existiendo campamentos de población gitana, donde residen menores, como el asentamiento de Las Casillas en Torre del Mar. En la [queja 23/7319](#), se está recabando información sobre las actuaciones que desde el Ayuntamiento de Vélez Málaga se están impulsando para la eliminación de estas chabolas.

Igual sucede con el asentamiento de familias gitanas rumanas en Jun, cuya situación fue puesta de manifiesto por Médicos del Mundo, que ha sido objeto de resolución en la [queja 23/7559](#) relacionada con el abastecimiento de agua potable en un punto cercano. Unas familias, con menores, residiendo en un entorno chabolista y de infravivienda, a las que junto a la precariedad residencial se les unen otros indicadores como es la pertenencia a la etnia gitana de origen extranjero.

Son situaciones en las que los ayuntamientos deberán impulsar y coordinar las actuaciones necesarias para favorecer su inclusión, evitando estereotipos negativos hacia las personas de etnia gitana, especialmente las dirigidas a la infancia y la adolescencia.

3.1.2.3.2. Suministros básicos en la vivienda

Traemos a colación aquellas quejas que denuncian la negativa incidencia en las personas menores de edad que residen en un domicilio afectado por un corte en el suministro eléctrico.

Las razones para estos cortes pueden ser de diversa índole, ya sea consecuencia de una avería imprevista en la red; de un corte programado por obras; de una anomalía en la instalación; o del impago de facturas previas. En todos los casos, las personas menores afectadas son las que sufren de manera más relevante las consecuencias de la privación de un servicio esencial como es la energía.

En 2024 han sido bastantes las quejas recibidas poniendo de relieve esta circunstancia, pudiendo destacar aquella en la que una vecina de Almería denunciaba los perjuicios sufridos al tener un niño pequeño a cargo y estar embarazada, como consecuencias de los continuos cortes de luz existentes en su zona de residencia, resultado de los numerosos enganches ilegales al suministro eléctrico ([queja 24/6981](#)).

También la madre de dos pequeños de 4 años nos pedía ayuda ante el corte sufrido en el suministro por no hacer frente al pago de una deuda previa derivada de un enganche ilegal a la red. Tras diversas gestiones conseguimos que se le restableciera el suministro y se adoptaran medidas para evitar nuevas situaciones de corte por impago (alta como consumidor vulnerable y ayudas de los servicios sociales ([queja 23/9473](#))).

La incidencia que un corte de luz tiene sobre los menores la expresaba gráficamente una madre cuando nos decía «tenemos 2 hijos de 10 y 8 años y nos vemos todo el fin de semana sin luz. Tiramos

toda la comida del frigorífico, no podemos ducharnos y hacer de comer. LA LUZ ES UN BIEN ESENCIAL DE VIDA!!!» (Queja 24/0713).

De igual modo era muy explícita otra ciudadana cuando nos decía «sin previo aviso y con un bebé de menos de un mes en casa, se procedió al corte del suministro eléctrico. En ningún momento recibí un aviso de que existieran facturas pendientes ni fui notificado de la inminencia del corte de suministro. Este corte, realizado de manera telemática, puso en riesgo la salud y seguridad de mi familia, y no puedo dejar de expresar mi profundo descontento por esta acción» (queja 23/7826).

Por un error de la comercializadora al poner los datos del CUPS tras una petición de cambio de titularidad, provocó que una familia se quede por sorpresa sin suministro y tenga que acudir a la Institución demandando ayuda en estos términos: «estoy en casa con mi hijo menor totalmente desprotegido y sin poder utilizar calefacción, luz y con velas. El frigorífico está vacío porque todo se ha estropeado» (queja 23/8907).

Afortunadamente estas situaciones han podido en la mayoría de los casos ser solventadas tras trasladar esta Institución a la empresa suministradora o comercializadora el problema planteado, no obstante el perjuicio ocasionado a los menores afectados difícilmente puede ser reparado.

Otra cuestión que afecta a los menores en relación con los servicios energéticos y da lugar a la recepción de quejas, es el derivado de los retrasos en la tramitación del bono social a las familias numerosas que lo solicitan o que pretenden renovarlo. Así ocurrió en las quejas 24/0349; 24/6513 y 24/0640 en las que se denunciaba el tiempo transcurrido sin poder beneficiarse de los descuentos correspondientes como consecuencia de una tramitación administrativa excesivamente lenta.

También en relación al suministro de agua, las quejas recibidas por interrupciones en el suministro revelan su especial incidencia en la vida de los menores afectados, siendo las causas de estos cortes similares a las referidas en relación a los cortes en el suministro eléctrico: averías, anomalías o impagos de facturas.

Citamos un corte en el suministro por una avería en el medidor que tardó en ser reparada por parte de la compañía suministradora, ocasionando importante perjuicios a una familia con dos menores a cargo, uno de ellos un bebé de nueve meses (queja 24/5137).

Por el contrario, en otro supuesto, es el impago de una deuda antigua el que provoca un corte de suministro a una familia con un hijo adolescente sin que se recibiera un aviso previo que alertara del impago o del próximo corte (queja 24/2460).

La causa del corte de suministro denunciado por la madre de un bebé fue la decisión de la propietaria del piso y titular en el contrato de agua de darle de baja. En estos supuestos, con independencia de las razones que tenga la propietaria para adoptar esta decisión, podríamos estar ante un supuesto de coacciones ilícitas al utilizar la interrupción del suministro como elemento para conseguir otros propósitos –pago del alquiler o abandono de la vivienda– que deben conseguirse por otras vías (queja 24/1788).

También una ciudadana reconocía haber ocupado un piso propiedad de un banco tras el abandono por desahucio de los anteriores propietarios. Manifestaba tener dos menores a cargo y expresaba su deseo de acceder a un alquiler social con el banco, para lo cual estaba en conversaciones con la entidad financiera. El motivo de su queja era que, mientras llegaba a un acuerdo, precisaba disponer de

suministro de agua en la vivienda a lo que se oponía la empresa suministradora por no tener derechos sobre la misma. La interesada insistía en que, pese a su condición de ocupa, quería pagar un alquiler y abonar los correspondientes suministros. Nuestra intervención en este caso no fue finalmente necesaria al encontrar la interesada otra vivienda con un alquiler asequible y mudarse a la misma (queja 23/4252).

En relación con los servicios de telecomunicaciones debemos destacar la queja aún en tramitación, que plantea el problema de una familia con menores en edad escolar afectada por un corte en la fibra óptica que no permitía el acceso a internet como consecuencia de un error cometido por los operarios en unas obras. La reparación del corte se estaba dilatando ya que debía ser realizada por la compañía telefónica, sin que pudiera hacer nada al respecto la empresa comercializadora del servicio de internet y sin que la empresa suministradora pareciera mostrar especial interés por el caso al afectar únicamente a dos viviendas y no ser las mismas clientes de su comercializadora (queja 24/8614).

En estos casos se pone de manifiesto la relevancia que ha adquirido el acceso a un servicio como es internet, antes considerado como un servicio accesorio pero que cada vez se revela como más necesario para la vida cotidiana de las personas, ya sea para su desempeño laboral o para los estudios de los menores.

Esta Institución viene desde hace tiempo reclamando que el acceso a este servicio esté debidamente garantizado en igualdad de condiciones que el acceso a otros servicios esenciales como la luz o el agua.

En relación con el servicio de transporte nos parece de interés destacar la queja cuya promotora denunciaba que en varias ocasiones los conductores de una empresa de transporte urbano de viajeros se habían negado a facilitarle la rampa de acceso para descender del autobús con su carro gemelar (tipo tándem), alegando que solo estaba disponible para personas con silla de ruedas.

La interesada explicaba que, dada la envergadura del carro, le causaba sobrecarga muscular tener que hacer uso de fuerza para poder bajar del autobús y dependía de la ayuda de alguien si no le facilitaban la rampa. Había presentado reclamación sin obtener una respuesta adecuada.

Tras nuestra intervención la empresa de transportes nos comunicó que la denunciante tenía todo el derecho a acceder al autobús haciendo uso de la rampa con su carrito gemelar y que así estaba estipulado en las normas de uso que se facilitaban a los conductores, a los que se iba a remitir una comunicación a modo de recordatorio, pidiendo disculpas a la usuaria afectada (queja 24/3853).

3.1.2.4. Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado

Son muy numerosas las quejas recibidas en relación con problemas de contaminación acústica que denuncian especialmente la negativa incidencia del ruido en las personas menores que la sufren, no solo por razones de salud, sino también por lo perjudicial que resulta para la práctica normal de actividades como el estudio, el disfrute de la lectura o la práctica de otras formas de ocio.

Traemos a colación la queja de un padre de familia que denunciaba el ruido sufrido en su domicilio por la instalación en sus proximidades de una fábrica de marroquinería que estaba generando una serie de inconvenientes que afectaban gravemente la calidad de vida de su familia, y en particular, la de sus tres hijos menores de edad. Según nos decía: «desde las seis de la mañana, los operarios de la fábrica comienzan a realizar operaciones de carga y descarga, lo que ocasiona ruidos que molestan y

despiertan a mis hijos. A las siete de la mañana, encienden maquinaria ruidosa que altera el descanso de los menores, impidiendo que puedan dormir adecuadamente».

Tras pedir informe al Ayuntamiento el mismo nos reconocía que se trataba de una actividad que se realizaba sin contar con los requisitos legales para ello, habiendo impuesto una sanción a la misma y ordenado el cese de la actividad. Sin embargo, cinco meses después la actividad seguía funcionando, por lo que nos hemos visto obligados a pedir nuevamente información al Ayuntamiento, que recientemente nos ha informado del cese definitivo de las actividades en el taller (queja 24/3678).

El caso planteado en la [queja 23/8920](#) traía causa de los ruidos procedentes de un obrador de panadería, que impedían a una familia disfrutar de tranquilidad y descanso en su hogar. Tras nuestra intervención el Ayuntamiento ha realizado diversas labores de inspección, vigilancia y control que nos permiten confiar en una pronta solución del problema.

Asimismo se nos trasladó el siguiente problema: «tengo dos hijas, una de 3 años y un bebé de 9 meses, que les cuesta muchísimo dormir debido al ruido insoportable de los ensayos de la banda de música. Son niñas muy pequeñas y con la persiana bajada y cristalera cerrada a canto, me vibra hasta el cierre de las ventanas. Esto viene ocurriendo todo el año, aunque haga buena temperatura tengo que mantener cerradas siempre las ventanas, sin ventilación para ellas, poniendo aire acondicionado en verano a todas horas y una de ellas padece de alergias, por lo que el aire acondicionado no le viene nada bien» (queja 24/0039).

Con bastante frecuencia los problemas de ruido se enmarcan en el seno de las relaciones vecinales, lo que hace especialmente difícil intervenir frente a los mismos, tanto a esta Institución, como a los ayuntamientos afectados, situándose estos conflictos en el ámbito jurídico privado y teniendo como mejor vía de solución la aplicación de las normas de propiedad horizontal que regulan la convivencia entre vecinos.

Un ejemplo de la dificultad de estas situaciones lo tenemos en el caso planteado por una familia que denunciaba los ruidos procedentes de una vivienda vecina, tanto por el uso de instrumentos musicales como por la audición de programas televisivos a gran volumen. Le indicamos al promotor de la queja la conveniencia de acudir a la comunidad de propietarios para que interviniera en el problema, indicándonos el mismo que se daba la circunstancia de que el presidente de la comunidad era precisamente el propietario del piso donde se producían los ruidos (queja 24/2858).

Ocurre también que en ocasiones no son niños y niñas quienes sufren los ruidos, sino los causantes del mismo. Así ocurría en la queja en la que una persona denunciaba los ruidos procedentes de una vivienda aledaña como consecuencia del uso por las personas menores que vivían en esa vivienda de patines dentro de la misma. También en este caso hubimos de indicarle al interesado la conveniencia de tratar de solucionar el problema en el marco de las relaciones de buena vecindad (queja 23/9580).

Un caso similar fue el planteado por una mujer que denunciaba los ruidos ocasionados por unos adolescentes que vivían en su mismo edificio y jugaban al balón en la piscina y en el patio. Hubimos de indicar a la promotora de la queja la necesidad de trasladar su problema a la comunidad de propietarios (queja 24/0043).

Pero no solo la contaminación acústica puede ser causa de afección para los menores de edad, sino que los mismos se ven también afectados por otras formas de contaminación, como la atmosférica o la odorífera.

Traemos a colación la [queja 24/4911](#) que denunciaba los humos procedentes del consumo de cannabis en un local próximo que funcionaba como club de fumadores cannábicos sin contar, según nos decían, de licencia para ello.

Tras nuestra intervención el Ayuntamiento nos informó que se había inspeccionado el local comprobando que no disponía de autorización para utilizar aparatos musicales, por lo que se le había requerido para subsanar esa deficiencia. En cuanto al consumo de cannabis nos indicaban que se iba a remitir a la Junta de Andalucía, las actuaciones de la Policía Local que obran en la denuncia, mediante petición razonada para el inicio de procedimiento sancionador. Esta remisión se debe a la posibilidad de tratarse de una infracción muy grave para la que el Ayuntamiento no ostenta competencias en la materia que nos ocupa.

Destacar, por último, las quejas recibidas en relación con las afecciones que los menores sufren como consecuencia del uso indebido de aparatos pirotécnicos. Así en la [queja 24/7427](#), la interesada mostraba su malestar por el «uso abusivo de la pirotecnia antes y durante la feria, la falta de regulación y la desidia del Ayuntamiento, porque no se respeta el derecho al descanso de los vecinos, los derechos de los animales ni los de los colectivos vulnerables (personas con autismo, con patología cardíacas, auditivas, mentales,...)».

También en la [queja 24/8607](#) una persona nos decía que padecía ligirofobia y tenía un sobrino autista, denunciando que en su municipio «es excesivo el uso de pirotecnia durante todo el año en la vía pública por particulares». Asimismo en la [queja 24/0279](#) se nos preguntaba si era posible hacer algo con el tema de «los petardos y cohetes» que tanto afectaban a los niños autistas.

En todos estos casos, nuestra intervención se centra en informar acerca de lo que dispone la normativa vigente sobre el uso de artificios pirotécnicos, incluidas las ordenanzas municipales, cuando las mismas existen, invitando a las personas a dirigirse a los ayuntamientos respectivos en caso de producirse alguna infracción a dichas normas.

3.1.2.5. Derecho a recibir amparo y protección de los poderes públicos

3.1.2.5.1. Infancia y adolescencia en situación de riesgo

La definición de la situación de riesgo de una persona menor de edad viene contemplada en el artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, según el cual «se considerará situación de riesgo aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar».

Por su parte, las circunstancias que provocan tales situaciones de riesgo son muy variadas, lo cual no resulta impedimento para que podamos destacar la casuística que con más frecuencia suele repetirse.

Para esta labor aportamos situaciones concretas relacionadas en expedientes de queja tramitados a lo largo del año.

3.1.2.5.1.1. Conflictos derivados de la ruptura de convivencia entre progenitores

Traemos a colación la denuncia de una persona señalando que los progenitores de un menor llevaban aproximadamente un año separados sin que aún hubieran formalizado ante un juzgado la separación, con un elevado grado de conflictividad entre ellos. Se había acordado repartir los cuidados del hijo que tienen en común y los períodos de convivencia con él. Nos aseguraba que el padre consumía drogas en presencia de su hijo cada vez con mayor frecuencia. Además, llevaba al menor a lugares inapropiados, frecuentando bares hasta altas horas de la madrugada.

Nos indicaba que, desde la separación matrimonial, el padre carece de residencia fija, en ocasiones reside en el domicilio de sus padres (abuelos del menor) y en otras ocasiones pernocta con el niño en viviendas de conocidos.

Esta situación muy inestable y perjudicial para el menor es conocida por la madre, pero se muestra temerosa de denunciarlo ante una posible reacción violenta del padre.

Tras recibir la denuncia trasladamos los antecedentes al Ayuntamiento de Huelva, por ser la localidad donde residía, al menos formalmente, el padre del niño. En respuesta se nos informó de que se habían acreditado indicios de desprotección relacionados principalmente con malos hábitos horarios, actividades de ocio inadecuadas y negligente supervisión del menor cuando se encuentra al cuidado del padre y su familia extensa, siendo reconocidas estas carencias por los progenitores. Como aspecto positivo se destacaba la clara disposición e interés de ambos por encontrar y aportar soluciones, con el compromiso de llegar a un acuerdo amistoso y establecer un convenio regulador consensuado que garantice el cumplimiento de sus acuerdos y las normas que se establecieran en relación al menor.

Por todo ello, desde los servicios sociales se dio continuidad a su intervención con el padre para reforzar las competencias parentales y analizar su situación real frente al consumo de sustancias adictivas. Se les ofreció a ambos los recursos necesarios para un mejor desarrollo del menor y que quedase garantizada su seguridad, todo ello con la advertencia expresa de que si se observase que no se reducían los indicadores de desprotección se notificaría formalmente esta circunstancia al organismo competente para que adoptasen las medidas necesarias para asegurar el bienestar del menor (queja 24/3303).

3.1.2.5.1.2. Situaciones de violencia de género

Resaltamos la denuncia de una madre que argumentaba que su hijo se encontraba en riesgo en los períodos en que convivía con el padre, sobre el que pesaba una medida de alejamiento por violencia de género respecto de su nueva pareja, al igual que en su día ocurrió con ella. Añadía que en el entorno familiar y social del padre eran frecuentes comportamientos violentos y el consumo de drogas. En consideración a tales hechos la interesada presentó una demanda para que fuese modificada la sentencia de divorcio, tanto en sus términos económicos como en relación con el régimen de guarda y custodia del menor, y la relación de éste con sus progenitores y demás familia.

La tramitación de dicha demanda estaba siendo dificultosa debido a la necesaria resolución de problemas de competencia territorial entre juzgados limítrofes, y es por ello que, aun lamentando el retraso acumulado en el trámite efectivo de su demanda de modificación de medidas, comunicamos a la interesada que este retraso obedecía a la inevitable resolución de las dudas sobre el juzgado competente para dar trámite a dicho procedimiento, para de este modo cumplir con la garantía que señala la Constitución, en su artículo 24.2, esto es, el derecho a que el asunto sea tramitado por el juzgado ordinario predeterminado por la ley. También le informamos acerca de la posibilidad de solicitar medidas cautelares conforme al artículo 158 del Código Civil.

Unos días más tarde la interesada nos remitió un nuevo escrito ampliando información y recalcando que este retraso en la tramitación de su demanda estaba causando negativos efectos para su hijo, que sólo tenía 2 años de edad, ya que venía siendo atendido por recursos especializados de atención temprana al detectar en él indicadores compatibles con un posible caso de síndrome de Asperger, siendo así que no podía ser diagnosticado ni tampoco continuar con su tratamiento sin el consentimiento del padre, el cual se venía negando sistemáticamente. Añadía que con la finalidad de proteger a su hijo del comportamiento del padre estaba incumpliendo lo establecido en la sentencia de divorcio sobre visitas al niño, todo ello a pesar de haber presentado denuncias, avaladas con partes médicos, y haber solicitado al juzgado que se adoptasen medidas cautelares urgentes en protección del menor sin obtener ninguna respuesta.

Tras evaluar estos hechos decidimos dar traslado de la queja de la madre a la Fiscalía a los efectos de que su intervención ante el juzgado pudiera impulsar posibles decisiones que agilizaran la resolución del caso y solventasen la situación en que se encontraba el menor (queja 24/5215).

3.1.2.5.1.3. Problemas de toxicomanía en los progenitores

Citamos como ejemplo de esta grave problemática una denuncia relatando la situación de riesgo de una niña, de 2 años, como consecuencia del deficiente cuidado que recibía de sus progenitores. La persona denunciante nos decía que ambos progenitores tenían abandonada a la menor, afirmando que aquellos eran consumidores habituales de estupefacientes. Refería que la madre había sufrido varios episodios de violencia de género por parte de su pareja, llegando a ingresar en prisión por este motivo y teniendo en vigor una orden de alejamiento por una nueva agresión.

Añadía en su denuncia que la menor solía faltar al centro de educación infantil, que en muchas ocasiones aparecía con hematomas y que su higiene no era adecuada. Nos ponía al corriente de un episodio en el que la niña padeció una gastroenteritis severa, sin que nadie la atendiese.

También señalaba la persona denunciante que el abuelo, que residía en el mismo domicilio, padecía esquizofrenia muy grave que requería de una adherencia continuada al tratamiento farmacológico prescrito pero, por falta de continuidad en el tratamiento, su conducta se ve alterada con episodios de extrema agresividad, tratándose por ello de un contexto familiar no adecuado para la crianza de la menor.

Culminaba la denuncia señalando que la madre había sido objeto de seguimiento por parte de los servicios sociales de zona, al parecer como consecuencia de una denuncia procedente de su mismo

entorno familiar, sin que hasta el momento la intervención de los servicios sociales hubiera conseguido alejar a la niña de la situación de grave riesgo relatada.

En relación con estos elementos de riesgo recibimos un informe de los servicios sociales del ayuntamiento describiendo las actuaciones realizadas con la familia con anterioridad a los hechos descritos en la denuncia, pero sin que nos fuese aportada ninguna información sobre los graves indicadores de riesgo descritos por la persona denunciante, ni sobre las actuaciones que hubiera podido realizar dicha administración para investigarlos y, en el supuesto de que fueran ciertos, para abordar su solución o, en su caso, derivar el asunto al Ente Público de Protección de Menores.

Requerimos un nuevo informe donde se hacía constar que se citó a la madre para una entrevista y se recabó información del centro docente y de salud. De estas actuaciones se reseñaba que la ausencia de la niña de la escuela infantil parecía estar motivada por una bronquitis, sin añadir mayor información sobre el resto de indicadores de riesgo reseñados por la persona denunciante, los cuales consideramos que eran de especial gravedad. Y es que nada se reflejaba en el informe respecto de las averiguaciones que se pudieran haber realizado sobre el contenido de la denuncia en lo relativo a la higiene de la vivienda y el contexto familiar de conductas violentas, incluso violencia de género, padeciendo ambos progenitores problemas de drogadicción (consumidores habituales de estupefacientes) y descuidando las atenciones básicas que deben prestar a su hija.

Llegados a este punto, emitimos una Recomendación al ayuntamiento solicitando que se profundizase en la labor de investigación para descartar, si así fuere, los graves indicadores de riesgo señalados en la denuncia. Para esta tarea consideramos que sería indispensable una visita domiciliaria al hogar familiar y recabar testimonios del entorno social y familia extensa, entre otras actuaciones posibles.

La respuesta a dicha resolución fue en sentido favorable señalando que se estaba ejecutando un programa específico de intervención con esta familia, fijado para el período septiembre de 2024 a marzo de 2025. Dicho programa, cuya intervención corría a cargo de los servicios sociales de zona, tenía como objetivo minimizar los indicadores de riesgo detectados en la familia, y era previsible que se modificase adaptándolo a la evolución que fuera experimentando la familia ([Queja 24/5223](#)).

3.1.2.5.1.4. Situaciones de extrema vulnerabilidad por carencia de recursos económicos e insuficiente red de apoyo familiar

Respecto de estos casos, describimos la denuncia recibida sobre la precaria situación en la que se encontraban varias parejas que convivían con menores en un domicilio sin acceso a agua potable ni electricidad. Refería que la convivencia en el seno de dichas familias era muy conflictiva, que se peleaban constantemente. Indicaba que en dicho domicilio no se cumplen pautas mínimas de higiene.

Tras solicitar información a los servicios sociales de la corporación local donde se ubicaba la vivienda se nos confirmó que resultaba imposible su intervención con dichas familias ya que habían dejado de residir en el citado inmueble. Teniendo presente este hecho, y sin que se tuviese conocimiento de su nueva localidad de residencia, resultaba inviable cualquier intervención de los servicios sociales.

En consecuencia hubimos de dar por concluida nuestra intervención en el expediente, lo cual no impidió que llamáramos la atención del Área municipal de servicios sociales sobre el hecho de que

la persona que se dirigió a esta Institución lo hizo tras haber denunciado previamente la situación de riesgo de las personas menores de edad ante los servicios sociales municipales, sin que se hubiera realizado ninguna actuación congruente con dicha situación.

Ante esta situación, efectuamos un Recordatorio de los Deberes Legales que incumben a la Administración Local, así como también una Recomendación para que en casos como el señalado en la queja se active con urgencia la intervención de los servicios sociales municipales, ya que su labor preventiva y reparadora de las situaciones de riesgo resulta clave para garantizar la efectividad de los derechos de las personas menores de edad.

Dicha Resolución fue rechazada argumentando que la queja fue presentada por el propietario de la vivienda, la cual había sido ocupada por dichas familias sin su autorización, por lo que se le informó que los servicios sociales no podían intervenir al respecto, debiendo presentar, en su caso, una demanda judicial. Se argumentaba también que los servicios sociales llevaban tiempo trabajando en el caso, sin que se nos hubiera informado de tales actuaciones en aplicación de la Ley de Protección de Datos.

Ante la respuesta negativa a nuestra resolución hubimos de elevar el caso ante la Alcaldía que nos respondió aceptando nuestra Recomendación aunque precisando que la Concejalía de Asuntos Sociales viene actuando sin demora, con diligencia, responsabilidad y profesionalidad, efectuando un estudio de cada caso concreto de forma particular ([Queja 24/1388](#)).

3.1.2.5.1.5. Absentismo escolar

Respecto de esta tipología de riesgo, nos referimos a la denuncia de una persona integrante de la comunidad educativa de un centro de Educación infantil y primaria de un municipio de Sevilla quejándose de la aparente inacción de las administraciones ante la conducta de absentismo escolar de un alumno, tanto en el presente curso escolar como también en años anteriores.

Al parecer, el alumno tiene conducta absentista desde que entró en el colegio con 3 años, al igual que su hermano mayor, el cual pasó por el colegio de la misma manera, sin que se interviniera desde Servicios Sociales. Se había iniciado un protocolo de absentismo por parte del centro.

Para dar trámite a la queja solicitamos un informe al ayuntamiento que contuviera las intervenciones realizadas con la familia para evitar la conducta de absentismo escolar del menor.

En respuesta, se indicaba por la corporación local que en las entrevistas que mantuvieron con la madre esta mostró una actitud colaboradora, reconociendo las faltas de asistencia de su hijo y justificándolas por diferentes problemas de salud, sin embargo, tras las consultas realizadas, no fueron corroborados por el centro de salud. También se recalca la escasa colaboración del padre para solventar el problema de absentismo escolar de su hijo.

Proseguía el informe señalando que, a pesar de las múltiples gestiones que los servicios sociales comunitarios han realizado, no se ha producido el cambio deseado y el menor sigue siendo absentista, dejando la madre de acudir a los requerimientos realizados por los servicios sociales.

En consecuencia los mencionados servicios valoraban que la gravedad del caso requería de una intervención desde otras instancias, entendiendo que dicha intervención no debía dilatarse en el tiempo.

A tales efectos, y con la finalidad de proseguir la tramitación de la queja nos dirigimos a la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Sevilla, quien informó de que no constaba ningún expediente sobre el menor pero, a resultas de la información proporcionada por esta Institución, se había incoado un expediente de «información previa» de cuyo resultado podrían derivar actuaciones en protección del menor de las previstas en el Protocolo de prevención del absentismo escolar.

Por nuestra parte, una vez salvada la descoordinación producida entre ambas administraciones, pudimos constatar las distintas actuaciones realizadas en el expediente de protección del menor, en el que participaba el correspondiente Equipo de Menores en coordinación con otras administraciones públicas y entidades privadas de ámbito social que eran concedoras de la situación de la familia.

Llegado el caso, en el supuesto de que los progenitores no colaborasen en corregir, tal como se habían comprometido, la conducta de absentismo escolar, se podría llegar a adoptar medidas de mayor intensidad en protección del menor (queja 23/4157).

3.1.2.5.1.6. Resoluciones de declaraciones de la situación de riesgo de una persona menor de edad

Las diversas situaciones que acabamos de describir en los apartados anteriores propician la intervención de los servicios sociales de zona, que prestan apoyo a las familias para ayudar a superar las carencias, deficiencias y comportamientos inadecuados que provocan la situación de riesgo en las personas menores de edad.

Siendo así que, en más ocasiones de las deseables, la colaboración de familiares puede no ser la adecuada o considerarse insuficiente, sin atender a las pautas marcadas y sin el compromiso y dedicación indispensable para obtener resultados significativos. Es por lo que se hace necesario ascender en un escalón de la intervención administrativa para proceder a la declaración formal de la situación de riesgo de la persona menor de edad.

Citemos algunos supuestos. Comenzamos por la ayuda solicitada por la tía de una menor ya que los padres de esta llevaban una vida desordenada, sin atender sus necesidades básicas, gastando los pocos ingresos que obtenían en satisfacer su adicción a las drogas y al alcohol.

Tras recabar la colaboración de los servicios sociales de dicha localidad estos nos expresaron las dificultades que venían encontrando para intervenir en el caso, ya que la familia no había atendido a ninguno de sus requerimientos, hasta el extremo de que no hubieran llegado a acudir a las citas que con muchas dificultades habían llegado a concertar.

En este contexto dirigimos a los servicios sociales de dicha localidad una Recomendación para que, de persistir la situación de riesgo para la menor, sin suficiente compromiso o colaboración de la familia para solventar su problemática, se acometan los trámites conducentes a la emisión de una resolución declarativa de su situación de riesgo, la cual deberá incluir el específico Plan de intervención familiar, con los compromisos y objetivos pertinentes (queja 22/2259).

Resaltamos asimismo la denuncia recibida por la situación de riesgo en que pudiera encontrarse un niño, de aproximadamente 2 años de edad, residente en Almería. Nuestro interlocutor relataba el contexto económico, social y familiar de un matrimonio joven, siendo ambos consumidores habituales de

drogas y sustancias estupefacientes. Aun así, nos recalcó que no podía afirmar que causasen maltrato físico a la menor pero sí que el entorno en el que vivía no era el adecuado, siendo frecuente escuchar continuas riñas, con gritos y golpes, en el hogar familiar, que no reunía unas mínimas condiciones de habitabilidad al tratarse de un garaje adaptado como vivienda.

En el informe que recibimos de la administración local se relataban las distintas actuaciones realizadas por los servicios sociales municipales con el núcleo familiar. Concluía el informe señalando que en esos momentos, tras aplicar el instrumento técnico «Valórame» se apreciaba una situación de «riesgo grave», ya que se trataba de una pareja muy joven que se había visto superada por la temprana maternidad, y aunque mostraban factores de protección asociados a la crianza y cuidados de su hija, también existían elementos de riesgo, principalmente relacionados con la exposición a situaciones de violencia intraconyugal unida a las graves dificultades personales que se perciben en la madre como reflejo del daño emocional derivado de los abusos sufridos en su preadolescencia.

Por dicho motivo se expuso a ambos progenitores la gravedad de la situación, sus posibles consecuencias y se alcanzaron una serie de acuerdos y compromisos, con revisión semanal, de cuya evolución y resultados podrían derivar decisiones más o menos trascendentes en protección de la menor.

Una vez hecho un encuadre de las circunstancias que acontecían en el caso, no consideramos procedente entrar a valorar el grado de acierto en las decisiones adoptadas por los servicios sociales que habían intervenido en el expediente, ni tampoco su criterio técnico.

En cambio, sí consideramos oportuno resaltar la gravedad de los indicadores de riesgo detectados y contrastados por los servicios sociales municipales, al estar estos indicadores situados en la frontera entre las posibilidades de intervención en el propio medio social y familiar, y las que determinarían la separación de la niña de su familia, resultando, a nuestro juicio, contradictorio que encontrándonos en esta situación, y ante la falta de actitud decidida de la familia para solventar sus problemas y los escasos resultados obtenidos, no se hubiera dado un paso más promoviendo una resolución administrativa que formalizase esta situación de riesgo y dotase de garantías procedimentales y seguridad jurídica a las intervenciones de las distintas partes implicadas (profesionales de los servicios sociales, familia y menor).

Por ello dirigimos una Recomendación al Ayuntamiento de Almería para que, de persistir la situación de grave riesgo para la menor, sin suficiente compromiso o colaboración de la familia para solventar su problemática, se acometan los trámites conducentes a la emisión de una resolución declarativa de la situación de riesgo, la cual deberá incluir el específico Plan de intervención familiar, con los compromisos y objetivos pertinentes ([Queja 24/5225](#)).

3.1.2.5.1.7. Maltrato infantil

El artículo 10 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, obliga a las Administraciones públicas de Andalucía a proteger a las personas menores de edad frente a cualquier forma de violencia, debiendo entenderse como violencia el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso

escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados, así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar.

Para la detección e intervención en las situaciones señaladas anteriormente, la citada ley prevé que se establezcan mecanismos de coordinación, especialmente en los sectores sanitarios, educativos y de servicios sociales, cuya colaboración y coordinación habrá de proporcionar una actuación eficaz en los ámbitos de la prevención, detección precoz, atención integral inmediata y reparación frente a la violencia sobre los niños, niñas y adolescentes.

Son muchas las denuncias recibidas que relatan episodios de maltrato a personas menores de edad. Tras registrar dichas denuncias y, salvo que valoráramos que carecen en absoluto de elementos de verosimilitud, solicitamos la colaboración de las autoridades competentes para que, conforme a sus competencias, emprendan una labor de investigación que aclare los hechos y, en su caso, determine la adopción de medidas en protección del menor.

Cada caso que llega a la Institución tiene su singularidad, muchas de ellas con componente sexual. Como ejemplo aludimos a la denuncia de la madre de una menor que solicitaba nuestra intervención en relación con los abusos sexuales de los que estaría siendo víctima su hija, de 6 años de edad. Nos decía que dichos abusos se estaban produciendo en el contexto privado del domicilio paterno, mientras este ejerce el derecho de visitas establecido por el juzgado. Los abusos sexuales consistirían en la captación de fotografías de las partes íntimas de la niña, ello unido a tocamientos de sus genitales con la excusa de extremar su higiene, a pesar de que en esos momentos la menor había alcanzado madurez y autonomía suficientes para realizar por sí misma su higiene íntima sin necesidad de ayuda.

La madre reforzaba su denuncia con las declaraciones de la niña realizadas en un informe de Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG), verbalizando que «no le gusta» que la limpien y que en el cuarto de baño del padre están instaladas cámaras tanto encima del espejo como junto al inodoro.

Tras analizar la denuncia nos preocupó especialmente el hecho de que aún no se hubiera realizado un estudio del posible abuso sexual padecido por la menor por parte de un equipo especializado en la valoración de casos de abusos sexuales a menores, circunstancia que permitiría activar los mecanismos previstos en la legislación en protección de sus derechos en el caso de resultar necesario.

Por dicho motivo, consideramos necesario dar traslado de los hechos a la Fiscalía para que tomase conocimiento de los mismos y, en su caso, adoptase las medidas que considerase oportunas, en especial, las previstas en el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal para la defensa de los derechos de las personas menores de edad (queja 24/8254).

Es frecuente también que recibimos denuncias relativas a maltrato a menores de edad donde el motivo principal venga referido a la disconformidad con el trámite dado por el juzgado a una denuncia o con el resultado final del procedimiento judicial, tratándose de asuntos en los que esta Defensoría ha de abstenerse de intervenir en respeto de la independencia de órganos judiciales en el ejercicio de su función jurisdiccional. Tal es el caso de una madre que se mostraba disconforme con el auto dictado por un juzgado denegando las medidas cautelares que solicitó a la fiscalía tras denunciar ella al padre de

su hijo por abuso (queja 24/5391); o la reclamación de una madre que argumentaba que el acusado de abusos sexuales a su hija incumplió la orden de alejamiento y llegó a merodear su casa y el colegio de su hija. No compartía que en este contexto y con estos antecedentes el acusado hubiera quedado en libertad por decisión del juzgado (queja 24/3894).

Tampoco dejan de repetirse quejas de personas que predicen su inocencia tras recibir lo que consideran una acusación falsa por maltrato a un menor. Así aconteció con un ciudadano que se lamentaba de haber sido acusado sin fundamento alguno de maltrato sexual hacia su hijo, habiendo presentado dicha denuncia la actual pareja de la madre, siendo así que desde entonces aquel sufría enuresis que el psiquiatra achacaba a la ruptura de relación entre sus progenitores. En la instrucción de este caso el Juzgado había acordado que se recabase testimonio del menor –prueba preconstituida– en una sala Gesell, de cuyo resultado el padre se mostraba esperanzado en que pudiese demostrar su inocencia (queja 24/6847).

3.1.2.5.2. Intervención del Ente Público de Protección de Menores

El artículo 172 del Código Civil encomienda a la entidad pública competente en el respectivo territorio la protección de los menores en los que constate su situación de desamparo a través de las medidas de protección necesarias, lo cual viene a refrendar el artículo 94 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, al señalar que la Administración de la Junta de Andalucía asume la tutela de todos aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de desamparo.

La citada Ley 4/2021 se remite a la relación de causas de desamparo establecidas en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, para cuya declaración formal se exige la incoación de un expediente administrativo que deberá estar resuelto en el plazo de tres meses. El detalle de este procedimiento se encuentra regulado en el todavía vigente Decreto 42/2002, de 12 febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa.

En este ámbito destacan las quejas de madres y padres de menores cuya tutela ha sido asumida por la Junta de Andalucía tras ser declarados en situación de desamparo y que se sienten impotentes ante lo que consideran una injusta actuación de la Administración autonómica, siendo así que en los casos en que se presentan recursos judiciales contra tales actuaciones, en una gran mayoría de las ocasiones, las medidas de protección son confirmadas mediante resoluciones judiciales en primera instancia y posteriormente en apelación, por considerar los órganos judiciales que se encuentran suficientemente justificadas y son proporcionadas al fin pretendido que no es otro que garantizar el bienestar e interés superior de la persona menor de edad.

Pero aun así, hemos de reseñar que se trata de una controversia que no siempre tiene contornos claros y precisos, sujeta a diferentes interpretaciones, y en la que inciden muchos condicionantes.

Analicemos algunos supuestos. Comenzamos por la queja de una madre que solicitaba nuestra intervención porque llevaba más de cuatro meses sin su hijo desde que les fue retirado por Protección de Menores de Málaga. Alegaba que no existía ningún motivo que justificase tan drástica intervención y pedía que le fuese devuelta la guarda y custodia del menor.

En relación con este caso recibimos un extenso informe de la Entidad pública en el que se relataban los motivos que justificaban las medidas de protección acordadas, las cuales resultaban congruentes y proporcionadas con las decisiones adoptadas. También se indicaba que tras comparecer el abogado de la familia se le dio acceso al expediente completo, habiéndose también resuelto conceder un régimen de visitas al menor y estando pendiente la decisión de la Comisión de Medidas de Protección sobre la ratificación y rectificación del desamparo provisional (queja 24/2036).

Suele ser frecuente asimismo que recibamos quejas de progenitores que nos piden la revocación del desamparo tras haber mejorado sus circunstancias, como en la queja del Sindic de Greuges de la Comunidad Valenciana. Se trataba de una madre adolescente y su hija, declaradas en desamparo e internadas en un centro de protección de menores de la Junta de Andalucía en Jaén. Las menores abandonaron dicho centro para irse a vivir a una localidad de la comunidad valenciana junto con su familia extensa, motivo por el que se encontraba en trámite el traslado de las competencias del expediente de protección desde la Comunidad Autónoma de Andalucía a la valenciana, para lo cual se había solicitado la emisión de un informe sobre las circunstancias sociales y familiares de las menores al ayuntamiento correspondiente.

El informe emitido por los servicios sociales municipales era favorable a la permanencia de las menores junto con su familia extensa, prosiguiendo de este modo la intervención social que se venía realizando, por lo que se consideraba conveniente la revocación de la medida de desamparo acordada por la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Jaén (queja 23/1915).

Por otro lado, destacamos la intervención promovida por una madre que relataba la injusticia que se había cometido con el proceso de retirada de la custodia de sus dos hijos. Se lamentaba de no haber recibido ninguna información previa a la retirada de uno de los menores; de que le hubieran notificado la resolución de desamparo cuando este hijo llevaba tiempo ingresado en un centro de protección; y, muy especialmente, se quejaba de que permaneciese fugado del centro y conviviendo con su padre, de quien se tuvo que separar al ser víctima de violencia de género e influir negativamente en sus hijos, a los que introdujo en el consumo de drogas.

Achacaba los motivos del desamparo a esta persona, padre de uno de sus dos hijos, y consideraba que su conducta como madre había sido diligente en su cuidado, protegiéndolos de la influencia de esta persona en todo cuanto le fue posible.

En el informe que recibimos procedente de la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla se indicaba que el ingreso de este menor en el centro se produjo a instancias de la Fiscalía, lo cual requirió de una intervención urgente en protección del menor. Fuimos informados además de que en esos momentos se encontraba en trámite el procedimiento de desamparo incoado respecto de ambos hermanos, estando pendiente una cita con la madre para que pudiera aportar alegaciones y ser informada de los derechos que le asisten en dicho procedimiento.

Más adelante, tras dejar transcurrir un período de tiempo prudencial, volvimos a contactar con la Delegación Territorial para recabar información sobre la evolución del caso, en especial sobre el resultado del expediente de desamparo incoado sobre ambos menores y su estado. A tales efectos pudimos conocer que tras la resolución declarativa de la situación de desamparo se acordó el ingreso de uno de los hermanos en un centro residencial específico para menores con trastorno de conducta.

Respecto al otro hijo, tras valorar su situación conforme al instrumento de Valoración de la Gravedad de riesgo, desprotección y desamparo (Valórame), el equipo de menores interviniente consideró que se encontraba en situación de desprotección grave. Aun así se estimó que dicha situación podía ser contrarrestada en el entorno familiar, siendo necesaria una intervención social en su propio entorno, por lo que se derivó el caso al correspondiente equipo de tratamiento familiar. Sin embargo, la respuesta de dicho equipo fue en sentido negativo, emitiendo acta de no aceptación del caso debido a los múltiples factores de riesgo asociados a los progenitores y que no habían variado a lo largo de las intervenciones realizadas por los distintos equipos que intervinieron con la unidad familiar en años anteriores.

Ante esta disparidad de criterios hubimos de remitir una comunicación a la Delegación Territorial en la que resaltamos los indicios, suficientemente acreditados, de desprotección del menor, que se habría de dar respuesta congruente similar a la adoptada con su hermano, primando su seguridad y protección, adoptando de forma urgente decisiones que garantizaran sus necesidades básicas, así como su integridad física y seguridad personal, por lo que tuvimos que reprochar que hubieran transcurrido más de diez meses desde que expusimos al inicio del expediente de queja la situación de riesgo de los menores sin que respecto de esta persona menor de edad se hubiera llegado a adoptar ninguna medida de protección que la alejase de la situación de grave riesgo en que se encontraba, permaneciendo aún en dicha situación.

Con estos antecedentes, formulamos una Recomendación para que se revisen las actuaciones realizadas en el expediente de protección del menor y, en congruencia, se adopten con urgencia las medidas de protección que fueran necesarias para solventar los indicadores de riesgo grave que le afectan ([Queja 23/1334](#)).

3.1.2.5.2.1. Medidas de protección

Una vez que la Entidad pública de protección de menores asume la tutela de una persona menor de edad ha de adoptar de forma diligente decisiones para atender sus necesidades y que sus derechos queden garantizados.

Las actuaciones de protección se regirán de acuerdo a unos criterios tasados y unos procedimientos reglados, de manera que las decisiones estén revestidas de todas las garantías jurídicas. Tales decisiones sobre protección que se tomen se adoptarán de acuerdo a instrumentos técnicos validados por profesionales y procurarán, primero, que la persona menor permanezca en su familia y su entorno y, si esto no fuera adecuado, la medida que la proteja será familiar frente a residencial, estable, y si es posible se procurará que el recurso esté en su propia familia.

Pasamos a analizar dos de las principales medidas de protección: acogimiento familiar y residencial.

3.1.2.5.2.1.1. Acogimiento familiar

Como hemos señalado, la legislación establece de forma prioritaria que el menor tutelado sea acogido por una familia evitando en lo posible su ingreso y permanencia en un centro residencial.

Respecto a las vicisitudes que acontecen en la medida de acogimiento familiar, o su singularidad, mencionamos la reclamación de una familia guardadora, con fines de adopción, de tres hermanos menores

de edad. Dicha familia se lamentaba de que los menores hubieran estado separados durante más de un año hasta que finalmente se constituyó la guarda con fines de adopción; que durante ese período de tiempo no se hubiera atendido con debida diligencia los problemas de salud que presentaban; y que, una vez constituida la guarda preadoptiva, no les fuera facilitada suficiente información al respecto.

La pareja se mostraba disconforme asimismo con el modo en que se acometió el período de acogimiento de los menores con su familia; del escaso seguimiento y supervisión de la estancia de los niños con ellos; del retraso en proponer al juzgado la formalización de la adopción; y, por último, del contrasentido que supone que ellos, como familia guardadora con fines de adopción, no puedan acceder a la resolución declarativa del grado de discapacidad de una de las menores, sin que tampoco pueda acceder la propia menor pues para ello debería disponer de certificado digital que acreditase su identidad.

Recibimos un informe de la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Jaén que daba respuesta a las distintas cuestiones planteadas en el escrito de queja. Así, en relación con el prolongado tiempo durante el que los hermanos estuvieron separados, la Delegación Territorial justifica su actuación atendiendo a la dificultad de encontrar una familia idónea para acoger de forma simultánea a los tres hermanos y precisa que para paliar los efectos de esta separación los hermanos mantuvieron contacto entre ellos de forma habitual, a través de una entidad colaboradora que disponía de un espacio facilitador de las relaciones familiares.

En relación con esta cuestión esta Defensoría considera conveniente remarcar tres criterios que, entre otros, se debieron ponderar en el momento de adoptar dicha decisión como serían: la necesaria celeridad y eficacia en la adopción de medidas que diesen cobertura a las necesidades de los menores; la priorización de la medida de acogimiento familiar sobre el residencial; y la prioridad de que los hermanos no se separasen y permanecieran juntos a cargo de la misma familia o institución, remarcando lo establecido en el artículo 172 ter del Código Civil, en concordancia con el artículo 81, letra *h*) de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia en Andalucía, que señala que se procurará mantener unidos a los hermanos y hermanas en las medidas de protección que se adopten, siempre que ello no suponga una limitación para acordar una medida de integración familiar y garantizando el mantenimiento del contacto entre ellos cuando no se haya determinado que este contacto perjudique a alguna de las partes.

En cualquier caso, una vez adoptada la decisión de separar a los hermanos (dos en un centro y la tercera hermana acogida por una familia), no podemos considerar admisible que debieran permanecer en esta situación más de un año, debiendo sumar a la separación forzosa de su familia biológica la separación entre ellos, en una situación de provisionalidad no deseable a edades en que es tan necesaria la estabilidad y un entorno favorable a la preservación de los vínculos familiares. Se contravenía con esta decisión lo establecido en el artículo 108.5 de la citada Ley de Infancia y Adolescencia de Andalucía que previene que el acogimiento residencial no se acordará para los menores de trece años, salvo que no sea posible una alternativa familiar, en cuyo caso no podrá tener una duración superior a tres meses para los menores de siete años ni de seis meses para los mayores de siete años, debiendo priorizarse durante esos plazos las actuaciones tendentes a su integración en un núcleo familiar.

Por otro lado, respecto de la atención a los problemas de salud que presentaban los menores resaltamos lo establecido en el artículo 49 de la señalada Ley que obliga a las administraciones públicas de Andalucía a garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, precisando que la atención sanitaria para aquellos que se encuentren en la Comunidad Autónoma de Andalucía será integral y adaptada a sus necesidades y circunstancias específicas, teniendo garantizado el acceso a las especialidades y recursos del propio Sistema sanitario público andaluz.

Sobre este punto resaltamos la aparente inacción de la unidad tutelar o profesionales de referencia para el ejercicio de la tutela de los hermanos y también del personal responsable del centro de protección en que se encontraban dos de ellos ante los problemas de salud que presentaban. Recordemos que el artículo 129 de la Ley de referencia establece que los niños, niñas y adolescentes con medida de protección tendrán prioridad en la realización de analíticas, estudios y pruebas facultativas establecidas en los protocolos sociales y sanitarios para no retrasar la integración en la familia de acogida o centro de protección de menores. Y también que dichos menores tutelados tienen derecho a la gratuidad de los recursos y prestaciones del sistema sanitario, así como los tratamientos farmacológicos necesarios para el restablecimiento de la salud.

En cuanto a la escasa información que se proporcionó a la familia guardadora respecto de los menores remarcamos que los artículos 49.8 y 129.5 de la Ley andaluza ya referida reconocen el derecho de las personas guardadoras o acogedoras a ser informadas de todo lo que suponga la atención sanitaria que necesita la niña, niño o adolescente, así como del nivel de gravedad de sus problemas de salud, debiendo facilitar la información sanitaria que tuvieran disponible, siendo así que, además, el Estatuto andaluz de las personas acogedoras, guardadoras con fines de adopción y adoptivas establece el derecho de las personas acogedoras y guardadoras a que por escrito y en acto presencial, se les haga entrega de toda la información de la que disponga el Ente público sobre las personas menores propuestas para dicha medida de acogimiento. Precisa dicho Estatuto que, igualmente, la Entidad Pública entregará a las personas acogedoras o guardadoras la documentación identificativa, sanitaria y educativa del menor o la menor de la que disponga en el momento de la formalización del acogimiento, e irá remitiendo a la familia toda aquella que vaya obteniendo a lo largo del mismo.

En lo relativo a las incidencias acaecidas en el período de acoplamiento de los tres hermanos con la familia guardadora con fines de adopción hubimos de resaltar los negativos efectos provocados por el plan de acoplamiento derivado del modo en que fue diseñado, ya que nunca puede resultar aconsejable un acoplamiento entre menores y familia guardadora preadoptiva en el contexto en que efectivamente se realizó. Estimamos que no se ponderó de forma adecuada la circunstancia de que los hermanos estuviesen separados y residiendo en distintas localidades, lo cual creemos que hubiera aconsejado un plan de acoplamiento con requisitos más flexibles (horarios más amplios, posibilidad de pernocta en hotel, etc.) que evitarían tantos desplazamientos por carretera como se vieron obligados a realizar.

Por último, en relación con las actuaciones realizadas para el seguimiento y supervisión de la guarda con fines de adopción y posterior propuesta de adopción, señalamos que por tratarse de un acoplamiento complejo de tres hermanos en una misma familia, dos de ellos con problemas de salud que requerían de intervenciones quirúrgicas y debiendo cambiar de provincia de residencia, de entorno social y de

colegio, lo prudente hubiera sido que el control no se limitara a lo estrictamente necesario, cumpliendo con los mínimos establecidos en la reglamentación.

En efecto, lo congruente es que la Entidad Pública hubiera realizado un seguimiento más estrecho no solo para corroborar la correcta evolución de los menores sino también para cumplir con las obligaciones derivadas del mencionado Estatuto Andaluz de las Personas Acogedoras, Guardadoras con fines de Adopción y Adoptivas, en cuanto a apoyo, seguimiento y orientación técnica a través de los equipos de la Entidad Pública o de las entidades facultadas para el ejercicio adecuado de la guarda, en todo el proceso previo, durante la medida y al cese de la misma, ofreciendo igualmente una intervención psicodiagnóstica y terapéutica para la atención emocional y conductual en los casos que sea necesario.

Atendiendo a las circunstancias descritas, procedimos a formular una serie de Recomendaciones que fueron asumidas de forma favorable por la Entidad Pública ([Queja 24/1107](#)).

El procedimiento para la valoración de idoneidad para el acogimiento familiar o la adopción también ha sido motivo de reclamación por la ciudadanía.

Reseñamos la solicitud de una pareja disconforme con la intervención de la entidad contratada por la Administración para que les fuera realizado el estudio valorativo de su idoneidad para la adopción nacional. Se quejaban del trato recibido por parte del personal con el que se entrevistaron, quien habría tenido una actitud negativa hacia ellos realizando interpretaciones sesgadas de los datos que iban recabando. Resaltaban que llegaron a manifestarles que nunca obtendrían una valoración de idoneidad favorable y les instaron a que renunciaran voluntariamente a su solicitud.

Tras una ardua y extensa tramitación de la queja por las sucesivas peticiones de informes que debimos realizar y las diversas alegaciones formuladas a los mismos por la familia, comprobamos que el procedimiento estaba siendo tramitado por un juzgado a consecuencia de la demanda planteada por las personas titulares de la queja, por lo que debimos suspender nuestras gestiones conforme a lo establecido en el artículo 17.2 de la Ley reguladora de esta Institución.

No obstante, y con el fin de mejorar con carácter general el servicio de valoración de idoneidad, evitando que situaciones como la acontecida en la queja se vuelvan a repetir, acordamos formular una serie de Recomendaciones a la Administración ([Queja 22/5848](#)).

Respecto a la prestación económica para los acogimientos familiares, traemos a colación las intervenciones realizadas a instancias de una persona que tiene en acogimiento familiar permanente especializado (discapacidad) a dos personas menores de edad y que solo percibe la prestación económica derivada de dicho carácter especializado por uno de ellos. Argumenta que este hecho conlleva un trato discriminatorio para uno de los menores y por ello solicita que se produzca un cambio en la normativa que regula la prestación económica que ayuda a compensar los gastos inherentes al acogimiento familiar.

Tras plantear el caso ante la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud recibimos un informe que señala que la regulación actual de dicha prestación económica se encuentra en la Orden de 11 de febrero de 2004, modificada por la Orden 26 de julio de 2017, que contempla dos modalidades de prestación, una básica y otra específica para acogimientos familiares de urgencia y especializado. Según el artículo 9 de la citada Orden la prestación específica tiene por objeto remunerar la especial disponibilidad y cualificación de las personas acogedoras, que percibirán, además de la prestación

básica general que corresponda según el número de menores acogidos (actualmente fijada en 387,80 euros por menor acogido), una prestación de 576 euros mensuales (actualmente 689,43 euros) por cada modalidad de acogimiento. Estas prestaciones económicas son compatibles entre sí, pudiendo coincidir varias en una misma familia acogedora de manera simultánea y/o consecutiva.

A lo expuesto añade la Dirección General que en los últimos años la Consejería de inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad está avanzando en las políticas de infancia hacia el acogimiento familiar, siendo así que está elaborando una nueva Orden que vendrá a cumplir las previsiones del artículo 107 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia, habiéndose iniciado los trámites para realizar la consulta pública previa.

Tras valorar las circunstancias que concurrían en este supuesto, nos postulamos en favor de la argumentación expuesta por la persona titular de la queja, que considera improcedente, por resultar discriminatorio, que se otorgue de un trato igualitario a una familia que tenga acogidos, en la modalidad de acogimiento urgente o especializado a dos o más menores, respecto de otra familia que tuviese acogido sólo a uno.

Es evidente que los gastos inherentes al cuidado y crianza se ven incrementados cuanto mayor es el número de menores acogidos. Sin embargo, con la regulación actual sólo se ve incrementada la prestación básica en función del número de menores acogidos, pero no así la prestación especial, en la cual no influye dicho sumando.

Así las cosas, y toda vez que en el informe del mencionado centro directivo no se señala expresamente el sentido de la modificación normativa en la que se estaba trabajando, esta Defensoría emitió una Sugerencia resaltando la conveniencia de que el proyecto de reglamento que se encuentra en trámite solvente el trato discriminatorio al que alude la persona titular de la queja, haciendo posible que la prestación económica vinculada al acogimiento familiar contemple en todos los casos (prestación básica, especializada o de urgencia) un incremento de la cantidad a percibir en función del número de menores acogidos.

Esta resolución ha sido aceptada ([Queja 24/0474](#))

3.1.2.5.2.1.2. Acogimiento residencial

Las principales quejas relativas a la estancia de menores en centros residenciales aluden a la aparente falta de supervisión y control de las personas menores de edad que propician continuas fugas (abandonos no autorizados) y también a la dificultad para acceder a recursos especializados para menores con problemas de comportamiento.

Es el caso planteado por una familia que venía colaborando con la Entidad pública de protección de menores para tener acogido fines de semana y vacaciones a un adolescente tutelado, con un 60% de minusvalía reconocida. En su escrito de queja se lamentaba de que el menor se escapase continuamente del centro de protección en el que residía.

Tras interesarnos por el caso de este niño ante la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla recibimos un informe que señalaba que días antes de recibir nuestro requerimiento se había solicitado por parte del Servicio de Protección de Menores plaza para el menor en un centro especializado en el abordaje de problemas de conducta ubicado fuera de la provincia de

Sevilla, y ello en congruencia con la propuesta técnica emitida en tal sentido, que señalaba la necesidad de cambio de centro residencial a uno mejor adaptado a su perfil y que pueda atender sus especiales necesidades, así como que cuente con una mayor capacidad de contención considerando las continuas ausencias no autorizadas que protagoniza el menor (queja 24/9015).

En otro supuesto, la interesada nos decía que su sobrina protagonizaba reiteradas fugas del centro de protección en el que había sido internada y pedía que fuese trasladada a otro con mayor control y medidas de seguridad.

Solicitado informe a la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Granada se indicó que la niña había transitado por diferentes centros, primero por uno de acogida inmediata, de ahí a uno calificado como residencial básico, del cual fue derivada ante su inadaptación y continuas ausencias no autorizadas a un centro especializado en el abordaje de problemas de comportamiento, del cual, ante su evolución positiva, fue derivada de nuevo a un centro residencial básico.

Y a este respecto, ante el hecho de que la menor hubiese vuelto a protagonizar fugas del citado recurso, la Delegación Territorial señalaba que el centro de protección en que la menor se encuentra acogida es de carácter abierto, lo que implica que los menores residentes pueden entrar y salir del mismo dentro de las distintas actividades programadas, si bien no deben ausentarse del recinto sin comunicarlo y sin disponer de autorización para ello, considerando que desde esta Entidad Pública y por parte de la dirección del centro que ejerce la guarda de la menor se están observando las medidas legalmente procedentes para su atención y protección.

Aún sin dejar de reconocer la dificultad que entraña la supervisión y control de las personas menores de edad internas en centros de protección, recordamos a la Delegación Territorial los deberes inherentes al ejercicio de la tutela pública de esta menor y emitimos una Recomendación para que ante su inadaptación al último centro al que había sido derivada procedente del centro especializado en el abordaje de problemas de conducta, en el que también venía protagonizando abandonos no autorizados, se examine de nuevo la situación de la menor y atendiendo a sus antecedentes se acordase su ingreso a un centro mejor adaptado a sus características personales y la evolución experimentada en su problema de comportamiento ([queja 24/7245](#)).

3.1.2.5.3. Infancia en especial situación de vulnerabilidad

3.1.2.5.3.1. Infancia migrante

Usualmente se utiliza la denominación «menores extranjeros no acompañados» para referirse a chicos y chicas que migran de forma irregular desde sus países al nuestro en condiciones precarias. A su condición de menores (personas que requieren de especial protección) hay que unir su condición de extranjeros en situación irregular (estatus jurídico muy precario) y su situación de desamparo, esto es, sin ninguna persona adulta que atienda sus necesidades, sin medios económicos, sin familia ni entorno social conocido, y en la mayor parte de los casos desconociendo incluso el idioma español.

Conforme al artículo 131 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados tendrán garantizados los derechos que les corresponden como menores de edad y se posibilitará su integración social plena independientemente de las posibilidades que existan para regresar con su familia. Y cuando estos menores estén bajo la protección de la Administración de la Junta de Andalucía tendrán derecho al acceso a todos los servicios y prestaciones cuya competencia tenga atribuida la Comunidad Autónoma de Andalucía, independientemente del estado de tramitación de su residencia o asilo, y en especial, en materias relacionadas con salud, educación, servicios y prestaciones sociales básicas, empleo, formación profesional y ocupacional.

En este contexto las principales quejas que recibimos vienen precisamente referidas a la determinación de la condición de minoría de edad, toda vez que en ocasiones se dan supuestos en que existen dudas razonables acerca de la edad declarada o la que figura entre la documentación que portan, motivo por el que, conforme a la legislación sobre personas extranjeras, corresponde a Fiscalía intervenir para cumplir con los protocolos existentes para acreditar la edad.

Así, esta Defensoría viene interviniendo en relación con un conjunto de personas migrantes que habían tenido que abandonar el centro de protección de menores en el que se alojaban tras recibir el decreto de la Fiscalía que los declaraba mayores de edad. Según su relato dichas personas no habrían recibido ninguna comunicación relativa a la obligación de abandonar el centro por parte del Ente Público de Protección de Menores y tampoco se habría programado ninguna ayuda social para atender la precaria situación en que se encontraron tras tener que abandonar el centro sin disponer de ningún lugar donde alojarse, todo ello careciendo de medios económicos y sin ningún apoyo familiar o social.

Al dar trámite a la queja recibimos un informe de la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Granada relatando la intervención realizada por dicha Delegación en su condición de Ente Público de Protección de Menores conforme a la normativa aplicable pero sin ninguna referencia a las actuaciones realizadas con estas personas una vez que se vieron obligadas a abandonar el centro residencial de protección de menores en el que estaban alojadas, ejerciendo para ello las competencias que correspondían a esa Delegación Territorial en materia de inclusión social y migraciones, dando respuesta a la situación de extrema precariedad en que se encontraron, y todo ello proporcionándoles atención social de forma directa o en colaboración con otras Administraciones Públicas o entidades privadas.

En el nuevo informe que hemos recibido sobre esta cuestión se viene a reseñar que ante la posible mayoría de edad de los respectivos jóvenes, se contactó con diferentes recursos para personas sin hogar, que igualmente se les facilitó la información de los recursos para personas sin hogar y de atención a migrantes de la ciudad de Granada donde se podían dirigir para recibir todo tipo de ayuda. Finaliza el informe señalando que no se pudo derivar a los jóvenes a programas de mayoría de edad de la Junta de Andalucía por no tratarse de menores procedentes del sistema de protección (cuando llegaron a España ya eran personas mayores de edad, tal como acreditó el decreto de Fiscalía).

No obstante, para prevenir posibles situaciones de vulnerabilidad social se anuncia la implementación de un folleto, traducido a diferentes idiomas, que estará disponible en los centros de protección de

menores e informará sobre los recursos asistenciales disponibles en la provincia dirigido a personas que se encuentren en esta situación (queja 24/3302).

Por otro lado, en relación con la crisis migratoria producida por la llegada improvisada y masiva de centenares de personas a las costas canarias, entre ellos cientos de jóvenes y menores de edad sin compañía de persona adulta que cuide de ellos, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, emitió un [comunicado](#) público en la misma sintonía que la institución del Diputado del Común de Canarias destacando que se trata de una situación que desborda la planificación y los sistemas de acogida ante las migraciones de personas y que exige de la intervención del Estado y de la Unión Europea. Se indica en el comunicado: «Estamos hablando de la obligación de los estados de proteger los derechos de estos menores, recogidos en todos los ordenamientos jurídicos internacionales y nacionales, por lo que es necesaria la articulación de un sistema de acogida ordenado y equitativo, con recursos suficientes y con un reparto solidario entre comunidades, atendiendo a las singularidades de cada territorio, sin perjuicio de las bondades que esta acogida tiene para las sociedades receptoras».

La Defensoría de la Infancia y Adolescencia pidió que desde las defensorías del pueblo se trabaje en sus territorios con solidaridad para la acogida de los migrante menores que llegan a Canarias. La distribución de estas personas por las diferentes comunidades autónomas aliviaría la presión sobre los servicios y permitiría una integración más efectiva y humana.

A tales efectos se recordó que Andalucía conoce bien esta situación como puerta de entrada de esta migración. La llegada masiva de personas migrantes, entre ellas, menores no acompañados, ya fue objeto de análisis y reflexión en 2019 entre los nueve Defensores del Pueblo autonómicos y el Defensor estatal de entonces, con motivo de sus jornadas anuales de coordinación y que concluyó con la firma de una Declaración conjunta, bautizada como «[Declaración de Tarifa](#)» donde los Defensores del Pueblo de España y de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Canarias, Galicia, País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra, Castilla y León, y Cataluña reclamaban la defensa y protección de los niños y niñas que llegan a España sin la compañía de personas adultas que los protejan: son menores y, por tanto, han de ser objeto de protección. «Demandamos que se valore la necesidad de atención de una manera coordinada, solidaria, ordenada y responsable entre los territorios».

Otro aspecto que se ha abordado por esta Defensoría relativo a personas migrantes viene referido a menores de edad afectados por retrasos en la tramitación de expedientes de reconocimiento de nacionalidad por simple presunción, ejemplo de ello es la queja 24/5118, relativa al Registro Civil de Granada, o la queja 24/1232, donde el interesado se quejaba porque el Registro Civil de Úbeda acumulaba una demora de más de un año para resolver el expediente iniciado para el reconocimiento de nacionalidad de su hijo «por simple presunción», conforme a lo establecido en el artículo 96.2 de la Ley del Registro Civil en relación con el artículo 17.1.c del Código Civil. Argumentaba el interesado que tanto él como la madre tienen nacionalidad peruana y que su país no confiere dicha nacionalidad a su hijo al haber nacido en España. Es por ello que al ser su hijo en estos momentos apátrida habían solicitado al Registro Civil de Úbeda que su hijo fuese inscrito con la nacionalidad española, acumulando su petición mucha demora lo cual estaba causando muchos perjuicios al menor.

Al afectar el contenido de la queja a derechos básicos del menor (derecho a un nombre y nacionalidad conforme a lo establecido en los artículos 7 y 8 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño) solicitamos la colaboración del citado Registro Civil para que nos informase acerca de los motivos que venían dificultando la resolución del citado expediente, y en respuesta fuimos informados de las carencias de personal existentes en dicho Registro, y ello a pesar de en la zona está ubicado un hospital comarcal que ocasiona la tramitación de muchos asientos de nacimientos y defunciones.

En cualquier caso, a pesar de que el problema planteado en la queja quedó finalmente resuelto con la notificación al solicitante de la pertinente resolución, tomamos nota de las carencias de personal existentes en el Registro Civil de Úbeda para interesarnos por su solución ante la administración competente.

3.1.2.5.3.2. Infancia con discapacidad o afectada por problemas de salud

Son muy numerosas las quejas por dilaciones para obtener una cita para la valoración/revisión del grado de discapacidad en el Centro de Valoración y Orientación de referencia, así como para emitirse las resoluciones, poniendo a las personas menores de edad en una delicada situación de vulnerabilidad.

La [Ley 4/2017 de 25 de septiembre, de los Derechos y la atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía](#), obedece a la necesaria adecuación de la normativa autonómica a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones», ratificada en 2007 por España, y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

Según su exposición de motivos: «La Convención ha impulsado un cambio de paradigma en las políticas sobre discapacidad, pasando desde el enfoque asistencial al de garantía de derechos», considerando «a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo».

Un abordaje desde «un modelo social basado en las capacidades y en la interacción con el entorno y la participación real y efectiva en todos los asuntos que les son propios».

Una atención integral que conforme lo expuesto en el artículo 14 de esta Ley, deberá comenzar en la etapa más temprana posible, y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno.

Además se prevé que «las Administraciones Públicas velarán por el mantenimiento de unos servicios de atención adecuados, mediante la coordinación de los recursos y servicios en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, con el fin de garantizar a las personas con discapacidad una oferta de servicios y programas próxima en el entorno en el que se desarrolle su vida, suficiente y diversificada, tanto en zonas rurales como urbanas».

Unos derechos que no pueden ser invocados mientras tanto no se les haya reconocido el grado de discapacidad, mediante Resolución de los titulares de las Delegaciones Territoriales de Inclusión Social, Juventud, Familia e Igualdad de la Junta de Andalucía.

El reconocimiento de la discapacidad, adquiere por tanto una especial relevancia cuando afecta a niños y niñas. Así en la [Instrucción 2/2021 de la Dirección General de Personas con Discapacidad](#) se

prevé que será objeto de priorización de citas y/o valoración los expedientes relacionados con «las personas menores, especialmente aquellas cuya edad esté comprendida entre los 0 y 6 años, las sujetas a medidas de protección, las afectadas por enfermedades oncológicas, y en general todas aquellas que se encuentren en edad de escolarización».

Se prevé que «el tiempo de tramitación de los expedientes susceptibles de priorización no deberá exceder de tres meses, a contar desde la fecha de entrada de la solicitud en el Centros de Valoración y Orientación» y se establece que se implementarán las medidas necesarias para ofrecer una respuesta lo más adaptada posible a las características y necesidades de los/as menores.

Entre las medidas de mejora se consideran: «la habilitación de espacios adaptados para los/las niños y niñas que acuden al centro para su valoración; la adaptación de la agenda de citaciones del centro, estableciendo en la misma franjas horarias específicas y/o jornadas completas reservadas para la valoración de las personas menores; la constitución de un Equipo de Valoración y Orientación especializado en la valoración de personas menores, siempre que la dotación de recursos humanos y la especialización de los mismos lo hagan posible».

Unos plazos que no siempre se cumplen, dado que hay provincias en las que no se dispone de un sistema que permita detectar qué expedientes son objeto de priorización. Hemos conocido a través de numerosas quejas dilaciones que debieran de ser priorizadas, sin que exista en muchos de los Centros de Valoración y Orientación (C.V.O) un procedimiento que permita detectar estos expedientes.

A modo de ejemplo en la queja que afectaba a una menor de 4 años, no había sido priorizada para valorar su discapacidad, solicitada hacía más de un año en el C.V.O de Málaga. Tras requerir a la Administración para que nos informara de la fecha aproximada en la que sería citada, nos informaron que tras detectar esta situación, su expediente había sido objeto de priorización estando el mismo pendiente de resolución. Una valoración que aun habiéndose realizado con carácter prioritario respecto al resto, no cumplió con lo dispuesto en la Instrucción (queja 24/2658).

En relación a esta problemática, en la [queja 23/5764](#), aperturada para conocer las causas que provocaban meses de retrasos en la valoración de grado de discapacidad en la provincia de Málaga, tras recibir el informe de la Delegación Territorial no se podía determinar si existía o no un procedimiento que permitiera detectar estas casuísticas, entre los que se encuentran los menores.

En la resolución emitida por la mencionada queja de oficio, se ha recomendado, entre otras cuestiones, que en el caso de no disponer de un equipo que priorice los expedientes conforme la regulación existente, se adopten las medidas necesarias para detectarlos, con el objetivo primordial de evitar errores que puedan calificar los mismos como ordinarios, evitando con ello dilaciones.

En otras ocasiones, las quejas nos solicitan amparo ante la disconformidad en la revisión de sus hijos antes de los dos años (queja 24/1830), o cuando no se les reconoce movilidad reducida, (queja 24/3549) o teniéndola reconocida hay dilaciones en emitir la resolución (queja 24/5516), cuestiones todas ellas que llevan aparejadas una pérdida de derechos dado que tal y como se reconoce en la Ley las personas con discapacidad son sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo. Un ejercicio que se ve impedido por las dilaciones existentes en estos expedientes, impidiendo con ello un tratamiento integral en la etapa más temprana posible.

En este apartado destacamos también nuestra intervención tras tener conocimiento por noticias de prensa de la precaria situación en que se encontraba un niño, de 13 años, autista severo, cuya familia se veía completamente superada para prestarle los cuidados y asistencia especializada que requería. Las prestaciones sociales y sanitarias de las que se venía beneficiando la familia y el menor resultaban a todas luces insuficientes y no proporcionan una solución satisfactoria a sus necesidades, debiendo la familia hacer frente a esta situación con sus escasos recursos económicos, lo cual afectaba también a los cuidados y atención que dispensaban a su hermano adolescente, de 15 años de edad.

A tales efectos decidimos incoar, de oficio, un expediente de queja con la finalidad de analizar los recursos y prestaciones sociales y sanitarias puestas a disposición del menor y su familia para garantizar su derecho a una asistencia sanitaria de calidad y a recibir ayuda social para atender su discapacidad y carencias sociales; ello unido a la atención preventiva de la que era merecedor su hermano, también menor de edad.

Para dar trámite al expediente de queja solicitamos información sobre la intervención desarrollada con el menor y su familia a las siguientes administraciones la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Sevilla; la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud; y al Ayuntamiento de Dos Hermanas.

En respuesta, el primero de los organismos señalados comunicó que en septiembre de 2016 se dictó resolución reconociendo al menor una dependencia en Grado III (gran dependiente). Y como consecuencia de ello en marzo de 2017 se dictó resolución por la que se aprobó el Programa Individual de Atención (PIA), reconociendo el derecho a una prestación económica para contribuir a los gastos derivados de su cuidado en el entorno familiar.

En cuanto a las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Delegación Territorial valoraba que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar era la que mejor se adecuaba a las necesidades del menor dependiente. A este respecto el informe venía a precisar que los servicios de unidad de estancia diurna y el servicio de atención residencial, previstos para personas con trastorno del espectro autista, requieren para acceder a los mismos que las personas dependientes tengan entre 16 y 65 años de edad, salvo en el caso de discapacidad intelectual en el que no existe el límite superior. Por dicho motivo, atendiendo a la edad del menor dependiente (13 años) no era posible la asignación de dichos servicios, sin perjuicio de que, una vez alcanzase la edad mínima pudiera presentar una solicitud de revisión del PIA en el caso de creer conveniente que alguno de estos recursos se ajusta mejor a sus circunstancias de persona dependiente.

Por su parte, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS) señala que el menor comenzó en 2015 su tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil (USMIJ) del Hospital Universitario Virgen de Valme, cuando los padres consultaron por sus problemas de lenguaje y graves alteraciones de la conducta. Hasta entonces estaba siendo tratado en el ámbito privado y en el servicio de neuropediatría del mismo hospital. El niño estaba siendo atendido también en el Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT) y por una pedagoga privada.

En la primera consulta en la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil se le ajustó la medicación que el niño estaba recibiendo y los padres, durante la siguiente consulta de revisión, confirmaron una importante mejoría conductual. Se realizaron revisiones con una periodicidad bimensual y contactos telefónicos a

demanda de la familia. Se inició paralelamente la coordinación con el Equipo de Orientación Escolar que aconsejó su inclusión en un centro específico. El ingreso del niño en el centro de San Juan de Dios supuso una estabilización de los síntomas del niño y un cambio conductual notable.

Añadía el informe que en 2017 presentó una primera crisis comicial, siendo diagnosticado y atendido en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de Valme. Fue diagnosticado de epilepsia generalizada e inició un tratamiento antiepiléptico. Y durante los años 2019 y 2020 continuó siendo atendido en la unidad de salud mental del citado hospital y, durante el período de pandemia por la Covid-19, se realizó un seguimiento telefónico estrecho, encontrándose en un periodo de estabilidad conductual a pesar del confinamiento. Además, en 2021, el niño fue diagnosticado de diabetes tipo II e inició tratamiento y seguimiento. Y, en el año 2022, ante el cambio de medicación antiepiléptica sufrió una importante descompensación conductual. Desde ese momento, y a pesar de los ajustes farmacológicos realizados por los neuropediatras y por psiquiatría de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del hospital no se ha logrado aún estabilizar por completo su conducta.

Confirmaba la administración sanitaria que los padres siempre se han mantenido colaboradores y han seguido las indicaciones de los profesionales, tanto conductuales como farmacológicas, a pesar del importante desgaste personal y familiar que supone el cuidado del hijo, cuyo comportamiento en ocasiones es imprevisible, errático, violento y por tanto difícil de controlar.

Por todo ello, la Dirección de la UGC de Salud Mental concluye que en la situación clínica del menor concurren distintas condiciones médicas que complican su evolución, que las opciones terapéuticas se han realizado, en todo momento, de acuerdo con la mejor evidencia científica existente y buscando la máxima eficacia, y el mejor perfil de efectos secundarios posible, pero que lamentablemente, los resultados obtenidos tras los ajustes no han sido lo suficientemente exitosos, por lo que continúan trabajando con el menor y su familia para intentar mitigar los síntomas descritos.

Finalmente el Ayuntamiento de Dos Hermanas responde que se ayudó a la familia en el trámite de la solicitud de la aplicación de la Ley de Dependencia para el menor, obteniendo una resolución que calificaba su dependencia de grado III (gran dependiente), obteniendo una prestación económica para cuidados en su entorno familiar. Indica, además, que el menor padece autismo profundo y retraso madurativo, lo cual determina que necesite apoyo para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria como son el aseo, vestido, toma de medicamentos, etc. Por la enfermedad que presenta no se le puede dejar solo en ningún momento ya que no es consciente del peligro, por lo que su dependencia es aún mayor.

Él reside con sus padres y un hermano mayor, de 16 años. Su padre es el cuidador principal, para lo cual hubo de renunciar a su vida laboral para responsabilizarse por completo del cuidado de su hijo, siendo quien asume el control del comportamiento de su hijo al tener el menor, a pesar de su edad, una gran corpulencia física. Su madre trabaja fuera del hogar.

Añade el ayuntamiento que el menor acudía a un centro escolar especializado (San Juan de Dios, en Alcalá de Guadaíra), el cual dispone de una residencia escolar de lunes a viernes y de forma privada los fines de semana. La residencia escolar no suele disponer de plazas libres los fines de semana a lo cual se une la complejidad física del menor que hace necesaria la presencia de mayor personal para su contención. Indica el Ayuntamiento que este recurso sería muy conveniente para la familia para que

podiera disponer de tiempo de respiro respecto de los constantes cuidados que deben dispensarle, y ello por cuanto por su edad (13 años) no puede aún acceder a un recurso residencial especializado en aplicación de la Ley de Dependencia.

Ante la dificultad de acceder a este recurso, desde la delegación municipal de asuntos sociales, además de asesorar a la familia durante todo el proceso, se les viene apoyando económicamente para que puedan sufragar de forma privada algún cuidador para el menor en las horas en que éste no se encuentre en el centro escolar.

Actualmente, el menor, según informa la familia, recibe terapia en un centro privado, especializado en el tratamiento de adolescentes en conflicto que requieren una atención específica que no se puede prestar a nivel ambulatorio debido a su gravedad, separando al menor del núcleo familiar integrándolo en un grupo de convivencia juvenil.

El Ayuntamiento recalca que en el marco de sus competencias han tomado distintas medidas en colaboración con la familia, con la que se mantiene una estrecha relación de cooperación y entendimiento. Además de facilitar el apoyo económico anteriormente detallado, la familia ha recibido también asesoramiento por parte del personal técnico en las distintas gestiones que han tenido que realizar con otras administraciones y entidades.

Respecto al hermano, por parte del Ayuntamiento se le ha dispensado asesoramiento y orientación académica por parte de personal técnico especializado de la Delegación de Juventud y Educación; y se han realizado gestiones administrativas relacionadas con sus estudios así como mediación con el IES donde está escolarizado, ello además de participar en talleres de desarrollo personal.

Por último el Ayuntamiento también refiere que se ha facilitado la colocación de una plaza de aparcamiento de movilidad reducida en la puerta del domicilio, todo ello con la finalidad de facilitar los desplazamientos del menor.

Tras analizar la información aportada por las distintas administraciones competentes, hemos de remarcar que su intervención se ha ajustado a las previsiones legales y reglamentarias, enmarcadas en el caso de la Administración Sanitaria en la prestación de asistencia sanitaria especializada a los distintos padecimientos del menor, especialmente en materia de salud mental, enfocada en consultas periódicas en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, donde se realiza un control de la evolución de la prestación farmacológica prescrita.

En el caso de las prestaciones sociales es preciso que con carácter previo diferenciemos el concepto de dependencia del de discapacidad, siendo así que la discapacidad de una persona puede generar dependencia, entendida ésta como la necesidad de la persona de recibir asistencia para sus actividades cotidianas en cualquiera de los ámbitos en que se desenvuelva. Toda vez que la discapacidad genera dependencia en diferentes grados, dicha dependencia debe ser compensada y convenientemente atendida.

Así el artículo 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define Dependencia como: «Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas

de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

La situación de mayor dependencia se produce en el grado 3 (gran dependencia) en el que la persona necesita ayuda varias veces al día y apoyo continuo e indispensable debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

El artículo 16.1 de la citada Ley 39/2006 dispone que: «Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados».

Así pues, las prestaciones sociales que se ofrecieron al menor se enmarcaron en el ámbito de la legislación que afecta a personas dependientes, para lo cual se tramitó en su momento la valoración de su situación de dependencia, considerando que lo más apropiado para su situación sería una prestación económica a la familia, teniendo presente para ello las limitaciones impuestas por la edad del menor. Por su parte, los servicios sociales municipales llegando al límite de sus posibilidades y efectuando una interpretación muy generosa de sus propias competencias han intentado ayudar a la familia en aquellos ámbitos en los que la prestación concedida al hijo dependiente no proporciona una solución satisfactoria, concediéndoles por ello una prestación económica orientada a que pudieran contratar personal que les apoye y les de respiro en la tarea que tienen asumida como familiares cuidadores.

Y es en este punto concreto en el que debemos detenernos pues, tal como detalla tanto la Delegación Territorial de Inclusión social como el Ayuntamiento, la actual regulación de las prestaciones por dependencia impide el acceso a las mismas, en la modalidad de recursos de estancia diurna o recursos residenciales específicos, a las personas dependientes autistas hasta que no alcancen los 16 años de edad.

Lo mismo se puede predicar del programa de respiro familiar, del cual no se podría beneficiar la familia hasta que el menor dependiente no alcanzase los 16 años de edad.

Así pues, si nos contentásemos con el cumplimiento de lo establecido en la normativa reguladora de las prestaciones por dependencia podríamos considerar correcta la intervención de las mencionadas administraciones pero nuestra obligada perspectiva de Defensoría de la Infancia y Adolescencia nos impele a ir más allá, y a señalar la insuficiente atención social que viene recibiendo tanto el menor dependiente como su familia.

Resulta un contrasentido que el menor, cuya corpulencia física es conocida y cuya contención requiere de esfuerzos ímprobos y continuados por parte de sus cuidadores, tenga que esperar tres años, hasta cumplir los 16, para poder acceder a centros especializados para menores afectados por trastornos del espectro autista, y que su familia tenga también que esperar esos mismos tres años, hasta que su hijo cumpla los 16 años, para poder beneficiarse de programas sociales para facilitarles respiro como familiares cuidadores.

Es por ello que estimamos que sería necesaria una modificación en la normativa que regula las prestaciones a personas autistas dependientes que les permita acceder a recursos asistenciales espe-

cializados incluso por debajo de los 16 años de edad; y también que el programa de respiro familiar se pueda extender a familiares cuidadores de menores dependientes, atendiendo a su especial disponibilidad y dedicación, y sin fijar una edad mínima de corte tal como ocurre en la actualidad.

La Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía, ha supuesto un gran avance normativo que beneficia al colectivo de menores autistas al garantizar el derecho de los niños y niñas de cero a seis años a acceder a asistencia especializada de logopedia, psicología y fisioterapia, quedando aún pendiente la extensión del derecho a tales prestaciones u otras que fueran necesarias a partir de esa edad. Y en este punto debemos referirnos al I Plan de Acción Estrategia Española en Trastorno del Espectro del Autismo 2023-2027, en virtud a lo acordado en el Pleno del Consejo Nacional de la Discapacidad, de 5 de julio de 2023, en el que se recalca lo siguiente:

«... Es imprescindible considerar la diversidad y heterogeneidad de capacidades y necesidades de apoyo que caracterizan al colectivo. Esta realidad hace imprescindible el desarrollo de un abanico amplio y flexible de prestaciones y servicios que, compartiendo el objetivo de garantizar la vida independiente y la inclusión en la comunidad, faciliten distintas soluciones y modelos de apoyo para conseguirlo.

Asimismo, el avance de la edad y los cambios en la situación familiar en esta nueva etapa exigen el mismo nivel de apoyos especializados que los que se ofertan en la etapa escolar, de forma que se pueda garantizar el desarrollo de las diferentes habilidades personales (comunicación, habilidades sociales, autonomía personal, habilidades laborales, de ocio y autodirección, etc.), la calidad de vida en todos los entornos y ámbitos de la vida de la persona, así como la prevención del envejecimiento y los cambios asociados al mismo (posible deterioro físico y cognitivo, descanso familiar, etc.).

Para satisfacer estas necesidades, algunas personas con autismo disfrutan de servicios especializados de atención diurna que procuran favorecer el desarrollo de sus habilidades e intereses, así como su participación social y comunitaria. En todos los casos, los objetivos de estos servicios deben orientarse a maximizar la autonomía personal y a garantizar un aprendizaje continuado a lo largo de la vida, minimizando los efectos que los avances de la edad puedan tener en la salud y en la calidad de vida de sus beneficiarios/as. Por esta razón, es necesario potenciar el desarrollo de estos servicios especializados, puesto que actualmente su oferta resulta limitada y territorialmente dispersa.

Mientras tanto, ante la carencia de servicios, son las familias quienes asumen los apoyos que sus hijos e hijas necesitan, en todas las etapas de sus vidas. Esta realidad genera situaciones de doble dependencia y desprotección, especialmente cuando los y las familiares que facilitan los apoyos van envejeciendo y se ven afectados también por situaciones de dependencia...».

La modificación normativa por la que venimos postulando encontraría apoyo en legislación de ámbito internacional, en concreto en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y más específicamente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ambos tratados internacionales han sido suscritos y ratificados por España, y de ellos se extrae la premisa de que todo niño, niña y adolescente con discapacidad deba ser tratado como un miembro con plenos derechos en su entorno familiar y social, obligándose los Estados a priorizar inversiones para eliminar todas las barreras físicas, culturales, económicas, de comunicación, movilidad y actitudinales que impiden ejercerlos.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, con referencia explícita a niños y niñas con discapacidad señala que los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos (art. 7); también obliga a asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes habrán de velar por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias (art. 23).

En el ámbito de la legislación nacional el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, define en su artículo 2 lo que se deben considerar como medidas de acción positiva, que serían aquellas de carácter específico consistentes en evitar o compensar las desventajas derivadas de la discapacidad y destinadas a acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad y su participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad.

A lo expuesto se une el principio de transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones Públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

A tales efectos su artículo 67 determina que los poderes públicos adoptarán medidas de acción positiva en beneficio de aquellas personas con discapacidad susceptibles de ser objeto de un mayor grado de discriminación (...) como son (...) los niños y niñas, quienes precisan de mayor apoyo para el ejercicio de su autonomía (...) y las que padecen una más acusada exclusión social.

Para dicha finalidad, en el marco de la política oficial de protección a la familia, la citada Ley prevé también que los poderes públicos adopten medidas de acción positiva respecto de las familias cuando alguno de sus miembros sea una persona con discapacidad.

Por otro lado, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia viene a regular el derecho subjetivo de la ciudadanía, incluidas las personas menores de edad, a la promoción de su autonomía personal y a recibir atención que compense su situación de dependencia. Y entre las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se encuentran el servicio de atención residencial y el servicio de centro de día y de noche, tratándose de prestaciones a las cuales, tal como venimos reseñando, en la actualidad no pueden acceder las personas dependientes autistas menores de 16 años.

Por todo lo señalado hemos sugerido una modificación normativa que suprima el límite, por razón de edad, para acceder a las prestaciones especializadas que requieren las personas menores de edad afectadas por trastorno del espectro autista con un grado de dependencia severo, especialmente en lo relativo a su asistencia a centros de día o centros residenciales y respiro familiar ([queja 23/3768](#)).

3.1.2.5.4. Protección a las familias

3.1.2.5.4.1. Familias numerosas

En relación a las reclamaciones que afectan a la gestión de títulos de familia numerosa significamos que durante 2024 hemos seguido recibiendo quejas que refieren que, a pesar de haber quedado superado el plazo de 3 meses establecido en la reglamentación, aún no obtienen respuesta a su solicitud de reconocimiento, renovación o modificación del título. No obstante, resaltamos que el número de quejas sobre esta cuestión ha sido significativamente inferior al de años anteriores y que los retrasos acreditados en los expedientes que hemos tramitado han superado apenas un mes el plazo de tres meses antes señalado.

Sobre este ámbito, traemos a colación la queja que versaba sobre el período de validez asignado a un título de familia numerosa, que en este caso era de categoría especial. La persona interesada nos decía que se había producido un error en el plazo de vigencia que le había sido asignado (un año) y que le había resultado imposible conseguir cita para presentar una reclamación para que dicho error fuese corregido a la mayor brevedad.

Tras admitir a trámite la queja solicitamos la emisión de un informe a esa Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Málaga, en el cual se venía a exponer que la resolución del Título de Familia Numerosa objeto de la queja había sido estimada por silencio administrativo (positivo), mecanismo procedimental normativo automatizado del que disponemos cuando se da la circunstancia de que se vence el plazo máximo (tres meses) para la tramitación del expediente sin haberse notificado resolución expresa, y todo ello como garantía de que no se produzca vacío en el tiempo del reconocimiento como familia numerosa y que se llegue a perder los beneficios de estar en posesión del título.

Continuaba señalando la administración que la regulación de los plazos y efectos del silencio administrativo se encuentran en el reglamento del procedimiento para el reconocimiento de la condición de familia numerosa de la Comunidad Autónoma de Andalucía. No se aprecia, por tanto, error en el periodo de vigencia otorgado en la resolución. Y, además, existía un error en la siguiente afirmación de la señora «la validez del título es hasta mínimo cuando el hijo mayor cumpla 24 años» ya que la renovación/modificación deberá solicitarla cuando alguno de los hijos o hijas obtenga el DNI o cumpla 21 años alguno de ellos, lo que primero ocurra.

Tras analizar los hechos comunicamos a la Delegación Territorial que el sentido positivo del silencio administrativo al que hace alusión trae consigo un problema de difícil solución ya que el reconocimiento del título de familia numerosa por silencio administrativo impide un pronunciamiento sobre su período de validez. Y a este respecto conviene recordar que el mismo Decreto 172/2020, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la condición de familia numerosa y su categoría, la expedición, renovación, modificación o revocación del título y del carné de familia numerosa, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, viene a establecer, en su artículo 10, que el título tendrá una vigencia inicial que vendrá determinada por las características propias de cada unidad familiar y mantendrá sus efectos durante todo el período de vigencia al que se refiera la resolución de expedición, modificación o renovación, mientras subsistan las circunstancias de la unidad familiar que dieron lugar a su expedición.

En consecuencia, si la administración no examina las características de la unidad familiar difícilmente puede pronunciarse sobre la vigencia que corresponde a la concreta familia, para lo cual se arbitra la solución de conceder un año de vigencia a los títulos concedidos por silencio administrativo, lo cual supone para algunas familias, entre ellas la de la persona que nos presenta la queja, la necesidad de realizar trámites para renovar la vigencia del título que no tendrían por qué realizar.

A lo expuesto hemos de añadir que el artículo 35 de la citada Ley 39/2015, de procedimiento administrativo común, determina que serán motivados, con sucinta referencia de hechos y fundamentos de derecho, los actos que limiten derechos subjetivos o intereses legítimos, tal como es el caso de la familia titular de la queja, que solicitó la renovación y modificación de su título de familia numerosa, y que se dirigió a nosotros para hacer valer su derecho de obtener una resolución expresa y motivada sobre su solicitud.

Sobre la base de lo señalado, formulamos a la mencionada Delegación Territorial un Recordatorio de Deberes Legales y la Recomendación de que se adopten las medidas necesarias para que las personas solicitantes de reconocimiento, modificación o renovación de títulos de familia numerosa obtengan una respuesta ágil a sus solicitudes, dentro de los plazos establecidos en la legislación, debiendo cumplir dichas resoluciones los requisitos de motivación establecidos en la normativa de procedimiento administrativo.

La respuesta recibida fue en sentido favorable, aceptando los argumentos y contenido de nuestra Recomendación, al haberse procedido al análisis de la solicitud, siendo ésta resuelta de forma expresa, en sentido estimatorio, y con un período de validez de 13 años ([queja 23/6890](#)).

También debemos destacar nuestra intervención relativa a la resolución denegatoria de un título de familia numerosa porque la persona interesada había incluido a los hijos procedentes de una anterior relación matrimonial. Nos decía que tras serle denegado el título por la Delegación Territorial presentó un recurso de alzada ante la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, el cual fue desestimado confirmando los argumentos expuestos por la Delegación.

La familia para la cual se solicitaba el título de familia numerosa era la integrada por el interesado, su actual pareja de hecho, una hija –menor de edad– de esta persona, y 2 hijos suyos –también menores de edad– fruto de una anterior relación matrimonial y cuya guarda y custodia ostentaba su madre, pero sobre los cuales el juzgado había establecido la obligación de contribuir a su sostenimiento mediante el abono de una pensión alimenticia.

Y el motivo por el que fue denegado el título de familia numerosa se justificaba en la resolución del recurso de alzada exclusivamente en lo siguiente: «(...) es de obligado cumplimiento, en el supuesto de que el progenitor no conviva con los hijos cuya inclusión se pretende en el título de familia numerosa, la conformidad expresa del otro ascendiente, sin que exista ninguna excepción a esta regulación en la normativa actual, conformidad expresa que no se ha producido en la solicitud cuya resolución desestimatoria recurre el interesado (...)».

Una vez analizadas las circunstancias que concurrían en este supuesto, diferenciamos dos hechos que, aunque conexos, tienen un alcance y efectos bien diferentes: hemos de distinguir la prohibición de simultanear el cómputo de los integrantes de un título de familia numerosa en otros títulos o solicitudes, de la exigencia de autorización de un progenitor para incluir a sus hijos o hijas en el título de familia numerosa del otro progenitor.

Pensamos que esta autorización o asentimiento sólo cobraría virtualidad y sentido en aquel supuesto en que este cónyuge, titular de la guarda y custodia, hubiera presentado también una solicitud de reconocimiento de la condición de familia numerosa incluyendo en el título a los mismos hijos, operando dicha autorización como un desestimiento tácito de su solicitud al no poder compatibilizarse ambas solicitudes.

Y es por ello que apreciamos que en estos supuestos la negativa del progenitor titular de la guarda y custodia carece de relevancia a los efectos que estamos exponiendo. Sólo si su negativa estuviera fundamentada en la incompatibilidad de la inclusión de los hijos o hijas por tener en trámite la misma solicitud, o estar ya incluidos en su título, desplegarían los efectos obstaculizadores del reconocimiento del título al progenitor no custodio, con obligación de su sustento económico.

Por lo demás, con referencia expresa al caso analizado en la queja, dado que desconocíamos si el motivo por el que el interesado no aportó la autorización de la madre de sus hijos fue porque ésta se opuso o no dio respuesta a su petición, consideramos que la solución más operativa, siempre que el interesado así lo estimase conveniente, sería que éste presentase una nueva solicitud y que aportase copia de la petición realizada a la madre, debiendo ser analizada su respuesta o su omisión de colaboración conforme a la interpretación y criterios que expusimos en las siguientes Recomendaciones a la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad:

- Que en aquellos casos en que una persona separada o divorciada solicite el reconocimiento del título de familia numerosa con su nueva pareja, incluyendo hijos o hijas, menores de edad, fruto de una relación anterior, y a los efectos de comprobar la no inclusión simultánea de tales hijos o hijas en distinto título de familia numerosa, tras admitir la solicitud se dé trámite de audiencia al otro progenitor, padre o madre, para que pueda manifestar lo que estime procedente como persona que pudiera resultar afectada por la resolución que pudiera dictar la Administración.

- Que para el supuesto de que se requiera la subsanación de la solicitud mediante la aportación de documentación para la que resulte indispensable la colaboración del otro progenitor, se advierta expresamente en dicho requerimiento que si se diera el supuesto de no colaboración o negativa de esta persona bastará con que aporte una declaración firmada en la que exprese esta circunstancia, correspondiendo el resto de gestiones realizarlas, de oficio, a la unidad administrativa encargada de la gestión del expediente.

- Que en tales supuestos se compruebe de oficio que los hijos o hijas no están incluidos en otra solicitud o título en vigor, y que tras acreditar que dicha petición reúne el resto de requisitos establecidos en la legislación se emita la correspondiente resolución estimatoria, sin que sea obstáculo para ello la carencia de autorización expresa o tácita del otro progenitor.

En respuesta a dichas Recomendaciones recibimos un informe en sentido favorable a las mismas ([queja 23/4637](#)).

Debemos destacar también nuestra intervención tras la reclamación de una persona que argumentaba que no había podido beneficiarse de determinadas ayudas y ventajas fiscales por el retraso con que se había tramitado la revisión de la valoración de discapacidad de su hijo, hecho que resultaba trascendente para la obtención del título de familia numerosa, siendo así que conforme a la normativa en vigor (art. 10 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, regulador del procedimiento para el

reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad) la resolución que le reconoció la condición de persona discapacitada debió tener efectos retroactivos (desde la fecha de la solicitud), los cuales no fueron aplicados a su título de familia numerosa.

Tras admitir la queja a trámite solicitamos a la Delegación Territorial la emisión de un informe donde se indicaba que la interesada presentó una solicitud de renovación de la vigencia de su título de familia numerosa con fecha 28 de agosto de 2022, la cual fue resuelta en sentido estimatorio con fecha 31 de diciembre de 2022, otorgándole el título de familia numerosa con categoría general y validez por un año, desde la fecha de solicitud 28/08/2022 hasta el 28/08/2023.

Precisaba en su informe la Delegación Territorial que conforme a la Ley 40/2003 de 18 de noviembre de Protección a las Familias Numerosas, en lo que respecta a la Fecha de efectos, su artículo 7, apartado 1 determina que «Los beneficios concedidos a las familias numerosas surtirán efectos desde la fecha de la presentación de la solicitud de reconocimiento o renovación del título oficial» por lo que concluía la Delegación Territorial que su vigencia no se podría retrotraer a una fecha anterior.

Sobre este particular la interesada replica que su título de familia numerosa caducaba el 30 de mayo de 2021 y que en esa fecha también caducaba la condición de persona discapacitada de su hijo aunque estaba en trámite la renovación de su valoración de la discapacidad.

Y toda vez que para reunir los requisitos para acceder al título de familia numerosa precisaban disponer de la resolución que otorgaba a su hijo la condición de persona discapacitada, no pudieron presentar la solicitud de renovación del título hasta que les fue notificada dicha resolución, la cual fue emitida el 4 de julio de 2022 y con fecha de efectos desde el 18 de mayo de 2021. A continuación de recibir dicha notificación presentaron, con fecha 28 de agosto de 2022, la solicitud de renovación de la vigencia del título de familia numerosa, fecha desde la cual se dio vigencia a dicho título sin aplicar retroactividad hasta la fecha en que solicitaron la renovación del reconocimiento de discapacidad del hijo (18 de mayo de 2021).

Tras analizar los hechos expuestos en la queja formulamos Recomendación a la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Málaga para que se atendiera la reclamación presentada por la familia y, en consecuencia, se revise la resolución por la que se reconoce el título de familia numerosa retrotrayendo su fecha de efectos a la que correspondería desde la fecha de efectos del reconocimiento de la condición de persona discapacitada.

En respuesta a nuestra resolución recibimos un informe en sentido favorable ([queja 23/3548](#)).

3.1.2.5.4.2. Ayudas económicas a familias

En relación con la gestión de las ayudas por tercer hijo y parto múltiple tramitamos una queja a instancias de una persona disconforme con el retraso que acumulaba el reconocimiento y abono de la prestación económica por nacimiento o adopción múltiple, la cual solicitó el pasado 7 de enero de 2023, siendo así que a fecha 24 de mayo de 2024 seguía sin tener ninguna respuesta.

Al dar trámite a la queja recibimos un informe de la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla que venía a reconocer que, efectivamente, la solicitud se encontraba

aún en tramitación y señalaba que al existir un amplio número de solicitudes se venía tardando un año en resolverlas desde la fecha de su presentación, siendo así que para acometer este problema la Delegación Territorial venía emprendiendo nuevas iniciativas y cambios en su organización para agilizar el plazo de respuesta.

Tras dar traslado de este informe para alegaciones a la persona interesada, ésta nos manifiesta su disconformidad con la respuesta remitida por la Delegación Territorial por el elevado plazo que dicha administración asume como ordinario para dar respuesta a su solicitud (más de un año), ello unido a que no se le proporciona ninguna información sobre la previsible demora –a pesar de haberlo solicitado– y también por los perjuicios que ocasiona en su economía familiar la demora en la obtención de tales ingresos.

Así pues, en este contexto de vulneración de las normas de procedimiento, formulamos un Recordatorio de Deberes Legales en cuanto al incumplimiento del Decreto 137/2002, de 30 de abril, sobre medidas de Apoyo a las Familias Andaluzas (arts. 4 y 5); y del artículo 12 de la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales, de 6 de mayo de 2002, por la que se regulan ayudas económicas por menores y partos múltiples.

A continuación emitimos las Recomendaciones de que, por un lado, se adopten las medidas que fuesen necesarias para agilizar la respuesta a las solicitudes y abono efectivo de las ayudas económicas por menores y partos múltiples para cumplir con los plazos reglamentariamente establecidos; y, en segundo lugar que siempre que sea previsible alguna demora en la respuesta por dificultades en la gestión administrativa de los expedientes o relativas a la disponibilidad de créditos presupuestarios se proporcione información en tal sentido a las personas afectadas.

El informe de respuesta a nuestra resolución fue en sentido favorable ([queja 23/4245](#)).

3.1.2.6. Protección de los derechos de la intimidad, honor e imagen personales

En el año 2020 se suscribió entre esta Defensoría y el Consejo Audiovisual de Andalucía (CAA) un convenio de colaboración en el que se enfatiza la condición de dicha institución como autoridad audiovisual independiente encargada de velar por el respeto de los derechos, libertades y valores constitucionales y estatutarios en los medios audiovisuales en Andalucía, tanto públicos como privados, así como por el cumplimiento de la normativa vigente en materia audiovisual y de publicidad, tal como establecen los artículos 131 y 217 del Estatuto de Autonomía de Andalucía.

En el articulado de dicho convenio se establece el compromiso recíproco de dar traslado a la otra Institución de aquellas peticiones, sugerencias y quejas formuladas por las personas interesadas, individual o colectivamente, que correspondieran al ámbito de competencia de la misma con la finalidad de agilizar su resolución.

Por tanto, en cumplimiento de este convenio la Defensoría ha venido dando traslado al CAA de algunas quejas o reclamaciones que entrarían en su ámbito de competencias tales como las que citamos a continuación a título de ejemplo: queja 24/6641 presentada contra una televisión local de Almonte por no acceder a publicar una nota aclaratoria sobre familiares afectados por informaciones relativas a un doble crimen cometido en la localidad; queja 24/6751 relativa a anuncios publicitarios en televisiones con contenido no apto para menores en franja horaria protegida; queja 24/6752 alusiva al problema de salud mental que sufren los estudiantes con motivo de su excesiva exposición a dispositivos y redes

sociales; queja 24/7018 en la que la persona interesada se lamentaba de que su hijo apareciera en un programa de noticias de la RTVA sin su consentimiento.

En relación a campañas publicitarias hemos de destacar la queja presentada por una asociación en disconformidad con la campaña divulgativa que emprendió el Ayuntamiento de Almería sobre prevención de agresiones sexuales a menores que incluía imágenes que apreciadas de forma errónea pudieran considerarse como apología de la pederastia.

Tras admitir la queja a trámite el Ayuntamiento de Almería nos informó que una vez analizado el asunto, y ante el error al que podrían inducir la imágenes reproducidas en algún cartel de la campaña, así como los comentarios que se estaban produciendo en diversos medios de comunicación y, en especial, en las redes sociales digitales, procedió a retirar inmediatamente el cartel que había suscitado la polémica y que podía transmitir un mensaje totalmente opuesto al que se pretendía.

Precisaba el Ayuntamiento que el propósito de la campaña era «conmover profundamente a la sociedad almeriense y fomentar una respuesta integral y comprometida ante la problemática de la violencia sexual, especialmente entre los menores, adolescentes y jóvenes», lo cual no resultó óbice para que ante la constatación de que los objetivos de la campaña que se había contratado no se estaban cumpliendo e, incluso, había suscitado, en alguna parte de la ciudadanía, una reacción opuesta a la pretendida, se dio por cancelada la campaña al instante y se retiró la cartelería de inmediato (queja 24/3784).

Destacamos también la queja presentada por distintas personas en alusión a un logotipo utilizado por el Ayuntamiento de Benalmádena (Málaga) que reproducía el dibujo de una niña, el cual consideraban inapropiadamente sexualizado.

En respuesta a estas quejas el Ayuntamiento vino a descartar dichas connotaciones exponiendo sucintamente como «La Niña de Benalmádena» es el principal símbolo de dicho municipio. Se trata de una obra escultórica que desde 1968 ocupa un lugar destacado en la plaza central de Benalmádena y que ha venido siendo utilizada en obsequios a autoridades, en los trofeos deportivos, en los premios del Festival Internacional de Cortometraje y Cine Alternativo (FICCAB) y en documentos oficiales, siendo así que durante muchos años estuvo su silueta como «marca de agua» de la papelería institucional e incluso una réplica exacta se encuentra en Bruselas al estar «hermanada» y por tanto considerada la «hermana» del Manneken Pis.

El logo en cuestión se desarrolló e implementó con ocasión del 50 aniversario de su creación y el nombramiento de «hijo adoptivo» de la ciudad a su autor. El dibujo o el logotipo contiene la imagen de una niña sin más detalles que su sonrisa, su rostro y carente de detalles que puedan considerarla hipersexualizada (queja 24/0476).

Por último, en relación con la autorización para el tratamiento de datos personales de menores recibimos la queja en la que el interesado nos exponía que el Ayuntamiento de Estepona (Málaga) venía utilizando la imagen de su hija en revistas de titularidad municipal y en redes sociales sin contar con su autorización y que tras quejarse el Ayuntamiento no le ofrecía ninguna solución, salvo una llamada de la Alcaldía para pedirle disculpas.

Tras interesarnos por el caso ante el Ayuntamiento recibimos un informe redactado por la persona que actúa como Delegado de Protección de Datos del Ayuntamiento en el que señalaba que el Ayuntamiento le había encomendado la elaboración de una instrucción con el procedimiento a seguir para

obtener consentimiento de los titulares de la patria potestad en los casos de publicación, en cualquier plataforma, de datos personales de menores de 14 años. También un protocolo de actuación para subsanar posibles deficiencias, con carácter previo a la edición de cualquier publicación.

En cualquier caso nos fue confirmada la realización de un barrido en busca de los datos personales de la menor en todas las plataformas digitales del Ayuntamiento, procediéndose a eliminar todas las fotos y vídeos en los que aparecía la hija del reclamante ([queja 24/7413](#)).

3.1.2.7. Protección del derecho al juego, deporte y ocio

Hemos de referirnos en este apartado a las quejas que solemos recibir en relación con la instalación, funcionamiento y estado de conservación de parques infantiles, por tratarse del principal equipamiento público dirigido a facilitar el juego y la interacción entre niños y niñas, especialmente en edades tempranas.

A título de ejemplo reseñamos las actuaciones iniciadas por un parque infantil ubicado en Ronda (Málaga), respecto del cual nos fueron denunciadas deficiencias que pudieran entrañar riesgo para los niños y niñas que asiduamente concurren a dicha instalación lúdica. Se aludía en dichas quejas a la existencia de bordillos y desniveles que entrañaban riesgo de caídas, existiendo también deficiencias en el vallado de zonas diferenciadas. También aludía a la existencia de nidos de palomas cuyas heces se depositan en la zona de juegos, ello unido a la distancia entre columnas del antiguo palomar que permite a los menores introducir sus cabezas entre ellas con el riesgo de quedar atrapados.

Tras dar traslado de esta queja al Ayuntamiento recibimos un informe en el que se indicaba que el parque y sus elementos lúdicos cumplían con los requisitos establecidos en el Decreto 127/2001, de 5 de junio, sobre medidas de seguridad en los parques infantiles, especialmente en lo referente a la existencia de suelo amortiguado, siendo así que el parque infantil se venía sometiendo a revisiones periódicas por parte de una empresa acreditada que en su última inspección vino a señalar que las áreas de juego infantiles cumplen con los estándares normativos europeos en materia de seguridad recogidos en las normas técnicas UNE.

No obstante lo anterior, en el informe se dejaba abierta la posibilidad de instalar nuevos elementos de protección para minimizar los riesgos existentes en el parque.

De la respuesta aportada por el Ayuntamiento deducimos que el asunto planteado en la queja se encontraba en vías de solución al encontrarse en curso actuaciones encaminadas a mejorar las instalaciones del parque infantil, a lo cual se une que en dicho proceso se encuentra abierta la posibilidad de que participe la ciudadanía aportando peticiones y sugerencias que serían valoradas conforme a criterios técnicos y cumpliendo con la normativa aplicable ([queja 23/7712](#) y [queja 24/8435](#)).

Respecto a la adaptación de los parques infantiles a menores con movilidad reducida, destacamos la queja de una madre que solicitó la ayuda de esta Defensoría para que en determinado parque infantil de Estepona (Málaga) fuese instalado un columpio balancín, para que de este modo pudieran disfrutar de él niños y niñas que precisen silla de ruedas para su movilidad. En el trámite de la queja pudimos conocer que el Ayuntamiento fue sensible a la petición realizada por la ciudadanía (se llegaron a aportar más de 1.000 firmas adhiriéndose a la petición) y finalmente fueron instalados en el parque infantil elementos lúdicos adaptados para el disfrute de menores con movilidad reducida ([queja 24/1290](#)).

3.1.2.8. Infancia y Administración de Justicia

3.1.2.8.1. Litigios de derecho de familia

Nuevamente los conflictos surgidos en el seno de la familia han acaparado un importante número de quejas durante 2024. Y entre estos conflictos cobran preponderancia los relativos a la ruptura de la relación de pareja, especialmente cuando se tienen hijos o hijas en común, menores de edad, que se encuentran a expensas del acuerdo que puedan alcanzar sus progenitores sobre quién se hará cargo y en qué proporción de las obligaciones económicas que les incumben, el régimen de guarda y custodia, la vivienda en la que residirán, la relación que adelante podrán mantener con sus familiares, amistades y entorno social, entre otras tantas cuestiones relevantes que inciden el devenir cotidiano de cualquier familia.

Lamentablemente, son muchos los casos en que no es posible un acuerdo amistoso, incluso en supuestos en que para alcanzarlo se ha intentado la vía de la mediación familiar, por lo que no queda otra opción que recurrir a la jurisdicción de familia para que sea un juzgado el que acuerde lo procedente sobre estas cuestiones.

En este contexto han sido numerosas las quejas presentadas ante esta Defensoría por algún ex miembro de la pareja en discrepancia con la resolución adoptada por el juzgado y que afecta a los hijos o hijas comunes. Se argumenta que la resolución judicial, provisional o definitiva, no valora adecuadamente la situación real y que contraviene el interés superior de los menores. En ocasiones también se alude en la queja a la discriminación sufrida por la condición de hombre o mujer, argumentando que se ha producido una interpretación sesgada de los hechos o circunstancias que han motivado la resolución judicial y ello en perjuicio de una de las partes en litigio.

Como garantes de los derechos de la infancia y adolescencia, esta Institución ha de procurar la igualdad de acceso a la justicia, como un elemento más de cohesión social, ya que la vulnerabilidad económica, social o educativa no puede ser nunca un obstáculo para obtener la protección jurídica que el Estado debe proporcionar a los ciudadanos.

En el ámbito de la Justicia, la tramitación de los expedientes de queja se encuentra limitada por el hecho de que el ejercicio de la potestad jurisdiccional corresponda exclusivamente a los Juzgados y Tribunales establecidos por las leyes (art. 117.3 de la Constitución Española), lo que determina que carezcamos de competencia para el examen de aquellas cuestiones que estén pendientes de resolución judicial y lo suspenderá si, iniciada su actuación, se interpusiera por la persona interesada demanda o recurso ante los Tribunales ordinarios o el Tribunal Constitucional, lo que no impedirá la investigación sobre los problemas generales planteados en las quejas presentadas, y en cualquier caso velará porque la Administración Autonómica resuelva expresamente, en tiempo y forma, las peticiones y recursos que le hayan sido formulados (art. 17.2 Ley 9/1983).

En el ejercicio al que se refiere el presente informe, ha sido publicada la Ley Orgánica 5/2024, de 11 de noviembre, del Derecho de Defensa, este derecho junto a la tutela judicial efectiva y un proceso público sin dilaciones indebidas (art. 24 de la CE), y el derecho a la asistencia jurídica gratuita (art. 119 CE.), constituye uno de los derechos básicos de protección de la ciudadanía.

Otra novedad normativa es la Ley Orgánica 1/2025, de 2 de enero, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia, que viene a potenciar y, en algunos supuestos, obligar a acudir a los medios adecuados de solución de controversias en vía no jurisdiccional (MASC), lo que implica respecto al derecho de defensa y asistencia jurídica, que deba garantizarse de igual manera dentro y fuera de los ámbitos jurisdiccionales, es decir, que son de aplicación a los procedimientos extrajudiciales y a los mecanismos de solución adecuada de controversias reconocidos legalmente.

Partiendo de esta premisa, el objeto fundamental y mayoritario de las quejas que nos son planteadas en este ámbito, hacen referencia a las discrepancias con las resoluciones judiciales –que no podrán ser admitidas a trámite–, y las dilaciones indebidas e injustificadas padecidas durante la sustanciación de los procedimientos ante órganos judiciales.

Centrándonos en las cuestiones que afectan a las personas menores de edad, éstas suelen estar referidas a procedimientos de índole familiar y/o matrimonial, donde los cónyuges generalmente dirimen sus conflictos y los hijos menores se ven atrapados entre ambos progenitores, o a las actuaciones que sus progenitores en su nombre deben realizar ante los Registros Civiles (cita previa, solicitud de certificaciones, juramento nacionalidad...).

Ejemplo de dilación o demora en la tramitación de procedimiento judicial que afecta a un menor lo podríamos encontrar en la queja donde la interesada nos daba traslado de que en febrero de 2022 puso una demanda para la modificación de medidas de la custodia de su hijo, que una vez turnada se dicta con fecha 13 de junio de 2022 Decreto por el que se acordaba la suspensión del plazo para contestar la demanda hasta que se reconozca o deniegue el derecho a la asistencia jurídica gratuita del demandado. Sin que se le haya notificado más actuaciones, entendía que aún no se había nombrado letrado al demandado (queja 24/0166).

Parecida situación se producía en la que el interesado nos señalaba que en noviembre de 2022 presenta demanda de ejecución ante el incumplimiento del régimen de visitas establecido en sentencia, y tras el escrito de impugnación de la oposición formulada de contrario de fecha abril del 23, el procedimiento se encontraba paralizado a pesar de los escritos de impulso procesal presentados por su letrado reiteradamente (queja 24/3480).

Otro ejemplo lo encontramos con la reclamación de una ciudadana que se lamenta porque el juzgado no le preste suficiente apoyo ante las diferencias que mantiene con el padre de su hijo en relación con el suministro de insulina mientras se encuentra en el colegio (queja 24/3268). También otra interesada nos manifiesta su temor ante la posibilidad de que el juzgado estime la demanda de su ex marido para que se amplíe el régimen de visitas a la hija que tienen en común (queja 24/3566); en otro caso se solicita que la Defensoría intervenga para que su hijo de 9 años no tenga que cumplir la resolución del juzgado que establece un régimen de visitas con el padre (queja 24/3619). Asimismo un ciudadano se queja porque su hija rechaza todo contacto con él lo cual achaca a que a la menor está manipulada por su madre y su tía (queja 24/6876). Citamos finalmente la queja de un padre que se lamenta de que su exesposa le haya denunciado por violencia de género y que aprovechando esta denuncia se haya llevado a sus hijos (queja 24/1942).

En los litigios que afectan a la jurisdicción civil de familia cobran mucha preponderancia los informes periciales psicosociales, siendo así que entre las funciones que corresponden a los Institutos de Medicina

Legal y Ciencias Forenses de Andalucía se encuentra el auxilio a los órganos judiciales mediante la emisión de informes psicológicos o sociales en los procedimientos civiles y penales que se sustancien, resultando de especial importancia en la decisión final del juzgado el contenido de dichos informes y cuyo posible retraso repercute a su vez en demoras del órgano judicial.

A este respecto debemos destacar nuestra intervención en la que nos interesamos por el retraso que acumulaba la emisión, por parte del Instituto de Medicina Legal de Cádiz, del informe psicosocial que había solicitado por el Juzgado de primera instancia (Familia), el cual resultaba imprescindible para que el órgano judicial pudiera acordar el régimen de guarda y custodia y obligaciones económicas que correspondían a padre y madre respecto del hijo que tenían en común, afectado por trastorno generalizado del desarrollo del espectro autista.

Habida cuenta la elevada demora que acumulaba la emisión de dicho informe psicosocial, el cual retrasaba a su vez la resolución del citado procedimiento judicial, decidimos admitir la queja a trámite y solicitar la emisión de un informe no solo en relación con el caso concreto expuesto en la queja sino también relación con las medidas que pudiera acordar la Administración para solventar este problema.

En respuesta a nuestro requerimiento la Secretaría General de Servicios Judiciales nos respondió que el informe pericial fue requerido por el órgano judicial en septiembre de 2023 y que en julio de 2024 se informó al Juzgado que existía una lista de espera de 37 expedientes similares que precedían al solicitado, por lo que se estaba haciendo todo lo posible para agilizar la citación, valoración y emisión del informe solicitado por el juzgado, siendo previsible que las citas para la realización del informe se produjeran en marzo de 2025, esto es, año y medio después de que fuera solicitado.

A lo expuesto, la citada Secretaría General venía a reseñar las siguientes medidas adoptadas para solventar los problemas que impedían una respuesta ágil a las solicitudes de informes psicosociales: una ha sido la derivación a una entidad externa. Esta derivación, está sujeta a las necesarias disponibilidades presupuestarias; así como a la normativa en materia de contratación pública. Igualmente a la medida anterior, a través del Servicio de Instituto de Medicina Legal, se han emprendido acciones para reforzar los medios de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Y respecto de este Servicio, se está trabajando en estos momentos en una modificación en la RPT de la Consejería con la creación de 13 nuevos Equipos Psicosociales en las distintas provincias, con objeto de reforzar la dotación de personal y así reducir considerablemente los tiempos de espera, pendiente de la dotación presupuestaria para su implementación. Y, por otro lado, la puesta en funcionamiento de una Instrucción común de elaboración de informes que agilice la redacción de los mismos, en espera de la respuesta e informe de los Colegios Profesionales, para su implementación.

A la vista de esta información valoramos que el concreto asunto por el que la persona interesada acudió a nosotros se encontraba en vías de solución, al estar prevista para fechas próximas su cita en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a lo cual habríamos de añadir las medidas que venía implementando la Administración autonómica para solventar las carencias que incidían en la emisión sin dilaciones de los informes psicosociales solicitados por órganos judiciales en la provincia de Cádiz (queja 24/7462).

Otra cuestión que suele motivar la intervención de esta Defensoría es la relativa al empadronamiento de menores a instancias de un solo progenitor, tal como en la queja en la que la madre se lamentaba

de que el Ayuntamiento de Córdoba hubiera modificado el empadronamiento de las hijas a instancias solo del padre, sin contar con su autorización ni la del juzgado.

En relación con esta cuestión el Ayuntamiento nos remitió un informe argumentando que su actuación se produjo en congruencia con la documentación aportada por el padre, en concreto la última resolución dictada por el juzgado sobre la guarda y custodia de la menor, de la cual se deducía que a él le fue conferida la guarda y custodia en exclusiva, lo cual le facultaba para empadronar a sus hijas.

A sensu contrario la interesada argumentaba que la inscripción padronal realizada por el Ayuntamiento adolecía de irregularidades que la invalidaban. Nos decía que el mero hecho de disponer de la guarda y custodia en exclusiva no confiere por ello solo al padre el derecho a tramitar de forma unilateral la modificación del domicilio que consta en el padrón municipal.

Tras recabar información sobre el asunto al Ayuntamiento de Córdoba pudimos comprobar que dicha inscripción padronal le causó indefensión que no podía ser calificada como mera irregularidad no invalidante, lo cual no resultó obstáculo para que, en consideración al tiempo transcurrido desde entonces (la inscripción en el padrón se produjo en abril de 2023) y, especialmente, por disponer el padre de guarda y custodia en exclusiva de las hijas y estar residiendo éstas junto con él durante más de un año en el domicilio en que en esos momentos estaban empadronadas, considerásemos que existía un obstáculo insalvable para proceder a la convalidación de este vicio de anulabilidad, máxime cuando el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado por el Real Decreto 1690/1986 establece taxativamente que toda persona está obligada a inscribirse en el padrón del municipio donde resida habitualmente, y quienes residan en más de un municipio tendrán que inscribirse en el que residan durante más tiempo en el año.

Es por ello que tras valorar los hechos y la normativa aplicable, acordamos emitir una Recomendación, que fue aceptada por el Ayuntamiento, para que se procediera a la convalidación de la inscripción padronal que adolecía de vicio de anulabilidad y al mismo tiempo solicitamos que en adelante la Administración municipal cumpliera de forma escrupulosa con el contenido las instrucciones técnicas que regulan las inscripciones y modificaciones en el padrón municipal. Y todo ello sin perjuicio de que la interesada pudiera acudir ante la jurisdicción civil de familia invocando sus derechos como progenitora para demandar del órgano judicial que resolviera lo procedente en relación con el litigio que mantiene con el padre de sus hijas por el cambio de domicilio y la consecuente alteración del empadronamiento de las menores ([queja 23/7922](#)).

Por lo que respecta a las actuaciones ante los Registros Civiles, nuevamente se vuelven a repetir las quejas relacionadas con las dificultades de los ciudadanos para acceder al Registro Civil, bien sea por la obligación de solicitar una cita previa que han de gestionar vía web, lo que para muchos ciudadanos supone un problema o imposibilidad de acceso; bien por la escasez o inexistencia de citas, que en la mayoría de los casos se debe a que la Agenda de citas está cerrada; bien por la deficiencia de medios personales y/o materiales con los que cuenta el Registro Civil.

Ejemplo de lo anterior lo constituye la queja de un ciudadano que nos daba traslado del problema que le suponía que en el Registro Civil solo dieran dos citas al día para realizar las inscripciones de nacimiento, y tras el nacimiento de su hijo el 6 de septiembre de 2024 no había cita hasta el 25 de

octubre, esto es, 48 días después de su nacimiento, lo que supone un incumplimiento de la ley al sobrepasar el límite de 30 días para proceder a la inscripción. Con ello además de tener que proceder a tramitar un expediente de inscripción de nacimiento fuera de plazo, sin el registro de nacimiento no era posible dar de alta a su hijo en el INSS, solicitar médico-pediatra, obtener DNI, o solicitar otras ayudas como padres (queja 24/7224).

3.1.2.8.2. Puntos de encuentro familiar

Los puntos de encuentro familiar son concebidos como un servicio prestado por la Administración (contratado con entidades privadas) para facilitar a la ciudadanía disponer de un espacio neutral en el que favorecer el derecho esencial de niños y niñas a mantener relaciones con sus progenitores y demás familiares, cuando debido a situaciones de ruptura familiar así se establezca por resolución judicial, una vez agotadas todas las vías de acuerdo entre los progenitores.

Las familias que utilizan el servicio suelen estar envueltas en procesos contenciosos, sin posibilidad de alcanzar acuerdos amistosos y con reproches mutuos entre las partes, de ahí que suela ser frecuente que recibamos quejas de una de las partes denunciando incumplimientos de la otra y apoyando su argumentación en la falta de objetividad de los profesionales que prestan sus servicios en los Puntos de Encuentro Familiar (PEF).

En este apartado hemos de destacar la queja que tramitamos tras entrevistarnos con un colectivo de madres de menores usuarias y ex usuarias del PEF de Granada y en cuya tramitación personal esta Institución realizó una visita a las mencionadas instalaciones del PEF. Una vez finalizada la fase de instrucción del expediente de queja constatamos un relato coincidente de diferentes madres usuarias del PEF, así como de algunos menores ex usuarios de dicho recurso, que incide en presiones desproporcionadas a los niños y niñas para vencer su reticencia y que accedan a tener relación con la persona a quien el juzgado confiere el derecho de visitas.

Este relato de presiones a los menores es reiterado y consistente, aportando detalles e incluso elementos de prueba –fundamentalmente grabaciones sonoras– que nos inducen a pensar que al menos en parte pudiera resultar verosímil este modo de proceder, mucho más tras haber escuchado el testimonio de adolescentes que llevaban tiempo sin tener relación con el PEF y que se prestaron a exponernos sus vivencias e impresiones sobre la presión a la que fueron sometidos.

Otra de las cuestiones en que coinciden muchas personas usuarias del PEF es en la incongruencia de lo expuesto en los informes con la realidad de lo acontecido durante las visitas. En la entrevista que mantuvimos con las personas usuarias del PEF éstas aportaron documentación relativa a distintos expedientes y diferentes incidencias de las que se deduce que, efectivamente, determinados hechos o datos que pudieran considerarse relevantes no quedaron reflejados en los informes remitidos al Juzgado, siendo así que los respectivos abogados defensores señalaron a estas personas que la omisión de esta información a la postre pudiera afectar al conocimiento cabal que el órgano judicial pudiera tener de la realidad del modo en que se venían desarrollando las visitas, sus vicisitudes, circunstancias concomitantes y, muy especialmente, de sus efectos en la estabilidad emocional de los menores.

Por otro lado, del análisis de la documentación de que disponemos podemos concluir que se produce una alta rotación del personal contratado por la entidad gestora del PEF, ello unido a su escasa experiencia profesional habida cuenta que gran parte del mismo fue contratado pocos años después de finalizar sus estudios de grado e incluso postgrado. En este punto las personas usuarias del Punto de Encuentro Familiar se lamentaban de la rigidez de la interpretación de los procedimientos y del empeño por hacer cumplir la resolución judicial de materialización de las visitas, cuando su actuación, como servicio público no puede ir más allá de aportar un espacio neutro e imparcial respecto de las partes en conflicto, donde se ofrezca apoyo técnico para hacer viables los contactos entre el menor y su familiar sin interferencias no deseadas, pero siempre respetando la voluntad de las partes y velando por que no se produzcan vulneraciones de derechos de las personas menores de edad usuarias del servicio, cuyo bienestar e interés particular debe prevalecer siempre sobre los derechos e intereses de otras personas implicadas

Otra conclusión que se extrae del testimonio de las personas con las que nos entrevistamos es la escasa información de que disponían sobre sus derechos y deberes. Decían haber recibido información verbal al inicio de su relación con el PEF sobre dicho servicio público y su modo de proceder, pero no disponían de información escrita y detallada de los compromisos y obligaciones que incumbían a la empresa gestora del PEF, salvo una hoja fotocopiada con las normas internas de funcionamiento, ni tampoco sobre el modo de reclamar en caso de desacuerdo y qué debían esperar de tales reclamaciones. A lo expuesto se unía un lamento generalizado por la reticencia a facilitar hojas de reclamaciones y la inexistencia de ningún cartel anunciador sobre el modo de presentarlas.

En cuanto a las cámaras de videovigilancia de que dispone el PEF, hemos de señalar que éstas se ajustan a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, cuyo artículo 22, referido a los tratamientos con fines de videovigilancia privada, señala que las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, podrán llevar a cabo el tratamiento de imágenes a través de sistemas de cámaras o videocámaras con la finalidad de preservar la seguridad de las personas y bienes, así como de sus instalaciones.

Y es precisamente esta finalidad, la de preservar la seguridad, y no la de servir de medidor de prueba de lo que acontece durante el transcurso de las visitas, la que motiva la instalación de tales videocámaras, lo cual lleva aparejado que sólo las personas autorizadas puedan acceder a las grabaciones, que el tratamiento de los datos personales se produzca conforme a lo dispuesto en la legislación y que las grabaciones deban ser eliminadas al transcurrir un mes.

Es por ello que para satisfacer la expectativa que nos expresaron algunas madres de disponer de grabaciones audiovisuales con que contradecir los informes remitidos por el PEF, serían necesarios otros dispositivos específicos de grabación, no solo de imagen sino también de sonido, tratándose de un tratamiento de datos personales especialmente invasivo que debía estar previamente consentido por las personas afectadas, siendo así que para la instalación y gestión de estos dispositivos se deberían cumplir los principios y requisitos establecidos en la antes citada Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales.

Como corolario hemos de añadir la dificultad que entraña para la Administración ejercer las potestades de supervisión y control del servicio que se desarrolla en el PEF. Y es que ante una reclamación solo existen las versiones de la persona que presenta la reclamación y la de la entidad que gestiona el PEF,

sin mayores elementos de prueba, por lo que al tratarse en muchos casos de reclamaciones o quejas sobre conductas, actitudes, relaciones interpersonales, o el reflejo de impresiones sobre lo acontecido en los informes sobre la evolución de las visitas, resulta complicado desentrañar la realidad de lo sucedido, mucho más en un contexto de conflictividad familiar en el que no es extraño que existan prejuicios sobre las intenciones con que se presenta la reclamación o queja particular, en el convencimiento de que ésta es parcial y no hace más que reproducir dicha conflictividad.

Por todo lo expuesto, y aun valorando los esfuerzos que venía realizando la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Granada para garantizar que el servicio que ofrece el PEF se ajuste a unos criterios de calidad aceptables, entre cuyas medidas se inserta la puesta en práctica de encuestas anónimas de satisfacción a las personas usuarias, consideramos procedente formular a la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación las siguientes Recomendaciones:

Por un lado, la necesidad de que se acometa la elaboración de la carta de servicios que ofrece el PEF, detallando las obligaciones que asume la Junta de Andalucía al prestar dicho servicio público, indicando aspectos concretos de su intervención no especificados en la reglamentación reguladora de los puntos de encuentro familiar de la Junta de Andalucía, así como compromisos de calidad en cuanto a tiempos de respuesta, ratios de personal en relación del número de casos atendidos, ocupación máxima de las instalaciones; y también detallando los cauces de participación de la ciudadanía en el control del correcto funcionamiento del servicio. La elaboración de dichas Cartas de Servicio obedece también al compromiso de calidad en la prestación del servicio establecido en el artículo 10 del Decreto 79/2014, de 25 de marzo, por el que se regulan los Puntos de Encuentro Familiar de la Junta de Andalucía.

Asimismo recomendamos que se estudie la conveniencia y posibilidad de instalar en las salas del PEF donde se desarrollen las visitas dispositivos audiovisuales de grabación (video y audio) como medios de prueba del desarrollo de las mismas. La activación de dichos dispositivos de grabación debería siempre contar con la autorización de las personas afectadas. La instalación de estos dispositivos debe ajustarse a la legislación en materia de protección de datos y contar con las autorizaciones administrativas pertinentes. Su implementación podría realizarse de forma experimental, de tal modo que a la vista de su aceptación y resultados se pudiera decidir su continuidad o eliminación.

Consideramos necesario, también, que se establezcan mecanismos ágiles de coordinación con los juzgados desde los que se derivan casos al PEF para que la información que se traslade al órgano judicial sea puntual, suficiente, clara y detallada, permitiendo al órgano judicial adoptar decisiones con la misma agilidad, ajustadas a la realidad de lo que viene sucediendo en el ejercicio del derecho de visitas, primando por encima de todo el interés superior de los menores, así como la integridad de sus derechos.

Por otro lado, consideramos necesario que en los pliegos de contratación del servicio se introduzcan cláusulas que garanticen una proporción suficiente de personal con amplia experiencia profesional en la materia.

Además, estimamos necesario un control más continuado del servicio que se presta en el PEF, especialmente de las quejas o reclamaciones que las personas usuarias pudieran presentar, supervisando la respuesta que pudiera ofrecer el PEF y ofreciendo a las personas interesadas información detallada sobre el trámite dado a su reclamación. A tales efectos, y con la finalidad de facilitar la presentación de

quejas o sugerencias, el PEF debería disponer de hojas de reclamaciones, en formato papel autocopiativo conforme al Decreto 262/1988, de 2 de agosto, por el que se establece el Libro de Sugerencias y Reclamaciones, en relación con el funcionamiento de los Servicios de la Junta de Andalucía y la Orden de la Consejería de Presidencia de 6 de septiembre de 2021, por la que se aprueba el nuevo modelo del Libro de Hojas de Sugerencias y Reclamaciones de la Junta de Andalucía.

Y, finalmente recomendamos que se dicten instrucciones a la empresa gestora del PEF para que el almacenamiento de productos de limpieza se efectúe en una ubicación no accesible al público, evitando que éstos queden depositados en uno de los aseos, siendo accesibles incluso a los menores usuarios de la instalación.

En respuesta a nuestra resolución y con referencia a la primera de las recomendaciones se indica que aunque actualmente no se cuenta con una carta de servicios del PEF la Delegación Territorial considera que dicha carencia quedará suficientemente suplida con las modificaciones introducidas en el Pliego de prescripciones técnicas de la nueva licitación del servicio, que incluyen referencias expresas al contenido del reglamento interno y de la información que se debe proporcionar a las personas usuarias. No obstante, nos indican que se estudiará la elaboración de la mencionada carta de servicios con el objeto de obedecer al compromiso de calidad en la prestación del servicio establecido en el artículo 10 del Decreto 79/2014, de 25 de marzo.

La segunda recomendación, relativa al estudio de la conveniencia de instalación de dispositivos audiovisuales de grabación como medios de prueba del desarrollo del servicio en las salas del PEF no es aceptada. A tales efectos se indica que las únicas grabaciones que se contemplan –así viene recogido además en los Pliegos de Prescripciones Técnicas– son las realizadas con las cámaras de vigilancia y grabación en las salas donde se desarrollen las visitas tuteladas, debidamente adaptadas a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y demás normativa de protección de carácter personal, siendo así que la finalidad de dichas grabaciones es la de garantizar la seguridad y evitar riesgos, sin que por tanto deban ser cedidas a las personas usuarias del servicio para advenir cuestiones relativas a su conflicto particular, encontrándose a disposición, en su caso, de la autoridad judicial o policía judicial. El almacenamiento de imágenes es limitado en el tiempo y son eliminadas en el plazo máximo de un mes desde su captación, salvo en el caso de que deban ser conservadas para acreditar la comisión de actos que atenten contra la integridad de las personas, bienes e instalaciones. En tal caso, las imágenes serán puestas a disposición de la autoridad competente en un plazo de setenta y dos horas desde que se tenga conocimiento de que existe esa grabación.

En relación a la tercera recomendación, relativa al establecimiento de mecanismos ágiles de coordinación con los juzgados desde los que se derivan casos al PEF para que la información que se traslade al órgano judicial sea puntual y clara permitiendo al órgano judicial adoptar decisiones con la misma agilidad, se indica que dicha información es remitida a los juzgados especialmente en casos en que se aprecia riesgo para la persona menor de edad pero que las indicaciones y propuestas realizadas por el PEF no siempre son atendidas por los órganos judiciales.

En respuesta a la cuarta recomendación relativa a la necesidad de incorporar en los Pliegos de contratación cláusulas que garanticen una proporción suficiente de personal con amplia experiencia

profesional en la materia se alude no a la experiencia profesional sino a las titulaciones académicas que se exigen en el Pliego de Prescripciones Técnicas del contrato, además de la formación complementaria en materias tales como mediación, orientación familiar, terapia familiar y violencia de género. Y se añade que alta rotación de personal obedece en gran parte al clima de trabajo en que han de desarrollar sus servicios, debiendo soportar presiones e incluso amenazas por parte de las personas usuarias que cuestionan su trabajo.

La recomendación quinta, relativa a la disponibilidad en el PEF de hojas de reclamaciones en formato papel autocopiativo, no es aceptada por la Delegación Territorial argumentando para ello que la normativa aplicable sólo exige que estén disponibles en los registros generales de todas las Consejerías de la Junta de Andalucía y sus Delegaciones Provinciales, y se considera suficiente con proporcionar información al respecto a las personas usuarias al inicio de la intervención.

La recomendación sexta ha sido aceptada dando instrucciones a la empresa gestora del PEF de Granada para que los productos de limpieza queden fuera del alcance del público que acude al centro ([queja 22/7927](#)).

3.1.2.9. Responsabilidad penal de menores de edad infractores

Los asuntos planteados por menores de edad que se encuentran sometidos a medidas judiciales decretadas en el ámbito de su responsabilidad ocupan una atención singular. Es evidente que esta circunstancia afecta de manera muy sensible a sus derechos y libertades fundamentales, del mismo modo que la situación de especial sujeción por los servicios de justicia juvenil genera el despliegue de la función garantista que atañe, entre otras, a esta Institución.

Como en ejercicios anteriores, las quejas recibidas provienen de los centros de internamiento de menores infractores (CIMI) y expresan cuestiones muy parecidas, derivadas de los múltiples aspectos que afectan a la vida ordinaria de estos jóvenes en sus respectivos centros.

Por ejemplo, analizamos aspectos sobre el régimen de visitas o traslados a centros con mayor proximidad a sus lugares de origen ([queja 24/0046](#) y [queja 24/0050](#)); permisos para realizar llamadas familiares ([queja 24/6142](#)); actividades formativas o de aprendizaje ([queja 24/0053](#)); aspectos sanitarios ([quejas 24/0052](#), [24/0537](#) y [24/8858](#)); conflictos entre iguales ([quejas 24/0045](#) y [24/0057](#)); o, en especial, las quejas por el comportamiento del personal de estos CIMI ([quejas 24/0047](#) y [24/0051](#), [queja 24/0475](#)).

Precisamente, en estos aspectos más particulares, nos centramos en conflictos en los que contamos con la información detallada y registrada ofrecida por los propios gestores de los CIMI y sin acceder a otras fuentes acreditables de información. En todo caso, podemos valorar que disponemos de la información y colaboración de los gestores de estos servicios y que, mayoritariamente, las respuestas permiten ratificar unas actuaciones regladas y normalizadas que concluyen con un criterio de conformidad cuando intervenimos para conocer la naturaleza del conflicto planteado.

Acostumbramos a ratificar el efectivo seguimiento de los procesos de intervención que cada persona interna dispone a través de sus programas individualizados y comprobamos la metodología consolidada

de protocolizar la gestión del encargo judicial de aplicar y ejecutar las medidas dispuestas por la autoridad de cada juzgado de menores responsable del cumplimiento de la medida judicial acordada.

Sin duda, los aspectos más delicados se presentan en aquellas quejas –escasas, afortunadamente– que relatan supuestos de trato inadecuado o excesivo principalmente a la hora de aplicar medidas de contención física hacia los menores. Ello nos ratifica en la importancia de garantizar la presencia institucional de la Defensoría en este delicado ámbito, a través de las quejas que acogemos por parte de los internos o sus familiares y, muy en especial, colaborando con el Defensor del Pueblo estatal, actuando bajo la figura del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) en sus diferentes actuaciones en el territorio andaluz (quejas 24/8820, 24/9090 y 24/9208).

Finalmente, ya reseñamos en el ejercicio anterior las quejas de oficio acometidas para desplegar el control y el seguimiento de varios temas que se estudiaron con motivo del Informe Especial realizado en 2014 titulado «La atención a menores infractores en los centros de internamiento de Andalucía». Podemos ahora completar el relato de sus dilatados trámites concluido en el presente año.

En concreto la actuación de oficio iniciada pudimos concluirla haciendo una valoración global de la tramitación y de las respuestas recibidas desde la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública y la Consejería de Salud y Consumo para la atención sanitaria de los menores infractores.

En este ámbito, podemos asegurar la implicación del Sistema andaluz de justicia juvenil y del Sistema sanitario en la puesta a disposición del colectivo de menores infractores de una amplia y comprometida atención a sus específicas necesidades de asistencia de salud mental. A la espera de recibir este resultado final de los trabajos para el «Protocolo» que se acometerá, debemos considerar que las medidas propuestas en la resolución se encuentran en vías de solución y la atención recibida por esta Defensoría puede ser calificada como de aceptación (queja 23/5510).

Y de igual modo, hemos querido centrar una segunda investigación de oficio sobre las necesidades de definir la atención de asistencia jurídica para estos menores infractores, conforme a los términos que se recomendaron en el informe especial referenciado.

Tras su tramitación apreciamos un coincidente y reconocido esfuerzo colaborativo que queremos entender como próximo a una posición de disposición y diálogo de la Consejería para avanzar en el diseño de las mejores pautas de inter-relación entre los recursos destinados al sistema de justicia juvenil y las corporaciones profesionales de la Abogacía.

Este papel de impulso y coordinación deberá ser protagonizado por la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación para ofrecer una visión integrada y general de los aspectos que atañen a la asistencia jurídica de las personas menores afectadas en toda Andalucía, de tal manera que se logre una coherencia en el servicio asistencial de los jóvenes internos en los CIMI especialmente dirigido a la atención jurídica para este colectivo.

Haciendo una valoración global de la tramitación de la queja de oficio y de las respuestas recibidas desde la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública, podemos asegurar la implicación del Sistema andaluz de justicia juvenil y del Consejo Andaluz de la Abogacía en la puesta a disposición del colectivo de menores infractores de una amplia y comprometida atención a sus específicas necesidades de asistencia jurídica a cargo de la abogacía (queja 23/5011).

A pesar de las posiciones colaboradoras confirmadas, esta Institución hará un seguimiento y permanecerá atenta a los avances que se vayan produciendo en los aspectos señalados.

3.2. CONSULTAS

3.2.1. DATOS CUANTITATIVOS

Durante el año 2024 se han recibido 2.619 consultas referidas a infancia y adolescencia. Aunque para ello se han utilizado las diferentes vías que ofrece la Institución, la mayoría han llegado por vía telefónica mediante los números con los que cuenta la Institución (954 21 21 21 y el gratuito 900 21 21 24).

También fueron importantes las realizadas de forma telemática a través de las diferentes redes sociales y los dos dominios www.defensordelpuebloandaluz.es y www.defensordelmenordeandalucia.es. Las consultas con menor porcentaje fueron las de tipo presencial.

Debemos señalar que más del 69% del total de estas consultas están planteadas por mujeres, frente al 29% por parte de los hombres en materias que afectan a la infancia y adolescencia. Seguimos percibiendo que términos como Vulnerabilidad, Infancia y Mujer están estrechamente ligados y que el hecho de ser mujer, niño o niña constituye un factor de riesgo de exclusión social.

Respecto a la procedencia de las consultas, la provincia con mayor incidencia es Sevilla con un 33,92% del total, le siguen Málaga con un 15,61% y Cádiz con un 11,19 % del total de atenciones realizadas en materia de infancia y adolescencia. A la cola se sitúa Jaén con un 3%.

3.2.2. TEMÁTICA DE LAS CONSULTAS

3.2.2.1. Derecho a la salud

Son muy variadas las consultas que hacen referencia a temas de salud. Entre otras, merece destacar aquellas relacionadas con la falta de personal facultativo pediátrico. Nos informan de la falta de médicos especialistas, sobre todo en localidades donde la población infantil no es numerosa, obligando a las familias a realizar desplazamientos innecesarios y costosos.

Citamos como ejemplo la consulta formulada por el portavoz de un colectivo de ciudadanos y ciudadanas de un pueblo del Aljarafe, nos daba traslado de más de medio centenar de reclamaciones presentadas en el Centro de Salud del municipio debido a que, desde el mes de junio de 2024, no cuentan con atención pediátrica, con el problema añadido de una deficiente red de transporte público hasta el centro de salud más cercano y las dificultades ya conocidas para la gestión de las citas. Esta situación se viene repitiendo con frecuencia en varios pueblos del Aljarafe.

Es indudable el perjuicio de todo lo anterior para la ciudadanía, lo que se le añade los problemas de conciliación familiar y laboral de los progenitores que tienen que desplazarse a otras localidades distintas de donde viven. Sin olvidar la sobrecarga asistencial para los centros sanitarios en los que se centraliza la atención pediátrica.

Por otro lado, continúan los problemas para conseguir cita en atención primaria y especializada, siendo una constante en las reclamaciones que se reciben. Desde la Oficina de Atención a la Ciudadanía de la Defensoría instamos a la persona a realizar una reclamación en el Centro de Salud o el Centro Hospitalario, dándonos traslado posterior de la misma en caso de no recibir respuesta o estar disconforme con la misma.

Por otra parte, son muchas las familias y las asociaciones que se dirigen a la Oficina demandando una agilización para que sus hijos reciban atención en el Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT), habiendo transcurrido sobradamente el plazo de 90 días desde que se realizó la derivación. Todo ello motivado por la carencia de plazas existentes, debido a una mayor demanda de este tipo de servicios, así como a la limitada disponibilidad de profesionales especializados y de la propia la complejidad del proceso de evaluación y diagnóstico para determinar las necesidades específicas de cada menor.

Este hecho, contrasta paradójicamente con la naturaleza que inspiró el recurso, que pretende proporcionar una atención «temprana» a la primera infancia para lograr un efecto terapéutico necesario, siendo, sin embargo, cada vez más tardía la respuesta a las solicitudes de este recurso.

La ciudadanía nos consulta cómo agilizar los trámites para el acceso a este servicio, que tiene como característica concreta la recomendación de iniciarse con la mayor celeridad posible. El refuerzo y ampliación de la Atención Temprana en Andalucía debe ser una prioridad para las políticas públicas en nuestra comunidad.

La salud mental de la población infantil y adolescente es un tema de gran preocupación para esta Defensoría. La recurrencia de consultas relacionadas con ella se ha convertido en un asunto transversal en la mayor parte de las atenciones que nos llegan.

Los datos recogidos por UNICEF en su último informe sobre el «Estado de la Infancia en la Unión Europea» ponen de manifiesto una situación y una preocupación globales: Uno de cada siete adolescentes en el mundo convive con un problema de salud mental. Cerca de la mitad se manifiestan antes de cumplir los 18 años, pero la mayoría de casos siguen sin ser detectados ni tratados a tiempo.

El titular de la Institución, en una entrevista en el Blog Análisis y Debate, manifestaba con respecto a la situación de la salud mental juvenil en Andalucía que:

«Las carencias son muy elementales y estructuradas, como la saturación de las unidades de salud mental juvenil, déficit que se complica terriblemente cuando se produce una patología dual. Se producen abusos de tratamientos farmacológicos frente a los terapéuticos.

Otro problema del sistema de atención infanto-juvenil es que adolece de la coordinación mencionada entre niveles asistenciales y los dispositivos y servicios sociales para realizar un buen diagnóstico y prevenir riesgos. Por ejemplo, cuando un hijo ha visto el asesinato de su madre a manos de su padre le tienes que poner un psicólogo permanente porque no puede dormir del impacto, pero el proceso no ha tenido en cuenta todo lo anterior. No debemos llegar ignorantes de un proceso de salud mental que comenzó mucho antes.

Para finalizar, poner más dinero en todos los sistemas de prevención de la salud mental para evitar llegar, precisamente, al sistema de salud mental. Pero no es suficiente ni basta por sí misma, es necesario un planteamiento multidisciplinar de la salud mental.»

Es importante contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental a las niñas, niños y adolescentes y especialmente a los que se encuentran en situación más vulnerable. Este reto supone la necesidad de mejorar la coordinación entre administraciones, estableciendo para ello protocolos eficaces y aumentando a su vez los recursos que garanticen el acceso y atención de calidad que nuestra población menor y sus familias merece.

Sin embargo, cada vez es más difícil encontrar citas para la atención a menores con este tipo de sintomatología en nuestros centros de salud u hospitales. Muchos de los hospitales comarcales carecen de unidades de Salud Mental Infanto Juvenil y/o tienen pocos profesionales para la atención a una demanda creciente de personas con problemas de salud mental, de adicciones o de patologías duales.

Traemos a colación un ejemplo de la consulta que nos formuló una ciudadana: «Mi hija es paciente de salud mental, y no hay profesionales para atenderla. Ha ingresado en agudos de urgencia y al darle el alta, la nueva cita para el especialista es para tres meses. No comprende la falta de atención a la salud mental en nuestra comunidad, especialmente en el caso de menores. Mi hija ha tenido varios intentos de suicidio y me siento desesperada. Para toda la zona de Lepe, hay sólo un psiquiatra».

Esta situación es transmitida en muchas de las visitas que realizamos a las comarcas andaluzas, donde la atención no es la misma para todas y todos los andaluces. Hay lugares donde, para poder ser tratados, tienen que desplazarse más de 60 kilómetros, muchas veces sin medios de locomoción y sin transporte público. Todo esto en un perfil de población con dificultad frecuente para conectar y mantenerse en sesiones de terapia: «O tienes dinero para un psicólogo o tienes que esperar cada seis meses para una atención en el centro público».

3.2.2.2. Derecho a la educación

Este año hemos recibido 802 consultas relacionadas con la educación formal.

Siguen presentándose quejas por parte de asociaciones de madres y padres sobre la falta de mantenimiento y de limpieza en algunos centros docentes por ausencia de presupuestos municipales.

Un ejemplo: «El año pasado apenas disponíamos de productos de limpieza, y este curso sólo hay 4 limpiadoras en lugar de las 6 plazas que teníamos. Llevan tres semanas sin limpieza del centro y los padres están preocupados por el estado de salubridad del mismo».

También nos llegan consultas para denunciar la situación de centros educativos cuyos patios carecen totalmente de sombra, sin árboles ni espacios techados para que el alumnado pueda resguardarse de las altas temperaturas que soportamos en Andalucía.

Cabe destacar también la insistente demanda de las familias de mayores recursos para el apoyo al alumnado con necesidades educativas especiales. Algunas familias nos trasladan que pueden transcurrir años para que el Equipo de Orientación Educativa (EOE) valore al alumnado desde que el/la tutor/a hace la solicitud, tras detectar necesidades de apoyo en el/la menor. Se han dado casos en los que el menor ha finalizado su etapa primaria sin haber disfrutado del necesario recurso que le hubiera correspondido.

Los casos más graves incluyen la falta o número insuficiente de Personal Técnico de Integración Social (PTIS) y profesionales en Pedagogía Terapéutica (PT). El objetivo de estos perfiles profesionales es que este tipo de alumnado, cuyo dictamen de escolarización establece su necesidad de apoyo específico, se

integre todo lo posible en el aula ordinaria. Para cierto alumnado, la carencia de estos profesionales implica directamente no poder acudir al centro educativo pues no contará con el apoyo y la seguridad que precisa para desenvolverse de forma autónoma en actividades básicas de higiene, deambulación, alimentación, etc.

Desde la Oficina de Atención Ciudadana informamos a las familias de este alumnado que sobre las actuaciones de Institución para la protección y garantía de los derechos y libertades de la población infantil y adolescente incidiendo en una variada temática. Entre éstas, las actuaciones enmarcadas en las políticas de educación para el alumnado con necesidades educativas especiales, sugiriendo que una vez se hayan dirigido a las Delegaciones de Educación correspondientes, si no reciben contestación o no están de acuerdo con ellas, se dirijan a nuestra Institución para iniciar una investigación sobre la cobertura de dichas plazas.

Esta grave situación merece una revisión urgente de los recursos humanos que precisan los centros para garantizar una educación de calidad, inclusiva y ajustada a la diversidad de la población infantil andaluza.

También nos llegan consultas de progenitores que no saben qué hacer cuando sus hijos o hijas en edad adolescente reciben medidas disciplinarias que conllevan su expulsión del centro educativo. Consideran que este tipo de medidas son recibidas por el alumno o alumna como un refuerzo, por lo que solicitan que se dote a los centros de educación secundaria de aulas específicas de convivencia, con personal especializado, o que se aborde desde otra perspectiva más adecuada.

Traemos a colación la siguiente consulta: «Mi hijo está en tratamiento en neuropediatría desde los cuatro años y en la Unidad de Salud Mental Infantil desde los seis. De todo ello están informados los profesores del Instituto, pero no lo tienen en cuenta y lo castigan continuamente diciendo que son normas del centro para todos los menores. Ahora lo han expulsado cinco días sin motivo importante. Expone que su marido y ella se están dejando la vida y su salud para sacar a su hijo adelante y los profesores lo están echando todo por tierra. Estoy desesperada e indignada: es una enorme falta de humanidad para entender que algunas personas necesitan un trato especial».

Respecto a la demora en la resolución o abono de becas de estudios, ya sea por la dificultad de comunicarse con la administración para pedir información sobre las solicitudes y estados de expedientes de becas, o porque resulta imprevisible la fecha en la que las familias pueden contar con dichas cuantías (llegando a demoras de años), las personas nos trasladan que estas becas deben conformarse como un recurso estable y seguro, que prevengan la desigualdad en la educación formal y faciliten el acceso a materiales y recursos educativos para todo el alumnado por igual; y que esto en la actualidad no se está cumpliendo en muchas ocasiones. Sobre todo manifiestan la falta de atención telefónica ante la tramitación e información de estas ayudas económicas: «Nadie atiende en ningún teléfono».

3.2.2.3. Derecho a una vivienda digna

La necesidad de vivienda en nuestra comunidad autónoma afecta a un buen número de personas vulnerables, tratándose en demasiadas ocasiones de mujeres solas con menores a cargo, con graves dificultades para encontrar un empleo y poder compatibilizar la crianza de sus hijos con aquel.

Cada vez más personas se dirigen desesperadas a nuestra Institución, reclamando un techo a un precio que puedan afrontar para vivir de una manera digna con sus familias. Un ejemplo de ello es el

que relata una mujer que se dirige a la Defensoría, donde nos traslada las dificultades para encontrar una vivienda de alquiler acorde a sus ingresos: «Vivo con su hija de 12 años en una vivienda sin título legal desde hace ocho años. Me van a desahuciar de manera inminente. Hace 10 meses que trabajo como limpiadora en la universidad y percibo 1000 euros más 300 euros del Ingreso Mínimo Vital y 180 euros de una pensión alimenticia de mi hija. En los servicios sociales me dicen que tengo que buscar una vivienda para alquilar, pero no encuentro nada ni nadie que alquile».

También recibimos muchas consultas sobre las dificultades para la adquisición de una vivienda y la concesión de un crédito hipotecario, sobre todo de parte de población vulnerable y de familias monomarentales con menores a cargo.

Escuchamos a personas que manifiestan no poder afrontar su alquiler actual y no encontrar otro a unos precios razonable en el mercado libre. El encarecimiento de la vida derivado de la inflación y especialmente el elevado coste de la misma se han convertido en los principales factores generadores de pobreza. Personas que, a pesar de tener una pensión o un trabajo remunerado, nos hacen llegar a decir:

«No sé dónde ir, no puedo ir debajo de un puente con mi hijo y mi marido. Tengo dinero para alquilar pero no me alquilan, ¿cómo pueden pedirme tanto?».

Asimismo, nos encontramos con personas que residen en poblaciones de costa y tienen alquileres asequibles en invierno y otoño, pero cuando llega la época estival las echan porque las personas propietarias alquilan las viviendas a un precio muy superior y por quincenas: «¿Dónde nos vamos?» nos preguntan.

En otras ocasiones, atendemos a familias jóvenes con dificultades para pagar el alquiler de su vivienda, siéndoles de vital importancia las ayudas al alquiler. Sin embargo estas ayudas nunca llegan o llegan después de casi dos años, impidiendo hacer frente a los altos precios actuales de alquiler y llegando algunas a verse obligados a dejar sus casas e instalarse con sus padres, abuelos de sus hijos e hijas.

3.2.2.4. Infancia en situación de vulnerabilidad

Como en años anteriores, Andalucía registra unas tasas elevadas de riesgo de pobreza y/o exclusión social, siempre superiores a la media nacional, lo que la lleva a ocupar el puesto más elevado de todas las comunidades autónomas en cuatro de los cinco principales indicadores de pobreza y exclusión: «ARPE, tasa de riesgo de pobreza, pobreza severa y carencia material y social severa».

Más de tres millones de personas se encuentran en Andalucía en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Las consultas atendidas desde la Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía de esta Defensoría constatan la presencia abrumadora de niños y niñas en las unidades de convivencia afectados por insuficiencias relativas a las prestaciones económicas para la garantía de ingresos mínimos que satisfagan sus derechos de bienestar y protección.

En relación a ello, comprobamos cómo se ve vulnerado el interés superior del niño o niña cuando estos ingresos mínimos son negados, retirados o demorados. Situación que ocurre muy a menudo, pues en general las prestaciones que vienen a paliar y remediar esa carencia de ingresos tardan en general más del doble del tiempo del que deberían según el procedimiento de su tramitación: Rentas Mínimas de Inserción Social, Ingreso Mínimo Vital, prestaciones de dependencia, etc.

La pobreza en la infancia limita oportunidades y provoca desigualdad. Tener acceso a unas condiciones de vida dignas es signo de una sociedad equitativa y cohesionada. En garantía de ello, se establecen las prestaciones sociales. Sin embargo, la demora en la gestión de estas prestaciones, el exceso de burocracia y especialmente la falta de apoyo personalizado en la tramitación de las mismas, vuelve a conformarse como un elemento de empobrecimiento y precariedad en las familias solicitantes.

En multitud de casos, la situación de pobreza y vulnerabilidad provoca que estas familias no sepan cómo defender los derechos que la Ley pone a su disposición y tengan que recurrir a los servicios sociales comunitarios para que valoren sus circunstancias personales y activen cuantos recursos y prestaciones estén a su alcance para paliar la situación en la que se encuentran.

Los servicios sociales, por tanto, cobran un papel fundamental en las vidas de muchas familias. De lo que se deduce que el acceso a este servicio debería caracterizarse por la facilidad, simplificación y accesibilidad. Sin embargo, como comprobamos tanto en las visitas comarcales como por las consultas y quejas recibidas, la dotación de recursos resulta insuficiente. La exigencia de cita previa y la burocracia asociada, unidas a que el personal se encuentra completamente colapsado y no puede atender correctamente a la demanda de la ciudadanía, constituyen auténticos escollos en relación al acceso a los servicios sociales comunitarios en gran parte del territorio andaluz.

Citamos algunas de las consultas atendidas sobre este asunto:

- «Asegura que lleva más de un año intentando ser atendida en servicios sociales sin éxito. Vive en casa de sus suegros con síndrome de Diógenes... necesita una vivienda, tiene una hija con discapacidad y otro que le acaba de ser retirado por la Junta de Andalucía, según dice, por culpa de no haber contado con esta atención por parte de SS.CC. Ha puesto varias reclamaciones. Asegura que si servicios sociales actuasen a tiempo podrían evitarse muchos desenlaces desagradables para las familias».

- «Tiene un hermano con problemas de adicción a sustancias, cuya pareja y madre de su hijo de 8 años los abandonó hace tiempo. Reside en una vivienda de sus padres que no tiene condiciones de habitabilidad porque entre otros problemas tiene una plaga de cucarachas. Expone que hace tres años denunció la situación de su sobrino ante el teléfono de la Junta de Andalucía y los Servicios Sociales conocen la problemática, pero no han ayudado ni a su hermano ni a su sobrino. En SS.CC. le dicen que no le dan una cita hasta el próximo mes de junio y le parece una barbaridad».

En este contexto, se hace urgente tomar medidas que contribuyan a paliar esta situación, implementando cambios en el acceso a las prestaciones y servicios a la ciudadanía, con especial atención a aquellas familias en las que convivan niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza y/o exclusión social o en riesgo de estarlo. De igual modo, es necesario dotar de recursos a los Servicios Sociales, que por necesidad se han convertido en meros tramitadores, para que cuenten con tiempo y espacio para acompañar a estas familias, evaluarlas, apoyarlas y garantizar el derecho a la protección de los y las menores que conviven en ellas.

En determinados centros de servicios sociales, sobre todo en grandes poblaciones, viene siendo habitual la sensación de presión derivada de la elevada carga de trabajo que soportan los equipos de menores. No parece estar bien dimensionada la dotación de efectivos de personal para el cumplimiento de la importante labor que corresponde a los servicios sociales comunitarios para atender situaciones

de riesgo de menores de edad, lo cual, además de tener efectos en las condiciones laborales del personal, repercute negativamente en el servicio que les corresponde realizar, afectando por tanto a la labor preventiva y reparadora de tales situaciones de riesgo.

3.2.2.5. Infancia en situación de riesgo

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, regula, en su Título II, el deber de comunicación de las situaciones de violencia. En este sentido, se establece un deber genérico que afecta a toda la ciudadanía que pudiera tener conocimiento o advirtiera indicios de la existencia de una posible situación de violencia ejercida sobre una persona menor de edad.

Así, desde nuestra Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía, recogemos y gestionamos todos los datos que nos aporta la ciudadanía comunicando la posible situación de riesgo de menores. En estos casos, recogemos toda la información con la que cuenten para poder valorar la derivación a servicios sociales con competencias para evaluar el posible riesgo notificado.

Esta colaboración por parte de la sociedad civil es una herramienta esencial para la detección precoz de situaciones de violencia sobre los niños y niñas, así como la correcta coordinación entre los organismos públicos que intervienen en la protección de menores en Andalucía.

Sobre este marco, en la OIAC atendemos consultas y llamadas de familiares, personas cercanas y también anónimas, en las que se denuncian posibles situaciones de riesgo de menores.

Así aconteció cuando recibimos en nuestra Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía un contacto telefónico para denunciar la situación de riesgo en que pudiera encontrarse un niña, de aproximadamente 2 años de edad, residente en una localidad de la provincia de Almería.

La persona denunciante relata el contexto económico, social y familiar de un matrimonio joven, siendo ambos consumidores habituales de sustancias estupefacientes. Esta situación es especialmente dañina para una niña de aproximadamente 2 años de edad que convive con ellos. No puede afirmar que causen maltrato físico a la menor pero sí que el entorno en el que vive no es el adecuado, siendo frecuente escuchar continuas riñas, gritos y golpes en el hogar familiar.

Según comenta la persona denunciante, la situación de la menor fue denunciada por algunos vecinos a los servicios sociales de la zona que llegaron a visitar a la familia donde tienen fijada su residencia. Refiere que los servicios sociales manifestaron que la menor no podía permanecer en esas condiciones, y según dijeron a los vecinos se estaba haciendo un seguimiento de su evolución, pero aun así –continuaba señalando– no comprende como todavía no se han tomado medidas, en especial para evitar que la menor conviva en un contexto de continuas discusiones, con gritos y golpes, ello unido a las pésimas condiciones de habitabilidad del lugar en que habitan, no concebido como vivienda.

En virtud de cuanto antecede, al tratarse de una denuncia realizada de forma telefónica, sin que hayamos podido verificar los datos de identidad de la persona denunciante quien además nos ha solicitado permanecer en el anonimato, careciendo por tanto de la indispensable firma de su queja/

denuncia, procedimos a comunicarlo al área de Infancia y Adolescencia que, en nuestra condición de Defensoría de la Infancia y Adolescencia, abrió una queja de oficio, un expediente para interesarnos por la situación de la menor y recabar a tales efectos la colaboración de los servicios sociales dependientes del Ayuntamiento de Almería.

Son muchos los encuentros y reuniones con los profesionales de los servicios sociales que a lo largo del año 2024 hemos mantenido con ocasión de las visitas que venimos realizando a distintas comarcas de Andalucía. Ha sido un elemento común en las sesiones de trabajo con los mencionados trabajadores las quejas sobre dificultades para el correcto desempeño de sus funciones, en especial, para atender a las situaciones de riesgo de la infancia y adolescencia.

A continuación ofrecemos un breve resumen de la problemática expuesta que tiene su reflejo en las consultas atendidas en la Oficina de Atención Ciudadana y en las quejas presentadas ante la Institución:

- a) Aumento significativo de situaciones de menores en riesgo y lentitud del procedimiento de declaración de desamparo con el servicio de protección de menores.
- b) Necesidad de incrementar el servicio de Puntos de Encuentro Familiar (PEF), equiparables a los juzgados que existan. Por ejemplo, en Vera no disponen de PEF por lo que las familias deben acudir al de Almería, situado a más de 100 km, habiéndose solicitado en muchas ocasiones la creación de nuevos recursos en esta línea.
- c) Equipos de Tratamiento Familiar desbordados. En muchas ocasiones emiten informes recurrentes sobre los mismos casos y el riesgo que puede conllevar con los menores, más por el temor a las posibles consecuencias que puedan darse posteriormente (maltrato, agresiones, muertes, etc.) que por la modificación del problema real, por imposibilidad de intervenir en las causas del problema por la saturación de trabajo.
- d) Inexistencia de recursos para trabajar con las familias en el ámbito de la prevención, tales como herramientas pedagógicas y relacionales que proporcionen al núcleo familiar. Retirados los menores con motivo de situación de desamparo, para dotarles de las habilidades necesarias que modifiquen las conductas que llevaron a la retirada de sus hijos/as.
- e) Ausencia de coordinación con el Servicio de Protección de Menores: ven una realidad diferente que la que atienden los servicios comunitarios en el propio territorio, cuestionando en ocasiones las medidas propuestas ante una situación de desamparo o desprotección detectadas, generando más trabajo para éstos o bien solo atendiendo a los casos más graves. Detectan patrones familiares disfuncionales heredados de generación en generación sin que se haya atajado el problema desde la base.
- f) Preocupación por la lentitud de la administración para gestionar los procedimientos de absentismo. Hay una petición a Educación para desarrollar un protocolo de absentismo unificado, aún sin respuesta. Avisan del aumento de menores de 14 a 16 años que están abandonando el sistema educativo sin estar recibiendo el control obligatorio por parte del equipo de servicios sociales.

Por otro lado, desde la Oficina de Información se atiende a menores que se encuentran cumpliendo medidas judiciales en Centros de Internamiento de Menores Infractores. Estos suelen manifestar su malestar ante diferentes medidas o exigencias de disciplina por parte de los profesionales del CIMI.

Un caso que, gracias a la intervención y posterior investigación de la Defensoría de la Infancia, llegó a una solución adecuada es la de un menor que se encontraba cumpliendo una medida judicial en un centro de internamiento, que nos llamó al teléfono de la Infancia y Adolescencia trasladándonos lo siguiente: «Hola buenas me gustaría comentar los abusos por parte de los educadores que trabajan en el centro de menores a los menores que estamos cumpliendo una medida judicial, como puede ser pegarnos palazos y puñetazos según ellos de broma cuando tienes la suficiente confianza para hacer eso, humillarnos metiéndose con nosotros o con nuestra familia delante de sus compañeros y otros menores, fuman a escondidas de dirección y delante de nosotros, se orinan en mitad del patio del centro, te tiran todas las cosas del cuarto al suelo sin motivo, te ponen a hacerles café y a ir a por agua para ellos, te gritan, te chantajean con un palazo a cambio de no sancionarte cuando haces algo no correcto, cogen el teléfono en los hogares a escondidas de dirección delante nuestra, entre otras muchas cosas».

Tras la posterior investigación por parte de los responsables del Centro que provocó la tramitación de la queja, se llegó a la conclusión que lo que contaba el menor era cierto, iniciando las medidas disciplinarias contra el educador.

En la atención directa a las personas menores internas en los CIMI procuramos proporcionarles la información que precisan, escuchamos sus inquietudes y demandas y les orientamos sobre sus derechos, recordándoles también la importancia de tener una actitud colaboradora y provechosa durante el cumplimiento de su medida, atendiendo a las indicaciones del equipo educativo y alejándose de conductas conflictivas que puedan ocasionarles problemas.

4. RELACIONES INSTITUCIONALES

Las relaciones institucionales constituyen una herramienta de suma importancia para impulsar una labor eficaz y colaborativa, acorde con las funciones y cometidos legalmente atribuidos a esta Institución en defensa y promoción de los derechos de la infancia y adolescencia en Andalucía.

De este modo, dichas relaciones permiten un valioso intercambio de información, recursos y experiencias en la labor a favor de las personas menores de edad. Sirven, además, de puente entre la sociedad civil, las instituciones y la Defensoría, facilitando el trabajo conjunto para identificar y abordar los problemas que afectan a este sector vulnerable de la población.

Detallamos a continuación algunas de las principales actividades realizadas en este ámbito, tanto con los agentes sociales como con otras defensorías e instituciones dedicadas a la defensa de niños, niñas y adolescentes.

4.1. COLABORACIÓN CON LOS AGENTES SOCIALES

Durante 2024 se ha desarrollado un intenso trabajo colaborativo con entidades y organizaciones sociales con el objetivo de analizar y abordar de manera conjunta los principales problemas y retos a los que se enfrentan la infancia y adolescencia en la comunidad autónoma de Andalucía.

Un significativo número de entidades, asociaciones e instituciones universitarias han demandado en dicho ejercicio la presencia de la Defensoría, como garante de los derechos y libertades de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en distintos eventos a fin de debatir temas de interés para aquellos y, además, con el propósito de que la Institución aporte su experiencia y criterio en diversos asuntos que atañen a este sector vulnerable de la sociedad.

Luchar contra la violencia ejercida sobre niños, niñas y adolescentes ha constituido una de las principales actividades en el ámbito que abordamos. No olvidemos que la lucha contra la violencia en la infancia es un imperativo de derechos humanos, y para promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño es esencial asegurar y promover el respeto de su dignidad humana e integridad física y psicológica, mediante la prevención de toda forma de violencia y ejercida en cualquier ámbito (redes sociales, familia, escuela, sanidad, servicios sociales, justicia, deporte y ocio, etc.).

Otros asuntos que también han sido abordados y trabajados de manera colaborativa con los agentes sociales han sido los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia, la situación de menores migrantes sin referentes familiares, el acceso a la pornografía, un uso inadecuado de redes sociales, o dificultades para el pleno ejercicio del derecho a la educación del alumnado con discapacidad.

Por otro lado, hemos de destacar la participación de la Defensoría en actos y eventos organizados o apoyados por las instituciones universitarias.

De entre todas las actividades, traemos a colación nuestra presencia en uno de los proyectos de la Red Europea de Apoyo a la Familia eurofamnet.eu (EurofamNet por sus siglas en inglés), coordinado por la Universidad de Sevilla, que tiene como objetivo informar de la política y la práctica de apoyo a la familia desde un enfoque basado en la evidencia y culturalmente sensible, para garantizar los derechos y el bienestar de niños, niñas y adolescentes, así como de sus familias.

En EurofamNet participan más de 170 investigadores de 35 países, uniendo esfuerzos con profesionales, gestores políticos y entidades del tercer sector enfocadas en la infancia y la familia a nivel europeo. La sinergia entre estas entidades representa un compromiso conjunto para abordar los desafíos actuales en materia de apoyo familiar.

Esta Red se fundó en 2019 como una Action COST coordinada por la Universidad de Sevilla y ha funcionado como tal hasta octubre de 2023. Durante los últimos cuatro años, la red ha trabajado para mejorar la investigación, las políticas y las prácticas de apoyo a las familias. Algunos de los resultados se han materializado y reunido en una caja de herramientas global que incluye informes políticos, resultados académicos, recursos prácticos y mucho más.

Desde noviembre de 2023, EurofamNet opera bajo una COST Innovators Grant, una iniciativa europea altamente competitiva respaldada por la European Cooperation in Science and Technology (COST). Se trata de la primera otorgada a un proyecto en ciencias sociales, marcando un hito y permitiendo a la red iniciar el proyecto de continuidad: QA[4]EuroFam que se centra en implementar un protocolo de garantía de calidad en los servicios de apoyo familiar, abarcando a 22 países europeos. El objetivo principal es desarrollar modelos basados en evidencias y culturalmente sensibles para la práctica profesional.

Tras diversos encuentros y jornadas de trabajo, en febrero de 2024 se presentó en el Parlamento Europeo, en Bruselas, los avances tanto del Protocolo de Garantía de Calidad como del diseño de los Planes Nacionales de Mejora planteándose un debate sobre los mismos. Esta ponencia llevó por título «Supporting families to meet children's needs by making quality family support a right for all children».

Con fundamento en diversos convenios de colaboración suscritos con Save the Children, anualmente venimos celebrando una jornada para abordar asuntos de interés y actualidad que afectan a la infancia y adolescencia.

En 2024 organizamos una jornada celebrada en Cádiz el 9 de octubre bajo el lema «**Derechos en red: por un espacio digital seguro para la infancia y adolescencia**».



Ciertamente el uso saludable y responsable de las Tecnologías para la Relación, la información y la Comunicación (TRIC) constituye uno de los grandes desafíos a los que a día de hoy se enfrenta la sociedad y, especialmente, la infancia y adolescencia. El entorno digital representa un espacio vital para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, ya que les permite enriquecer su conocimiento así como sus habilidades y relaciones sociales.

Sin embargo, el uso de estas potentes herramientas no está exento de riesgos. Hablamos de divulgación de información personal, de contactos con personas desconocidas, de acceso a contenido inapropiado o perjudiciales para su desarrollo. No podemos olvidar tampoco el ciberacoso o *ciberbullying*, la adicción a Internet o la suplantación de identidad cuando los datos personales de las personas menores de edad son utilizados por terceros para crear perfiles falsos o cometer fraudes en línea en su nombre.

Promover un entorno digital seguro para la infancia y adolescencia pasa por entender su gran potencial y no permanecer ajenos a sus riesgos, cuestiones ambas que reclaman nuestra atención y proactividad. También es necesario el compromiso de algunos actores claves: la educación para contribuir con el desarrollo de las

competencias digitales y ciudadanas; las administraciones públicas con la creación de un espacio normativo protector y garantista; y la industria con una conciencia responsable a la hora de desarrollar servicios y productos.

En este contexto, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía y Save The Children organizaron el mencionado evento con el propósito de crear un espacio de encuentro entre profesionales de distintos ámbitos, responsables de políticas públicas y familias.

La celebración de la jornada permitió, además, crear un punto de diálogo para que todas las partes que intervinieron en el acto pudieran expresar sus criterios, sus preocupaciones y necesidades en torno a este aspecto que se ha hecho tan importante en nuestras vidas como es la utilización de las Tecnologías para la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC).

En otro orden, como miembro del Foro Profesional de la Infancia, la Institución ha participado en las jornadas celebradas en Sevilla el pasado mes de mayo de 2024 que han llevado por título «[Caminando hacia un nuevo contrato social: Del debate a la acción](#)»



Este encuentro supuso una gran oportunidad para avanzar hacia este pacto social a partir de las propuestas de la comunidad dedicada a la defensa y promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Una reunión de profesionales que a diario protegen y garantizan el bienestar de esta población y cuyas aportaciones solo se pueden calificar como necesarias.

Así se puso de manifiesto por colegios profesionales, asociaciones, universidades, academias, administración autonómica, entidades provinciales y locales, instituciones públicas, observatorios, federaciones

y sindicatos, y esta Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Todas las partes intervinientes tuvimos la oportunidad de demandar políticas públicas y establecer estrategias ante uno de los mayores retos de esta sociedad: la pobreza infantil, generadora de situaciones de desigualdad y vulnerabilidad.

Si en la primera edición de este encuentro de primavera, bajo el título «Abriendo camino hacia un nuevo contrato Social», del que ofrecimos detalle en el informe de 2023, tuvimos la oportunidad de debatir sobre el devenir –a veces desesperante– de los trámites administrativos para la garantía y protección de los derechos de las personas menores de edad, en esta ocasión, como ha recogido con acierto el nuevo título, pasamos a la acción.

Las [conclusiones](#) de este evento han sido recogidas en una publicación.

4.2. COLABORACIÓN CON OTRAS DEFENSORÍAS Y ORGANISMOS PÚBLICOS

En el ámbito de la colaboración con otras defensorías y organismos públicos, hemos de señalar, a nivel internacional, nuestra participación en diversas actividades de ENOC. [La Red Europea de Defensorías de la Infancia](#) (ENOC, por sus siglas en inglés) se constituyó en 1997 e integra en la actualidad a organismos de defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes de países de Europa, entre las que se encuentra la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Sus principales objetivos son promover la aplicación lo más completa posible de la Convención sobre los Derechos del Niño, dar soporte a la acción colectiva para hacer presentes los derechos de niños, niñas y adolescentes en las políticas públicas de los países europeos, compartir información, enfoques y estrategias, y promover el desarrollo de oficinas independientes eficaces para los niños, niñas y adolescentes.

ENOC dispone de un órgano de participación de los niños y niñas denominado ENYA (European Network of Young Advisors), ofreciendo a aquellos la oportunidad de ser escuchados y de elevar su opinión y propuestas más allá de sus propios países. El contenido de esta labor queda recogido en el capítulo 5 de este informe dedicado a actividades de promoción y divulgación de derechos.

Los países y regiones participantes de ENOC se reúnen una vez al año en asamblea general y trabajan alrededor de temas y contenidos propuestos y acordados por sus miembros. Aprovechando el momento de la asamblea anual, las defensorías prolongan su encuentro para compartir, dialogar e intercambiar experiencias.

El tema elegido para ser trabajado a lo largo de 2024, compartido con el resto de defensorías de la infancia europeas (de la Red ENOC) en el marco del proyecto ENYA, ha sido la protección y promoción de los derechos de los niños en cuidados alternativos de protección (Protecting and Promoting the Rights of Children in Alternative Care).

Los miembros que integran la mencionada organización, antes de la celebración de la reunión anual y de la asamblea debieron cumplimentar un amplio cuestionario que explora la situación actual de los derechos de los niños que se encuentran en sistemas de protección en los Estados miembros de ENOC, para apoyar la elaboración de la declaración de posicionamiento de ENOC para la protección y promoción de los derechos de los niños en los sistemas alternativos de protección. El cuestionario se envió a las defensorías de la infancia de las instituciones de los Estados miembros participantes.

Posteriormente, en septiembre de 2024, se celebró la reunión anual y la asamblea general de ENOC en Helsinki (Finlandia). En esta última se aprobó la Declaración final sobre el asunto trabajado previamente y debatido en dicho acto.

La Declaración se basa en el entendimiento general de todos los miembros de ENOC de que, aunque las personas menores de edad en acogimiento alternativo se encuentran entre el grupo de niños y niñas más vulnerables e invisibles, sus derechos siguen siendo menoscabados de forma considerable. Existe una preocupación general por el hecho de que las personas menores de edad que se han visto privadas del cuidado de sus progenitores, porque estos no pueden satisfacer sus necesidades, no siempre reciben del Estado un entorno suficientemente propicio, seguro y enriquecedor.

También es preocupante que las niñas, niños y jóvenes en acogimiento alternativo sufran estigmatización y prejuicios, con bajos niveles de comprensión entre la población general.

Con esta declaración, las Defensorías de Infancia, miembros de ENOC, se esfuerzan por prestar especial atención a la aplicación de las disposiciones consagradas en la Convención de los Derechos del Niño. No obstante, se acordó no incluir en esta declaración las experiencias de menores refugiados y solicitantes de asilo o de menores en otras formas de cuidados o atención, como en servicios psiquiátricos hospitalarios, atención segura o entornos similares.

Los miembros de ENOC, conscientes de que deben garantizar, a través de sus competencias institucionales y compromiso, la protección y promoción de los derechos de las personas menores de edad que viven en acogimiento alternativo; también tienen el deber de exigir responsabilidades a las autoridades competentes cuando no se satisfagan los derechos y necesidades de este grupo de niñas, niños y adolescentes. Las niñas y niños que han sido alejados del entorno familiar se encuentran en una situación especialmente vulnerable y su seguridad y bienestar son responsabilidad inherente de las autoridades.

En este contexto, la Red Europea de Defensorías de Infancia (ENOC), instó a los Estados, a las autoridades nacionales y regionales, pero también a las organizaciones europeas e internacionales pertinentes, a que cumplan con sus obligaciones mediante la aplicación de las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES ENOC

1. Garantizar el derecho de las niñas y niños a expresar libremente sus opiniones y a que éstas se tengan en cuenta, de acuerdo con la evolución de sus facultades, así como a participar en la toma de decisiones relacionadas con su vida y sus condiciones de vida en acogimiento alternativo, tal como exigen las normas internacionales sobre los derechos de la infancia y la adolescencia:

- Aumentar la concienciación sobre los derechos de la infancia y la adolescencia en general y, más concretamente, sobre el derecho a participar entre los niños, niñas y adolescentes que viven en acogimiento alternativo y entre las personas profesionales que trabajan en este ámbito mediante programas de formación adecuados y continuos;
- Proporcionar a los niños, niñas y adolescentes información y materiales adecuados a su edad y adaptados a sus necesidades sobre sus derechos y el derecho a participar, que les permitan expresar sus opiniones con conocimiento de causa; proporcionar esta información y materiales

en diversos formatos, como libros ilustrados, vídeos y aplicaciones móviles;

- Organizar periódicamente talleres y sesiones informativas para educar a niñas, niños y adolescentes sobre sus derechos en un entorno propicio e interactivo;
- Crear un clima de confianza con la persona menor de edad, ofrecer transparencia a lo largo de todo el proceso y asegurarse de que ésta se siente lo suficientemente cómoda como para compartir sus opiniones y que entiende el proceso y sus consecuencias;
- Establecer procedimientos y recursos para que la participación de niñas, niños y adolescentes sea una práctica habitual en los procesos de toma de decisiones;
- Implicar sistemáticamente a las personas menores de edad en todas las fases del proceso de atención, incluso en la toma de decisiones que las conciernen individualmente y en el diseño del sistema. Deben adoptarse medidas especiales para garantizar la participación significativa de los niños más pequeños, los niños con discapacidades y los niños con necesidades especiales;
- Establecer mecanismos y órganos de participación más permanentes (consejos, grupos de discusión, clubes juveniles, etc.) apoyados por las autoridades, con la participación de niñas y niños que están o han estado en acogimiento alternativo, donde puedan expresar libremente sus opiniones, compartir sus experiencias y contribuir a la mejora de la prestación y la calidad de los cuidados;
- Garantizar legalmente el derecho a participar y a ser escuchados, y supervisar periódicamente su implementación;
- Proporcionar recursos efectivos y acceso a la justicia para la infancia y la adolescencia si no se les concede el derecho a participar.

2. Apoyar los esfuerzos para mantener a las niñas, niños y adolescentes bajo el cuidado de su familia, o devolverlos a ella, cuando ello redunde en el interés superior de la persona menor de edad:

- Desarrollar y aplicar políticas y programas sociales orientados a la familia, incluido el apoyo psicológico gratuito, para prevenir la separación de las personas menores de edad de sus progenitores y promover y reforzar la capacidad de éstos para cuidar de sus hijas e hijos;
- Ofrecer apoyo continuo a las familias durante la reunificación, incluidas visitas periódicas de seguimiento y supervisión del progreso de la reunificación, asesoramiento familiar y asistencia práctica, para ayudarles a recuperar la confianza, adaptarse y garantizar una transición satisfactoria;
- Proporcionar servicios integrales de apoyo a las familias, como clases de crianza, asesoramiento, ayuda económica o tratamiento de la drogodependencia, para abordar los problemas que llevaron a la medida de separación del menor y crear un entorno familiar seguro;
- Utilizar múltiples canales para difundir información sobre la disponibilidad de servicios de apoyo a progenitores e hijos e hijas, incluidos los medios sociales, la televisión y la radio, sitios web, material impreso, líneas directas, actividades de divulgación en la comunidad, escuelas, guarderías y servicios sanitarios;
- Poner en marcha medios y procesos adecuados para garantizar la detección precoz de las personas menores de edad en situaciones especialmente vulnerables, incluyendo evaluaciones

periódicas de su salud y bienestar, formación para las personas cuidadoras y el personal que trabaja con niñas y niños, programas de apoyo para progenitores y personas cuidadoras, y seguimiento centrado en la persona menor de edad;

- Proporcionar apoyo holístico y continuo a las familias necesitadas y facilitar la coordinación activa entre los servicios competentes;
- Abordar las causas subyacentes a la falta de cuidado familiar;
- Proporcionar una evaluación multidisciplinar de la capacidad parental con vistas a salvaguardar la seguridad, el interés superior y las necesidades de las niñas y niños. La evaluación también debe incluir las opiniones de las personas menores afectadas, en función de su capacidad y madurez evolutivas;
- Fomentar una comunicación y colaboración sólidas entre los servicios sociales, las familias y otras partes interesadas para crear un enfoque coordinado de los esfuerzos de apoyo y reunificación familiar;
- Poner en marcha soluciones prácticas para mantener el contacto (llamadas telefónicas o videollamadas, cartas, regalos y recuerdos de la familia, etc.) siempre que el contacto físico no sea posible o no redunde en el interés superior de la persona menor de edad;
- Desarrollar y aplicar programas e intervenciones basados en evidencias;
- Para facilitar la reunificación familiar, proporcionar a los progenitores el apoyo y los servicios necesarios y evaluar periódicamente la necesidad de la medida de separación.

3. Garantizar las alternativas de acogimiento adecuadas a cada caso tras una minuciosa valoración individual:

- Garantizar la cuidadosa valoración de las alternativas disponibles, incluido el apoyo familiar, antes de tomar la decisión de separarla de su familia y siempre en función del interés superior de la persona menor de edad
- Evaluar las opciones de modalidades alternativas de cuidado, como familias de acogida y acogimiento residencial, para determinar qué tipo de acogimiento satisface mejor las necesidades e intereses individuales de la persona menor de edad, con preferencia por los acogimientos de tipo familiar y los entornos pequeños, similares a un hogar, para proporcionar un entorno de apoyo y estabilidad. El proceso de evaluación no debe ser excesivo en el tiempo;
- En la medida de lo posible, no alejar a la niña, niño o joven de su territorio o cultura una vez que forme parte del sistema de protección, con el fin de reducir la cantidad de cambios a los que tiene que hacer frente;
- Proceder a una evaluación individual y multifactorial (género, cultura, idioma, especial vulnerabilidad, etc.) de la situación personal del niño y la niña y de sus necesidades de atención y desarrollo a corto y largo plazo. La evaluación debe realizarla un equipo multidisciplinar, con la participación del niño o la niña y de otras partes interesadas, si procede (familia biológica, familia de acogida, etc.);
- Elaborar planes de atención individualizados para cada persona menor de edad con el fin de abordar sus necesidades e intereses específicos a lo largo de su trayectoria de atención, y

- revisar y ajustar periódicamente estos planes para garantizar que siguen siendo eficaces; garantizar que las preferencias y opiniones de la niña o niño y, si procede, las de otras partes interesadas, se tienen en cuenta durante el proceso de evaluación;
- Hacer obligatoria la prestación de apoyo psicológico a la persona menor de edad para ayudar en las dificultades emocionales o de otro tipo que pudiera presentar, incluso al entrar en un nuevo entorno;
 - Garantizar que los profesionales del sistema de protección cuenten con el apoyo y la formación adecuadas para desarrollar diversas competencias que eviten que las niñas, niños y adolescentes sean derivados de un especialista a otro;
 - La desinstitucionalización debe continuar donde no se haya completado, al tiempo que se reconoce la perspectiva de ENYA de que, en algunos casos, y en las circunstancias individuales específicas de un niño o niña, el acogimiento residencial puede ser la opción más adecuada para un niño, niña o adolescente;
 - Garantizar un entorno de cuidado consistente y estable para que las personas menores de edad formen vínculos seguros, evitando cambios frecuentes en su cuidado;
 - Proporcionar a las familias de acogida apoyo amplio y recursos suficientes para satisfacer eficazmente las necesidades de las niñas y niños a su cargo, y garantizar que los niños y niñas y las personas acogedoras tengan la oportunidad de conocerse antes de que se tome una decisión sobre su ubicación;
 - Desarrollar un sistema de familias de acogida especializadas o, como último recurso y cuando redunde en el interés superior del niño, de acogimiento residencial, para satisfacer mejor las necesidades únicas y variadas de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento alternativo;
 - Aplicar la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos del Niño sobre el interés superior del niño y la niña en lo relativo a garantizar la experiencia de los y las profesionales que llevan a cabo la evaluación de la forma más adecuada de atención.

4. Garantizar un acogimiento alternativo de calidad:

- Reforzar la obligación y la responsabilidad de los Estados de proteger los derechos del niño, niña y adolescente y de proporcionar un acogimiento alternativo apropiado, dando prioridad a la acogida de tipo familiar a toda persona menor que lo necesite;
- Aplicar las normas (mínimas) de calidad previstas en la CDN y las Directrices de las Naciones Unidas sobre las modalidades alternativas de cuidado de la infancia, así como las previstas en la legislación nacional pertinente;
- Desarrollar y aplicar normas exhaustivas para los centros de acogimiento alternativo, que cubran aspectos como la seguridad, la salud, la educación y el apoyo emocional, para garantizar una atención coherente y de alta calidad. Aunque las necesidades de atención y apoyo cambiarán a medida que la persona joven se desarrolle y madure, las normas no deberían cambiar;
- Garantizar que la planificación de reformas en materia de acogimiento alternativo incluya soluciones estables y sostenibles en el tiempo, basadas en evidencias; que asegure la financiación a largo plazo; y que establezca sistemas sólidos de seguimiento y evaluación;

- Reforzar la colaboración y la inversión en y entre los proveedores de acogimiento alternativo, los servicios sociales y las organizaciones comunitarias para garantizar un planteamiento global de la satisfacción de las necesidades de las personas menores en acogida;
- Garantizar un entorno libre de violencia en el que niñas, niños y adolescentes se sientan queridos, cuidados y en el que se satisfagan sus necesidades individuales. Esto incluye reconocer y prevenir la explotación infantil.
- Priorizar continuamente el bienestar emocional, físico y psicológico de la infancia en acogimiento alternativo para favorecer su desarrollo general y su felicidad;
- Proporcionar todos los medios necesarios, incluidos los económicos, para garantizar la permanencia del personal profesional, especialmente en la atención residencial;
- Proporcionar apoyo adecuado y formación continua y multidisciplinar a las personas acogedoras y al personal de recursos residenciales para reforzar sus competencias profesionales;
- Garantizar la igualdad de acceso y de normas entre las zonas rurales y urbanas.
- Garantizar una supervisión y/o inspecciones periódicas, independientes y centradas en la persona menor de edad, que permitan a las personas jóvenes hablar libremente sin temor a represalias o consecuencias negativas. Esto puede incluir visitas sin previo aviso por parte de Instituciones Independientes de Derechos del Niño; garantizar el seguimiento de las conclusiones del proceso de supervisión y cualquier acción individual requerida.

5. Mantener la relación significativa de la persona menor de edad con su familia, otras personas cercanas y sus raíces étnicas, culturales, religiosas y lingüísticas:

- Apoyar activamente los vínculos de niñas, niños y adolescentes con su entorno cultural, étnico y familiar, garantizando que se respete y fomente plenamente su derecho a la vida familiar y a la identidad;
- Garantizar que las personas menores de edad en acogimiento alternativo tengan contacto regular con sus familiares y otras personas significativas en sus vidas, a menos que no sea en su interés superior. Abordar cualquier problema que surja para garantizar que estas relaciones sigan siendo positivas y beneficiosas.
- Asegurarse de que se buscan activamente y se toman en serio las opiniones de las personas menores de edad sobre el mantenimiento de las relaciones con sus familiares, haciéndoles partícipes de todas las decisiones pertinentes;
- Proporcionar y fomentar múltiples formas para que las niñas y niños mantengan un contacto regular con sus progenitores, hermanos, hermanas, parientes y amistades, garantizando que se mantengan y apoyen estas importantes relaciones;
- Proporcionar formación y orientación a las familias de acogida para preparar y animar a los niños y niñas a mantener el vínculo con sus familias biológicas cuando proceda. Proporcionar apoyo a los progenitores para que mantengan una relación con sus hijas e hijos;
- Diseñar y ofrecer programas especializados y apoyo a las personas acogedoras y otros cuidadores para ayudar a las personas menores de edad a mantener sus raíces;
- Diseñar e impartir programas especializados que ayuden a las personas acogedoras y otros

cuidadores a preservar y alimentar los vínculos culturales, étnicos y familiares de las personas menores;

- Formar a las personas cuidadoras para que respeten e integren los orígenes étnicos, culturales y lingüísticos de las niñas y niños en sus cuidados diarios.

6. Preparar sistemáticamente a las personas menores de edad en acogimiento alternativo para la vida independiente y la integración en la comunidad:

- Ayudar a las personas jóvenes que dejan de estar tuteladas a desarrollar un programa o planes profesionales y personales evaluando su situación y orientándolas hacia la independencia. Tener en cuenta sus peticiones y necesidades y los recursos disponibles de los servicios pertinentes;
- Aumentar el apoyo a las niñas, niños y jóvenes para que elijan su trayectoria educativa y profesional en función de sus intereses. Dar prioridad a una preparación temprana y sostenida para su transición a la edad adulta, en lugar de iniciarla sólo un año antes de que alcancen la mayoría de edad;
- Garantizar la continuidad y la calidad de la atención realizando evaluaciones sanitarias para ofrecer apoyo individualizado y respuestas adecuadas en caso de problemas físicos o psicológicos;
- Considerar vulnerabilidades específicas, como la paternidad o maternidad tempranas, las discapacidades, los problemas de salud mental y la situación de las personas menores de edad no acompañadas. Centrarse en la prevención, incluidos los comportamientos de riesgo, la educación sexual y las adicciones;
- Proporcionar a las personas profesionales y cuidadoras las herramientas necesarias para apoyar a las personas jóvenes hacia la independencia, garantizando una coordinación eficaz con todos los agentes implicados, organizando los servicios y proporcionando áreas de apoyo específicas para los profesionales;
- Proporcionar una formación adecuada a las personas profesionales, especialmente a los psicólogos y trabajadores sociales, que incluya módulos especializados sobre los derechos de las personas menores de edad en acogimiento alternativo y el acceso a los servicios, para ayudar a las personas jóvenes que abandonan el acogimiento alternativo con los procedimientos administrativos;
- Informar a las niñas, niños y jóvenes y asegurarse de que comprenden plenamente sus derechos y la asistencia disponible, incluido el apoyo económico y psicosocial, cuando abandonan los mecanismos de protección de la infancia y el acogimiento alternativo, simplificando y facilitando el acceso a los recursos (vivienda, educación, formación profesional, becas, etc.);
- Promover y desarrollar vínculos emocionales, educativas y de apoyo, como programas locales de tutoría, con seguimientos regulares (reuniones, llamadas telefónicas, visitas a domicilio, etc.) después de que las personas jóvenes hayan abandonado el acogimiento alternativo, para establecer relaciones significativas con personas voluntarias adultas y ampliar las redes de apoyo y solidaridad;
- Crear un derecho de retorno que permita a las personas jóvenes ajustar o suspender la ayuda que reciben a medida que su situación se estabiliza tras abandonar el acogimiento alternativo,

garantizando al mismo tiempo que puedan volver a acceder a ella si lo necesitan debido a contratiempos o cambios;

- Los Estados y todas las partes interesadas deberían adoptar todas las medidas, acciones, campañas de sensibilización, etc. adecuadas para prevenir y combatir la estigmatización de los menores que estén o hayan estado en acogimiento alternativo.

7. Reforzar la inspección y el control del acogimiento alternativo:

- Desarrollar y aplicar marcos reguladores claros que definan normas y procedimientos para inspeccionar y supervisar los centros de acogimiento alternativo, tanto en el sector público como en el privado;
- Garantizar la independencia de los sistemas de inspección recurriendo a organizaciones externas para su supervisión;
- Garantizar el cumplimiento de las normas mediante inspecciones periódicas y sin previo aviso de los centros de acogimiento alternativo. Las instituciones independientes de derechos de la infancia y la adolescencia también deben realizar visitas y formular recomendaciones de mejora;
- Proporcionar financiación y recursos suficientes a los organismos de inspección y control para permitir una supervisión exhaustiva y eficaz de los centros de acogimiento alternativo;
- Exigir a los servicios de atención a la infancia que presenten informes periódicos y detallados sobre su funcionamiento, prácticas de cuidado y bienestar de las personas menores de edad. Garantizar que las inspecciones den lugar a informes exhaustivos en los que se destaquen las repercusiones, las mejoras necesarias y la opinión de las personas menores;
- Implicar en los procesos de inspección y supervisión a partes interesadas de diversos ámbitos, como trabajadores sociales, trabajadores homólogos (inter pares), psicólogos infantiles y personal jurídico. Garantizar la formación de las partes interesadas en los procedimientos de inspección y en la interacción con las niñas y niños en acogimiento alternativo para recabar información precisa;
- Crear canales seguros y anónimos para que las niñas, niños y jóvenes en acogimiento alternativo puedan dar su opinión sobre sus experiencias y condiciones de vida, garantizando que sus voces formen parte integral del proceso de supervisión;
- Recopilar y analizar datos sobre el funcionamiento y las condiciones de los centros de acogimiento alternativo para fundamentar las decisiones políticas y mejorar las prácticas asistenciales;
- Adoptar medidas proactivas, estratégicas y creativas para garantizar que las personas menores de edad en acogimiento alternativo tengan acceso a mecanismos de denuncia eficaces y adaptados a las niñas, niños y adolescentes para ofrecer reparación ante las vulneraciones de sus derechos.

Por otro lado, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía ostenta la representación de la zona europea en la [Red de la Niñez y Adolescencia de la Federación Iberoamericana de Ombudsperson \(FIO\)](#), organización que representa a más de 100 defensorías del pueblo, procuradores, proveedores, comisionados y presidentes de Comisiones de Derechos Humanos de países iberoamericanos junto con España, Portugal y Andorra.

El objetivo de esta Red se centra en trabajar articulada y coordinadamente con el fin de contribuir a proteger y promover los derechos de niños, niñas y adolescentes en temas de interés común de la Red de Niñez y Adolescencia. Y también fortalecer la institucionalidad de protección a la niñez y adolescencia dentro de los Ombudsperson miembros de la FIO.

El pasado mes de octubre de 2024 se celebró en Paraguay la [XXIX Asamblea y XXVIII Congreso de la FIO](#) donde se abordaron asuntos como el Derecho al Agua y la Protección de las Fuentes Hídricas, el Cambio Climático y los Derechos Humanos, los Derechos de los Pueblos Originarios, y la Justicia para las Mujeres. A través de talleres, ponencias y mesas de trabajo, se generaron reflexiones y propuestas de acción en cada uno de estos ámbitos, renovando el enfoque estratégico para enfrentar los desafíos actuales en derechos humanos.

Por lo que respecta a la Red de la Niñez, en dicho Congreso, sus componentes abordaron específicamente el «Derecho de las infancias a un medio ambiente saludable y sostenible».

Junto a esta labor, se ha publicado el [segundo número de la Revista de la Red de la Niñez](#) dedicada a la agenda ambiental; un derecho fundamental de las infancias y adolescencias que es necesario para el disfrute de otros derechos.

Este tema ha sido también de interés para el Consejo Consultivo de infancias de la FIO; además en las consultas realizadas por el Comité de los Derechos de Niñas y Niños de las Naciones Unidas para la elaboración de la Observación General Núm. 26. Asimismo en la Declaración Mundial de la Juventud de la COP282, niñas y niños de los diferentes países de la región y del mundo, expresaron su interés en el tema y su preocupación por los efectos negativos que esta problemática tiene para sus vidas y sus derechos.

En este contexto, el documento presenta diversas experiencias de participación de niñas, niños, adolescentes y juventudes en la defensa de su derecho a un medio ambiente saludable desde acciones comunitarias y participación en foros locales y mundiales, demandando la actuación urgente de los Estados y hasta su inclusión en los espacios de incidencia en las políticas ambientales.

Por otro lado, las instituciones que componen la Red Niñez y Adolescencia, en la XXVIII Congreso de la FIO, hicieron un llamamiento a los Estados para que se prioricen y lleven a cabo medidas urgentes que garanticen el derecho a la salud mental de las infancias y adolescencias:

DERECHO A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

- Generar espacios institucionales y comunitarios que permitan abordar la importancia del derecho a la salud mental, mediante la suma de esfuerzos que contribuyan a romper con mitos y creencias normalizadas que obstaculizan la prevención y la atención adecuada.
- Asegurar la disponibilidad de recursos e infraestructura orientada a la atención oportuna, para que niñas, niños y adolescentes reciban el apoyo que necesitan.
- Ampliar la cobertura de los programas preventivos y educativos sobre salud mental, que respondan a las necesidades del contexto, sean accesibles y de calidad.

- Fortalecer la formación profesional de atención psicosocial y capacitación especializada que permita brindar una atención eficiente y pertinente.
- Adoptar medidas que permitan romper con visiones adultocéntricas y reconocer a niñas, niños y adolescentes como personas sujetas de derechos, para que desde su participación protagónica puedan nombrar y visibilizar aquello que les afecta y preocupa, y sumar acciones en la defensa de su derecho a la salud mental.
- Generar mecanismos de consulta a fin de conocer las opiniones, percepciones y propuestas de las infancias y adolescencias respecto de la salud mental para que sean incluidas en la toma de decisiones y políticas públicas.
- Implementar medidas de apoyo a las familias, escuelas y comunidades, mediante la sensibilización y el fortalecimiento de los vínculos sociales positivos y la cultura de cuidado mutuo.
- Reconocer y fomentar el empoderamiento colectivo de las infancias y adolescencias que les permita tejer redes de apoyo entre pares y promover su bienestar en los distintos espacios en los que se desenvuelven.
- Fortalecer las políticas relacionadas con los sistemas de cuidados, los cuales son un pilar fundamental de protección y bienestar social. Invertir en estos sistemas permitirá sensibilizar a las familias, agentes educativos y a quienes cotidianamente conviven con infancias y adolescencias, sobre la importancia de la salud mental para el goce de una vida digna y plena.

Asimismo la Red destacó que el derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes debe ser una prioridad tanto en las agendas públicas como en las instituciones nacionales y locales de derechos humanos, estas tienen la importante labor de alertar continuamente sobre los hechos que puedan vulnerar el derecho a la salud mental, la vida y la integridad. Además de instar continuamente a los responsables de los diferentes mecanismos de decisión y de protección para que cumplan sus funciones de acuerdo con las normativas de cada país y se puedan fortalecer y robustecer las acciones de protección y defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

A nivel nacional, destacamos la participación de personal técnico de la Institución en la elaboración del documento titulado «[Detección y abordaje de las experiencias adversas en la infancia](#)».

Dicho documento está dirigido a los profesionales sanitarios, con los objetivos de incrementar el conocimiento y la sensibilización profesional sobre la naturaleza de la adversidad infantil y sus repercusiones en la salud física y mental, el desarrollo evolutivo y el bienestar y prosperidad a lo largo del ciclo vital; de mejorar la capacidad del sistema de salud para prevenir e identificar precozmente las experiencias adversas en la infancia, así como para desarrollar estrategias específicas de seguimiento y apoyo profesional bajo un modelo orientado al trauma; y de generar un programa de atención a la salud mental de adolescentes y personas jóvenes afectadas por experiencias adversas en la infancia.

Este trabajo surge tras la solicitud puesta de manifiesto por diversas asociaciones de familiares como Petales-Asociación de Ayuda Mutua, Adversidad Temprana y Apego, y AFA-SAF, la Asociación de

familias afectadas por el síndrome alcohólico fetal, que se dirigieron a la Consejería de Salud solicitando el desarrollo de recursos específicos para la prevención y atención de problemas en el desarrollo afectivo y psicosocial de personas que han vivido situaciones de adversidad en la infancia (adopción internacional de diversos países donde la prevalencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo es elevada, institucionalización, maltrato, procesos de separación de su familia biológica y de integración en familia sustituta...), eventos negativos relacionados entre sí, con carácter crónico o recurrente y efectos acumulativos, a los que se suman la insuficiencia de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos y atenuarlos en forma satisfactoria.

Destacamos asimismo nuestra participación en el Comité asesor de un proyecto financiado por la Unión Europea cuyo objetivo es mejorar la prestación de servicios de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes que se llevará a cabo en España, (concretamente en Andalucía) Chipre, Italia y Eslovenia.

En Andalucía, el proyecto parte de la colaboración y participación coordinada de la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad para proporcionar un conjunto de servicios completo y bien articulado orientados a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, riesgo y desamparo en el sistema de atención y protección.

El proyecto denominado «Prioridad al bienestar y salud mental de los niños, niñas y adolescentes: Abordaje de las necesidades de salud mental y bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes en el sistema de atención y protección en Andalucía» está impulsado por la lógica de que atender las necesidades de salud mental no es sólo tratar los trastornos, sino también crear entornos que fomenten la resiliencia, el bienestar emocional y la integración social. Esto requiere un cambio de paradigma hacia enfoques más integrados, colaborativos y centrados en la infancia y la adolescencia.

El proyecto se ajusta a las principales políticas e iniciativas nacionales y de la UE que subrayan la importancia de la salud mental en el desarrollo infantil y la necesidad de modelos de atención integrados. Esto incluye la alineación con la «Estrategia sobre los Derechos del Niño (2021-2024)» de la UE, que hace hincapié en el derecho de todos los niños y niñas a crecer en un entorno que favorezca su salud mental y física y su desarrollo social. Además, se ajusta a los objetivos fijados en el «Enfoque Integral sobre la Salud Mental», que aboga por la prevención y la intervención precoz, unos sistemas de salud mental completos e integrados y el fomento de la salud mental en diversos ámbitos políticos.

Dicho trabajo pretende sentar las bases para que los niños, niñas y adolescentes del sistema de atención y protección de Andalucía tengan acceso al apoyo de salud mental que necesitan para prosperar, en la orientación hacia un futuro en el que el bienestar mental se reconozca como una piedra angular del desarrollo infantil.

En el próximo informe daremos cuenta del resultado final de este ambicioso proyecto así como de las actuaciones desarrolladas para su implementación.

5. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIVULGACIÓN DE DERECHOS

La promoción y divulgación de los derechos de la infancia y adolescencia constituye una herramienta fundamental para garantizar que todos los niños y niñas crezcan en un entorno de dignidad, para que se

proteja su desarrollo integral y, también, para que sea posible el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades.

Dar a conocer los derechos de las personas menores de edad permite potenciar la concienciación social sobre la necesidad de proteger a los más vulnerables y, además, empodera a las comunidades para exigir el cumplimiento de políticas y acciones que promuevan su bienestar.

Por otro lado, educar a la infancia sobre sus derechos les facilita reconocer su valor como individuos, fomentando una ciudadanía activa y comprometida desde edades tempranas.

En consecuencia, la promoción y divulgación de los derechos de los niños es una labor clave para construir una sociedad más justa, inclusiva y respetuosa.

Consciente de la importancia de esta actividad así como de los cometidos de la Defensoría, el legislador atribuyó a esta última en la [Ley 4/2021, de 27 de julio, de la Infancia y Adolescencia de Andalucía](#), la importante misión de promover el conocimiento, la divulgación y el ejercicio de los derechos de este sector de la población en nuestra comunidad autónoma.

Dentro de este amplio campo de intervención y de las diversas actuaciones emprendidas, el presente capítulo se centra en el detalle pormenorizado de dos acciones. Por un lado, las actividades del [Consejo de Participación de la Institución denominado «e-Foro de menores»](#) y, por otro, los actos organizados para la conmemoración del Día de la Infancia de 2024 con la celebración de la XVI Edición del Premio de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

5.1. LA VOZ DE NIÑOS Y NIÑAS: EL CONSEJO DE PARTICIPACIÓN DE LA DEFENSORÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La Institución cuenta desde 2008 con un Consejo de participación infantil y juvenil que tiene como función asesorar a la Defensoría en todos aquellos asuntos que directa o indirectamente puedan afectar a la infancia, adolescencia y juventud. Asimismo tiene entre sus cometidos proponer proyectos y líneas de investigación o actuación sobre cuestiones que afecten a la defensa de los derechos de las personas menores o sobre asuntos de su interés. Y por último, corresponde a las personas que componen este órgano asesor contribuir al desarrollo de actuaciones y proyectos de la Institución relativos a la divulgación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Andalucía.

Han transcurrido más de quince años desde que se puso en funcionamiento este órgano de participación. La experiencia acumulada ha sido altamente positiva tanto para la Defensoría como para todos los niños y niñas que a lo largo de este tiempo han tenido la oportunidad de formar parte de los distintos consejos de participación. La iniciativa ha supuesto un impulso decidido en la promoción y desarrollo de la participación infantil y juvenil, haciendo posible el diálogo y el intercambio de puntos de vista de niños, niñas y adolescentes en el cual han asumido importantes responsabilidades en muchas materias.

Desde la creación del mencionado consejo de participación, se han producido cambios sociales importantes que inciden en la situación de las personas menores de edad. También hemos asistido a un nuevo enfoque en la legislación –tanto a nivel nacional como autonómico– que afecta a la infancia y adolescencia. Unos cambios que han incidido en la propia Defensoría al haberse incrementado sus funciones y competencias según quedan recogidas en los artículos 24 y 25 de la [Ley 4/2021, de 27 de julio](#).

Lo anterior, unido a la necesidad de mejorar determinados mecanismos de funcionamiento del consejo de participación, teniendo en cuenta la trascendencia de la labor que desarrolla tanto a nivel nacional como internacional, han aconsejado que en 2024 se hayan dictado nuevas normas sobre la composición y funcionamiento de este órgano de participación y asesoramiento. Unas normas que han quedado reflejadas en la Resolución de 18 de marzo de 2024, del Defensor de la Infancia y Adolescencia de Andalucía publicada en el *BOJA* núm. 60 de 26 de marzo de 2024.

Como consta en la mencionada Resolución, el mandato de los chicos y chicas que componen el Consejo será por un periodo de dos años. Atendiendo a este mandato, en 2024 se ha producido una renovación de los cargos, poniendo término a las labores del VI Consejo y constituyendo formalmente el VII Consejo de participación.

Aprovechamos esta Memoria para expresar nuestro más sincero agradecimiento a quienes han trabajado y nos han apoyado en estos dos últimos años, y felicitamos a los miembros del VI Consejo por el importante y riguroso trabajo desarrollado: Francisco Burgueño Parra de Huércal-Overa (Almería); Natalia Melero Toledo de Chiclana de la Frontera (Cádiz); Ana Prieto Ruíz de Encinas Reales (Córdoba); Diana López López de Armilla (Granada); Javier Muñoz Martín de Rociana del Condado (Huelva); María Millán Ginés de Úbeda (Jaén); Gerardo Pérez Angulo de Alhaurín el Grande (Málaga); y Jaime Roldán Martín de Dos Hermanas (Sevilla).

Por otro lado, los chicos y chicas del VI y VII Consejo así como sus familiares tuvieron la posibilidad de reunirse en Sevilla. Fue un encuentro cargado de emotividad en el que los antiguos consejeros y consejeras cedieron sus responsabilidades, relataron las vivencias y aprendizajes adquiridos durante el desarrollo de sus funciones.

En dicho encuentro se llevó a efecto también el acto de nombramiento de los chicos y chicas que componen el VII Consejo: Noa Marín Akapo de Huércal de Almería (Almería); Sofía Leis Fernández-Portillo de La Línea de la Concepción (Cádiz); Mercedes Molina Tarín de Pozoblanco (Córdoba); Mario Romero Rodríguez de Alhendín (Granada); Daniel Díaz López de Huelva; José María Moreno Bellido de Andújar (Jaén); Sofía Guzmán Góngora de Málaga; y Carlos Blanco Sánchez de San José de la Rinconada (Sevilla).

A continuación destacamos las principales actividades realizadas en 2024 por los ocho chicos y chicas que conforman este órgano de participación, y recogemos sus conclusiones, criterios y opiniones, haciendo posible de este modo que sus voces sean escuchadas también en el Parlamento de Andalucía a través de este informe.

5.1.1. PARTICIPACIÓN EN LA CONSULTA «EUROPE KIDS WANT»

Durante el mes de enero, los miembros del VI Consejo de Participación se implicaron en la consulta «Europe Kids Want», impulsada por UNICEF, Eurochild, ChildFund Alliance y Save the Children, entre otras entidades comprometidas con la defensa de los derechos de la infancia. El propósito de esta iniciativa ha sido recoger la visión y opiniones de niños, niñas y adolescentes europeos entre 10 y 18 años sobre las cuestiones que deberían priorizar los líderes europeos para asegurar que la Unión Europea sea un espacio child-friendly.

La consulta se lanzó ante la perspectiva de la celebración de elecciones al Parlamento Europeo en junio de 2024 y seguidamente se recogen algunas de las cuestiones sobre las que se consultaba a los participantes: ¿Qué te gustaría aprender en la escuela?: ¿Qué te gustaría cambiar en la escuela?: En tu opinión, ¿cuáles son los mayores retos para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes?: ¿Cómo pueden los adultos (padres, madres, profesorado, políticos) apoyar la salud mental y el bienestar de niños, niñas y adolescentes?: ¿Cómo pueden ayudar los adultos (por ejemplo, padres, madres, profesores o políticos) a combatir la discriminación?: ¿Cómo pueden los adultos (padres, madres, profesorado, políticos...) asegurarse de que los niños, niñas y adolescentes participan de manera activa y pueden opinar sobre las decisiones que afectan directamente a sus vidas?: ¿Te preocupa el cambio climático?: ¿Crees que los políticos están tomando las medidas necesarias para hacer frente al cambio climático?: y ¿Cuál crees que es el asunto que la UE debería marcar como prioritario para la infancia?.

Asimismo se abordaron otros temas de interés para la infancia y adolescencia: acoso y violencia contra la infancia, educación, discriminación, salud mental, cambio climático, pobreza, guerra y conflicto, niños, niñas y adolescentes separados de sus familias, oportunidades para trabajar y estudiar, proteger a la infancia en movimiento o migrante y refugiada, o la participación

Los resultados de la consulta, en la que participaron 9.200 niños, niñas y adolescentes de toda Europa, se recogieron en un informe que se presentó formalmente ante el Parlamento Europeo el 21 de marzo de 2024 y cuyo contenido completo se encuentra disponible en este [enlace](#).

5.1.2. PROYECTO ENYA (EUROPEAN NETWORK OF YOUNG ADVISORS) 2024

El Consejo de Participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía forma parte desde hace años de la Red Europea de Jóvenes Asesores (ENYA, por sus siglas en inglés). ENYA está a su vez integrada en la Red Europea de Defensorías de Derechos de la Infancia (ENOC, por sus siglas en inglés) de la que es miembro la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (DIAA).

ENOC propone anualmente un tema de trabajo relacionado con la promoción y defensa de los derechos de la infancia y adolescencia. En 2024, el trabajo de la Red se ha centrado en la protección y defensa de los derechos de los niños, niñas y jóvenes en los sistemas alternativos de protección.

La primera fase de este trabajo se desarrolló en el mes de mayo en un encuentro en Punta Umbría (Huelva) a través del análisis, reflexión y debate sobre el tema propuesto a nivel nacional y/o regional, según el ámbito de los consejos participantes. En el caso de Andalucía se estudió las múltiples dimensiones del tema, se analizó el estado de la cuestión en nuestro ámbito territorial. Para enriquecer el debate y las sesiones de trabajo, se incorporaron al encuentro cinco representantes del Consejo QUEEN, órgano de participación creado en 2020 para dar voz a los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección de Huelva.

Durante un fin de semana completo y mediante actividades dinamizadas por un coach experto en participación infantil y juvenil, los chicos y chicas de los consejos de participación iniciaron un proceso de aprendizaje, reflexión conjunta, escucha y colaboración que les permitió aproximarse a los derechos de la infancia y adolescencia, así como a la regulación específica sobre mecanismos y recursos para la protección de los niños, niñas y jóvenes en situaciones de riesgo o de desamparo; exploraron también la realidad de estos niños y niñas en situación de vulnerabilidad; y debatieron sobre las deficiencias del

sistema para acabar consensuando sus recomendaciones de mejora, dirigidas tanto a las Administraciones Públicas como a las defensorías.

El producto de este intenso fin de semana de trabajo se recoge en un informe de síntesis en el que se abordan los derechos fundamentales de los niños, niñas y jóvenes, se analizan las señales de desprotección y se examina el proceso de protección, para concluir con cinco recomendaciones clave enfocadas a la visibilización, prevención, información y apoyo, integración y responsabilización de todos los agentes implicados:

RECOMENDACIONES VII CONSEJO Y CONSEJO QUEEN

1. Sobre la necesidad de visibilización: se aconseja normalizar y mejorar la percepción pública de los centros de protección de menores para prevenir la discriminación y mejorar la situación de las personas menores tuteladas.

2. Sobre la prevención: se requiere identificar y manejar proactivamente los factores de riesgo para evitar situaciones de desamparo.

3. Sobre las necesidades de información y apoyo: se sugiere mantener informados a niños y niñas en protección sobre su situación y procesos en los que puedan ser parte interesada, ofreciendo también apoyo emocional y psicológico constante.

4. Sobre la integración: se recomienda fomentar la inclusión social y emocional de las personas menores, para asegurar que se sientan comprendidas y valoradas en su entorno.

5. Sobre la corresponsabilidad de todos los agentes implicados: se señala la necesidad de inculcar un sentido de responsabilidad colectiva en familias, instituciones y la sociedad en general, para garantizar la protección y el desarrollo adecuado de los niños, niñas y adolescentes.

La segunda fase del Proyecto ENYA se desarrolló los días 1 y 2 de julio en Bratislava (Eslovaquia), dado que la coordinación general del proyecto fue asumida por el Comisionado de dicho país para los derechos de la infancia y adolescencia. En representación del 7º Consejo de Participación de la DIAA acudieron al Foro ENYA Daniel, consejero por Huelva, y Sofía, consejera por Cádiz, quienes compartieron el trabajo y conclusiones de nuestro Consejo de Participación con los representantes del resto de países y regiones participantes en el Proyecto ENYA 2024.

Las jornadas se iniciaron con la puesta en común del trabajo realizado por los 15 equipos participantes a nivel nacional y regional, con un total de 208 chicos y chicas de entre 12 y 17 años implicados en el proyecto, 140 de ellos con experiencia personal directa o indirecta con el tema de trabajo, esto es con los derechos de los niños, niñas y jóvenes en los sistemas alternativos de protección.

De este trabajo previo resultaron cuarenta recomendaciones en torno a los ejes temáticos siguientes: prevención, sensibilización, procesos relacionados con la adopción de medidas de protección, garantía de los derechos de los niños, niñas y jóvenes en los sistemas alternativos de protección, importancia de preservar los derechos individuales de los niños, niñas y jóvenes, preparación para la salida del sistema de protección, necesidad de apoyo psicosocial en todo el proceso y aproximación

personalizada e individualizada para cada caso, gestión adecuada de las relaciones familiares y otros vínculos, importancia de informar a los niños, niñas y jóvenes afectados, necesidad de dar cabida a la participación infantil y juvenil en estos procesos, y sobre la necesidad de capacitación de los profesionales implicados.

Con la finalidad de consensuar las recomendaciones que se presentarían ante las personas titulares de las defensorías con ocasión de la celebración de la 28.^a Conferencia Anual de ENOC en septiembre de 2024, los chicos y chicas revisaron de manera pormenorizada las cuarenta recomendaciones aportadas por los distintos equipos en sesiones de trabajo grupales y plenarias que les permitieron debatir y reflexionar sobre las distintas aportaciones antes de proceder a la selección de las recomendaciones más relevantes en la última jornada.

Para llevar a cabo la selección, cada participante disponía de 5 votos y un «voto preferencial» para destacar la recomendación más valorada por su parte. Mediante este sistema de votación se seleccionaron las diez recomendaciones consideradas prioritarias por los jóvenes participantes:

RECOMENDACIONES ENYA

Respecto a la necesidad de garantizar los derechos de los niños, niñas y jóvenes durante su estancia en sistemas alternativos de protección, los chicos y chicas recomiendan monitorizar las condiciones en las que viven para asegurar que reciben cuidado y protección adecuados. Las autoridades deben comprobar de manera regular y efectiva las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes que se encuentran en sistemas alternativos de protección. Esto es importante tanto para la infancia que resida en centros de protección como para la que se encuentra en acogimiento familiar. Es necesario llevar a cabo visitas sin previo aviso para que los procesos de inspección y control sean realmente efectivos, así como responder a los problemas detectados de manera ágil. Estos procesos deberían registrarse por escrito y debería examinarse de manera exhaustiva e individualizada la situación de cada niño o niña.

En cuanto a la mejora de los procesos relacionados con la adopción de medidas de protección, recomiendan:

- Que en la medida de lo posible no se arranque de su territorio y/o cultura de origen a los niños, niñas y jóvenes afectados por tales medidas, para intentar moderar la cantidad de cambios a los que deben enfrentarse.
- Que se mejoren los procesos y el tiempo necesario para la determinación de la medida de protección más adecuada en cada caso, priorizando en la medida de lo posible las medidas de protección que permitan a los niños y niñas integrarse en ambientes familiares, sin perjuicio de reconocer que el acogimiento residencial puede ser necesario según el caso. Asegurar en todo caso que la medida adoptada garantiza la seguridad del menor afectado y responde a su interés superior. Tomar en consideración la opinión del menor afectado de acuerdo con su edad y grado de madurez o desarrollo.

En relación con la necesidad de apoyo psicosocial en todo el proceso, recomiendan:

- Adoptar una aproximación individualizada para cada niño, tomando en consideración sus

específicas necesidades y circunstancias y ofreciéndoles apoyo psicológico para afrontar la situación. Los niños, niñas y jóvenes que se encuentran en sistemas alternativos de protección necesitan a menudo ayuda especializada en salud mental. Tendría que garantizarse que pueden acceder a este apoyo de manera gratuita y asegurarse la capacitación adecuada de tales especialistas, para evitar derivaciones innecesarias.

- Ofrecer apoyo psicosocial a los progenitores con dificultades en las tareas propias de la parentalidad, favorecer el contacto adecuado con el menor para permitir que se reconstruya la relación de confianza siempre que sea posible y asegurar la supervisión del proceso de reunificación familiar, en su caso, por los servicios sociales. Asimismo, ofrecer apoyo tras la salida del sistema de protección: los jóvenes de 18 años deberían recibir apoyo económico y psicosocial para promover y facilitar su integración social hasta que puedan desenvolverse por sí mismos (al menos hasta los 24 años).

Respecto a la salida del sistema de protección, consideran que debería garantizarse que todos los chicos y chicas que se encuentran en sistemas alternativos de protección cuentan con un plan u hoja de ruta para la cobertura de sus necesidades básicas (vivienda, empleo o medios para continuar con sus estudios) tras la salida del sistema de protección a partir de los 18 años (y hasta los 24 años en función del caso).

En cuanto a la capacitación de los profesionales, señalan que las personas adultas implicadas en las vidas de los niños, niñas y jóvenes en sistemas alternativos de protección deberían recibir formación continuada y capacitación en cuestiones como los derechos de la infancia, salud mental y bienestar, cómo gestionar el trauma, discapacidad y diversidad, desarrollo emocional de adolescentes,... Las habilidades en comunicación verbal y no verbal deberían desarrollarse por los profesionales y los jóvenes conjuntamente. Los profesionales de este ámbito deberían contar con apoyo de sus iguales y con personas de referencia para solicitar orientación cuando lo necesitaran.

Respecto a la participación infantil y juvenil, proponen la creación de un consejo asesor formado por niños, niñas y jóvenes del sistema de protección, incluyendo también a jóvenes que ya hayan salido del sistema, para defender los derechos de este colectivo específico y abordar cuestiones que les afectan.

Sobre sus derechos individuales, destacan:

- La importancia del derecho a ser escuchados, indicando que todos los niños y niñas tienen derecho a manifestar su opinión y a que esta sea considerada en la toma de decisiones por los adultos, que «en lugar de hacer presunciones sobre nuestros sentimientos, deberían escuchar y confiar en lo que les decimos».
- El derecho a la igualdad, a ser queridos y protegidos, evitando el favoritismo en los centros residenciales, que deberían ser más reducidos para ofrecer a los niños y niñas la posibilidad real de sentirse en casa.

El informe completo, que recoge la totalidad de las recomendaciones elaboradas por los más de 200 chicos y chicas de los 15 equipos participantes puede consultarse en este enlace.

También puede encontrarse un [vídeo resumen de las jornadas](#).

5.1.3. CONFERENCIA ANUAL ENOC

La 28.^a Conferencia Anual de la Red Europea de Defensorías de la Infancia y Adolescencia, celebrada en Helsinki (Finlandia) en el mes de septiembre, contó con la participación de un representante por cada uno de los quince equipos participantes en el Proyecto ENYA, quienes asumieron la responsabilidad de presentar las principales recomendaciones acordadas en Bratislava, en el Foro ENYA, a las personas titulares de las Instituciones integrantes de la Red, para que se tuviera en cuenta la voz de los niños, niñas y adolescentes a la hora de confeccionar la declaración final de ENOC sobre la materia objeto de estudio en 2024.

Mediante actividades lúdicas y participativas diseñadas por los propios consejeros y consejeras, estos presentaron a los titulares de las defensorías el proceso de trabajo seguido a lo largo del año y las conclusiones alcanzadas por su parte, muchas de las cuales se acabaron recogiendo en la declaración final de la Red sobre los derechos de la infancia y adolescencia en sistemas de protección.

Las recomendaciones se articulan en torno a siete ejes:

1. Garantizar el derecho de los niños, niñas y jóvenes a expresar sus opiniones y que estas sean tenidas en cuenta, también en el sistema de protección, conforme a sus capacidades, así como a participar en la toma de decisiones relacionadas con su vida en el sistema alternativo de protección de acuerdo con lo requerido por los estándares internacionales en materia de derechos de la infancia.

2. Apoyar los esfuerzos para mantener o devolver a los niños, niñas y jóvenes al cuidado de su familia, siempre que así lo aconseje el interés superior del menor.

3. Garantizar medidas de protección disponibles y oportunas, así como una profunda y cuidadosa valoración de las formas de protección más adecuadas en cada caso concreto.

4. Asegurar la calidad del sistema de protección.

5. Mantener la relación de los niños, niñas y jóvenes con su familia y otras personas cercanas, así como sus raíces étnicas, culturales, religiosas y lingüísticas.

6. Trabajar de manera sistemática para preparar a los niños, niñas y jóvenes del sistema de protección para la vida independiente y para su integración en la comunidad.

7. Reforzar los mecanismos de inspección y control del sistema de protección.

5.1.4. PARTICIPACIÓN EN LAS XXXVII JORNADAS DE COORDINACIÓN DE LAS DEFENSORÍAS DE ESPAÑA

Un año más la reunión de las Defensorías de España han contado con la voz de los más jóvenes, haciendo posible su derecho a participar en asuntos que les afectan en el marco de los trabajos preparatorios de las XXXVII Jornadas de Coordinación, que este año han girado en torno a «La labor de las defensorías en la promoción del derecho a una buena administración».

En el taller inicial de Barcelona (26 y 27 de junio) se reunieron 12 chicos y chicas de entre 12 y 16 años que tuvieron la oportunidad de familiarizarse con el concepto y la estructura de la Administración

Pública, examinar su funcionamiento, analizar el contenido e implicaciones del derecho a una buena administración pública y debatir propuestas de mejora.

Todo ello mediante dinámicas y actividades participativas que les permitieron compartir sus diversas perspectivas y experiencias en torno a las líneas temáticas siguientes:

- La participación como herramienta para «desmontar» el adultocentrismo.
- Qué es una buena administración y cómo se relacionan las personas jóvenes con la Administración Pública.
- Sugerecias de mejora concretas para una buena administración desde la perspectiva juvenil.

En el proceso de trabajo de los jóvenes asesores se pusieron de manifiesto algunas conclusiones y reivindicaciones generales:

- La falta de espacios de participación infantil y juvenil dentro de las Administraciones, lo que dificulta su escucha efectiva
- La falta de un lenguaje inclusivo y claro, que acerque la Administración a los niños, niñas y jóvenes
- La falta de conocimiento, por parte de los niños, niñas y jóvenes, de lo que es la Administración y de que también tienen derecho a una buena administración, lo que puede generarles desprotección.

Sobre la base de estas consideraciones generales, los chicos y chicas desarrollaron una serie de propuestas de mejora de las Administraciones Públicas en determinados ámbitos concretos, propuestas que se presentaron el 30 de octubre en Vitoria, en el marco de las Jornadas de Coordinación de las Defensorías de España:

PROPUESTAS TALLER

- Para combatir la visión adultocéntrica, proponen invitar a las personas jóvenes a colaborar en las decisiones que se tomen y/o actividades que se realicen o impulsen desde la Administración Pública, y charlas en los centros educativos para que puedan obtener conocimientos sobre la Administración Pública.
- Para lograr un lenguaje más accesible: evitar el lenguaje técnico y utilizar palabras más sencillas al hablar con un niño o niña; revisar y adaptar el lenguaje escrito (leyes, decretos...) con ayuda de grupos de jóvenes (asesoría); adaptar toda la documentación y trámites a más idiomas, ya que hay jóvenes migrantes de diferentes orígenes.
- Para reducir las listas de espera en el ámbito de la salud pública: Aumentar el sueldo de las personas profesionales de la salud para mejorar las condiciones laborales en el país, consiguiendo así que no emigren a lugares donde ofrezcan mejores ofertas laborales y permita mejorar los tiempos de espera y servicios de salud.
- Para mejorar el acceso a información sobre el funcionamiento de la Administración: En los institutos, añadir espacios formativos (que no puntúen) sobre burocracia, política y otras temáticas y contenidos que nos sirvan para el día a día; recibir información por parte de profesionales

expertas pero sin tecnicismos; reforzar la información sobre la administración en redes sociales (videos, campañas...)

- Para superar la desigualdad territorial: mejorar la distribución de dinero recaudado para garantizar equilibrio entre servicios y población en todos los territorios; promover espacios de ocio y cultura para gente joven en todos los territorios; reducir los precios de la vivienda a los profesionales para mayor facilidad del movimiento territorial.
- Para evitar la desprotección de niños y niñas por parte de profesionales de la Administración: promover encuestas para valorar el trato dispensado por las personas profesionales de la Administración; impulsar formación sobre diversidad destinada hacia los profesionales de la Administración; realizar campañas de sensibilización y formación a niños, niñas y jóvenes sobre la diversidad y la defensa ante la discriminación.

5.1.5. PARTICIPACIÓN EN LAS REUNIONES DEL CONSEJO DE INFANCIAS DE LA FIO (FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSPERSON)

La Federación Iberoamericana del Ombudsperson se compone por más de 100 representantes de 22 países y tiene la labor de reunirse con otras instituciones para estudiar e investigar en conjunto los temas que les preocupan. La Federación cuenta con 4 redes y una de ellas es la Red de la Niñez y Adolescencia, para la promoción y defensa de derechos de la infancia.

Dado que uno de los principales objetivos de esta Red es que los niños intercambien experiencias y cooperen para atender sus problemas, se ha impulsado un grupo de infancias y adolescencias integrado por niños, niñas y jóvenes de diferentes países del ámbito de la organización, para reflexionar y debatir sobre los temas que les afectan y trasladar sus consideraciones a las instituciones que forman la organización.

Desde la constitución del VII Consejo de Participación de la Defensoría, se han incorporado a este Consejo los consejeros por Almería y Sevilla. El grupo se reúne una vez cada dos meses.

5.1.6. PARTICIPACIÓN EN LA RENOVACIÓN DE LA CONVENCION DE GINEBRA EN EL MARCO DE LA CELEBRACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

En 2024 se han cumplido 100 años de la Declaración de Ginebra, aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de septiembre de 1948 y considerada la primera declaración internacional que afirma la universalidad de los derechos de los niños y niñas.

Para conmemorar ese centenario, un grupo de jóvenes defensores de los derechos de la infancia, liderado por un miembro del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ha impulsado la iniciativa de renovar ese compromiso mediante la aprobación de una «nueva» declaración de Ginebra.

El texto del nuevo compromiso se dio a conocer el 20 de noviembre de 2024 en la ciudad de Ginebra, coincidiendo con los actos de celebración del Día Mundial de la Infancia, en el que se conmemora a su vez la aprobación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1989).

La nueva declaración cuenta con la firma del actual Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, así como de diferentes defensorías de la infancia de todo el mundo, incluyendo la Red ENOC, y también ha recibido el apoyo de jóvenes defensores de los derechos de la infancia a nivel internacional, incluyendo a los miembros del Consejo de Participación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. //declaration2024.org/

NUEVA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS. GINEBRA 2024

20 de noviembre de 2024

Conmemorando el centenario de la Declaración de Ginebra, adoptada por la Sociedad de Naciones el 26 de septiembre de 1924, que constituye la primera declaración de los derechos del niño promulgada por un organismo intergubernamental, y afirmando así el carácter universal del derecho de los niños y niñas,

Recordando la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN) adoptada hace 35 años (20/11/1989) y ratificada desde entonces por 196 Estados partes (de 197), muchos de los cuales también se han adherido al Protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (OPSC), al Protocolo facultativo relativo a la participación de niños en los conflictos armados (OPAC) y al Protocolo facultativo relativo a un procedimiento de comunicaciones (OPIC),

Saludando los numerosos logros significativos en materia de derechos y bienestar de los niños y niñas durante los últimos cien años,

Alarmados, no obstante, por los cientos de millones de niños y niñas en el mundo afectados por la pobreza, la violencia y el cambio climático, así como por los numerosos desafíos que enfrentan a lo largo de sus vidas y que impactan su salud física y su resiliencia,

Profundamente preocupados por la situación de los niños y niñas de hoy y de las generaciones futuras a menos que se tomen acciones urgentes, globales y colectivas,

Reconociendo las contribuciones excepcionales de numerosos defensores y defensoras de los derechos humanos, y en particular de los niños y niñas defensores y defensoras de los derechos humanos,

Instamos a cada Estado (autoridades nacionales y locales), organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y a todas las personas involucradas, niños, niñas y adultos, a

– reafirmar su compromiso, en un espíritu de cooperación y solidaridad internacional, a respetar, proteger y garantizar los derechos de todos los niños y niñas consagrados en la CDN y sus protocolos facultativos sin ninguna discriminación,

– respaldar esta Declaración Ginebra 2024 y difundirla, llamando a comprometerse para que todos los niños y niñas de hoy y de las generaciones futuras:

1. puedan vivir en condiciones de dignidad y bienestar, libres de pobreza, y disfrutar del más alto nivel posible de salud,
2. crezcan en comunidades libres de conflictos armados,
3. sean escuchados y escuchadas y sus opiniones tenidas debidamente en cuenta en todas las decisiones que les conciernen, reconociendo así su derecho fundamental a participar en la

- construcción de las comunidades en las que viven,
4. se desarrollen en un entorno seguro, limpio, saludable y sostenible, propicio para su supervivencia, desarrollo y disfrute de todos sus derechos,
 5. se beneficien de una experiencia segura en un entorno digital en constante evolución, manteniendo su autonomía y disponiendo de las herramientas adecuadas para navegar de manera segura,
 6. estén protegidos y protegidas de todas las formas de violencia (física, psicológica y sexual) en todos los contextos, incluido el hogar,
 7. vean sus intereses respetados en los desarrollos tecnológicos y biotecnológicos actuales y futuros,
 8. accedan a sistemas de justicia adaptados a los niños y niñas y a recursos apropiados en caso de violación de sus derechos,
 9. reciban una educación temprana, primaria, secundaria y profesional gratuita e inclusiva, equitativa y de calidad sin discriminación,
 10. vivan la riqueza y singularidad positiva que cada persona podría desear para su propia infancia.

5.1.7. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES IMPULSADAS POR EL CONSEJO DE EUROPA Y OTRAS ENTIDADES COMPROMETIDAS CON LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dentro de este ámbito destacamos la participación de uno de nuestros consejeros en las sesiones de trabajo organizadas por la organización Child Rights Connect para impulsar la elaboración de una guía «child-friendly» sobre los derechos de la infancia y adolescencia en el ámbito de la salud, adaptando para ello la Guía del Consejo de Europa sobre participación infantil en las decisiones sobre su salud.

Nuestro consejero se incorporó a un grupo compuesto por una docena de jóvenes asesores y asesoras de diferentes nacionalidades con experiencia en procesos de participación infantojuvenil y juntos han consensuado los contenidos de la guía, coordinando y revisando tanto los textos como los gráficos.

El resultado del trabajo se presentará en abril de 2025 en la sede del Consejo de Europa, en Estrasburgo, por una delegación de seis representantes del grupo que ha trabajado en el proyecto. Los miembros de esta delegación han sido seleccionados por los propios chicos y chicas participantes y nuestro consejero ha sido uno de los seleccionados.

Por otro lado, destacamos asimismo que varios de nuestros consejeros y consejeras se han implicado en el proceso participativo impulsado por el Consejo de Europa (CoE) para preparar una recomendación sobre «educación sexual integral y adaptada a la edad».

Tras cumplimentar una encuesta online sobre la materia, los consejeros y consejeras participantes se unieron el 5 de diciembre a una sesión de trabajo coordinada por la organización Child Rights Connect, que colabora con el CoE en la iniciativa, para debatir los resultados de la encuesta y otros aspectos de la cuestión junto con los miembros de otros consejos de participación infantil y juvenil de Europa. Los resultados del proceso se presentarán en abril de 2025 en Estrasburgo, junto con el resultado del trabajo sobre la guía de derechos de la infancia y la juventud en el ámbito de la salud antes mencionado.

5.1.8. PARTICIPACIÓN EN EL FORO JUVENIL PARA LA DEMOCRACIA

El Consejo de Menores de la Defensoría ha participado en 2024 por primera vez en el Athens Democracy Forum (ADF), un encuentro anual de alto nivel organizado por la Fundación Cultura y Democracia en colaboración con el New York Times y que congrega anualmente a destacados representantes de la sociedad civil, de la escena política y del mundo empresarial en Atenas para reflexionar y debatir sobre los retos a los que se enfrenta la Democracia y que desde hace algunos años acoge también la iniciativa «fU».

Esta iniciativa nace para educar y empoderar a jóvenes ciudadanos con el propósito de implicarles en el debate democrático y en el diálogo intergeneracional, impulsando de este modo la nueva generación de líderes democráticos. La participación juvenil en el ADF promueve la educación cívica, el pensamiento crítico, el empoderamiento, la representación, las habilidades de liderazgo, el sentido de comunidad y la implicación política. El encuentro les ofrece además la oportunidad de familiarizarse con los principios y funcionamiento de la sociedad democrática, les anima a pensar de manera crítica y a implicarse en el diálogo constructivo.

La iniciativa parte del reconocimiento del potencial de los jóvenes para enriquecer los procesos de toma de decisiones, para compartir perspectivas y para participar como ciudadanos y agentes del cambio, reforzando el diálogo democrático y enriqueciendo los resultados del ADF. Esta perspectiva se basa en la importancia del derecho de los niños y niñas a participar en los procesos de decisión relacionados con cuestiones que pueden afectar a sus vidas, en línea con los principios de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del Niño.

La [edición del ADF 2024](#) tuvo lugar del 1 al 3 de octubre en Atenas, bajo el título «Un momento para la verdad». En paralelo se celebraron las sesiones de trabajo de los jóvenes participantes en el Foro Juvenil para la Democracia, que reunió a unos 40 chicos y chicas de diversas nacionalidades, con una amplia representación del país anfitrión y de varias instituciones participantes también en la red ENOC y ENYA, cuya experiencia ha servido de inspiración y ejemplo de buena práctica para la iniciativa.

La reflexión de los jóvenes giró en torno a varias cuestiones relacionadas con «El fuerte impacto de la imagen, las Redes Sociales y la Inteligencia Artificial en nuestras sociedades y vidas: ¿Cómo podemos entender su efecto, identificar y protegernos de las noticias falsas y de las intenciones maliciosas? ¿Ofrecen las nuevas iniciativas como la Plataforma Europea de Participación Infantil o las redes sociales oportunidades reales de participación democrática mejorada?».

5.2. CONMEMORACIÓN DE DÍA DE LA INFANCIA: XVII EDICIÓN DEL PREMIO DE LA DEFENSORÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Se ha celebrado en el año 2024 la [XVII Edición del Premio de la Defensoría de Infancia y Adolescencia de Andalucía](#). A través de esta iniciativa niños y jóvenes andaluces, de la mano de sus educadores y educadoras, han trabajado para conocer sus derechos y sus deberes, así como la manera de defender los primeros.

Como viene aconteciendo en ediciones anteriores, el concurso se ha hecho extensivo a todo el alumnado de Enseñanza Primaria y Secundaria escolarizado en centros sostenidos con fondos públicos

o en centros privados de Andalucía así como a los alumnos y alumnas escolarizados en centros específicos de educación especial.

El alumnado de Educación Primaria ha podido participar en la modalidad de dibujo y el alumnado escolarizado en Educación Secundaria en la modalidad de vídeo. En ambos casos, trabajaron sobre los derechos reconocidos en la Convención de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Cada centro escolar, con carácter previo a su presentación al concurso, debió seleccionar entre su alumnado los trabajos que los representarían.

De nuevo deseamos aprovechar este documento para hacer público nuestro agradecimiento y reconocimiento a la labor del profesorado y de los equipos directivos de los centros docentes participantes en el evento, sin cuya colaboración no sería posible el desarrollo del mismo.

El Jurado del Premio, a la hora de emitir su voto, ha tenido presente tres criterios de valoración: Claridad del derecho representado, donde se valora la representación del derecho elegido para que se entienda y transmita de la mejor manera; calidad del trabajo en cuanto a la técnica; y creatividad, valorando la idea, que sea original e innovadora, el proceso de creación de la obra y la relevancia del resultado.

Una Edición más se ha podido constatar la calidad de los trabajos presentados, la participación de grupos de niños en el tema de los vídeos y, sobre todo, el punto de vista de sus protagonistas para defender o reivindicar algunos de sus derechos son una lección única de cómo viven ellos sus derechos y una oportunidad excepcional para conocer en qué estamos fallando como sociedad y cómo podemos mejorar.

Tras analizar y valorar los trabajos presentados, el Jurado acordó declarar como ganadores de la XVII Edición de los Premios de la Defensoría de la Infancia y adolescencia los siguientes trabajos:

a) Modalidad de dibujo: La persona ganadora ha sido M., escolarizada en el CEIP Maestro Juan Díaz Hachero de Cartaya (Huelva), representando el derecho a la intimidad.

Además del Premio, en conmemoración al 40 aniversario del Defensor del Pueblo Andaluz y al 25 aniversario de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, se acordó conceder para este año 2024 dos accésits, cuyo reconocimiento recayeron en los siguientes trabajos:

- Primer accésit: Trabajo presentado por M., alumna escolarizada en el CEIP Maestro Juan Díaz Hachero de Cartaya (Huelva), representando el derecho a opinar.
- Segundo accésit: Trabajo presentado por B. alumno escolarizado en el CEIP Azahares de Sevilla, representando el derecho a la vivienda.

b) Modalidad de vídeo: Trabajo presentado por el alumnado de 4.º de la ESO del IES Retamar de Almería, representando los derechos a la educación y al juego.

Al igual que en la modalidad anterior, en conmemoración al 40 aniversario del Defensor del Pueblo Andaluz y al 25 aniversario de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, se acordó conceder para este año 2024 dos accésits, cuyo reconocimiento recayeron en los siguientes trabajos:

- Primer accésit: Alumnos 3.º de la ESO del IES Arboleda de Cádiz, representando el Derecho a la integración.
- Segundo accésit: Alumnado del IES Generalife de Granada, representando el derecho a la calidad de vida.

6. ASUNTO RELEVANTE: NECESIDADES Y DESAFÍOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. GARANTIZANDO DERECHOS

6.1. INTRODUCCIÓN

En los informes que, como Defensoría de la Infancia y Adolescencia, presentamos anualmente ante el Parlamento de Andalucía, abordamos problemas o asuntos especialmente relevantes que afectan a los niños, niñas y adolescentes más vulnerables, desprotegidos o desfavorecidos de la sociedad. Análisis que constituyen una apuesta firme y decidida por intentar dar respuestas a las necesidades de las personas menores de edad más débiles así como para servir de apoyo a quienes mayores dificultades encuentran para conseguir que sus derechos y aspiraciones legítimas sean respetados y amparados por los poderes públicos.

En esta ocasión hemos querido visibilizar una cuestión de suma importancia y sensibilidad. Nos referimos a la atención que reciben las personas menores de edad que se encuentran en cuidados paliativos pediátricos así como sus familiares. Abordamos la situación de esta atención sanitaria como muestra del compromiso de la Institución en la defensa del derecho que tiene todo niño o niña a vivir con dignidad y sin sufrimiento innecesario. Unos cuidados adecuados, atendidos por profesionales formados y comprometidos, bien organizados y coordinados con otros servicios sanitarios y educativos pueden marcar la diferencia entre vivir con incertidumbre y dolor a vivir con alivio y esperanza.

Para este trabajo la Institución ha participado activamente en diversos foros y grupos de trabajo que atienden las necesidades de niños y niñas afectados por enfermedades crónicas o terminales. De estas relaciones se ha mantenido un ámbito propio de información y relación que enriquece el conocimiento y las experiencias de los profesionales de la salud, de la educación y de otros ámbitos de trabajo que intervienen para disponer de una atención integral y de calidad para los menores y sus familias.

El mencionado trabajo junto con los testimonios de los protagonistas de esta realidad nos ha permitido comprobar las necesidades que actualmente afectan a los niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos así como los retos que han de superar día a día.

De igual modo queremos ofrecer propuestas, siempre desde la perspectiva de una institución garante de derechos, para mejorar la existencia de estos niños y garantizarles todo el apoyo que precisen en su dura lucha por la vida.

Tratamos, en definitiva, de recordar a los máximos representantes políticos de la ciudadanía andaluza las bondades y también las carencias en los cuidados paliativos pediátricos en nuestra comunidad autónoma y sobre la necesidad de introducir mejoras y avances en aquellos.

Además de lo expuesto, es nuestro deseo que el estudio que ofrecemos sea un reconocimiento a todos aquellos niños y niñas necesitados de cuidados paliativos por sobrellevar dignamente el sufrimiento de enfermedades crónicas graves o terminales con una fortaleza indescriptible. Queremos hacer extensiva también esta mención especial y formular un sincero agradecimiento a la ardua labor que día a día realizan las familias afectadas, quienes con amor y dedicación incondicional se convierten en principal fuente de esperanza y apoyo. Nuestro reconocimiento asimismo a los profesionales implicados que,

con pasión y empatía, trabajan incansablemente para brindar cuidado y mejorar la calidad de vida a los niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos. Por supuesto, no podemos olvidar a quienes de forma voluntaria y desinteresada colaboran para mejorar la vida de los niños y sus familiares. A todos y todas, muchas gracias.

6.2. NIÑOS Y NIÑAS EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: DERECHO A UNA CALIDAD DE VIDA DIGNA Y SIN SUFRIMIENTO

6.2.1. DEL MOVIMIENTO HOSPICE AL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A CUIDADOS PALIATIVOS

La etapa final de la vida ha sido considerada durante mucho tiempo como un periodo marcado ineludiblemente por las ideas de sufrimiento y dolor, frente a lo que solo cabían actitudes de resignación y conmisericordia. El proceso de la muerte era contemplado como una realidad indisolublemente unida al concepto del sufrimiento ante el que únicamente cabía oponer la esperanza de la inmediatez. Una muerte rápida e indolora era el paradigma de la «buena muerte» y el anhelo de cualquier persona que se enfrentaba a la etapa final de su vida.

Desde esta concepción, la atención sanitaria a las personas en proceso de muerte únicamente tenía un enfoque posible y estaba basado en la búsqueda constante de la terapia, del medicamento o del tratamiento que permitiese, aunque fuese por un corto periodo de tiempo y a costa de acrecentar el sufrimiento del paciente, una prolongación de la vida del enfermo o la efímera esperanza en una cura milagrosa.

La resignación ante la inevitabilidad de la muerte no era una opción admisible para un profesional sanitario, ni una alternativa exigible para el paciente terminal. La muerte entendida como el fracaso de la medicina sólo era éticamente admisible tras el agotamiento de todas las opciones terapéuticas posibles, incluso de aquellas que la ciencia médica sabía de antemano abocadas al fracaso.

En este escenario, a mediados del siglo XX, surgió en Inglaterra el llamado movimiento Hospice, liderado por Cicely Saunders, que cuestionaba la cultura médica predominante en aquella época orientada exclusivamente a la curación de los enfermos aplicando todas las novedades terapéuticas y clínicas que los avances científicos estaban aportando al ámbito sanitario. La medicina, cada vez más tecnificada, había abandonado el papel de cuidadora de los enfermos y únicamente centraba sus intereses en la sanación de los mismos, dejando a su suerte a aquellos calificados como moribundos y para los que ya no resultaban de utilidad las atenciones médicas.

El movimiento Hospice representa el antecedente más inmediato y directo de los actuales cuidados paliativos, desarrollados en España a partir de los años 80 del pasado siglo y cuyo primer hito fue la creación en 1987 en el Hospital de la Santa Creu de Vic (Barcelona) de la primera Unidad de Cuidados Paliativos.

Muchas personas morían en sus casas o en hospitales o residencias, desahuciados por un sistema que les negaba una atención médica que consideraban inútil y condenados a padecer sufrimiento y dolor hasta el momento final de sus vidas. El movimiento Hospice propugnaba una atención médica específica al enfermo terminal con el objetivo de dignificar su proceso de muerte y paliar en la medida de lo posible el sufrimiento y el dolor. No pretendía la supervivencia del paciente o el alargamiento de la

vida a toda costa, sino mejorar su calidad de vida y atender de la mejor forma posible sus necesidades físicas y espirituales y, también, las de sus familiares.

Lo que comenzó como una práctica para aliviar el sufrimiento de los enfermos en fase terminal, se ha convertido en una especialidad de la medicina moderna cuyo principio fundamental es la aplicación precoz nada más conocer el diagnóstico.

Desgraciadamente, las enfermedades incurables o la muerte no solo afectan a las personas adultas. El sufrimiento, la desesperanza y desolación ante una enfermedad que no tiene cura o una patología que va a desembocar en el fallecimiento se acentúa hasta límites inimaginables cuando la persona afectada es un niño o niña. Y es que aunque cueste aceptarlo, la muerte prematura en la infancia y adolescencia sigue siendo una realidad.

Qué duda cabe que los avances tecnológicos y la medicina han reducido las tasas de mortalidad neonatal y pediátrica hasta unos niveles que eran difíciles de prever hace unos años, sin embargo, paralelamente dichos avances han logrado otorgar una mayor supervivencia de pacientes pediátricos con enfermedades incurables y características de alta fragilidad y vulnerabilidad.

Han pasado ya, afortunadamente, los tiempos en que el ofrecimiento de cuidados paliativos a personas en proceso de muerte dependía exclusivamente de la buena voluntad del profesional sanitario de turno, sin que existiese un derecho subjetivo del paciente a exigir su prestación, ni una regulación de las condiciones en que los mismos debían prestarse.

En la actualidad, garantizar la atención al final de la vida de las personas es una exigencia ética que en nuestra Comunidad Autónoma está respaldada por el Estatuto de Autonomía de Andalucía, en sus artículos 20, 21 y 22. Estos artículos reconocen los cuidados paliativos como un derecho de las personas, así como la plena dignidad en el proceso de morir.

Y así, los cuidados paliativos son ya parte integrante de la cartera de servicios del sistema sanitario público de Andalucía.

6.2.2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: CONCEPTO, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA

La muerte prematura en la infancia y adolescencia es una realidad. Pacientes pediátricos se ven obligados a convivir con enfermedades incurables o en condiciones de alta vulnerabilidad y fragilidad debido al aumento de la esperanza al nacer y al incremento de la enfermedad crónica. Unas situaciones que suponen un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para su familia, así como para el personal sanitario que los atiende.

La implicación emocional de todos los afectados es un hecho a tener en cuenta en la mejora del bienestar emocional del niño en situación de enfermedad avanzada y de fin de vida. Enfrentarse a la irreversibilidad de la enfermedad y a la muerte, y aceptar el fracaso del tratamiento, puede resultar extremadamente difícil para los miembros de la familia y cuidadores. De este modo, la aparición de la enfermedad del niño es un hecho imprevisible que provoca en los padres una situación intensa de vulnerabilidad y angustia que se manifiesta a través de diferentes reacciones (ansiedad, miedo, ira, confusión, frustración, culpa, desasosiego, etc.).

Desde el momento del diagnóstico, los padres definen el miedo como una de las peores emociones a las que se tienen que enfrentar. Cuando la enfermedad avanza, puede resultar muy difícil para la familia manejar este miedo, lo que en ocasiones acaba por condicionar el vínculo, la comunicación y la forma en que se relacionan tanto con el hijo como con otros miembros de la familia.

Los hermanos del niño enfermo quedan en muchos momentos apartados de la atención familiar y son los grandes olvidados, aunque están viviendo la enfermedad del hermano con la misma intensidad que los demás miembros de la familia

Y no podemos olvidar el duelo. Mientras que en el caso de la persona viuda o huérfana, existen conceptos que definen esta situación; para el padre o madre que sufre la desgracia de la muerte de un hijo o hija, no hay palabra que lo defina, algo que da fe de lo antinatural de la muerte de un niño.

Las familias viven un duelo anticipado desde el momento mismo del diagnóstico de una enfermedad incurable y de pronóstico letal: muestran reacciones cognitivas, comportamentales y emocionales que surgen antes de la pérdida real y a veces la intensidad de lo sentido y las reacciones son tan intensas que dificultan centrarse en el día a día y disfrutar de los últimos días. Viven con la doble conciencia de la vida y los cuidados y la muerte.

La muerte de un niño pequeño tiene una repercusión muy negativa y un gran impacto emocional en el equilibrio familiar y a veces puede dar lugar a un duelo complicado, la experiencia es devastadora y su impacto persiste durante años en todos los miembros de la familia.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los cuidados paliativos representan «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual».

Continúa indicando el mencionado organismo que afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados. Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

Señala además la OMS que los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Por su parte, el [Plan Nacional de Cuidados Paliativos del año 2000](#) los define como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y a su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo.

En el ámbito de nuestra comunidad autónoma, el [Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012](#) los considera como un elemento cualitativo esencial, con un lugar propio dentro del Sistema sanitario. Su objetivo es facilitar una atención integral, que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades

físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y sus familias, procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último periodo vital.

Por lo que respecta a los cuidados paliativos pediátricos, existe un consenso entre la comunidad científica acerca de las peculiaridades de dichos cuidados frente a los que se presta a la población adulta. En el primer caso, los niños presentan distintas enfermedades a las de los adultos, precisan tratamientos diferentes y tienen unas características peculiares que hacen que no puedan ser tratados como «pequeños adultos» sino como pacientes pediátricos que precisan de equipo interdisciplinar, que atiendan a todas las necesidades del niño y su familia en todas las dimensiones, integrado al menos por especialistas en pediatría y enfermería formados en cuidados paliativos, psicólogo clínico y trabajador social.

Hemos de tener presente, además, que los cuidados a estos niños y adolescentes enfermos son intensos y prolongados en muchos casos, con gran implicación emocional por parte de los cuidadores, siendo generalmente difícil aceptar la irreversibilidad de la enfermedad y la muerte. Es más probable que aparezca un duelo prolongado y complicado.

En todo caso, el niño o niña enfermo y sus familiares tienen derecho a vivir con la mayor calidad posible, a pesar de las múltiples adversidades a las que se enfrentan diariamente. Una ardua e importante labor en la que los profesionales representan un papel esencial. Para que los cuidados sean eficaces en los términos señalados se hace necesario aplicar un enfoque multidisciplinar amplio que incluya a la familia y recurra a los recursos disponibles en la comunidad; puedan ponerse en práctica con eficacia incluso si los recursos son limitados, y dispensarse en centros de atención terciaria, en centros de salud comunitarios y, por supuesto, en el propio hogar.

En otro orden de cosas, la Comunidad Autónoma de Andalucía dispone de los siguientes recursos para la atención de pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos y sus familias:

1. Recursos convencionales: constituidos por profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, que den respuesta a los cuidados paliativos básicos. Deben disponer de competencias transversales en la atención al final de la vida.

2. Recursos avanzados: constituidos por equipos multidisciplinarios e integrados de profesionales, que den respuesta a las diferentes situaciones de complejidad definidas. Deben disponer de competencias específicas en cuidados paliativos. Están constituidos por:

- a) Unidades de Cuidados Paliativos: Equipo multidisciplinar constituido por personal médico responsable y personas tituladas en Enfermería, apoyados por profesionales de Trabajo Social, Salud Mental, Enfermería Gestora de Casos hospitalaria, de la Unidad del Dolor u otros de los que se requiera interconsulta. Pueden estar ubicadas en hospitales de primer o segundo nivel o depender funcionalmente de ellos. Dan respuesta a las diferentes situaciones de complejidad definidas, a pacientes hospitalizados en diferentes Unidades de Gestión Clínica a petición de la persona profesional con titulación en Medicina responsable.
- b) Equipos de Soporte: Equipo multidisciplinar constituido por personas tituladas en Medicina y en Enfermería, apoyados por profesionales de Trabajo Social, Salud Mental, Enfermería Gestora de Casos de atención primaria y hospitalaria. Dan apoyo a profesionales de los recursos

convencionales en la atención a pacientes en situación terminal. Coordinan los ingresos programados de pacientes en situación terminal, tanto en la Unidad de Cuidados Paliativos como en las Unidades de Gestión Clínica hospitalarias al margen del circuito de atención de Urgencias.

- c) Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos: Equipo multidisciplinar constituido por personas tituladas en Medicina, especialidad Pediatría, Enfermería y apoyados por profesionales de Trabajo Social, Salud Mental, Enfermería Gestora de Casos hospitalaria, y de otros profesionales de los que se requiera mediante interconsulta. Están ubicados en los hospitales de primer nivel de cada una de las provincias. Dan soporte a las diferentes situaciones de complejidad de pacientes menores y adolescentes que se encuentren tanto en las diferentes Unidades de Gestión Clínica como en sus domicilios, al margen del circuito de la atención de Urgencias.

3. Recursos de atención urgente: constituido por profesionales de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, Emergencias Sanitarias (061) y los Servicios de Urgencias Hospitalarios, que asisten de manera coordinada con el resto de los recursos a pacientes en situación terminal para que la continuidad asistencial esté permanentemente garantizada.

6.3. REFERENCIAAL MARCO REGULADOR SOBRE EL DERECHO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La atención paliativa a pacientes que la requieren es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española y andaluza.

6.3.1. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

A nivel internacional, [La Convención de los derechos del Niño de las Naciones Unidas](#)¹² reconoce, en su artículo 24, «el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a los servicios de salud y atención médica». Dicho precepto subraya la importancia de proporcionar a las personas menores de edad un entorno saludable y acceso a servicios médicos adecuados, lo que incluye la prevención y tratamiento de enfermedades, la promoción de hábitos saludables y la protección contra condiciones que puedan poner en peligro su salud.

El derecho a la salud que reconoce la Convención mencionada representa un compromiso de los Estados para promover la salud de los niños, asegurando que crezcan en un entorno seguro y saludable.

Por su parte, el Consejo de Europa ha aprobado dos recomendaciones específicas sobre los cuidados paliativos. De un lado, la [Recomendación 1418 \(1999\)](#)¹³ que aboga por la definición de los Cuidados Paliativos como un derecho y una prestación más de la asistencia sanitaria, y, por otro, la [Recomendación 24 \(2003\)](#)¹⁴, que establece criterios acerca de la organización y coordinación de los

¹² <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

¹³ <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=16722&lang=en>

¹⁴ https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/opsc_est6.pdf.pdf

mismos en el ámbito europeo. Así, reconoce que dicha prestación debe desarrollarse más en Europa, y recomienda a los Estados la adopción de políticas, legislación y otras medidas necesarias para establecer un marco coherente para las políticas nacionales sobre cuidados paliativos.

Hemos de traer a colación, asimismo, la [Carta Europea de Cuidados Paliativos para niños y jóvenes](#)¹⁵, elaborada por el Grupo de Referencia de Niños y Jóvenes de la European Association for Palliative Care (EAPC) en 2006. Su objetivo es establecer una serie estándares que puedan usarse como una herramienta para empoderar a los niños, a sus familias y a los profesionales de la salud, con respecto a lo que pueden esperar, a lo que debería estar disponible y accesible para ellos, y también para abogar por el desarrollo de los servicios de cuidados paliativos para niños en Europa. Establece el documento la intervención en tres áreas: evaluación y alivio del sufrimiento físico, psicológico y social; cuidados integrales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño; y apoyo a la familia.

Por su interés, mencionar también en el ámbito europeo un Estudio externo sobre los cuidados paliativos en Europa realizado en 2007. Los resultados se plasmaron en un documento en el que se analiza la situación de los cuidados paliativos haciendo referencia explícita a los pediátricos. En el documento se destaca que «Los cuidados en el hogar es lo que la mayoría de las familias quieren y debería ser el modelo para todos aquellos que prestan cuidados paliativos pediátricos». Sin embargo, el Parlamento Europeo reconoce que «proporcionar soluciones efectivas para las necesidades de los cuidados paliativos a los niños no es una tarea fácil...es esencial la organización de redes específicas donde trabajen equipos interdisciplinarios pediátricos expertos en estrecha colaboración con otras redes locales de atención primaria y hospitales».

Añade este documento, entre sus estándares, que un programa de cuidados paliativos pediátricos debe ser capaz de ser atendido por personal cualificado, y de satisfacer las necesidades específicas del niño y su familia a lo largo del curso de la enfermedad y duelo, independientemente de la edad del menor, patología, lugar de residencia y entorno de cuidados.

Aun cuando los países de la Unión Europea no venían prestando cuidados paliativos pediátricos especializados de forma estructurada y universal; sin embargo, en los últimos años se están llevando a cabo importantes iniciativas que sugieren que este aspecto de los cuidados paliativos está adquiriendo un mayor reconocimiento acorde con su importancia en la vida de muchos niños y niñas.

6.3.2. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁMBITO NACIONAL

Avanzando en el análisis del marco normativo que alude a los cuidados paliativos, por lo que respecta a nivel nacional, hemos de comenzar recordando que la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud, y encarga a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (art. 43).

En relación con los cuidados paliativos, el 18 de diciembre del año 2000, se aprobó el [Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo](#)¹⁶. Dicho Plan instaba a las comunidades autónomas

¹⁵ <https://www.pedpal.es/site/wp-content/uploads/2023/07/CYP-charter-full-colour-Spanish-1.pdf>

¹⁶ https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/opsc_est7.pdf.pdf

a desarrollar las recomendaciones que contiene, entre las que se encuentran las características que debe reunir el modelo de atención: integral que cubre todas las necesidades del paciente, incluyendo los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y espirituales; integrado en la red asistencial del sistema sanitario; sectorizado por áreas sanitarias; coordinado entre los niveles y servicios de atención especializada (hospitales de agudos y hospitales de media y larga estancia) y de atención primaria (equipos y modelo tradicional y unidades de apoyo domiciliario), y entre estos dos niveles entre sí; abierto a la coordinación con los recursos sociales (servicios sociales, voluntariado y ONG); y, además, formado por equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.

La puesta en marcha de las medidas señaladas en el citado Plan fue muy desigual entre las distintas comunidades autónomas. Estas disfunciones encontraron parte de su solución con la entrada en vigor en el año 2003 de la [Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud](#)¹⁷ con el fin de garantizar la equidad entre los territorios. Desde ese momento la atención al paciente en situación terminal quedaba garantizada como una de las prestaciones básicas para todos los ciudadanos españoles.

Interesa recordar que esta nueva norma se aprobó transcurridos más de 16 años desde la primera Ley General de Sanidad, y se fundamentó en los profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se planteaban nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud (SNS), como eran la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria.

Unos nuevos desafíos que ponían de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pudiera adaptarse a la modernización que el entorno exigía por aquel entonces.

Como complemento a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, y con la finalidad de desarrollar los contenidos de las prestaciones básicas, en el año 2006 se promulgó el [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización](#)¹⁸. Una vez más, el contenido mínimo exigible para la atención a los pacientes terminales en todo el país quedaba reflejado en la normativa, y se garantizaba su provisión. Entre las prestaciones definidas por dicha norma, se describen la identificación, la valoración integral y frecuente de los síntomas, la información y la derivación a dispositivos especializados en casos de complejidad.

Dicha norma reglamentaria establecía las bases del procedimiento para actualizar el contenido de la cartera de servicios comunes, de modo que pueda adecuarse a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud. Este procedimiento debería ser suficientemente ágil para evitar que la intervención pública constituya una barrera que dificulte que los usuarios se beneficien de los avances científicos y tecnológicos, y habría de garantizar

¹⁷ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

¹⁸ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

que ninguna nueva técnica, tecnología o procedimiento clínico relevante se generalice en el sistema sin una previa evaluación pública de su seguridad, eficacia, coste y utilidad.

Posteriormente se aprobó la [Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2007-2010](#)¹⁹, dirigida a los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentren en situación avanzada/terminal. Uno de sus objetivos era mejorar la atención de los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica. En la fecha de elaboración de la Estrategia se estimaba que más de la mitad de las personas que fallecen cada año en España atravesaban una etapa avanzada y terminal. La respuesta adecuada a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de cada uno de los pacientes y sus seres queridos suponía un importante reto para el Sistema sanitario. Uno de los aspectos en que se hizo mayor énfasis al plantear esta Estrategia fue, precisamente, que se basara en la respuesta integral y coordinada del sistema a todos los pacientes que lo necesitaran, dónde y cuándo lo necesitaran.

Sin embargo, una de las críticas de esta Estrategia deriva del escaso desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos.

Hubo que esperar a la aprobación del [II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 \(II PENIA\)](#)²⁰, aprobado por el Consejo de Ministros en abril de 2013 para que los cuidados paliativos pediátricos tuvieran su necesario reconocimiento. Entre los objetivos que se plantean en el Plan, el número 7, consistía en promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud pública de niños y adolescentes, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables.

En este sentido destaca que «En la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS se presta una especial atención a la población infantil y adolescente en fases avanzadas y terminales de su enfermedad y a sus familiares. La muerte del niño es un evento para el que la comunidad sanitaria y el entorno familiar no están suficientemente preparados. La sociedad, en general, no espera que los niños mueran y las familias, en particular, tienden a creer que la medicina puede curar casi todas las enfermedades. Estas expectativas llevan a que la familia y a veces el personal sanitario rechacen una transición formal hacia intervenciones que no tengan como objetivo la curación».

Acorde con esta filosofía, uno de los propósitos a cumplir en el periodo 2013-2016 fue proporcionar a la población infantil y adolescente con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares, una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.

Lamentablemente, el Informe ejecutivo de evaluación final del II PENIA, en los correspondientes indicadores, recoge la leyenda «sin respuesta». Ello significa que no se han podido obtener datos para evaluar el cumplimiento del Objetivo 7 respecto de los cuidados paliativos pediátricos.

Con posterioridad, en el año 2014, el entonces Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta el documento [Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios](#)

¹⁹ <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

²⁰ https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf

de Atención²¹. Dicho documento contempla como objetivo general mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada y terminal y sus familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores, en la población pediátrica. Entre sus objetivos específicos están definir los aspectos principales que distinguen la atención en cuidados paliativos pediátricos; analizar la situación actual de la atención paliativa pediátrica en España; y, establecer una serie de criterios de atención en cinco áreas en consonancia con la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS para impulsar, promover y facilitar la atención paliativa pediátrica en todo el territorio español.

Uno de los aspectos más destacables de este documento es su apuesta por una atención paliativa en pediatría integral, universal, especializada y continuada, esto es, 24 horas al día durante todo el año, al menos telefónica.

Finalmente, en el año 2022, se publicó el [Informe de Evaluación de Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención](#)²² donde se presentan los resultados obtenidos de la evaluación de las recomendaciones incluidas en el documento estratégico [Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención](#). El documento parte de la premisa de que los cuidados paliativos pediátricos, aunque comúnmente estén relacionados con los cuidados paliativos de adultos, representan un campo único e independiente, y se definen como: «cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad».

Además del objetivo general mencionado, en el documento se establecen tres objetivos específicos: definir los aspectos principales que distinguen la atención en cuidados paliativos pediátricos; analizar la situación actual de la atención paliativa pediátrica en España; y establecer una serie de criterios de atención en cinco áreas en consonancia con la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS para impulsar, promover y facilitar la atención paliativa pediátrica en todo el territorio español.

Las conclusiones extraídas de la evaluación servirán para determinar las líneas y acciones prioritarias a desplegar en el Sistema Nacional de Salud para mejorar los cuidados paliativos pediátricos en España.

6.3.3. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN ANDALUCÍA

Centrando el análisis en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el vigente [Estatuto de Autonomía](#)²³ reconoce el derecho de todas las personas a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte (art. 20.2). También en el Estatuto se reconoce el derecho constitucional a la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución Española

²¹ https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf

²² https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf

²³ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-5825>

mediante un sistema sanitario público de carácter universal. En este ámbito, los pacientes y usuarios del Sistema andaluz de salud tendrán derecho, entre otros, al acceso a cuidados paliativos (art. 22.2.i).

Desde los años 80, Andalucía dispone de recursos paliativos en el seno de la sanidad pública, con unidades específicas y equipos de soporte domiciliario. El [Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006](#)²⁴ incorpora los cuidados paliativos como una línea de actuación, favoreciendo el desarrollo de los recursos destinados a este fin para pacientes en situación terminal, fundamentalmente por enfermedad oncológica, si bien, se plantea asimismo, al igual que en el proceso asistencial, para pacientes no oncológicos.

Sin duda, un hito importante en el asunto que abordamos lo constituye la aprobación de la [Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte](#)²⁵ que recoge los derechos y garantías de todas las personas, en cualquier rango de edad. Se trata de la primera regulación autonómica específicamente dedicada a la salvaguarda del valor de la dignidad humana en esta etapa vital, desarrollando los derechos que a estos efectos reconoce el Estatuto de Autonomía de Andalucía en sus artículos 20. 1 y 2 (testamento vital y dignidad ante el proceso de muerte) y el artículo 22.2.i) (acceso a cuidados paliativos).

En su exposición de motivos se señala que «Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. El imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere también una muerte digna».

La Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de las personas en el proceso de muerte trata, por tanto, de garantizar la libre determinación del paciente que padece una enfermedad irreversible con pronóstico de vida limitado, en cuanto a las opciones asistenciales que se le presentan en esta etapa; al tiempo que se ocupa de relacionar los derechos sobre los que el legislador andaluz considera que existe consenso de la población, los cuales lógicamente actúan en beneficio del paciente pero también en garantía de los profesionales sanitarios, a los que rodea de seguridad a la hora de aplicar las medidas que exija el alivio del sufrimiento y la humanización de este momento vital.

Además de lo señalado, la norma, al objeto de asegurar de manera efectiva la plena dignidad en el proceso de la muerte, determina los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso de muerte y atribuye un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes.

Por lo que respecta a las personas menores de edad, se reconoce, en el artículo 11, el derecho de estas últimas a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión. También tiene derecho a que su opinión sea escuchada, siempre que tenga doce años cumplidos; y los jóvenes emancipados o con dieciséis años cumplidos prestarán por sí mismos el consentimiento, si bien sus padres o representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión final correspondiente.

²⁴ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/pioa-2002-2006.html>

²⁵ <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-8326-consolidado.pdf>

Es interesante destacar asimismo la alusión que efectúa la norma sobre los profesionales: su disposición adicional tercera apunta a una formación específica de alta calidad a sus profesionales en su ámbito y promover las medidas necesarias para disponer en el Sistema sanitario público de Andalucía del número y dotación adecuados de Unidades de Cuidados Paliativos y Equipos de Soporte.

Unos años más tarde se aprueba el [Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012](#)²⁶ que contempla la atención de los pacientes en situación terminal de causa oncológica y no oncológica y de cualquier edad, incluida por tanto la edad pediátrica. Su objetivo se centra en facilitar una atención integral, que responda de manera efectiva a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que presentan las personas en situación terminal y su familia procurando una mayor dignidad y calidad de vida en el último periodo vital, de tal manera que dé respuesta a los derechos de los mismos al final de la vida.

En concreto, el objetivo específico núm. 6 se dirige a «Abordar los cuidados paliativos en los niños y adolescentes tanto en patologías oncológicas como no oncológicas, atendiendo sus características diferenciales o específicas». El modelo de atención que se propone es el modelo de «Atención compartida», que implica la atención de los niños en cuidados paliativos por los profesionales de los recursos convencionales, pediatras de atención primaria y servicios pediátricos de los hospitales, conjuntamente con los profesionales de los recursos avanzados en las situaciones que lo necesiten.

Mencionar también que en el año 2016 salió adelante una Proposición no de ley en Pleno relativa a la creación de unidades de cuidados paliativos pediátricos en los hospitales andaluces²⁷. Ya entonces, y atendiendo al hecho diferencial de los cuidados paliativos de niños en relación a los adultos y también al resto de disciplinas dentro de la pediatría, se propuso: «En una primera fase, y en un plazo no superior a tres meses, se crearán dos unidades de cuidados paliativos pediátricos que cubrirán todas las necesidades durante las 24 horas, una en Sevilla, aprovechando la experiencia de los paliativos y pediatras de los hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena, y otra en Málaga».

Por su interés, mencionamos asimismo la Guía de cuidados paliativos pediátricos²⁸ elaborada por la entonces Consejería de Salud y Familias en 2020 y donde se definen los cuidados paliativos como un tipo de atención sanitaria integral e integrada que se presta a niños, niñas y adolescentes y sus familias, que afrontan enfermedades graves que amenazan seriamente la vida. El objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida, promocionando su autonomía y respetando su dignidad mediante una atención continuada e individualizada. Se trata de niños, niñas y adolescentes que padecen una enfermedad incurable, avanzada y/o progresiva.

En 2021, se aprueba el Acuerdo de 29 de diciembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe de situación elaborado por la Consejería de Salud y Familias sobre [el Plan de Gestión para los años 2020-2022 derivado del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos](#)²⁹. Su

²⁶ https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2020-03/Plan_Cuidados_Paliativos.pdf

²⁷ <https://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/actividadparlamentaria/todaslasiniciativas/portipo.do?numexp=10-16/PNLP-000015>

²⁸ https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Ciudadania_CPInfanciayAdolescencia.pdf

²⁹ https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/4/BOJA21-004-00072-16721-01_00183904.pdf

finalidad se centra en abordar a corto plazo los problemas más prioritarios y que inciden de forma directa en la mejora de la equidad tanto en la accesibilidad como en la calidad de los cuidados prestados. Este documento recogió el trabajo de diferentes grupos de la Red Andaluza de Cuidados Paliativos (REDPAL), donde se definieron los niveles de complejidad y el modelo de atención compartida.

El Plan de Gestión al que aludimos fue aprobado por el Consejero de Salud y Familias y desde entonces se estarían siguiendo las aportaciones previstas en ese documento.

Unos años más tarde, en febrero de 2024, se aprueba otra Propuesta no de Ley relativa a Cuidados Paliativos Pediátricos³⁰ donde «el Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a seguir trabajando para diseñar una red de Cuidados Paliativos Pediátricos que dé soporte a estos pacientes con la máxima calidad asistencial, ampliando el horario de atención y garantizando la asistencia 24/7, en situación final de vida y reagudización grave de los niños y adolescentes subsidiarios de cuidados paliativos». En dicha propuesta y en el último punto también «se insta al Consejo de Gobierno a dimensionar los equipos provinciales, dotándolos de profesionales y asegurando que los equipos sean multidisciplinares».

La normativa específica sobre infancia y adolescencia también supone el reconocimiento del derecho a la salud de este sector de la población atendiendo a sus singularidades. Es así que la Ley 4/2021, de 27 de julio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía³¹ desarrolla de forma extensa el derecho a la salud y a la atención sanitaria de las personas menores de edad. A tal efecto, las administraciones públicas de Andalucía garantizarán el derecho a la salud de las niñas, niños y adolescentes, fomentando la educación para la salud, incluyendo el derecho al acceso a una correcta información, a una vida saludable, una alimentación equilibrada y nutricionalmente adecuada, y proporcionando la necesaria asistencia sanitaria. Además «La atención sanitaria para cada niña, niño o adolescente que se encuentre en la Comunidad Autónoma de Andalucía será integral y adaptada a sus necesidades y circunstancias específicas, teniendo garantizado el acceso a las especialidades y recursos del propio sistema sanitario público de Andalucía, en especial las vacunas que sean necesarias para prevenir enfermedades. Tendrán derecho a la reducción del dolor y del sufrimiento, con la aplicación de cuidados paliativos adaptados a la infancia» (art. 49.2).

Por último, traemos a colación el III Plan de Infancia y Adolescencia 2024-2027 (III PIAA)³², aprobado el pasado 7 de octubre de 2024, por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. La prioridad número 3 del Plan se dedica a la mejora de la atención a la salud infantil y adolescente, especialmente relacionados con la salud mental, el bienestar emocional, los hábitos de vida saludables, la socialización, la autoestima, las competencias sociales y emocionales, el aislamiento social, las adicciones y el uso de las tecnologías.

Dicha prioridad se concreta en dos objetivos estratégicos: primero, incrementar la atención a la salud de la infancia y la adolescencia para su bienestar en Andalucía, especialmente quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad; y en segundo lugar, reducir los problemas relacionados con la salud mental de niños y adolescentes a través la promoción, prevención y atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en Andalucía.

³⁰ <https://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=179915>

³¹ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-13605>

³² <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familia-e-igualdad/areas/infancia-familias/presentacion.html>

Comprobamos el protagonismo que adquiere el cuidado de la salud mental en el III Plan pero, sin embargo, no se concreta ninguna medida, objetivo o meta para las personas menores de edad que se encuentran en cuidados paliativos pediátricos.

En el momento de proceder al cierre de este documento se ha aprobado la Resolución de 8 de abril de 2025, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba el modelo de Organización Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud³³. Esta norma crea el Comité Autonómico de Coordinación Asistencial, entre cuyas competencias se encuentra la de proponer protocolos de coordinación con el resto de recursos asistenciales, incluidos los servicios de pediatría tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, cuidados paliativos pediátricos y atención domiciliaria. En este ámbito, se establece que las Unidades específicas ofrecen atención continuada oncológica 24 horas, los 365 días al año.

6.3.4. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y DERECHO A LA EDUCACIÓN

A lo largo del relato de las distintas disposiciones, planes y medidas para la atención a las personas menores de edad que precisan cuidados paliativos hemos comprobado el protagonismo que adquiere el ámbito sanitario y la necesidad de coordinación con otras entidades o administraciones. Y es que el hecho de que un niño presente una enfermedad incurable o crónica no significa que tenga que renunciar a otros derechos que podrían ser ejercitados con las adaptaciones y peculiaridades acordes con sus patologías.

Es indudable que la enfermedad coloca al niño o niña en una posición de máxima debilidad, tanto física como psicológica. Precisamente por tal motivo es preciso optar por los sistemas de tratamiento que, en cada caso, permitan una menor ruptura con su vida cotidiana y adoptar mecanismos que en caso de ingreso hagan viable el mayor acceso posible del menor a las personas y a las actividades que forman su medio habitual, garantizando su derecho a la salud y el resto de sus derechos como parte de la ciudadanía.

Del conjunto de derecho de los que son titulares los menores de edad en cuidados paliativos pediátricos, además de la salud, adquiere un destacado protagonismo el derecho a la Educación.

Ciertamente las necesidades que, en el ámbito de la educación, presentan estos niños y niñas son muy variadas en atención a las particularidades de cada uno de ellos. Los apoyos que requiere cada niño enfermo están sujetos a variables múltiples como son la patología que padece, su gravedad y evolución, la respuesta a los tratamientos, o circunstancias familiares.

La enfermedad, por desgracia, supone para el niño una desconexión con el entorno escolar al no poder acudir regularmente a su centro escolar, perdiendo, consiguientemente, no solo la posibilidad de continuar su proceso de aprendizaje sino además la imposibilidad de socialización con los compañeros.

El asunto ha sido abordado a nivel europeo. Es así que la [Carta Europea sobre los Derechos de los niños y niñas hospitalizados](#)³⁴, aprobada por el Parlamento Europeo, el 13 de mayo de 1986, contempla el derecho del menor a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse

³³ https://www.juntadeandalucia.es/eboja/2025/74/BOJA25-074-00008-5515-01_00319115.pdf

³⁴ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/carta-nino-hospitalizado.html>

de las enseñanzas de los maestros y maestras y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o que no obstaculice los tratamientos que se siguen. Asimismo, reconoce el derecho del niño o niña enfermo a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.

Estos principios han sido recogidos en las distintas normas educativas que han estado vigentes en las últimas décadas, si bien, el enfoque otorgado a la atención educativa de los niños enfermos se orientan hacia la educación especial.

En la actualidad, tras la entrada en vigor de la [Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre](#)³⁵, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), las intervenciones educativas con este tipo de alumnado hay que encuadrarlas bajo el enfoque de la educación inclusiva, en la que cada persona tiene igualdad de oportunidades, indistintamente de su estado de salud o de cualquier otra circunstancia que la caracterice. En este sentido, el artículo 71 de la norma establece que «Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley».

Por su parte, a través de la [Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía](#)³⁶ se garantiza el acceso y la permanencia en el sistema educativo del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. «Se considera alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo aquel que presenta necesidades educativas especiales debidas a diferentes grados y tipos de capacidades personales de orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial; el que, por proceder de otros países o por cualquier otro motivo, se incorpore de forma tardía al sistema educativo, así como el alumnado que precise de acciones de carácter compensatorio».

Para hacer factible el mantenimiento del proceso educativo de los menores en cuidados paliativos, las administraciones educativas vienen articulando los mecanismos para eliminar las barreras y retos a los que se enfrentan aquellos, y ofrecerles el acceso y las oportunidades de aprendizaje a través de servicios que favorezcan la continuidad escolar.

En este escenario, la atención escolar que se presta al niño o niña en cuidados paliativos se ha centrado en dos programas: Las aulas hospitalarias y las enseñanzas domiciliarias.

Una atención educativa específica que se desarrolla atendiendo a lo recogido en el Título II de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, modificada en 2020 según lo señalado, y en la [Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación](#)³⁷. Esta última norma garantiza la escolarización y la continuidad del proceso educativo del alumnado de enseñanza obligatoria que, por razones de enfermedad, no pueda asistir a centros docentes ordinarios. Así, quienes estén hospitalizados serán atendidos en aulas hospitalarias en las condiciones que reglamentariamente se determinen, garantizándose, en todo caso,

³⁵ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-17264>

³⁶ <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-1184-consolidado.pdf>

³⁷ <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-24195-consolidado.pdf>

que cualquier niño o niña hospitalizado pueda continuar con su proceso educativo. Y cuando no sea posible garantizar la educación en centros docentes, en aulas hospitalarias o en aulas específicas, se garantizará la posibilidad de que este alumnado se matricule en la modalidad de educación a distancia en las condiciones que reglamentariamente se determinen. Además, «para garantizar la atención educativa del alumnado que por prescripción facultativa deba permanecer en sus domicilios, los centros en los que estos alumnos estén matriculados deberán realizar un plan intensivo de acción tutorial de acuerdo con lo que reglamentariamente se establezca» (art. 22 apartado 3).

Para desarrollar estas actuaciones se aprobó el [Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo](#)³⁸. Este reglamento regula las aulas hospitalarias, obligando a que los hospitales dispongan en la zona pediátrica de espacios destinados a aulas, que estarán dotadas con mobiliario y material necesario y adecuado para el desarrollo de las actividades educativas y que favorezca la coeducación.

Además, «contarán con las adecuadas instalaciones e infraestructuras en telecomunicaciones y con equipos informáticos, que se usarán para el desarrollo de la coeducación, del ocio y de la comunicación de la persona menor con sus familiares, amistades y con otras personas menores de edad que estén o hayan estado hospitalizadas. Se establecerán los controles y sistemas de gestión de la información y de los contenidos, que sean necesarios, para que cualquier actividad que se lleve a cabo usando estas tecnologías sea adecuada a las diversas edades de las personas menores de edad» (art. 11).

El niño o la niña que acuda al aula hospitalaria continuará, a todos los efectos administrativos y docentes, inscrito en el centro educativo donde esté escolarizado, aun cuando no asista al mismo, y se le asignará un grupo y un tutor o tutora.

En cuanto a la organización y funcionamiento de las aulas hospitalarias, así como los procedimientos para concretar la atención de cada uno de los alumnos y alumnas deberá establecerse atendiendo a los siguientes aspectos: los recursos humanos docentes con los que cuente cada centro hospitalario; la situación de movilidad y autonomía para el desplazamiento del propio alumnado; y las propias dependencias y espacios existentes en el complejo hospitalario destinado para la atención educativa.

Este tipo de enseñanza se ha desarrollado en las [Instrucciones de 28 de junio de 2024 de la Dirección General de Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa, por la que se regula la organización y el funcionamiento de las Aulas Hospitalarias en la Comunidad Autónoma de Andalucía](#)³⁹.

La segunda modalidad para que el menor pueda seguir ejerciendo su derecho a la educación es el acompañamiento escolar domiciliario regulado en las [Instrucciones de 14 de noviembre de 2013, de la Dirección General de Participación y Equidad, para la atención domiciliar destinada al alumnado con imposibilidad de acudir al centro docente por razones de enfermedad](#)⁴⁰. Se trata de una intervención

³⁸ <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2005/244/2>

³⁹ <https://www.adideandalucia.es/normas/instruc/Instrucciones28junio2024AulasHospitalarias.pdf>

⁴⁰ <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/7b185a9f-b76e-4f93-8f52-63686c3c7801/Instrucciones%20de%2014%20de%20noviembre%20de%202013%20atención%20educativa%20domiciliaria%20por%20razones%20de%20enfermedad%20del%20alumno>

dirigida a posibilitar la continuidad del proceso educativo a aquel alumnado de entre 6 y 16 años que presente necesidades específicas de apoyo educativo por razón de enfermedad y que, por prescripción médica, no pueda asistir a su centro educativo durante un periodo prolongado de tiempo.

Los objetivos del programa de acompañamiento escolar domiciliario coinciden en su mayoría con los señalados para las aulas hospitalarias: garantizar que el menor enfermo puede continuar su proceso de aprendizaje y minimizar los efectos negativos que, sobre la adquisición de las competencias básicas, pudiese tener el período de convalecencia.

No cabe duda de que para el buen funcionamiento de las aulas hospitalarias y del programa de atención domiciliaria se precisa de un elevado grado de compromiso y colaboración entre las dos administraciones con competencia en la materia, esto es, la educativa y la sanitaria.

Hasta el año 2023, la atención en el ámbito de la educación a los menores en cuidados paliativos pediátricos ha estado centrada en los dos programas aludidos. Sin embargo, se ha querido dar un paso más para promocionar la integración y socialización de estos niños haciendo posible, con determinadas medidas, que aquellos puedan acudir a sus centros escolares. Y esta nueva opción queda recogida en el «Protocolo conjunto de colaboración que establece las condiciones generales y básicas necesarias para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad compleja o en situación de cuidados paliativos»⁴¹. Su objetivo se centra en establecer las condiciones generales y básicas para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad compleja o en situación de cuidados paliativos que pueda asistir al centro educativo de forma puntual o permanente y que durante su presencia precise cuidados sanitarios continuados que no pueden realizar los recursos personales especializados con los que cuente el centro educativo, requiriéndose la intervención profesional sanitaria.

Estas condiciones que están vinculadas a cada caso de forma particular se determinarán para cada alumno en un plan individualizado de cuidados, que debe incluir, en todo caso, la actuación a seguir por los profesionales educativos y sanitarios ante posibles situaciones de emergencia.

Una de las exigencias del mencionado Protocolo es que solo resultará de aplicación al alumnado con necesidades educativas especiales, siendo sus necesidades derivadas, entre otras cuestiones, de un proceso de enfermedad crónica compleja o de una situación de cuidados paliativos que precisa de atenciones sanitarias durante el horario de escolarización.

Este documento y las distintas vicisitudes acontecidas para su implementación serán abordados en el apartado dedicado a las actuaciones de la Defensoría por el protagonismo de esta última recomendando desde hace tiempo su existencia y puesta en funcionamiento.

6.4. ALGUNOS DATOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN ANDALUCÍA

Uno de los principales hándicaps en la elaboración del análisis cuantitativo lo ha constituido la escasez de estudios de prevalencia de niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos en nuestro país, y la estimación obtenida proviene de estudios de países comparables en salud pública.

⁴¹ [https://iescelia.org/web/wp-content/uploads/covid19/Enfermedades_cronicas/Manual_Cuidados_Paliativos_y_Cronicidad_Compleja_v4%20\(2\).pdf](https://iescelia.org/web/wp-content/uploads/covid19/Enfermedades_cronicas/Manual_Cuidados_Paliativos_y_Cronicidad_Compleja_v4%20(2).pdf)

La organización Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA)⁴² publicó en el documento «Global Atlas of Palliative Care» (2020) que, en 2017, cerca de cuatro millones de niños (de entre 0-19 años) en todo el mundo requirieron de cuidados paliativos pediátricos, representando el 7% de los cuidados paliativos globales. Además, entre los menores afectados, destacan que cerca del 80% de las enfermedades que padecían eran de carácter no oncológico.

En esta línea, según las publicaciones EAPC Atlas of Palliative Care in Europe⁴³ (2019) e International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PpaCS⁴⁴ (2022), se estima que, en los países más desarrollados, la prevalencia de niños (entre 0-18 años) con necesidad de cuidados paliativos se sitúa alrededor de 20 de cada 10.000 menores. Sin embargo, en los países menos desarrollados, con escasez de recursos sanitarios, la prevalencia se sitúa en 120 de cada 10.000 niños (entre 0-18 años). En ambos casos, coinciden en que la mayor prevalencia se encuentra en los niños menores de un año. Asimismo, predicen que en los próximos años la prevalencia aumentará a nivel global; no obstante, la falta de homogeneidad de los datos recogidos por los países dificulta la determinación exacta de la población pediátrica afectada.

Por su parte, según recoge la Carta Europea de Cuidados Paliativos para niños y jóvenes, los datos reflejan que de los más de 21 millones de niños y jóvenes en todo el mundo que necesitan cuidados paliativos, tan solo entre el 5 y el 10 % tienen acceso a estos servicios, razón por la que sigue existiendo mucha inequidad en este campo. Se estima que el 2,8% de los niños que necesitan cuidados paliativos a nivel mundial, viven en la zona europea, en la que alrededor de 170.000 niños mueren cada año con sufrimiento relacionado con la salud y sin acceso a dichos cuidados⁴⁵.

Además, según los últimos estándares internacionales para cuidados paliativos pediátricos en 2022, «es ampliamente aceptado que más de 20 millones de niños en el mundo tienen indicación de CPP, con un rango de prevalencia desde 120/10000 habitantes en Zimbabwe hasta 20 o 63,3/10000 habitantes en Reino Unido».

Datos más recientes muestran un claro aumento. En Reino Unido se reportó una prevalencia de 32 casos/10000 en 2009-2010 y de 66,5 en 2017-2018, que se estima aumente hasta 84,2/1000 en 2030. De esos niños, aproximadamente el 85% están afectados por condiciones no oncológicas⁴⁶.

El porcentaje de niños con necesidad de atención por equipos especializados también es preciso estimarla en función de publicaciones internacionales. En el trabajo de Connor de 2017, se estimó que alrededor de un 38% de los niños con necesidades paliativas debía ser atendido por un equipo especializado⁴⁷.

⁴² Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care. 2020

⁴³ European Association of Palliative Care (EAPC). EAPC atlas of palliative care in Europe 2019. EAPC Press; 2019.

⁴⁴ American Academy of Hospice and Palliative Medicine. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PpaCS. J Pain Symptom Manage. 2022 May 1;63(5):e529-43.

⁴⁵ Ver nota 23

⁴⁶ Connor SR, Downing J, Marston J. Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. J Pain Symptom Manage 2017;53:171e177.

⁴⁷ Fraser et al. Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. Palliative Medicine 2021, 35(9) 1641-1651.

Por lo que respecta al ámbito de la Comunidad Autónoma andaluza, y en ausencia de otros indicadores, hemos consultado algunos datos publicados por el Servicio Andaluz de Salud, por el Observatorio para la Infancia de Andalucía y por la Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (RedPal).

En este contexto, hemos de partir de que la población menor de edad en el año 2022 en Andalucía ascendía a 1.739.949 niños y niñas, residiendo la mayoría de ellos en las provincias de Sevilla (414.525), Málaga (345.804) y Cádiz (256.074). Por contra, las provincias con menor representación de este sector de la población son Huelva (105.901), Jaén (116.904), y Córdoba (148.525).

Las estimaciones sobre el número total de personas menores de edad con necesidades paliativas están en un 66.5/10000 habitantes, esto es, entre 66 y 67 niños por cada 10.000. Siendo así que, a tenor de los datos que constan en la Tabla 1, más de 11.500 niños y niñas en el territorio andaluz precisarían de estos servicios en el 2022.

Estas necesidades se incrementan considerablemente en las provincias de Sevilla y Málaga teniendo en cuenta que son dos de las que más población de infancia y adolescencia albergan. Es de reseñar, no obstante, el caso de Almería que, a pesar ser una de las provincias con menos representación de niños y niñas, sin embargo, tiene un destacado número de aquellos que se estiman con necesidades paliativas.

Según los datos que constan en la Tabla 1 que comentamos, un tercio de la población de personas menores de edad que podrían necesitar atenciones paliativas precisarían estar atendidos por equipos especializados. Significa que más de 2.300 niños y niñas en nuestra comunidad autónoma padecen enfermedades crónicas o se encuentran en fase terminal y serían acreedores de atenciones de cuidados paliativos pediátricos por equipos avanzados.

Tabla 1. Población diana de personas menores de edad precisarían CPP

Provincia	Población 0-19 años 2022	Estimación necesidades paliativas 66.5/10000 hab.	1/3 con necesidad de equipos avanzados
Almería	161.526	1.074,14	322,24
Cádiz	256.074	1.702,89	510,86
Córdoba	148.525	987,69	296,30
Granada	181.690	1.208,23	362,47
Huelva	105.901	704,24	211,27
Jaén	116.904	777,41	233,22
Málaga	345.804	2.299,59	689,87
Sevilla	414.525	2.756,59	826,97

Fuente: Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (REDPAL)

Este dato de la población diana correspondiente a niños y niñas que precisarían cuidados paliativos debe ponerse en relación con los recursos existentes en Andalucía.

En la actualidad, existen unidades de cuidados paliativos pediátricos en algunos centros hospitalarios de las provincias de Andalucía a excepción de Granada. El problema, como podemos comprobar en la Tabla 2 es que muchos de los equipos que conforman los cuidados paliativos pediátricos en los distintos hospitales se encuentran incompletos por lo que se refiere a la existencia de profesionales de distintas especialidades.

Analizando la provincia de Almería, comprobamos que en el Hospital Torrecárdenas existen dos equipos pero los mismos no disponen de ningún técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ni tampoco de psicología clínica. Además, el profesional de trabajo social solo está al 25 por 100 de la jornada. La situación es más precaria en el Hospital Huércal-Overa ya que solo dispone de medio equipo formado únicamente por un facultativo.

Los centros hospitalarios ubicados en la provincia de Cádiz también carecen de equipos completos. En el Hospital Puerta del Mar hay constituido un solo equipo de cuidados paliativos pediátricos pero en el mismo no presta servicios ningún (TCAE) al igual que tampoco dispone de trabajador o trabajadora social; resultando, además, que el apoyo psicológico es prestado merced a la existencia de un proyecto concreto.

Por lo que respecta a la provincia de Córdoba, el Hospital Reina Sofía dispone de dos equipos de cuidados paliativos pediátricos pero de nuevo nos encontramos que los mismos no están completos ya que no se dispone en ninguno de ellos de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los servicios del trabajador social son compartidos con el Hospital Materno-Infantil. Las funciones de psicología clínica se llevan a efecto, y no a jornada completa, por la Asociación Sonrisa de Lunares.

Situación más desfavorable que la anterior nos encontramos en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva: dos equipos carentes de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, de trabajadores sociales, y la vertiente de la atención psicológica, a pesar de su importancia, solo está completada en un 20 por 100.

Sin duda, la realidad más crítica la podemos encontrar en la provincia de Granada. Con una población que supera los 180.000 menores de edad, no existe ningún equipo. Solo el Hospital Virgen de las Nieves dispone para la atención a niños y niñas un pediatra con reducción de jornada de 1/3 y el 70 por 100 de la jornada de una profesional de la enfermería que compatibiliza su labor en la planta de onco-hematología.

El Hospital Universitario de Jaén dispone de un solo equipo también incompleto al no disponer de TCE, y solo el 25 por 100 de las jornadas de los profesionales de trabajo social y psicología.

En la provincia de Málaga, dos centros hospitalarios disponen de equipos para atender los cuidados paliativos pediátricos: Regional de Málaga y Fundación Cudeca. En el primer caso existen tres equipos y en el segundo solo uno, pero nuevamente hemos de señalar la ausencia de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en ambos centros así como que los profesionales de trabajo social y psicología clínica no tienen dedicación exclusiva para estos recursos sino que han de ser compartidos con otras actividades clínicas.

La provincia de Sevilla tiene como referente de los cuidados paliativos pediátricos el Hospital Virgen del Rocío. Cuenta con tres equipos dotados de profesionales de la medicina. Sin embargo, una vez más hemos de reflejar su carácter de incompleto: nos encontramos con una sola profesional de trabajo social

cuyas labores se comparten con el servicio de Oncología, y, como acontece en el resto de provincias, no existe ningún TCAE. Por el contrario, hemos de poner en valor que los 3 equipos cuenten, al menos, con un psicólogo clínico a jornada completa.

Con esta descripción, en el momento de proceder a la elaboración del estudio que presentamos –febrero 2025–, se dibuja el mapa en los distintos centros hospitalarios de Andalucía por lo que se refiere a la existencia de servicios de cuidados paliativos pediátricos y los profesionales que componen los mismos.

Tabla 2. Recursos cuidados paliativos pediátricos por provincias en Andalucía

PROVINCIA	HOSPITAL	NÚM. EQUIPOS	PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS				
			Médico	Enfermera	TCAEs ¹	Trabajador Social	Psicólogo clínico
ALMERÍA	HU Torrecárdenas	2	2	2	0	0,25	0
	H Huerca-Overa	0,5	1				
CÁDIZ	HU Puerta del Mar	1	1	1	0	0	1 ⁷
CÓRDOBA	HU Reina Sofía	2	2	2	0	0 ⁴	0.9 ⁸
HUELVA	HU Juan Ramón Jiménez	2	2	2	0	0	0(2)
GRANADA	HU Virgen de las Nieves		1,66 ²	0,7 ³	0	0	0
JAÉN	HU Jaén	1	1,5	1		0,25 ⁵	0,25 ⁹
MÁLAGA	HU Regional de Málaga	3	3.2	3	0	0.3 ⁶	0.3 ¹⁰
	Fundación Cudeca	1	1	1	0	0.5	0.5
SEVILLA	HU Virgen del Rocío	3	3	3	0	0,5 ¹¹	1

1. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
2. 1 pediatra con reducción de jornada 1/3
3. Una enfermera con noches en planta de onco-hematología
4. (TS del Materno-Infantil)
5. (TS del hospital)
6. (no es propia de la Unidad, es la TS del Hospital)
7. (Proyecto mar de sonrisa)
8. (Asociación Sonrisa de Lunares)
9. (Ps de asociación para niños con cáncer)
10. (no es propia de la Unidad, es la TS del Hospital) +0.5 Fundación Andrés Olivares
- 11 (compartida Oncología)

Fuente: Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (REDPAL)

En este escenario, según los estudios realizados por la Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (REDPAL) es necesario incrementar los recursos para los servicios de cuidados paliativos pediátricos conforme se refleja en la Tabla 3.

El número de pediatras y enfermería habría que aumentar en 23 profesionales: 2 para las provincias de Almería, Córdoba, Huelva y Jaén; 3 para las provincias de Cádiz, y Granada; 4 para la provincia de Málaga; y 5 para la provincia de Sevilla.

Además se precisan 8 profesionales de psicología clínica; uno para cada provincia andaluza. A lo que se suma la necesidad de profesionales de trabajado social a jornada completa en las provincias de Cádiz, Granada, Málaga y Sevilla. Y también, se propone la cobertura de 4 profesionales de trabajo social compartidos con pediatría para los equipos de las provincias de Almería, Córdoba, Huelva y Jaén.

Tabla 3. Necesidad de recursos estimada según población diana

Provincia	Nº de equipos pediatra/Enfermera	Psicólogos 100%	Trabajo social 100%	Trabajo social compartido con Pediatría
Almería	2	1		1
Cádiz	3	1	1	
Córdoba	2	1		1
Granada	3	1	1	
Huelva	2	1		1
Jaén	2	1		1
Málaga	4	1	1	
Sevilla	5	1	1	

Fuente: Red de Cuidados Paliativos de Andalucía (RedPal)

6.5. ACTUACIONES DESTACADAS DE LA INSTITUCIÓN EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DE NIÑOS Y NIÑAS GRAVEMENTE ENFERMOS O EN CUIDADOS PALIATIVOS

La Defensoría de la Infancia y Adolescencia, también Defensor del Pueblo Andaluz, ha dedicado una significativa parte de su dilatada trayectoria a velar por el cumplimiento y protección de los niños y niñas que, debido a sus circunstancias personales, se encuentran en una posición de especial vulnerabilidad. Y en estas singulares circunstancias están todas las personas menores de edad que reciben cuidados paliativos pediátricos.

Muchas han sido las actuaciones emprendidas por esta Defensoría, a instancias de la ciudadanía o de oficio, para mejorar y compensar las condiciones de vida de estos niños y niñas.

Seguidamente traemos a colación algunas de las actuaciones más singulares realizadas en este ámbito.

6.5.1. INICIATIVAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

Un grupo de padres y madres de pacientes del servicio de cuidados paliativos pediátricos del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, en el año 2019, se dirigieron a la Defensoría mostrando su agradecimiento por la profesionalidad y el buen hacer del equipo técnico que trabaja en dicho servicio, aunque nos planteaban su preocupación en aquella fecha por considerarlo insuficiente, en atención al volumen de población que debe atender. Entendían que los niños usuarios de este servicio requieren una atención «intensa, cercana, personalizada» que pueda realizarse por los profesionales «sin presiones o situación de desbordamiento».

Ante esta situación, solicitaban un refuerzo en el equipo técnico y, además, aportaban una serie de sugerencias e ideas, dirigidas a la organización de la prestación continuada y al tratamiento domiciliario, así como a la atención de urgencias, que quisieran que fueran valoradas (queja 19/6424).

Desde la Institución se acordó gestionar este asunto a través del modelo de intervención mediador, que podría resultar más eficaz para la comprensión mutua de intereses afectados, así como para trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones y alternativas que permitieran satisfacer todas las necesidades en juego.

En este sentido, nos dirigimos a varios departamentos de la administración sanitaria con competencia en la materia solicitando su conformidad para celebrar una reunión con el propósito de informar de los objetivos de la mediación y de las notas que la caracterizan en nuestra Institución y, en la medida de lo posible, que sirviese para iniciar el debate entre las personas involucradas en el asunto, que pueda resultar enriquecedor e incluso favorezca la adopción de posibles medidas.

Hemos de poner de relieve la predisposición a celebrar el encuentro, en el que estuvieron por supuesto las familias afectadas junto con los profesionales del servicio, y que se celebró en el mes de octubre de 2020. En dicha reunión se especificó la intención de avanzar en las preocupaciones sobre el servicio de cuidados paliativos pediátricos, en cuanto a aspectos de mejoras a largo plazo.

Además de la pretensión progresiva de la incorporación de profesionales sanitarios, se plantearon algunas cuestiones dirigidas a la optimización y coordinación de recursos. Dichas acciones deberían concretarse en reforzar la atención primaria capacitando y formando a sus profesionales en la atención de pacientes complejos; instituir un modelo de coordinación de atención primaria y urgencias con el servicio paliativo pediátrico fluido; la necesidad de priorizar la atención domiciliaria y estudiar medidas dirigidas a promover la continuidad del personal del servicio de paliativos pediátricos.

Asimismo la reunión permitió recordar aspectos colaterales que afectan a la necesidad de personal planteada como son: reducción del número de facultativos con la especialización en pediatría, la dificultad de encontrar personal sanitario dispuesto para atender paliativos pediátricos, el aumento de la ratio de

los menores usuarios y la dificultad de coordinación con los servicios de pediatría de atención primaria, dada la población que atienden y los recursos de los que disponen.

Las personas que prestan servicio en los cuidados paliativos del Hospital señalado fueron claras al justificar la necesidad de refuerzo del servicio recordando que su atención prestada alcanza, no solo a pacientes de oncología, sino a pacientes crónicos complejos y enfermedades raras. Explicaron el modo en que se coordinan con los pediatras de atención primaria de los niños que atienden. También cómo la situación de confinamiento ha incentivado fórmulas de conexión con los pacientes vía telefónica y por imagen.

Por las personas representantes del Hospital Virgen del Rocío, se confirmó la incorporación de una enfermera que había realizado un periodo formativo específico para el servicio. Y en relación con la coordinación del servicio de paliativos pediátricos con atención primaria, el Subdirector médico del Hospital Infantil, expresó su compromiso de hacer un seguimiento y gestionar un sistema de comunicación directa que facilite la atención de estos niños, a modo de tutorización de profesional a profesional, en aquellos puntos donde detecte más dificultades de conexión.

En cuanto a las fórmulas de conexión para la atención vía telemática en un entorno seguro, se informa de la activación de la herramienta Mercurio como circuito seguro de intercomunicación, que además permite compartir archivos entre los facultativos, o bien entre facultativo y paciente.

Desde el Servicio Andaluz de Salud se alude a la [Orden de 3 de septiembre de 2020 por la que se crea la categoría profesional estatutaria de medicina de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud](#). Insiste en la importancia de la coordinación entre la atención primaria y hospitalaria, al ser el modelo por el que ha optado Andalucía.

Finalmente se informa de los trabajos en curso del Director del Plan de Paliativos, que está visitando los servicios de paliativos pediátricos de toda Andalucía, con el objetivo de obtener un diagnóstico de la situación de estos servicios en Andalucía y reducir situaciones no equitativas entre las provincias andaluzas. Además de impulsar criterios, objetivos y planificación de trabajo sobre este área hospitalaria, a través del Plan.

Así las cosas, pudimos deducir que el objeto de la mediación que se nos confió se encontraba en vías de solución por lo que procedimos al cierre de la queja, sin perjuicio de la labor de seguimiento a la que nos comprometimos en el proceso y que continúa hasta la fecha con la elaboración de este estudio.

6.5.2. ALUMNADO CON GRAVES PATOLOGÍAS ESCOLARIZADO EN CENTROS ESPECÍFICOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL: UNA ATENCIÓN EDUCATIVA Y SANITARIA

La Defensoría elaboró en 2010 un informe especial presentado ante el Parlamento que, bajo el título «[Los centros específicos de educación especial de Andalucía](#)»⁴⁸ tuvo por objeto describir estos recursos educativos, valorando aspectos relativos al alumnado, profesionales, familias, organización, actividades, infraestructuras, conciertos educativos, o relaciones institucionales y alianzas. Del mismo modo, se aportaban ideas, testimonios, valoraciones, conclusiones y, como no, también recomendaciones y sugerencias con el propósito de obtener mejoras precisas para lograr un verdadero ejercicio del derecho a la educación de este alumnado.

⁴⁸ <https://defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/educacion%20especial%20WEB.pdf>

También queríamos contribuir con este trabajo a que los centros específicos de educación especial en Andalucía salieran de ese olvido, cuando no postergación, en el que llevan inmersos muchos años, demasiados. Deseábamos hacer una llamada de atención sobre todos los sectores educativos y sociales interesados, y especialmente sobre la Administración educativa para que tomaran plena conciencia de que estos recursos no están ajenos al propio Sistema.

Una de las conclusiones de este trabajo está relacionada con el incremento de alumnado en estos centros educativos a edades cada vez más tempranas y con patologías graves.

Ciertamente fuimos testigos de la tendencia del incremento considerable en los centros específicos de educación especial de menores muy afectados, muchos de ellos y ellas con graves problemas de salud que demandan su ingreso en el sistema educativo a edades cada vez más tempranas.

Este nuevo alumnado precisa de una atención individualizada que ofrezca respuestas a sus necesidades, y está obligando a los centros a adaptar sus recursos, de la mejor manera posible, a esta nueva realidad, del mismo modo que está exigiendo la puesta a disposición de otros medios y recursos hasta ahora inexistentes.

Tenemos el convencimiento de que el éxito y los avances de la medicina de neonatología han propiciado este cambio. En la actualidad, gracias a esta rama de la pediatría, las tasas de mortalidad infantil han descendido hasta límites insospechados hace unos años, salvando la vida de muchos recién nacidos. Un porcentaje de ellos sobreviven pero afectados por importantes secuelas, patologías y discapacidades que son detectadas tempranamente.

Estos niños y niñas se están convirtiendo en un nuevo tipo de usuario de los centros específicos de educación especial. Hemos de tener en cuenta que muchos de ellos precisan una atención sanitaria permanente y continuada que ha de ser prestada también en los centros educativos, lo que está obligando a estos últimos a disponer de unos recursos acordes con las nuevas demandas.

En este punto incidimos, por aquel entonces, en un tema controvertido con opiniones encontradas entre la Administración educativa y la sanitaria. Se trataba de la presencia en los centros de personal sanitario. Como premisa, hemos de tener en cuenta que en aquellos colegios donde se prestan servicios sanitarios, mayoritariamente de titularidad pública, los profesionales no ejercen funciones características de la medicina familiar o especializada, pero qué duda cabe, desarrollan una labor fundamental en el control y seguimiento del alumnado que demanda atención sanitaria y al que debe administrarse medicación, sobre todo de cara al nuevo perfil del alumnado al que nos referimos.

Idénticos argumentos relativos a la atención sanitaria, sea prestada o no por un profesional de la medicina, pueden hacerse extensivos a los servicios de fisioterapia que tienen establecidos la mayoría de los centros específicos.

Así las cosas, no era de extrañar que desde la Administración educativa se cuestionara que los servicios y atenciones propios del ámbito sanitario resulten facilitados, proporcionados y sufragados por el Sistema educativo.

Nuestra postura, como Institución garante de los derechos de las personas menores, se centró en reclamar de las Administraciones públicas la mejor respuesta posible al alumnado con necesidades de apoyo sanitario escolarizado en los centros específicos, y la experiencia adquirida tras este trabajo y

en especial con ocasión de las visitas a los colegios es que en muchos de ellos la atención sanitaria en los términos señalados es no sólo conveniente sino necesaria. Además, en coherencia con las nuevas realidades señaladas, nos aventurábamos a predecir que la demanda de este tipo de recurso sufriría un importante incremento. El tiempo nos ha venido a dar la razón.

En este contexto, recomendamos que la entonces Consejería de Educación tomara la iniciativa de propiciar y entablar medidas de coordinación con la Consejería de Salud con el objetivo de mejorar la atención sanitaria al alumnado en los centros específicos de educación especial públicos y privados. Fruto de esta colaboración institucional que, en su caso, se desarrolle había de quedar determinada la distribución de servicios, tratamientos y prestaciones que corría a cargo de cada una de las administraciones.

Como se ha expuesto a lo largo de este epígrafe, hemos de considerar que la colaboración y coordinación que propugnamos por aquel entonces se ha plasmado con la elaboración del «Protocolo conjunto de colaboración que establece las condiciones generales y básicas necesarias para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad compleja o en situación de cuidados paliativos»⁴⁹ que será objeto de un análisis más exhaustivo posteriormente.

6.5.3. ALUMNADO CON DEPENDENCIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA: FOMENTANDO SU DERECHO A LA INCLUSIÓN EDUCATIVA

Esta actuación de la Institución reflejó un problema que ya hemos comentado a lo largo de este capítulo: la imposibilidad de que determinados alumnos y alumnas puedan acceder al centro educativo por ausencia de profesionales que puedan atender sus patologías. Se trataba de un grupo de niños ventilodependientes residentes todos ellos en distintas zonas de la provincia de Granada.

Una de las madres se dirigió a la Defensoría en los siguientes términos:

«Teniendo su hijo, en el CEIP «.....», de 5 años con enfermedad neurodegenerativa y con necesidad de ventilación mecánica, no puede asistir al colegio porque no existe perfil de monitor educativo que quiera asumir la responsabilidad de un niño con v.m. Y exigen que sea la madre la que acuda con él. Teniendo así, un problema de integración social al cual la Delegación de Educación no pone solución.

Pedimos, por lo tanto, ante su amparo, se cree el perfil de monitor sanitario para la real inclusión social de este colectivo, confiando en las Políticas Sociales y de Bienestar que propone este gobierno».

Iniciamos actuaciones ante las dos administraciones implicadas: educación y salud. Pues bien, en respuesta, la administración educativa aludía a la puesta en funcionamiento del Protocolo de actuación de la escuela ante enfermedades crónicas, y en base al mismo se estableció que el menor necesitaba unos cuidados de personal cualificado, debido a la dependencia de la ventilación mecánica invasiva a través de traqueotomía y a la necesidad de la aspiración de secreciones respiratorias así como de los tapones de moco que presenta.

En concreto, la administración señalaba que estos cuidados consistían en:

⁴⁹ Ver nota 26.

- «– Reconocimiento del empeoramiento de la función respiratoria.
- Manejo del aspirador (técnica de aspiración endotraqueal por traqueotomía, bombona de oxígeno y bolsa-mascarilla para ventilación manual.
- Cambio y cuidado de traqueotomía.
- Realización de reanimación cardiopulmonar básica, hasta llegar a urgencias».

Por tal motivo, y dada la especialización de estas actuaciones, con fecha 9 de noviembre de 2015 se solicitó a la Delegación de Salud personal cualificado para intervención dentro del Centro educativo. Sin embargo, la Administración sanitaria habría respondido lo siguiente:

- «– Que los cuidadores principales son la madre y el padre y que han recibido formación teórica-práctica y habilidades para garantizar los cuidados de su hijo.
- Que el alumno cuenta con los recursos materiales para garantizar los cuidados.
- Que dispone de la ley de dependencia concediéndole el Grado III nivel II con una ayuda económica familiar a cargo (cuidadora principal).
- Que el Servicio Andaluz de Salud (Gerencia de A.G.S. Nordeste de Granada) ofrece la formación especializada necesaria a monitores o familiares, y las Urgencias y Emergencias que se pudieran producir serán atendidas con el equipo móvil del Centro de Salud de Guadix, previa llamada al 061 para su envío y coordinación.

Teniendo en cuenta que los centros educativos no cuentan con personal sanitario, que las funciones de los/as monitores/as de Educación Especial son exclusivamente asistenciales y que Salud no dispone de personal sanitario cualificado (enfermeros/as) en centros escolares, este Servicio, en coordinación con el Servicio de Inspección propone:

1. Atención domiciliaria para cubrir las necesidades educativas del alumno en un ámbito controlado.
2. Que en el caso de que el alumno se escolarice en el Centro escolar, teniendo en cuenta que este tiene una profesional autorizada y formada para realizar el cuidado necesario (ya que atiende a otro alumno con idénticas necesidades escolarizado en 6º de Educación Primaria), sea ésta la que compatibilice la atención a ambos alumnos, para lo cual el Centro educativo deberá tomar las medidas organizativas necesarias.

El centro cuenta además con otro/a Monitor/a de Educación Especial.

3. De no ser así, deberá ser la cuidadora principal quien realice los cuidados necesarios en el centro escolar».

La respuesta no satisfacía a la familia ni tampoco a esta Institución por cuanto con la decisión adoptada se estaba vulnerando los derechos del menor a su inclusión escolar. La no incorporación a su centro educativo se basaba exclusivamente en un aspecto de organización y de recursos pero nunca en una imposibilidad que afectara al propio menor y a su enfermedad.

En este escenario, acordamos iniciar gestiones con representantes de la entidad ASEVEMA (Asociación Ventilación Mecánica) quienes nos confirmaron que el Sistema sanitario y educativo no dispone de personal o fondos dedicados para la asistencia a estos pacientes, por lo que la familia es la que se encarga casi exclusivamente de sus cuidados.

Muchos de los niños afectados por estas patologías no acuden al centro escolar por la ausencia de medios personales especializados para su cuidado, por lo que se ven obligados a quedarse en sus casas recibiendo formación en su domicilio. Y en aquellos casos en los que se decide la escolarización de los menores, los cuidados dentro del centro escolar son realizados por las familias quienes se ven obligadas a permanecer en el recinto o dentro de las aulas durante toda la jornada lectiva.

Añadían que la presencia permanente de padres y madres condiciona no solo sus vidas sino también la de los propios niños afectados que ven muy limitado su derecho a la integración e inclusión en el ámbito educativo.

La asociación señalada venía realizando gestiones con la Administración educativa para encontrar posibles vías de solución pero esta se desentendía del asunto argumentando que se trata de una cuestión sanitaria. Por su parte, la Administración sanitaria, argumentaba que se trata de un asunto educativo. En cualquier caso, lo que se propone por ambas administraciones es que los menores permanezcan en sus casas recibiendo educación domiciliaria, una propuesta que es rechazada por las familias y por la asociación.

Pudimos conocer, tras las preceptivas autorizaciones familiares, el número de niños y niñas en la provincia de Granada que precisaban ventilación mecánica y que se encontrarían en la misma situación que el hijo de la promotora de la queja.

En esta tesitura acordamos realizar una actuación de mediación entre representantes de la Administración educativa, de la Delegación Territorial de Salud y de la Asociación de Enfermos con Ventilación Mecánica Domiciliaria de Andalucía, con el objetivo de establecer un cauce de diálogo que permitiera analizar las concretas necesidades de apoyo sanitario básico de estos menores en el horario escolar, dado que se encuentran afectados por distintos problemas de salud, que comportan la necesidad de hallarse asistidos de un ventilador mecánico que les obliga a disponer de una atención permanente y especializada para su mantenimiento y control.

En el debate suscitado, se abordaron posibles alternativas válidas para que la citada atención a los menores se procurara por personal especializado distinto de la figura materna o paterna, logrando una mejor autoestima del niño así como su integración e inclusión óptimas en el entorno educativo.

Se dejó constancia en esta reunión de que los monitores de educación especial son trabajadores de empresas contratadas, según pliego de condiciones técnicas publicado por la Delegación de Educación, quien contrata los servicios a esas entidades, pero no es la empleadora directa de los monitores ni ejerce su dirección, y entre las funciones encomendadas a los monitores escolares no pueden contemplarse las tareas de atención a estos menores para las necesidades específicas que nos ocupan. En primer lugar, por carecer de las competencias necesarias para hacerlo y, en segundo lugar, porque no están recogidas las citadas funciones en el contrato celebrado con las empresas suministradoras del servicio que estas prestan a los centros escolares.

No obstante sí hubo acuerdo en torno a que es posible que estas personas, con la formación adecuada, pudieran hacerse cargo de la atención requerida a los menores con ventilación mecánica.

Por ello, se cuestionó si estos trabajadores podrían, de manera voluntaria, incorporar las tareas vinculadas a esa atención a su normal desempeño profesional, que en principio solo tiene la obligación

de desarrollar labores asistenciales. Se trataría, pues, de que los monitores escolares asumieran llevar a cabo las funciones de atención sanitaria básica, sin recibir una contraprestación, al menos por parte de la Delegación de Educación, quien debe cumplir escrupulosamente los términos pactados que derivan del pliego de condiciones publicitado.

Las personas presentes en la reunión estuvieron de acuerdo en que dicha voluntariedad por parte del personal monitor escolar, debería, además, ir acompañada de la exención de responsabilidad civil de los trabajadores por los padres de los menores afectados, puesto que parece de todo punto inverosímil que nadie se ofrezca a llevar a cabo las tareas mencionadas, por las delicadas e importantes consecuencias que pudieran acarrear.

También se valoró en el encuentro que la formación especializada en materia sanitaria de estos monitores podría proporcionarla la Delegación de Salud, a través de profesionales del Servicio Andaluz de Salud, amén de asegurar una conexión permanente con estos a efectos de despejar cualquier duda en todo momento.

Para ello, surgió la posibilidad de poder contar con la atención del 061, y sería conveniente poner en sobre aviso a los centros de salud y hospitales más cercanos a los centros escolares donde se encuentren los menores afectados, para que el personal sanitario tenga conocimiento de que en su área de influencia existen pacientes con la patología que nos ocupa y que pueden necesitar apoyo inmediato de las personas que los cuidan (queja 16/0662).

6.5.4. VICISITUDES EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EDUCATIVA DOMICILIARIA

A lo largo de los años de actividad de la Institución se ha recibido un singular número de reclamaciones reflejando las dificultades para que las personas menores de edad gravemente enfermas pudieran recibir atención educativa en sus domicilios con unos niveles mínimos de calidad. En concreto, la mayoría de estas quejas basaban su pretensión en la necesidad de incrementar las horas y días que los profesionales que prestan este esencial servicio dedicaban a la atención del alumnado.

Bien es cierto que en un elevado porcentaje de los casos, el asunto se resuelve favorablemente tras nuestra intervención.

Por su singularidad, traemos a colación una queja que revela las dificultades que encontraron muchos niños y niñas con patologías graves para incorporarse a los centros educativos tras la pandemia. Una madre nos relataba lo siguiente:

«Me dirijo a usted con el deseo de recibir amparo respecto a la situación existente en la actualidad respecto a la escolarización de mi hijo menor de edad.

—.....presenta una debilidad muscular generalizada y más acusada en miembros inferiores, lo cual le genera una movilidad reducida, necesitando de la ayuda de una silla de ruedas eléctrica para desplazarse. A nivel intelectual y cognitivo, está acorde a su etapa de desarrollo. Es un niño inteligente y buen estudiante.

..... está matriculado en 4.º curso de Primaria en el CEIP.....de Sevilla. Debido a la situación actual de pandemia, y el riesgo que representa para él, mi hijo no acude de forma presencial a sus clases desde el inicio de curso.

Esta decisión ha sido consensuada entre nosotros, sus padres, y el equipo directivo, ya que no nos garantizaban las medidas de seguridad correspondientes y la Delegación había denegado previamente la asignación del recurso de apoyo en exclusiva para mi hijo debido al riesgo de contagio cruzado si éste fuese compartido.

Ante esta situación, solicitamos el recurso de escolarización domiciliaria, concediéndose una presencia de únicamente 4 horas semanales (la normativa marca un máximo de 10 horas según recursos disponibles) Nos consta que esta cantidad semanal se viene asignando desde hace años, exista pandemia o no.

Además de considerarlo un recurso insuficiente, la Delegación nos obliga a elegir en cuál de los dos domicilios en los que mi hijo reside en custodia compartida se aplicará el recurso. Esto, evidentemente, genera una situación de desequilibrio en la educación de mi hijo.

A día de hoy, mi hijo aún no ha recibido soporte académico por parte de la Administración (la rutina creada hasta ahora nace de la voluntad del centro escolar) Entendemos que por los hechos descritos anteriormente, mi hijo, por su pertenencia al alumnado vulnerable, se encuentra en una situación de discriminación y desamparo que afecta a su correcto desarrollo académico y emocional (no disfruta de la socialización en la escuela).

Rogamos su intervención para que la situación de hijo sea resuelta a la brevedad posible.»

El problema suscitado en este expediente de queja se resolvió de forma satisfactoria tras nuestra intervención.

6.5.5. LA PRESENCIA EN LOS CENTROS ESPECÍFICOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESCOLAR

A lo largo del año 2022 emprendimos una actuación de oficio para analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones que fueron recogidas en el informe especial sobre los centros específicos de educación especial ya comentado. En concreto, nuestra intervención en dicho momento se dirigía a un aspecto inicialmente educativo pero que presenta implicaciones de otros campos de la atención y asistencia a este grupo de alumnado; nos referimos a la atención sanitaria para el alumnado con necesidades especiales, en concreto, la puesta a disposición de prestaciones de naturaleza sanitaria en el marco de la atención que se facilita al alumnado con necesidades especiales, ya sea en centros educativos específicos o en centros educativos comunes que acogen entre su alumnado a niños y niñas que son escolarizados, recibiendo asistencia educativa especial en sus distintas modalidades.

Desde luego nos enfrentamos a una compleja realidad, en la que se producen gran variedad de casos singularizados y con perfiles muy diversos. Aun así, podemos encontrar un denominador común consistente en necesidades de prestaciones y cuidados de tipo sanitario para este tipo de alumnos. Son prácticas muy diversas que se incluirían entre las de profesionales propias de la Enfermería y que se reclaman en el curso de las actividades ordinarias o cotidianas de este alumnado durante sus estancias en los centros educativos.

Han sido varias las ocasiones en las que esta Institución ha intervenido en quejas concretas. Hemos tramitado queja de oficio a propósito de un desgraciado incidente en un centro específico de educación

especial ubicado en un municipio de la provincia de Cádiz; o también la queja con motivo de la demanda de este servicio de enfermería de apoyo puntual en otro centro de las mismas características en Sevilla. Asimismo intervenimos por un caso desgraciado con el fallecimiento de un alumno de 12 años en un instituto ubicado en la provincia de Málaga.

Fue precisamente con motivo de esta última investigación donde, a través de una actuación de oficio, solicitamos la colaboración de la entonces Consejería de Salud y Familias y la también entonces Consejería de Educación y Deporte sobre la disposición de prestaciones de atención infantil-pediátrica en los ámbitos educativos, con singular atención al alumnado con necesidades educativas especiales (queja 22/2536).

En respuesta, la Administración sanitaria nos señaló lo que a continuación se detalla:

«Durante el curso escolar 2020-2021, por parte del Servicio Andaluz de Salud se inició el proyecto de Enfermeras Referentes de Centros Educativos (ERc), con el objetivo de dar una respuesta ágil, coordinada y rápida a la gestión sanitaria de la Covid-19 en el entorno escolar. Esta labor se ha continuado durante el curso 2021-2022, hasta la reciente normalización de la pandemia. Actualmente, 400 enfermeras de Atención Primaria están dedicadas de forma exclusiva a estas funciones, dando cobertura a todos los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos.

La actual tregua en la pandemia por la Covid-19 ha permitido extender el proyecto de ERc con la asignación de otras funciones a estos profesionales, tal y como se detalla en las Instrucciones de 29 de abril de 2022 conjuntas de la Viceconsejería de Educación y Deporte y de la Viceconsejería de Salud y Familias, para coordinar las actuaciones entre los centros docentes sostenidos con fondos públicos y las enfermeras referentes, hasta la finalización del curso 2021-2022.

De esta forma, el cometido principal de las Enfermeras Referentes de centros educativos se centra en:

- Participar activamente con los equipos de promoción de salud de los centros educativos para la promoción de estilo de vida saludables.
- Planificar intervenciones específicas de prevención de enfermedades, incluyendo controlar y coordinar el cumplimiento del calendario de vacunaciones.
- Actuar como referente para coordinar las acciones desde salud en caso de brotes, epidemias o pandemias que afecten al ámbito escolar.
- Coordinar actividades formativas con el equipo docente y alumnado, en primeros auxilios y cuidados básicos de salud.
- Favorecer la inclusión educativa del alumnado con necesidades específicas para promover su salud y fomentar su bienestar y sus relaciones, trabajando coordinadamente para el desarrollo de las intervenciones en los centros que se disponga de Equipos de Orientación Educativa (EOE).
- Coordinar la puesta en marcha del plan de cuidados o gestión de casos, para posibilitar el plan terapéutico y de autocuidados de la población infantil con problemas de salud en el entorno escolar.

No se contempla intervención asistencial sanitaria directa programada o de urgencias que se realiza en coordinación con los equipos de Atención Primaria del centro de salud de referencia para el centro escolar, los equipos de salud mental comunitaria y en situaciones de emergencias que actuaría el 061, ya que son estos equipos los que asumen esas intervenciones.

Respecto del alumnado escolarizado con problemas de salud, sus necesidades de cuidados y/o autocuidados, en la mayor parte de los casos, son asumidas en la actualidad en el propio domicilio por parte de la familia y/o cuidador familiar, ya que se trata de cuidados y/o autocuidados básicos y no es necesaria la prestación de cuidados profesionales de forma continuada. Así, para la realización de estos cuidados, se ha formado al propio niño y a su cuidador familiar a través de un proceso de educación sanitaria por parte de los equipos profesionales de referencia.

Debemos señalar que el niño/a necesita una continuidad de estos cuidados así como una vigilancia de su situación de salud en el entorno en el que se desplaza. Por tanto, cuando el niño/a se desplaza al entorno educativo, precisará de esta misma necesidad de cuidados básicos no profesionales. La respuesta desde el entorno escolar requiere contar con las mismas condiciones de información y/o formación que se trasladaron a la familia en su domicilio, no siendo necesaria la presencia continuada de un profesional sanitario en el centro, como tampoco lo está en el domicilio de los niños afectados.

No obstante, algunos niños/as pueden presentar necesidades de cuidados que precisen de un especial seguimiento o de la realización de un plan de cuidados, para garantizar su escolarización y el seguimiento de su plan terapéutico. En estos casos, la ERc colaborará con los EOE, con los departamentos de Orientación o con los equipos de Salud Mental y coordinará las intervenciones junto con el equipo de Atención Primaria de referencia u hospitalario, según se precise.

Este equipo de trabajo realizará una valoración conjunta de las necesidades del niño/a y un estudio de las posibles respuestas, coordinadas desde el entorno familiar y/o escolar, teniendo en cuenta la posibilidad de obtener recursos específicos de presencia continuada para los cuidados básicos del niño/a (monitor escolar).

Además, propiciará la formación necesaria en cuidados básicos por parte de los recursos sanitarios, adaptados a las necesidades de los niños afectados y/o la necesidad de trasladar intervenciones programadas de los profesionales sanitarios del centro de salud de referencia del centro escolar (si fuesen necesarias), así como protocolos de atención urgente adaptados a los casos en cuestión cuya respuesta vendrá dada por el centro de urgencias y emergencias 061.

Finalmente, en relación a la incorporación de la Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica en Andalucía, en el Servicio Andaluz de Salud, comunica que en la actualidad es un tema que se está tratando en Mesa Técnica entre el Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones sindicales, con el objetivo de detallar los puestos dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía y su posterior implantación dentro del mismo».

Con posterioridad, la Secretaría General de Educación y Formación Profesional de la Consejería de Educación y Deporte informaba en mayo de 2022 que:

«Con fecha 29 de abril de 2022, se dictó la Instrucción conjunta de la Viceconsejería de Educación y Deporte y de la Viceconsejería de Salud y Familias, para coordinar las actuaciones entre los centros docentes sostenidos con fondos públicos y las enfermeras referentes, hasta la finalización del curso 2021-2022.

En dicha Instrucción la Junta de Andalucía apuesta por mantener los beneficios obtenidos de la colaboración de la persona de coordinación Covid con las enfermeras referentes en centros docentes, reforzando las actuaciones de la salud en este ámbito, de forma que cada centro siga disponiendo, al menos, de una persona de coordinación Covid y de una enfermera referente.

En base a lo anterior y hasta la finalización del curso 2021-2022, se considera necesario orientar la labor de la persona de coordinación Covid en los centros docentes junto con la de estas enfermeras hacia el mantenimiento del centro como un entorno seguro para nuestro alumnado, impulsando la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud y la incorporación de la ayuda al cuidado y del autocuidado en los niños con problemas de salud durante el horario escolar.

La enfermera referente de centros docentes colaborará en programas y actuaciones de promoción de la salud, la prevención y vigilancia de la salud junto con los Equipos de Orientación Educativa o con los Departamentos de Orientación, y por último la gestión de casos de enfermedades crónicas. En especial y en relación con la gestión de casos de enfermedades crónicas, a través de la persona de coordinación Covid, la enfermera referente colaborará con los Equipos de Orientación Educativa o con los Departamentos de Orientación o con los Equipos de Salud Mental.

Por último, indicar que se contempla la previsión de que la enfermera referente coordinará las intervenciones cuando exista un problema de salud que precise de un especial seguimiento o de la realización del plan de cuidados durante la escolarización, con el Equipo de Atención Primaria de referencia u Hospitalario según se precise».

El asunto que se somete a debate se centra en persistir en este arduo proceso para la construcción de un sistema educativo integrador y de garantías que, entre sus servicios, incluya con un alcance propio determinadas atenciones de carácter sanitario. En concreto, nos referimos a las funciones principales y frecuentes que se presentan en la vida ordinaria de los centros educativos que se adecúan a los perfiles profesionales de la Enfermería. Una modalidad de funciones que ha gestado el concepto de la denominada «Enfermería Escolar».

Realizando un compendio de expresiones descriptivas se podría señalar que la persona profesional de Enfermería Escolar trabaja en centros educativos para llevar a cabo tareas de promoción y prevención sanitaria en estos recursos educativos. Su rol, además del de asistencia y atención a niños con patologías, está pensado para que el alumnado tenga una formación sanitaria específica y para desarrollar una labor de investigación que permita una atención más especializada por centro, así como gestionar todos los historiales médicos del alumnado.

Por sus características, estos profesionales de enfermería han de estar integrados en el centro escolar en el que estén asignados, de forma que hagan un seguimiento individualizado y cercano para que su labor sea completa.

El informe ofrecido desde la Consejería de Salud avanza en la descripción de sus funciones al señalar que «participa activamente con los equipos de promoción de salud de los centros educativos para la promoción de estilo de vida saludables; planifica intervenciones específicas de prevención de enfermedades; actúa como referente para coordinar las acciones desde salud en caso de brotes, epidemias o pandemias que afecten al ámbito escolar; coordina actividades formativas con el equipo docente y alumnado, en primeros auxilios y cuidados básicos de salud; favorece la inclusión educativa del alumnado con necesidades específicas para promover su salud y fomentar su bienestar y sus relaciones, trabajando coordinadamente para el desarrollo de las intervenciones en los centros que se

disponga de Equipos de Orientación Educativa (EOE); o también coordina la puesta en marcha del plan de cuidados o gestión de casos, para posibilitar el plan terapéutico y de autocuidados de la población infantil con problemas de salud en el entorno escolar».

Se trata de un diseño funcional que merece una valoración positiva, en cuanto expresa una concepción integradora, preventiva y didáctica del papel que pueden aportar estos profesionales como auténticos promotores de hábitos para una vida saludable desarrollado en un entorno idóneo como es, precisamente, el ámbito educativo.

Sin embargo, este diseño expuesto desde las aportaciones de Salud, y junto a Educación, no despeja las cuestiones que queremos abordar con la presente actuación; y es que no hemos encontrado una respuesta clarificadora respecto de las atenciones sanitarias específicas ante las necesidades de atención sanitaria que se producen en los dispositivos educativos que priorizan las demandas de estos servicios sanitarios; en concreto, en los Centros Específicos de Educación Especial (CEEE).

La respuesta que se ofrece al aludir a la figura de la Enfermería escolar presenta varias debilidades. De un lado, se califica a este perfil profesional de «enfermera de referencia», es decir, hablamos de una persona profesional de la sanidad e integrada en el propio servicio sanitario de atención primaria y que despliega las funciones que hemos transcrito en el ámbito del centro educativo asignado; o de los centros educativos adscritos a sus desempeños.

Estamos contemplando a una profesional —se trata de un sector fuertemente feminizado— que ostenta como destino de su plaza un centro de salud dedicado, prioritariamente a la atención primaria sanitaria y que se adscribe, entre sus tareas, ostentar la condición de enfermera «de referencia» en uno, o varios centros, o muchos específicos, en los que debe desempeñar las funciones que hemos descrito. Quiere ello decir que, salvo error en nuestra interpretación, nos encontraríamos ante profesionales integrados, dependientes y adscritos al Sistema sanitario que, en el contexto de la Atención Primaria, tienen incluidos entre sus desempeños una serie de servicios localizados entre el alumnado de determinados centros educativos especializados de la zona.

Otro segundo aspecto que se deduce de la explicación ofrecida por las Consejerías interpeladas es esa disposición itinerante que, igualmente, es preciso comentar; y es que desde la experiencia de esta Defensoría, la asignación de recursos de apoyo para este alumnado en sus diferentes especialidades (Pedagogía Terapéutica, Audición y Lenguaje, Técnicos de Integración Social, etc.) tienen en estos destinos en variados centros un elemento que condiciona las prestaciones efectivas de atención y limita su alcance y resultados.

Estudiando el modelo que ahora se describe de la «Enfermería de referencia» es inevitable acudir a las dificultades que presentan estos diseños de servicios asignados entre una pluralidad de centros específicos que se evidencian como un relato idealizado de coberturas asistenciales sobredimensionadas.

Más allá de la capacidad, entrega y compromiso que acreditan estas profesionales, se nos antoja harto complejo cumplir semejantes tareas, entre las que pretendemos evaluar los cuidados que se ofrece respecto de las necesidades de atención sanitaria para alumnos con perfiles tan especiales.

En tercer lugar, respecto a las debilidades del proyecto ofrecido, debemos reseñar que no se menciona en ningún caso la existencia de muchos de estos Centros Específicos de Educación Especial (CEEE)

que acogen a niños y niñas que en el contexto de la educación integradora, presentan características que necesitan actuaciones propias de las capacidades de enfermería (sistemas de sondas, respiradores, dispensaciones de fármacos y otras prácticas) y que no pueden ser suplidas por otras especialidades profesionales.

Ante todo, el abanico de servicios que sumaría esta especialidad incluiría todos los aspectos derivados de una promoción de los valores de la salud entre el alumnado y el campo de la educación y prevención en salud; hábitos de vida saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio físico-deportivo, etc.

Supondría un apoyo presencial para la población aquejada de determinadas patologías que suelen ser frecuentes entre el alumnado, al igual que ofrecer una capacidad de respuesta en situaciones de urgencia que suelen producirse en el transcurso de la jornada escolar.

Pero en las respuestas recibidas apenas se alude a «trabajar coordinadamente para el desarrollo de las intervenciones en los centros que se disponga de Equipos de Orientación Educativa (EOE); o también coordina la puesta en marcha del plan de cuidados o gestión de casos, para posibilitar el plan terapéutico y de autocuidados de la población infantil con problemas de salud en el entorno escolar».

En este descriptivo no apreciamos una asignación nítida de intervención para el alumnado con necesidades educativas especiales matriculado en estos CEEE garantizando que el compendio de atenciones que se ofrece a este alumnado incluye la atención de profesionales de la enfermería.

En suma, al hilo de los comentarios que se han abordado antes, el modelo —con sus variables contenidos— de Enfermería Escolar no viene a coincidir con la Enfermería de Referencia que se cita en la información de las Consejerías de Educación y de Salud.

Y es que, cuando hablamos de la oportunidad o conveniencia de este perfil de enfermería educativa en un contexto generalizado para el ámbito escolar, alcanza motivos más fundados en los casos en que analizamos al alumnado escolarizados en Centros Específicos de Educación Especial

Ya hemos visto, entre los antecedentes de actuaciones desplegadas desde esta Institución, que son frecuentes las quejas que se analizan en las que la atención a un determinado alumno incluye específicas intervenciones propias de la profesión de enfermería que, ciertamente, no se incluyen en las capacidades que ostentan las variadas categorías educativas dedicadas a este tipo de alumnado. Ello provoca que actuaciones sin una especial relevancia adquieran una dimensión dirimente para la propia escolarización del alumno puesto que no se dispone de profesional de enfermería acreditado que atienda el servicio.

Por ello decimos, desde nuestra experiencia, que esta especialidad de la enfermería se eleva a la categoría de elemento esencial para asegurar, en muchos casos, la propia normalización de estos alumnos en sus centros de referencia.

Para estos chicos y chicas no es tanto un elemento que refuerza los valores generales de la salud proactiva, preventiva y del bienestar de su comunidad escolar; es que la presencia de esa atención enfermera es lo único que puede garantizar la escolarización de esta tipología de alumnos con necesidades especiales. En ese escenario, no deja de resultar oportuno anticipar que la disponibilidad de estos recursos de enfermería en el ámbito de los CEEE supondría un innegable avance en los procesos de integración de este alumnado que, en muchas ocasiones, ve dificultada su presencia en un centro

educativo debido, sencillamente, a la carencia de las intervenciones sanitarias puntuales que pueden ser asumidas por los perfiles de enfermería.

No son estas medidas pioneras ni exclusivas. El Consejo General de Enfermería de España ya emitió en 2018 una resolución formal en la que promovía la idoneidad de esta Enfermería Escolar y en la que citaba la existencia de precedentes en la Comunidad de Madrid (Orden 629/2014, de 1 de julio) y en las Comunidades de Castilla y León y Castilla-La Mancha.

También hemos de recordar que los Equipos de Orientación Educativa (EOE), cuando emiten los dictámenes de escolarización, tras la correspondiente evaluación, recomiendan los recursos materiales y apoyos personales para cada alumno que se concrete en atención a las singularidades de cada caso y la ordenación de los recursos que se despliegan en el centro. Entre sus funciones (Decreto 213/1995, de 12 de septiembre) se encuentra la coordinación con los profesionales del Sistema sanitario a la hora de abordar sus trabajos específicos de estudio y diagnóstico particularmente oportunos, procurando incorporar las intervenciones especializadas para garantizar sus modelos de escolarización y para definir una respuesta de atención integral a este alumnado.

En suma, consideramos una acertada línea de trabajo la definición de la figura de la Enfermería Escolar en el contexto del sistema educativo andaluz a la vista de las argumentaciones que hemos procurado exponer y justificar. Resulta indudable la rotunda mejora de los servicios que esta figura sanitaria puede volcar y ya ofrece en los países y territorios en los que está implantada.

El hondo concepto de incorporación, normalización e inclusión de estos niños y niñas en su natural entorno educativo debe saber incorporar el conjunto de recursos materiales y profesionales que la experiencia identifica como necesarios en la tipología de los Centros Específicos de Educación Especial.

Con estas consideraciones, dirigimos a las Consejerías señaladas la sugerencia de que de manera coordinada y negociada promovieran la regulación de la figura de la Enfermería Escolar destinada a la atención del alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en los Centros Específicos de Educación Especial, así como la definición de sus funciones y prácticas profesionales en estos recursos específicos.

Hemos de lamentar que esta resolución no fue aceptada. Y así, tanto desde la Consejería de Desarrollo Educativo como la Consejería de Salud han basado sus respuestas remitiéndose a un protocolo específico elaborado y acordado entre ambos departamentos que, según se indicaba, estaría listo para su entrada en vigor a la mayor brevedad posible (informe de 27 de julio de 2023).

6.5.6. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EXIGE UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y COMPASIVA CON LOS NIÑOS Y NIÑAS EN CUIDADOS PALIATIVOS Y CON SUS FAMILIAS

En julio de 2024, tuvo lugar una reunión en la sede de la Institución a solicitud de la Asociación Andaluza de Cuidados Paliativos Pediátricos (SISU). Dicha asociación aboga por una atención integral y compasiva para todos los niños, niñas y adolescentes junto con sus familias, garantizando que puedan afrontar la enfermedad y la muerte con la mayor plenitud posible.

La asociación expresó su preocupación por las dificultades en la escolarización de menores con enfermedades graves, quienes requieren apoyos sanitarios en los centros educativos. Asimismo, SISU

expuso la carga desproporcionada que recae sobre las madres en el cuidado de estos menores, lo que impacta en su vida laboral y bienestar emocional. También se planteó la necesidad de atender no solo a las familias que reivindican activamente la escolarización de sus hijos, sino además a aquellas que, por falta de recursos o conocimiento, no pueden hacerlo.

Como antecedente, se puso de relieve por la Institución que en septiembre de 2023 se presentó el «Protocolo conjunto de colaboración que establece condiciones generales y básicas necesarias para ofrecer una escolarización segura al alumnado enfermo en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos» al que ya hemos hecho referencia. Además, se informó de que, ante la falta de concreción en su aplicación, esta Defensoría de la Infancia y la Adolescencia inició la queja de oficio (queja 24/2718) para analizar su implementación y efectividad, de cuyo resultado damos cuenta en el siguiente epígrafe.

De la información aportada por la administración se desprendía que solo 18 menores se habrían beneficiado del Protocolo en su primer año de vigencia, a pesar de que SISU cifra en un centenar los menores que precisarían su aplicación solo en la provincia de Sevilla, llamando la atención que la propia Asociación no hubiera tenido conocimiento de la existencia de dicho Protocolo hasta poco antes de la reunión con la Institución.

6.5.7. SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PARA ATENDER LAS NECESIDADES RELACIONADAS CON SALUD DEL ALUMNADO CON ENFERMEDADES CRÓNICAS O RARAS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Tras la aprobación del Protocolo de coordinación para atender las necesidades relacionadas con salud del alumnado con enfermedades crónicas o raras en los centros educativos, nos interesamos por conocer su contenido solicitando copia del mismo a las administraciones implicadas, a raíz de una nueva investigación de oficio (queja 24/2718). Sin embargo, solo por otras vías y unos meses más tardes desde la petición, pudimos acceder a su contenido textual ya en el primer trimestre de 2024.

Una vez analizado el Protocolo, y transcurridos seis meses desde su formalización, consideramos necesario avanzar en los términos específicos de su aprobación, instrumentos de despliegue entre los servicios implicados y, desde luego, la traducción práctica de sus contenidos dirigidos a la atención de este alumnado con necesidades educativas y sanitarias tan delicadas.

Ante este escenario, solicitamos información de la Administración sanitaria y educativa sobre la aplicación del señalado Protocolo y, de manera singular, sobre las acciones de difusión y aplicación de la «instrucción conjunta»; sobre el alumnado que según sus respectivos dictámenes será incluido en las prestaciones recogidas en el Protocolo; así como las estimaciones de nuevos supuestos o casos que se acogerían al Protocolo.

En respuesta a nuestra investigación se informó de que la Instrucción conjunta firmada el 31 de agosto de 2023 entre la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía tiene como objetivo la aplicación de un protocolo de actuaciones que garantice la coordinación de la intervención en determinadas necesidades del alumnado relacionadas con la salud en los centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Concretamente en dicha Instrucción se aborda la puesta en marcha de actuaciones muy específicas para el alumnado escolarizado, que padece enfermedades en situación de cronicidad compleja y/o en situación de cuidados paliativos que, pudiendo acudir de forma puntual o permanente al centro educativo, requieren mantener un plan terapéutico y de cuidados, incluidos cuidados sanitarios continuados durante el horario escolar. La situación de cuidados continuados durante el horario escolar es el eje principal del Protocolo, siendo la acción coordinada de la respuesta para cada caso la finalidad última de ambas Consejerías.

Todos los servicios de ordenación educativa de las Delegaciones Territoriales tienen conocimiento fehaciente del procedimiento a seguir con el Protocolo y actualmente el mismo se encuentra ubicado en el sistema informático Séneca para su gestión.

En cuanto a las acciones de difusión y aplicación de la Instrucción conjunta, la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional ponía de manifiesto que el texto del Protocolo así como la aplicación del mismo han requerido la comunicación a los agentes implicados. Acción que se ha ido desarrollando a través de los cauces que en cada Consejería hay establecidos, siendo en este caso, la figura de los profesionales de la orientación, los médicos escolares, así como los tutores y tutoras y las familias del alumnado los principales agentes en el ámbito educativo.

Por otro lado, la figura del personal de enfermería de referencia, los facultativos correspondientes y la Dirección de la Estrategia de cuidados de Andalucía, serán las personas responsables en el ámbito de la Consejería de Salud, y quienes se encargan de la valoración de los supuestos y, en su caso, de la elaboración del Plan Individualizado de Cuidados (PIC), así como en aquellos que sea necesario, de la asignación del recurso sanitario correspondiente.

Se añade la creación de un procedimiento en el Sistema de Información Séneca al que tienen acceso los diferentes perfiles profesionales con competencias en el ámbito educativo y sanitario con objeto de poder contar con un procedimiento que agilice la derivación de los casos que puedan ser objeto de valoración por Salud. Si bien, desde el mes de septiembre de 2023 y tras la valoración de diferentes casos se estaba atendiendo – a julio de 2024- un total de 18 alumnos y alumnas.

Respecto del alumnado que, según sus respectivos dictámenes, será incluido en las prestaciones recogidas en el Protocolo, continua el informe de la Administración educativa indicando que tal y como se recoge en el texto de la Instrucción conjunta, el Protocolo está destinado a: «Alumnado enfermo en situación de cronicidad compleja o en situación de cuidados paliativos que pueda asistir al centro educativo de forma puntual o permanente y que durante su permanencia precise de cuidados sanitarios continuados que no pueden realizar los recursos personales especializados con los que cuente el centro educativo, requiriéndose la intervención profesional sanitaria. Estas condiciones que están vinculadas a cada caso de forma particular se determinarán en planes individualizados de cuidados, incluyendo la actuación ante posibles situaciones de emergencia».

Del mismo modo, en el texto del Protocolo se especifica qué se entiende por cuidados sanitarios continuados, identificándose como: «aquellas intervenciones o procedimientos en los que se necesite personal sanitario que acuda al centro educativo de forma programada para responder a una necesidad asistencial que el niño/a necesita resolver de manera recurrente o periódica, durante el horario escolar».

Partiendo de esta contextualización en el Protocolo se especifica que el alumnado destinatario ha debido ser previamente identificado como alumnado con necesidades educativas especiales.

Continúa el informe señalando que todos los casos a los que se refiere este Protocolo se trata de alumnado con necesidades educativas especiales, es decir, alumnado con el que se ha realizado o se está realizando una intervención desde el Equipo de Orientación Educativa y/o desde el Departamento de Orientación para determinar sus necesidades así como la propuesta de atención educativa, indicando de forma concreta las atenciones específicas y los recursos especializados, docentes y/ o no docentes necesarios y, en su caso, los recursos materiales y las adaptaciones que fueran precisas para su adecuada escolarización.

Precisa el informe que al tratarse de alumnado en situación de enfermedad crónica/ compleja y/o en situación de cuidados paliativos es la Consejería de Salud y Consumo quien establece los requisitos y describe los indicadores para activar el Protocolo en los alumnos o alumnas con necesidades educativas especiales que, pudiendo estar escolarizados, requieran durante el horario escolar cuidados sanitarios continuados que excedan de la atención que puedan facilitarles los recursos personales especializados del centro educativo.

Además de esta intervención de carácter general sobre la implementación de la mencionada iniciativa, seguimos dando curso a diferentes quejas que, de modo individual, nos presentan las familias sobre incidencias en la aplicación y puesta en funcionamiento del mencionado Protocolo. Traemos a colación algunos ejemplos:

Supuesto 1: a) «....., diagnosticado de *Atrofia Muscular Espinal tipo I*, 5 años –CEIP - Infantil 5 años, Modalidad B - Atendido por una PTIS, que ha cambiado varias veces en este tiempo, desde el primer año de escolarización.

Desde enero de 2025, el profesional a cargo no se responsabiliza de algunos cuidados necesarios, por lo que los padres han solicitado personal sanitario en el colegio aún sin respuesta. ... necesita los siguientes cuidados: alimentación por gastronomía, aspiración de secreciones, llevarlo al baño y/o cambio de pañal e integración en el aula» (AG 25/53)

Supuesto 2: «.....de 10 años, diagnosticado de *Atrofia Muscular Espinal tipo 1*, escolarizado en el aula específica en el CEIP, en Sevilla. En los cursos anteriores no pudo asistir al colegio en el horario completo por falta de recursos del centro educativo: se contaba con una PTIS en el aula, pero no le realizaban los cuidados necesarios.

En este curso se le asignó un TCAE, desde el Centro de Salud, para asistirlo durante la jornada escolar desde septiembre hasta diciembre del 2024.

Desde el comienzo del año 2025 no ha podido ir al colegio de nuevo: no se ha renovado el contrato del TCAE anterior y el actual no está preparado para los cuidados quenecesita y por la falta de recursos del centro.necesita: aspiración de secreciones, administración de medicamentos y alimentación con PEG, pulsioximetría, uso de ambú, cambios posturales y cambios de pañal, y el arnés adecuado para su movilización». (AG 25/52)

Supuesto 3: «Presentamos a, tiene 4 años y 7 meses y una enfermedad hereditaria desde el nacimiento: *Atrofia muscular espinal*, que le limita la movilidad, la deglución y la respiración.

Es portador de una traqueostomía (conectado a ventilación mecánica) y de una gastrostomía para nutrición. No tiene déficit cognitivo. Este es su primer año en el colegio, va a asistir al aula específica, pero el centro no dispone de enfermera escolar.

Los niños con traqueostomía tienen riesgo de taponamiento o decanulación accidental que le impediría la respiración. Hay que atenderlo regularmente, aspirar secreciones, aportarle oxígeno si necesita o medicación y atender a una emergencia si ocurre. Su madre está entrenada para estas situaciones y por eso está en su casa. Le van a permitir quedarse en el colegio para poder atenderle.

Consideramos que este caso, en que el niño necesita asistir al colegio para aprender y socializarse y a la vez precisa atención sanitaria, tendría indicación de una enfermera escolar» (queja 24/6359).

Hemos de congratularnos que, tras la intervención de la Defensoría, los problemas concretos y particulares señalados encontraron solución al incorporarse a los centros educativos los profesionales sanitarios demandados o, en su caso, se encuentran en vías de solución a la espera de la elaboración del plan individual de cada alumnado para proporcionar los recursos sanitarios que se requieren acorde con sus patologías.

Supuesto 4: *Se trata de una investigación de oficio (queja 24/6571) tras conocer por los medios de comunicación los problemas que afectan a unas 64 familias andaluzas residentes en la provincia de Málaga al no disponer los centros educativos donde se encuentran escolarizados sus hijos de un profesional de la enfermería.*

Dichos medios recogen las manifestaciones de algunas familias: *«Nuestros hijos tienen los mismos derechos a la escolarización que el resto de menores de Andalucía, con la única diferencia que necesitan una atención sanitaria las cinco horas lectivas para poder acudir a clase. Estos recursos los debe proporcionar la administración, la Junta de Andalucía. No es responsabilidad de los equipos directivos de los centros escolares, ni de la buena voluntad de docentes o PTIS (técnico de integración social, no están preparados ni pueden realizar ciertas tareas que son exclusivamente de enfermería). Es un derecho», reivindican.*

La realidad, según lamenta el colectivo de padres unidos en esta reivindicación, es que encuentran *«abandonadas y en el limbo» entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, porque «ninguna asume responsabilidades, incluso cuando los Servicios de Inspección preguntan por el absentismo escolar de estos niños, que, realmente, no van a clase porque no pueden, no porque no quieren».*

Las familias aseguran que *«solo piden derechos para sus hijos».* Coinciden en que no se separan de la puerta del colegio o alrededores en las horas lectivas. También insisten en que sus hijos e hijas no necesitan un aula específica, sino *«adaptación específica», tal y como lo indican los informes médicos.* Aunque tienen apoyos y asistencias de fundaciones y asociaciones en esta lucha, han decidido unirse para hacer más fuerza y conseguir esta atención no sólo para sus hijos, sino para que en el futuro no le pase a ningún niño o niña más.

Continúan señalando los medios que, tras las matriculaciones de junio estas familias han iniciado una campaña de visibilización para que en el próximo curso no se vean de nuevo sin asistencia. *«Es ahora cuando se prepara y se planifica el siguiente curso. Ahora, para poder comenzar en septiembre*

con los mismos derechos. Hasta la fecha, en el colegio, cuando nuestros hijos cruzan la puerta, nosotros cruzamos los dedos, de hecho nos quedamos prácticamente en la puerta durante toda la jornada. No puedo poner en riesgo la vida de mi hijo». «Tardo tres minutos en llegar al colegio, porque sé que en cuatro minutos mi hijo puede entrar en parada».

Reclaman un enfermero escolar, «no una PTIS porque no es su función», demandan, además de «contratos estables para profesionales de enfermería, que no cambien cada trimestre desconociendo los casos de niños con situaciones muy delicadas». En esta lucha, el colectivo de padres asegura que el 90% de los menores que necesitan este recurso sanitario está escolarizado en Educación Primaria y que «solo cuatro disponen de un enfermero escolar y los recursos necesarios para llevar una vida normal dentro del colegio, después de una desesperada lucha de las familias».

En el momento de proceder a la elaboración del presente Informe continuamos realizando actuaciones con las Administraciones implicadas en relación con la investigación de oficio descrita.

6.6. LA VOZ DE LOS PROTAGONISTAS

Los principales protagonistas de la realidad que analizamos en este trabajo no son otros que los niños y niñas que se encuentran en cuidados paliativos pediátricos. Son ellos y ellas quienes debieran expresar su opinión y ofrecernos su testimonio, su experiencia, sus inquietudes o anhelos. Sin embargo, las patologías que suelen padecer hacen que esta tarea resulte altamente complicada en un gran porcentaje de los casos. No olvidemos que más de 80% son pacientes con significativas limitaciones cognitivas y comunicativas.

No obstante, como hemos venido manifestando, el protagonismo de la atención de los cuidados paliativos pediátricos recae también en las familias. En efecto, hemos tenido la oportunidad de reflejar cómo las distintas normas, planes y programas dedicados a este singular servicio sanitario ponen a las familias como uno de los agentes a los que hay que prestar ayuda, apoyo y ser beneficiarias de múltiples acciones y servicios.

Partiendo de esta realidad, hemos obtenido el testimonio de varias madres con el objetivo de profundizar sobre determinados aspectos de sus vidas. Conocer sus vivencias, experiencias o inquietudes representa una parte fundamental del trabajo que abordamos.

TESTIMONIO 1

«Soy madre de dos hijos con una enfermedad ultra rara. Una de esas que pocos conocen, de las que apenas se investigan, de las que no tienen cura. Enfermedades degenerativas y crueles que roban poco a poco la capacidad de moverse, de comunicarse, de respirar.

Hace apenas un año, mi hijo pequeño nos dejó con dieciocho años. Dieciocho años de lucha, dos de ellos en hospitalización domiciliaria. Dieciocho años de amor, de entrega absoluta, de noches sin dormir, de miedos constantes. En sus últimos años, él pudo vivir con dignidad gracias a un equipo de cuidados paliativos pediátricos que nunca nos dejó solos. Porque el miedo más grande de cualquier

padre en esta situación no es solo la enfermedad, sino la soledad y el abandono en medio de una batalla que nunca quisimos librar, pero que nos tocó pelear con todo el amor del mundo.

Mi hijo le tenía pánico al hospital y a sus sonidos. Las alarmas de las máquinas, los pasillos fríos, la sensación de estar atrapado en un lugar donde cada visita significaba más pruebas, más procedimientos, más dolor. Por eso, cuando nos dijeron que podríamos cuidar de nuestro hijo en casa, sentí alivio, pero también terror. ¿Y si se ahogaba y yo no sabía qué hacer? ¿Y si tenía una crisis y no llegábamos a tiempo? ¿Y si el dolor lo devoraba y yo no podía aliviarlo? El hospital, con todas sus máquinas y profesionales, era un refugio seguro (al menos desde el punto de vista clínico), pero su hogar era el único lugar que garantizaba su tranquilidad, rodeado de sus cosas, del amor de sus padres, abuelas, tíos y primos. Y entonces llegó el equipo de paliativos, a mí me gusta llamarles «Ángeles de la guarda» con su mirada compasiva, con su voz serena, con su presencia empática.

Ellos nos enseñaron, nos guiaron, nos sostuvieron en cada caída, en cada duda y en cada momento en que el miedo nos paralizaba. Estuvieron también incluso en momentos en los que les tocaba descansar. Porque el dolor y el sufrimiento no entienden de horarios, porque una crisis respiratoria no espera a que amanezca, porque un niño no debería morir en soledad ni con dolor por falta de atención. Porque la vida de nuestros hijos importa, hasta el último aliento.

No obstante, y a pesar de su generosidad y entrega para con nosotros, también hubo momentos en los que estuvimos solos. Momentos en los que, por ser fin de semana, no había nadie a quién acudir.

Tuvimos que tomar decisiones trascendentales sin el respaldo de un profesional a nuestro lado. Y aunque la mayoría de las veces fueron acertadas, también hubo algunas equivocadas. Esa duda nos perseguirá siempre. La culpa es una sombra que nos acompañará, incluso cuando hicimos todo con amor, incluso cuando hicimos todo lo posible e imposible.

Sin ese equipo, sin su dedicación incansable, no sé cómo habríamos soportado los últimos meses de mi hijo. No sé si él habría partido con la paz con la que lo hizo, en mis brazos, sin sufrimiento, sin miedo, agarrando la mano de su hermano mayor, escuchando su canción favorita. Y no sé cómo seguiríamos adelante, porque perder a un hijo es antinatural, devastador. Pero saber que hicimos todo por él, que no sufrió innecesariamente, que tuvo una vida corta pero llena de amor y cuidados, nos da fuerzas para seguir luchando.

Por eso hoy alzo la voz. Porque sé que hay más niños como el mío (de hecho, todavía tengo otro con la misma enfermedad). Sé que hay más familias que, en este mismo instante, están lidiando con el mismo miedo, con la misma angustia, con la misma necesidad de apoyo. Y porque sé que los cuidados paliativos pediátricos y los equipos de atención 24 horas, los siete días de la semana, son un derecho, no un privilegio. Nuestros hijos no pueden esperar. Su tiempo es escaso, y su bienestar no puede depender de la burocracia o de la falta de recursos.

A quienes tienen el poder de decidir, a quienes redactan las leyes, les pido que miren más allá de los números, más allá de los presupuestos. Que miren los rostros de estos niños, de estas familias. Que escuchen nuestras historias. Que no permitan que el abandono sea una opción. Porque el amor incondicional que sentimos por nuestros hijos nos hace capaces de todo, pero no podemos hacerlo solos. Y no deberíamos hacerlo solos».

TESTIMONIO 2⁵⁰

«Hola a todos.

Estoy en Cádiz, estoy con Imma la madre de Sara.

Entrevistador: *Hola Imma, muy buenas. Lo primero que quería hacer Imma es darte las gracias a ti y a tu marido, y a José Antonio por permitirme entrar en vuestra casa, conocer a vuestra hija Sara, que tenía muchísimas ganas de conocer a la séptima protagonista del reto pichón y como sabéis, ayer estuve corriendo el triatlón aquí de Cádiz por ella, todo el esfuerzo por ella. Te quería pedir que se lo hagas llegar porque bueno, con toda la ilusión del mundo, corrimos ayer como te digo y su dorsal.*

Madre: *Muchas gracias a vosotros.*

E: *No, no, a vosotros y bueno quería aprovechar para preguntarte qué le pasa a Sara.*

M: *Pues mira Sara, nosotros pensamos que Sara iba a ser una niña sana, pero cuando nació en el quirófano le detectaron una opacidad corneal y ahí ya vieron los médicos que algo, por lo menos tema visual, no iba bien y le hicieron todo tipo de pruebas durante 15 días y bueno, su principal problema es que le detectaron una malformación cerebral. Y eso claro le ha ido condicionando su día a día y sufre de epilepsia, es totalmente dependiente para todo absolutamente. Tiene hipa muscular no se sostiene para nada, los movimientos son espontáneos y luego sufrió también de una hidrocefalia que la tuvieron que operar con 4 meses y una válvula de derivación.*

E: *El botón gástrico, ¿no?*

M: *Claro después de tanto tiempo con todas las epilepsias que ha ido sufriendo pues neurológicamente se ha ido deteriorando no tiene la capacidad para tragar ni deglutir. Al final para evitar riesgos de aspiraciones y tener tan, o sea acortar un poco las bronquitis y las neumonías que teníamos y bueno tiene muchos problemas, la verdad el día a día es un poco...*

E: *Eso te iba a preguntar Imma porque, ¿cómo es vuestro día a día? es decir tenéis que estar tanto José Antonio como tú las 24 horas con ella ¿no?, ¿cómo os organizáis?*

M: *Sí, pues tenemos que estar siempre uno de los dos porque somos quienes mejor conocemos, sabemos sacarla de situaciones de crisis que tienen muchísimas crisis respiratorias fundamentalmente y epiléptica y siempre tiene que estar uno de los dos entonces, bueno, lógicamente hemos tenido que renunciar al trabajo uno de los dos y hubo un tiempo que fui yo la que me retiré, dar un paso atrás desde el punto de vista profesional y estuve un año y medio dedicándome exclusivamente a Sara y luego ya en por logística familiar y demás que decidimos que fuese José Antonio.*

E: *Qué generosidad por su parte, ¿no?*

M: *Sí, no todos los padres son capaces de renunciar; pero bueno, pensamos los dos que era lo más adecuado y él lleva ya pues 5 años, 5 años y medio retirado de su vida laboral y él está en casa pues*

⁵⁰ Entrevista realizada a la madre de una menor en cuidados paliativos pediátricos. <https://youtu.be/xSjwPYg9lil?si=uXmWS4Q31GuBsMw0>

Sara ingresó en la unidad de cuidados paliativos en 2017, justo estaba ingresada por un proceso infeccioso que tenía bastante grave y además agravado con gripe A, y bueno en ese momento que estaba la cosa muy muy delicada. El médico que la atendía en la unidad de infecciosos consideró oportuno hablar con la unidad de cuidados paliativos pediátricos para valorar si Sara fuese atendida por la unidad y así fue y la verdad que es que personalmente me cayó un jarro de agua fría pensando que ya era el final de mi... ya estaba muriéndose paliativo muerte es inevitable sí, y para nada, o sea para nosotros fue el mayor regalo que nos pudieran hacer dentro de la situación que tenemos con Sara porque desde que entró todo ha sido..... el equipo profesionales se organizan distintos especialistas que tienen que atender a Sara y para nosotros ya su médico de referencia no son 24 médicos, uno paliativo, entonces bueno es la comunicación continua cualquier cosa siempre está encima hay que hacer una prueba o hacer una consulta a cualquier especialista pues siempre es a través de paliativos hacen labor de coordinación y lo que es más importante, ven al niño como un todo, es decir, porque antes iba un especialista pues se fijaba en la espalda o iba al oftalmólogo que no veía o iba al neurólogo la epilepsia pero desde que entra en paliativos lo bueno que tiene es que digamos que se relativizan los problemas de Sara y se enfoca solo en lo que verdaderamente es importante para intentar darle la mayor calidad de vida posible.

E: Imma me decías al principio de la entrevista que Sara necesita, os necesita 24 horas los 7 días de la semana y paliativos ahora mismo 5 días de lunes a viernes, hasta las 8. ¿Qué le pasa a Sara o cualquier niño o niña que sufre o que tiene que estar en paliativo un sábado un domingo o un día de semana por la noche?

M: Pues es muy complicado Juan Luis, porque la situación de Sara ahora mismo, bueno, la discapacidad que tiene y la evaluación de su enfermedad hace que ella ahora mismo esté ingresada en régimen domiciliario o sea tenemos esta alternativa o vivir en el hospital. Afortunadamente nos han facilitado todos los dispositivos y toda la atención para tenerla en casa pero como tú bien dices el servicio de cuidados paliativos pediátricos de lunes a viernes y a las 8 de la tarde termina entonces bueno esa es una lucha que tenemos los padres de la unidad de cuidados paliativos porque le estamos reclamando a Salud Andalucía pues que tenga una guardia todos los días o sea que tengamos paliativos las 24 horas del día porque yo siempre digo si mi hija estuviese hospitalizada a las 8 de la tarde no se va el médico. Yo comprendo que no puede estar una unidad al completo pero que estamos reclamando al menos un servicio de guardias telefónicas para poder llamar en caso de necesidad.

E: No sentiros solos.

M: Efectivamente

E: Y en otras comunidades ya lo tienen, ¿no? O sea que sería muy importante aquí en Andalucía que, bueno, que diesen cabida a esta necesidad, ¿no?

M: Nosotros precisamente bueno, llevamos ya mucho tiempo pero al inicio de este año en enero iniciamos una campaña en change.org si la conoces, si no cuento para que visitéis para bueno, recaudar el mayor número de firmas y apoyo para hacerle ver a la Consejería de Salud nuestra necesidad y

bueno, desde entonces estamos en contacto con ellos, nos han prometido que están reorganizando, rediseñando haciendo un plan común para toda Andalucía, y me parece muy bien, porque viendo que se hable del plan andaluz, pero yo siempre les digo que no hay que esperar a que esté el plan andaluz en marcha para que tengamos un teléfono o sea la necesidad ya la tenemos y siempre les digo que deben de ir trabajando de forma paralela. Hay cierto compromiso por parte de la Consejería, hemos mantenido reuniones con el SAS, estamos emplazados ahora en septiembre a una nueva reunión realmente la tengamos ahora en octubre.

E: *Y sobre todo tanto todas las familias que componéis, ¿eh? Recientemente eres miembro de la junta directiva no como soy dos madres, no para representar toda la familia pero como yo siempre digo, o sea todos los niños y niñas que están aquí, no pueden esperar a esto tiene que ser una cosa... marcha como tú bien dices pero que sea de forma inmediata, ¿no?*

M: *Que tú has dicho la palabra clave o sea estos niños paliativos no pueden esperar, es que lo último que tenemos es tiempo. Ellos tienen unas necesidades inmediatas y tienen una crisis y no podemos esperar a que pasen meses, un año, dos años a que esté el plan andaluz activo o sea, nosotros hemos pasado noches muy malas, y digo noches porque es que precisamente es por las tardes y por las noches, y no es mi hija, es generalizado los niños a lo largo del día se van casando, se van debilitando y suelen tener las crisis por las noches y justo es cuando más solos estamos.*

Entonces es muy importante para nosotros tener ese apoyo y esa guía porque te van orientando simplemente mientras llega la ambulancia.

E: *Imma, darte nuevamente las gracias, por favor a tu marido, ha sido muy emocionante, y mirad como siempre digo, los protagonistas son todos estos niños y niñas. Pero para mí la verdadera razón de todo este esfuerzo son estos padres porque dedican 24 horas al día 7 días a la semana, muchas veces renunciando a mucha parte de su vida para poder cuidar a sus hijos. Y como sabéis este año estamos colaborando con el reto Pichón con la ONG SiSUU, asociación andaluza de cuidados paliativos pediátricos, todas las donaciones se canalizan a través de la plataforma, mi grano de arena, cualquier aportación por pequeña que os parezca podemos entre todos poder ponerles un granito de arena y ayudarlos humildemente en un proyecto al que hemos denominado aire para darle respiro. Adiós».*

Los siguientes protagonistas son el conjunto de profesionales de las diferentes especialidades que trabajan con los niños en cuidados paliativos pediátricos. Son quienes más de cerca conocen esta realidad, por lo que sus criterios y opiniones resultan cruciales para analizar este importante servicio, sus bondades, carencias, retos y necesidades. Este conocimiento nos permite tomar en alta consideración todas aquellas propuestas de mejora que estos profesionales nos puedan sugerir o formular.

Sobre la base de este planteamiento, otra de las técnicas utilizadas en la elaboración del presente trabajo ha consistido en mantener diversas entrevistas con los profesionales de algunas unidades de cuidados paliativos a quienes se les ha ofrecido la posibilidad de que, con absoluta libertad, nos trasladaran todo aquello que pudiera ayudarnos a conocer los servicios de cuidados paliativos pediátricos, así como

sus principales problemas y, como no, que nos hicieran partícipes de aquellas sugerencias que, en su criterio, pudieran contribuir a mejorar este trascendental servicio para muchos niños y sus familias.

Por supuesto, al hilo de estos encuentros manifestamos nuestro compromiso de absoluta confidencialidad con todas las personas que desinteresadamente colaboraron en esta labor, lo que significa que en nuestro relato se ha omitido cualquier referencia que pueda desvelar datos sobre la identidad de estos profesionales o del centro hospitalario donde prestan sus servicios.

TESTIMONIO 3

«Afrontar la enfermedad paliativa pediátrica y todas las variables implicadas puede suponer un gran reto, tanto para el niño o adolescente enfermo como para su familia, y es común que en alguna fase del proceso vean rebasadas sus propias capacidades para hacer frente a la situación, lo que puede incrementar su percepción de sufrimiento.

Las personas varían sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la intensidad de su respuesta emocional y de su habilidad para regularla, de las oportunidades de resolución de problemas en cada situación, y de los cambios en la situación persona entorno a medida que se desenvuelve la situación.

Contar en los equipos de paliativos pediátricos con profesionales que sepan acompañar al niño y su familia en las diferentes emociones que vayan surgiendo durante el proceso, que les ayuden a identificarlas y gestionarlas adecuadamente puede ayudar a reducir la experiencia subjetiva de sufrimiento de todos los miembros implicados al reducir la sensación de impotencia del individuo ante la amenaza percibida. Será necesario atender de forma continua y simultánea a las competencias afectivas que los diferentes miembros de la familia presentan en la interacción con la enfermedad, a las condiciones internas que pueden interferir en dichas competencias y a las variables del contexto con el objetivo de anticipar situaciones conflictivas, mitigar las propias sensaciones de ansiedad e impotencia en el personal sanitario y ayudar a ofrecer el soporte necesario tanto del niño como de la familia, en un momento de gran vulnerabilidad vital.

Es habitual, que en un contexto de enfermedad paliativa pediátrica, vayan surgiendo diferentes emociones que, en la mayoría de casos, cumplen la función de ayudar a que el niño o adolescente y su familia generen recursos para poder adaptarse de forma adecuada a cada etapa del proceso. Será útil, no obstante, que todos los miembros del equipo que atiendan a la familia, sepan valorar cuándo la expresión emocional es sana y cumple a un principio de adaptación y cuándo su naturaleza, intensidad o forma de expresión está incrementando el sufrimiento y dificultando la adaptación de la familia al proceso que están atravesando. Un abordaje adecuado de las emociones de forma anticipada por parte del equipo, puede prevenir que estas acaben derivando en un trastorno que dificulte en gran medida el proceso, tanto al niño enfermo como a toda su familia y a los profesionales que los atienden.

Pero las familias y los pacientes tienen muchas necesidades que no se cubren por falta de recursos de intervención psicológica. En Andalucía solo hay un psicólogo clínico adscrito al Servicio Andaluz de Salud que desarrolle su labor en una unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos».

TESTIMONIO 4

«Lo primero agradecer el interés y la dedicación de todas las personas con diferentes responsabilidades políticas que me consta se están esforzando en el momento actual en mejorar la atención paliativa pediátrica en Andalucía.

Me han solicitado testimonio personal como pediatra de recursos avanzados de cuidados paliativos acerca de los problemas y necesidades más importantes que enfrentan las familias y los equipos que atendemos a estos pacientes.

Los niños/as que necesitan atención paliativa y sus familias se enfrentan a diario y durante años en muchas ocasiones, múltiples y variados problemas y necesidades, no solo a nivel sanitario, sino también social, escolar, de inclusión y ocio, psicológico y espiritual.

Viven desde el inicio de la enfermedad un camino de retos y desafíos, ya que deben adaptarse y sobreponerse no solo a la gravedad de la situación clínica, al pronóstico asociado al diagnóstico, o incluso a la incertidumbre de no tener diagnóstico a pesar de la certeza de que su hijo/a evoluciona a peor, sino también adquirir habilidades y conocimientos propios de profesionales sanitarios y mantener al mismo tiempo su competencia como padres.

Los equipos de cuidados paliativos pediátricos somos ese soporte que las familias necesitan desde el diagnóstico, a lo largo de la evolución de la enfermedad, durante el proceso de una o varias descompensaciones graves en las que asoma la muerte, y finalmente cuando ésta se presenta de forma más o menos esperada. No acaba ahí nuestro acompañamiento, también estamos en el duelo y readaptación posterior. El centro de nuestra atención es el niño/a o adolescente y sus padres, pero tampoco acaba ahí, ya que también acompañamos a hermanos, abuelos, amigos y compañeros de colegio, y resto de familia. A veces incluso somos soporte de los profesionales con los que hacemos una atención compartida.

Entre todos tejemos una red asistencial y de apoyo que, aunque no elimine el dolor, aporte paz, serenidad, coraje y esperanza en medio de una de las peores situaciones posibles para cualquier persona, que es la pérdida de un hijo/a.

Estas familias, cuando el niño/a está en momentos de mayor dificultad, necesitan el apoyo continuado y cercano de profesionales que conozcan bien a su hijo/a, sus peculiaridades clínicas y necesidades, y las habilidades de afrontamiento y el momento de capacitación o sobrecarga en el que se encuentra esa familia.

Para esta atención paliativa pediátrica de calidad se necesita aumentar los recursos de pediatría, enfermería y psicología en cada provincia, con un mínimo de 2 equipos por cada provincia y aumentar recursos en provincias más pobladas en función de la población atendida.

Las descompensaciones graves que pueden llevar a la muerte o la situación final de vida hay veces que surgen de forma más previsible, y otras de forma más inesperada. En esos momentos es cuando más necesaria es la asistencia especializada y personalizada. Por esta razón también es necesario aumentar los recursos mencionados previamente, para que seamos capaces de atender estas situaciones fuera de horario laboral como guardias localizadas.

Estas familias atienden de forma continuada a sus hijos/as en el domicilio sin descanso, realizando cuidados especializados, de forma que aquellos pacientes en situación más avanzada y compleja los

consideramos como hospitalización domiciliaria. A estas familias les surgen dudas y necesidades fuera de horario laboral, para lo que sería útil al menos una atención telefónica especializada en cuidados paliativos pediátricos, que garantizara una atención 24/7.

Por esta misma razón, estas familias necesitan más ayudas sociales y cuidados de respiro especializados adaptados a sus necesidades, que pueden ser centros de día, centros de atención intermedia y centros residenciales.

Para mejorar la calidad de vida de estos niños/as se necesita una buena red social y de soporte, incluidos amigos, vecinos y voluntarios, y profesionales especializados en terapias necesarias en el domicilio como fisioterapia motora y respiratoria, logopedia, terapia ocupacional o musicoterapia, entre otras, que claramente determinan una mejor calidad de vida para estos menores.

En fases iniciales de la enfermedad y en momentos de mayor estabilidad clínica, estos niños/as y adolescentes necesitan integrarse con iguales en los centros educativos, con los recursos específicos y las adaptaciones adecuadas, y disfrutar de momentos de ocio como cualquier menor, para lo que resulta fundamental implicar a la comunidad y a la sociedad en general, para llegar a una verdadera inclusión. Algo tan simple como disponer de un baño adaptado que les permita cambiar el pañal de sus hijos/as en un centro comercial o parques inclusivos que les permitan disfrutar de un columpio para silla de ruedas.

Quiero terminar con unas palabras acerca del autocuidado de los profesionales que nos dedicamos a esto, como cuidarnos para cuidar mejor; es cierto que es muy importante cuidarse fuera del trabajo, tener una vida llena de familia, amigos, deporte, viajes, oración, meditación..., que es como estas familias nos enseñan a vivir más plenamente. Pero más importante aún es trabajar con los recursos suficientes para realizar una atención paliativa de calidad, que nos permita salir de trabajar con la conciencia tranquila y la satisfacción del trabajo bien hecho.

Finalmente, agradecer este espacio que nos permite visibilizar las necesidades de estas familias y como es su realidad diaria, para que, entre todos, tejamos esa red de apoyo que no solo ayuda a estos niños/as y a sus familias, sino que nos enriquece como personas y como sociedad.

Para concluir con este apartado de testimonios hemos querido escuchar las voces de otro sector que contribuye a aportar apoyo emocional, social y práctico a los niños en cuidados paliativos y a sus familias: El voluntariado. Un apoyo se desarrolla ayudando a crear entornos cálidos y amigables complementando el trabajo de los profesionales. Suele ser frecuente, además, que los voluntarios y voluntarias participen en actividades recreativas y educativas ofreciendo distracción y momentos de alegría que ayuda a aliviar el estrés tanto del niño enfermo como de su cuidador principal. Sin duda, una gran muestra de solidaridad con las personas más vulnerables.

TESTIMONIO 5

«Soy voluntario de CPP desde el inicio de la actividad del equipo del Hospital Universitario.....
..... No puedo más que decir que desde que comencé a conocer y visitar familias en sus domicilios y en el hospital mi vida vuelve a dar otro giro ante las situaciones que viven estas familias

y que eran desconocidas para mí como para el resto de la población. Una realidad que ni el mejor de los guionistas pudiera llevar a la pantalla. Matrimonios jóvenes que desde el nacimiento de su hijo/a no han vuelto a tomar un simple refresco en una terraza de un bar, un paseo por la playa cogidos de la mano, un hermano recogiendo su graduación y tener en el público a su padre o su madre porque tan solo puede ir uno. Familias completas que viven entregados en cuerpo y alma al cuidado de su hijo o hija enfermo, familias que cuando se presenta la enfermedad y existe un diagnóstico y pronóstico incurable, incierto y muchas veces letal, su entorno más cercano se vuelca con ellos y la situación. Pero la vida continua y vivimos deprisa, bajo la intensidad de atención del entono, y estas familias continúan con el cuidado de sus hijos y no solo se trata de cuidar de sus hijos, sino que se rompe la vida de uno de los dos que pierde el empleo y tiene que dejar de trabajar, hermanos que crecen a la sombra de un hermano/a con una enfermedad incurable. Y no queda aquí la cosa, viven permanentemente con la ansiedad, el miedo y el terror de que en cualquier momento su hijo/a puede fallecer. Tienen auténticas UCIs en casa y hay mamás que duermen vestidas y que no salen de sus casas por temor a que sus hijos les pase algo cuando ellas no lo estén cuidando. Las culpas las tienen atadas...

¿Sabe nadie, salvo los que nos dedicamos a esto, que desde el inicio de la atención de un equipo de CPP, cuántos ingresos hospitalarios han evitado, con lo que cada ingreso conlleva para estas familias con las patologías severas? Y un dato que no podemos obviar, el ahorro al sistema sanitario y en definitiva a la sociedad de esas camas de hospital que no se ocupan y que se dejan libres para otros pacientes.

Estas familias están muy solas y su segunda familia es precisamente el equipo de CPP y en mi caso el grupo de voluntarios. Si no fuera por el amor y la dedicación de estos profesionales de la unidad del hospital, la vida de estos niños y sus familias sería un auténtico infierno...

¿No es de justicia pedir en nombre de ellos que haya una atención 24/7, 365 días?

Desde mi pediría a todos los grupos políticos que eligieran al azar dos o tres viviendas donde viva un niño de CPP y conocieran de primera mano la realidad en la que viven.

No pido playa, piscina, parque de atracciones, etc., ni nada que se le parezca, solo la dignidad de no sentirse aislados. El equipo de profesionales de la unidad que les atiende hace mucho más de lo que le compete, están comprometidos, trabajan más de 8 horas diarias, atienden fines de semana fuera de horario laboral: por favor, atiendan la petición de más personal y que termine de una vez la inestabilidad laboral de los profesionales sanitarios de se dedican a los CPP.

La responsabilidad de la política como servicio público debe llegar a toda la ciudadanía y de manera muy especial a los más desfavorecidos, en este caso a niños/as y adolescentes que en mucho de los casos nunca le podrán decir te quiero papa, te quiero mama...».

6.7. PRINCIPALES NECESIDADES Y RETOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN ANDALUCÍA

6.7.1. UN NUEVO PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ANDALUCÍA CONTENIENDO LAS ESPECIFICIDADES Y PECULIARIDADES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Como hemos tenido ocasión de comentar, nuestra comunidad autónoma cuenta con un Plan Andaluz de cuidados paliativos cuyo ámbito temporal abarca del año 2008 al 2012. Desde entonces el mencionado documento no se ha actualizado, a pesar del tiempo transcurrido desde la finalización de su vigencia, por lo que podemos afirmar, sin mucho temor a equivocarnos, que el mismo se ha quedado obsoleto y no puede responder a las nuevas realidades, demandas y necesidades que han surgido en los últimos 13 años, de manera singular por lo que respecta a una materia tan delicada e importante para la vida de muchos niños y niñas andaluces.

Es más, tal como se afirma en el Acuerdo de 29 de diciembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe de situación sobre el Plan de Gestión para los años 2020-2022⁵¹ derivado del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos «el no disponer de un Plan actualizado da una imagen de abandono y falta de interés por todos los estamentos implicados». Este mismo Acuerdo sugería la elaboración de un nuevo Plan para los años 2020-2024; inexistente hasta el momento en que procedemos a la redacción del presente informe.

Conocemos que, a nivel nacional, existe un documento específico en la materia denominado Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención⁵² que contempla como objetivo general mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en situación avanzada y terminal y sus familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada del Sistema sanitario a sus necesidades y respetando su autonomía y valores, en la población pediátrica. Entre los objetivos específicos se encuentran definir los aspectos principales que distinguen la atención en cuidados paliativos pediátricos y analizar la situación actual de la atención paliativa pediátrica en España. El documento refleja, además, que la atención paliativa en pediatría debe ser integral, universal, especializada y continuada, esto es, 24 horas al día durante todo el año, al menos telefónica.

Recordemos que los cuidados paliativos son una forma de prestar asistencia sanitaria centrada en las personas para mejorar su calidad de vida durante el proceso de su enfermedad crónica o en la última etapa de su existencia. Ahora bien, no podemos olvidar un aspecto de suma trascendencia, y es que cuando se trata de cuidados paliativos pediátricos, la atención no se centra solamente en el niño o la niña, sin perjuicio de que ellos sean los auténticos protagonistas. Esa atención se hace extensiva a las familias.

En las referidas situaciones, el apoyo familiar es fundamental para el éxito e implementación de los cuidados. Padres, madres, hermanos y demás familiares necesitan apoyo emocional, psicológico y, a menudo, incluso financiero. El niño y la familia constituyen la unidad de atención. Los padres están profundamente involucrados como cuidadores y responsables en la toma de decisiones que afectan al menor enfermo.

⁵¹ Ver nota 19.

⁵² Ver nota 10.

Por otro lado, contemplar al niño o niña como persona en este tipo de atención supone entender la multidimensionalidad de un sujeto que tiene una identidad y una dignidad propia, pertenece a una cultura determinada, con una serie de valores familiares y propios y que está sometido a una red de vínculos humanos, materiales y espirituales.

Al hilo de esta argumentación, hemos de traer a colación un nuevo aspecto que otorga un abordaje diferenciado en este tipo de atención sanitaria respecto de la población adulta. Nos referimos al papel del niño o niña en la toma de decisiones. La normativa de diferentes ámbitos –como hemos tenido ocasión de comprobar– postula por escuchar al menor y, atendiendo a su edad, le reconoce la posibilidad de tomar decisiones en asuntos que le afectan.

Por tanto, el niño o la niña que se encuentra en cuidados paliativos, independientemente de su edad, debe ser informado con un lenguaje adecuado y adaptado a su desarrollo y necesidades, respetando también el derecho que le asiste a no ser informado si ese es su deseo.

Ocurre sin embargo que, con más frecuencia de la que sería deseable, no se respetan los derechos legales del niño, sus deseos y su participación a la hora de elegir. Es por ello que con asiduidad aparecen conflictos entre la ética, la conducta profesional y la legislación, especialmente en lo que concierne al poder de decisión de los niños respecto del tratamiento o técnicas que se les prescriba.

Asimismo hemos de analizar otro elemento diferenciador con la atención a la población adulta relativa a las etapas de desarrollo. Las personas menores de edad están en constante desarrollo físico, emocional y cognitivo, hecho que afecta a cada aspecto de sus cuidados, desde la dosis de la medicación hasta los métodos de comunicación, educación y apoyo. Nos encontramos con un proceso de variabilidad en la edad de los pacientes, puesto que la atención puede comenzar en la fase prenatal con el diagnóstico de enfermedades limitantes o de pronóstico letal, continúa en el periodo neonatal y se prolonga hasta adultos jóvenes, que por sus características clínicas (diagnóstico en la infancia, trayectoria clínica, e incluso peso o tamaño) requieren un enfoque pediátrico en su atención muy distinto al que sustenta la atención a la persona adulta.

No podemos dejar de mencionar tampoco otro factor diferencial: Las enfermedades específicas que afectan a este sector de la población. Muchas enfermedades son de carácter genérico, congénitas o de las denominadas «raras». Hablamos de una amplitud de enfermedades (neurológicas, metabólicas, cromosómicas, cardiológicas, respiratorias e infecciosas, oncológicas, complicaciones por prematuridad, trauma, entre otras).

A lo anterior, hemos de unir la disponibilidad limitada de fármacos específicos para niños: casi todos los tratamientos farmacológicos disponibles están desarrollados, formulados y autorizados para su uso en adultos y raramente están disponibles en forma de suspensión –especialmente los tratamientos para el dolor con opioides de liberación prolongada– que sean fáciles de administrar a los niños pequeños.

Otra diferencia la podemos encontrar en la duración de los cuidados como consecuencia de lo impredecible de la enfermedad. Los cuidados paliativos pediátricos pueden extenderse durante años, ya que algunos niños y niñas viven mucho tiempo con enfermedades crónicas graves. Disponemos de un área de conocimiento relativamente nueva que, en Pediatría, se ha hecho más patente por los avances tecnológicos que permiten prolongar la supervivencia de un mayor número de niños con

patologías complejas que hasta hace poco los habrían conducido a un rápido deterioro y a la muerte. Sin embargo, los programas de cuidados paliativos en pacientes de edad adulta no tienen una extensión tan prolongada por cuanto atienden, por regla general, la fase final de la enfermedad antes de fallecer.

La implicación emocional en la enfermedad se incrementa en los casos de personas menores de edad. Cuando un niño o niña se está muriendo, puede resultar extremadamente difícil para los miembros de la familia y cuidadores aceptar el fracaso del tratamiento, la irreversibilidad de la enfermedad y la muerte. Y tras el fallecimiento de un menor, es más probable que el duelo sea gravísimo, bastante prolongado en el tiempo y, a menudo, muy complicado de sobrellevar.

Hemos de hacer mención al enfoque multidisciplinar que exigen los cuidados paliativos pediátricos. Son necesarias las intervenciones de profesionales de atención primaria, de los servicios de urgencia, de los profesionales de cuidados paliativos. También se ha de contar con psicólogos que presten apoyo no solo al niño o niña enfermo, sino al resto de la familia; con trabajadores sociales; y con terapeutas, entre otros profesionales, para abordar una atención integral y especializada en los cuidados. De ahí la complejidad de las intervenciones que precisa la población atendida por estos equipos así como el gran número de profesionales que participan en la atención al estado de salud de los menores hace indispensable la coordinación para mantener una continuidad en la asistencia.

Para concluir, otro elemento a diferenciar entre la atención paliativa a pacientes adultos y menores de edad la podemos encontrar en los conflictos entre la ética, la conducta profesional y la legislación. En efecto, dado que los referentes legales son los padres o tutores del niño, no es infrecuente que se den situaciones en las que no se actúe conforme a los deseos de aquel y tampoco sea viable su participación en la toma de decisiones sobre su salud.

Las peculiaridades mencionadas son razones que exigen un tipo de cuidados paliativos diferenciados del que se beneficia la población adulta. Un menor acreedor de cuidados paliativos precisa de una atención global, integral, coordinada, con un abordaje precoz de complicaciones para aquellos niños y niñas en situación más vulnerable y frágil, con necesidades de salud complejas, independientemente de si su pronóstico de vida está comprometido a corto o medio plazo. Se trata, en definitiva, de atender al paciente menor de edad con mayores necesidades para proporcionales un adecuado bienestar y calidad de vida en cualquier momento de su enfermedad, incluso las crónicas, y no solo en situación de fase terminal.

Así las cosas, los factores y circunstancias descritas aconsejan, en nuestro criterio, que Andalucía cuente con un nuevo Plan de cuidados paliativos que recoja expresamente las especificaciones y peculiaridades de estos servicios para la infancia y adolescencia.

6.7.2. COMPLETAR LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN TODAS LAS PROVINCIAS: BUSCANDO LA EQUIDAD EN TODO EL TERRITORIO

Los cuidados paliativos, según hemos podido constatar, deben ser prestados por todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con la ayuda, cuando sea necesario, de equipos especializados que dan soporte tanto en el ámbito domiciliario como en el hospitalario. Hablamos de un abordaje holístico para estos niños y niñas de profesionales formados en distintas disciplinas (medicina, enfermería, psicología, farmacia, trabajo social, técnicos auxiliares en enfermería, entre otras).

Este modelo de «Atención Compartida» que se desarrolla en Andalucía ha sido preconizado por la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, así como el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Modelo cuya efectividad y eficiencia está avalada por numerosas evidencias científicas y técnicas.

La importancia de contar con equipos multidisciplinares en cuidados paliativos pediátricos radica en la necesidad de abordar las múltiples dimensiones del bienestar del niño enfermo así como de sus familias. Un enfoque integral que permite una atención personalizada mejora la calidad de vida ya que al trabajar juntos se puede minimizar el dolor y sufrimiento, y se optimiza el bienestar del niño y su entorno. Debemos insistir de nuevo en que el equipo no solo atiende al niño o niña sino también a la familia cuidadora. Y, por supuesto, una colaboración entre todos los profesionales que han de integrar los equipos garantiza decisiones informadas y coherentes.

Uno de los problemas de partida para hacer posible el modelo de atención descrito lo encontramos en la insuficiencia de profesionales en los equipos de cuidados paliativos actuales así como la inexistencia de los mismos en determinadas zonas del territorio andaluz.

Los datos sobre la población diana de los servicios pediátricos en Andalucía, la composición de los equipos que prestan servicios en los diferentes centros hospitalarios de las ocho provincias andaluzas, así como las necesidades de completar los profesionales que componen dichos equipos y la inexistencia de los mismos en determinados territorios han sido analizados en el epígrafe 4 de este capítulo a cuyo análisis nos remitimos.

A la ausencia de profesionales a jornada completa para determinadas especialidades hemos de sumar otro importante reto: la no cobertura de los puestos de quienes prestan servicios en las unidades de cuidados paliativos pediátricos durante las incapacidades temporales o disfrute del periodo vacacional, lo que provoca precariedad en la asistencia a los menores y sus familias.

Las disfunciones puestas de relieve tienen otra consecuencia que no podemos dejar de mencionar: la inequidad en la atención de cuidados paliativos pediátricos en determinadas zonas del territorio, de manera singular en las zonas rurales.

Mientras las inequidades en la protección de la salud son cada vez más reconocidas, la disparidad rural/urbana en el acceso a los servicios sanitarios es con frecuencia ignorada. Las regiones rurales acumulan junto a los efectos del hábitat (dispersión, tamaño poblacional), importantes desequilibrios demográficos (envejecimiento) y desventajas socioeconómicas que definen barreras para la accesibilidad.

Pues bien, la dificultad para que los habitantes de las zonas más despobladas accedan al servicio básico de salud genera una brecha de desigualdad incompatible con los principios constitucionales de equidad e igualdad en el acceso a los servicios públicos básicos. Son conocidas las dificultades en determinadas zonas de nuestro territorio para acceder a los servicios sanitarios, a lo que se une la reiterada insuficiencia de pediatras en determinadas zonas, un hecho que a fuerza de repetirse en el tiempo se ha convertido en un problema estructural.

Trasladando este escenario a los cuidados paliativos pediátricos, el panorama resulta desalentador: si ya existen problemas para la adecuada atención paliativa de los menores que viven en las zonas urbanas por las deficiencias analizadas; la situación de la población infantil que habita en determinadas zonas se complica aún más.

Ciertamente estos niños y niñas tienen difícil acceso a las prestaciones de estos servicios y han de recorrer importantes distancias para recibir los cuidados y atenciones que se prestan en los mismos. Y es esta una de las razones por las que los niños y niñas que viven alejados de las ciudades suelen estar una gran parte de su tiempo hospitalizados, viéndose vulnerado su derecho a optar por el domicilio familiar como lugar donde recibir asistencia médica, social y psicológica y vivir junto a sus seres queridos durante el transcurso de su enfermedad o al final de su existencia.

Por todo lo cual, se hace necesario luchar contra la inequidad que sufren muchos niños y niñas en la atención que reciben por el solo hecho de residir en determinadas zonas de Andalucía. Esta lucha se ha de abordar comenzando por el incremento de equipos de cuidados paliativos pediátricos, cubriendo todas las especialidades, en determinadas zonas del territorio andaluz y con la implementación de dichos equipos en los centros hospitalarios que no dispongan de los mismos.

Hemos de hacer una precisión añadida. Las necesidades de personal descritas, en nuestro criterio, tomando como referencia el elevado volumen de personal sanitario y no sanitario que presta servicios en el Sistema sanitario público de Andalucía, se nos antoja francamente abordable teniendo en cuenta la importancia, trascendencia y sensibilidad de los servicios que se prestan.

6.7.3. MEJORAR LA UNIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INTERVENCIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS

El modelo de atención sanitaria del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos se basa en la atención de estas personas y sus familias, principalmente en su domicilio, atendidas por atención primaria, que es apoyada por equipos de soporte de cuidados paliativos en función del nivel de complejidad que presente, y garantizándose en todo momento la continuidad asistencial, incluida su hospitalización si fuera necesaria.

La continuidad asistencial se refiere a la capacidad de los servicios de salud para coordinarse y ofrecer una atención coherente y sin interrupciones a lo largo del tiempo, independientemente del lugar o del profesional que atienda al paciente. Este concepto es especialmente importante en casos de enfermedades crónicas o cuidados complejos, donde la coordinación entre diferentes niveles de atención es esencial para garantizar un tratamiento eficaz y adaptado a las necesidades del paciente.

En el caso de los cuidados paliativos pediátricos, la continuidad asistencial significa garantizar que el niño recibe junto con su familia una atención integral y coordinada a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, independientemente del lugar (hospital, domicilio, centros de día) o del profesional que brinde los cuidados. Para esta compleja labor los diferentes niveles asistenciales (primaria, hospitalaria, unidades de cuidados paliativos) deben trabajar conjuntamente, compartiendo información clave sobre el menor, respetando sus deseos y necesidades, y asegurando que no haya interrupciones en el cuidado, especialmente en momentos críticos.

Hemos tenido la oportunidad de analizar los recursos que nuestra comunidad autónoma pone a disposición de las personas menores de edad acreedores de cuidados paliativos pediátricos y sus familias: hablamos de pediatras; recursos avanzados constituidos por unidades de cuidados paliativos, equipos de soporte y equipo de cuidados paliativos pediátricos; y recursos de atención urgente.

Los niveles asistenciales exigen una delicada, rigurosa e intensa labor de coordinación. Citemos algunos ejemplos: en la atención domiciliaria, los equipos deben coordinarse para garantizar que el paciente tenga acceso a tratamientos y apoyo emocional en casa. Durante transiciones, como de un hospital a la atención domiciliaria, es fundamental que haya un plan claro para evitar confusiones o duplicación de servicios. A la familia, se le debe involucrar en la toma de decisiones y proveerles soporte continuo, lo que no solo asegura mejor calidad de vida para el paciente, sino que también reduce la carga emocional y logística para la familia.

Pues bien, la coordinación en los procesos asistenciales para menores en cuidados paliativos pediátricos se está haciendo depender en gran medida de la voluntariedad e implicación de los profesionales ya que Andalucía, hasta la fecha, carece de un marco organizativo común para este tipo de asistencia sanitaria.

Justo es reconocer algunas iniciativas en la materia que se han puesto en práctica en los últimos años. Nos referimos a la aplicación ya mencionada Mercurio, diseñada para que los pacientes puedan hacer llegar a los profesionales sanitarios que lo precisen, documentos e imágenes previamente solicitados, de una forma ágil y sencilla. De forma recíproca, los profesionales podrán enviar archivos de su interés a los pacientes. También traemos a colación el Cuaderno para la Continuidad de Cuidados, un instrumento que permite registrar información relevante sobre el estado de salud del paciente y su cuidado.

Sin embargo, a pesar de estas interesantes iniciativas, nuestra comunidad autónoma precisa de un concreto marco organizativo común en los cuidados paliativos pediátricos en Andalucía. Esta ausencia está generando desafíos importantes que, a la postre, perjudica a la calidad asistencial que reciben los niños y sus familias.

En este sentido, se puede llegar a producir descoordinación entre los equipos porque, sin una estructura homogénea, los equipos de atención domiciliaria, hospitalaria y comunitaria pueden operar de manera aislada, lo que dificulta la comunicación y el intercambio de información sobre los pacientes. Asimismo, la ausencia de estándares uniformes puede llevar a diferencias en la calidad y el enfoque de la atención, dependiendo de la zona o de la composición del equipo que atienda al paciente. Sin olvidar que la ausencia de coordinación puede resultar en una distribución desigual de recursos, dejando a algunos equipos sobrecargados frente a otros.

Para abordar estos problemas, consideramos que es necesario elaborar unos Protocolos estandarizados que permitan establecer unos criterios definidos de coordinación entre todos los niveles de atención que permitan la continuidad asistencial de los pacientes en cuidados paliativos pediátricos.

6.7.4. MEJORANDO LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: PROMOVER LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y AMPLIAR EL SERVICIO 24 HORAS AL DÍA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

La atención en el ámbito domiciliario al menor en cuidados paliativos pediátricos supone un impacto positivo en su calidad de vida ya que reduce la sensación de miedo, aislamiento y desamparo. Ofrece importantes oportunidades de comunicación y socialización. Además, otros miembros de la familia pueden compartir responsabilidades en los cuidados. Bondades han quedado puestas de manifiesto en los diferentes testimonios de madres aportados en el estudio que ofrecemos.

El documento Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención señala que, «siempre que sea posible, se debe garantizar una asistencia paliativa pediátrica en el

propio hogar, las 24 horas del día, por ser el lugar de los cuidados que con más frecuencia prefieren el niño, niña o adolescente y su familia». Añade dicho documento que los pacientes y sus familias deben tener la posibilidad de cambiar de lugar de cuidado en todo momento, siendo necesaria una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que atienden al paciente. Por tanto, la asistencia debe prestarse donde el niño y la familia decidan permanecer siempre que existan los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Sin embargo, es fácilmente imaginable los retos a los que se enfrenta la familia cuando se decide que los cuidados paliativos se presten en el domicilio: se lleva a efecto una hospitalización domiciliaria a cargo de sus padres, por lo que los contextos en los que han de vivir los menores afectados y sus familiares dentro del domicilio se presentan altamente delicados y complicados. Por regla general, el niño o niña está obligado a aportar dispositivos, en muchos casos están polimedificados, con una gran complejidad de manejo y posibles complicaciones.

Además, la alerta de atención a estos niños en sus domicilios supone una cadena de decisiones: rapidez de atención, tipo de tratamiento, vías de administración, tipo de soporte, derivación al hospital o no, con las variables de deseo de la familia, valoración de sobrecarga, fase de la enfermedad, complicación derivada o no de su enfermedad de base, y así hasta un largo etcétera.

Con mucha frecuencia, la complejidad y gravedad de los síntomas que presentan estos niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos va a ocasionar avisos a servicios de emergencia, consultas en urgencias, traslados urgentes, ingresos en los hospitales y posiblemente en las unidades de cuidados intensivos.

Buena parte de estas derivaciones podrían evitarse con la atención especializada del equipo de cuidados paliativos pediátricos durante las 24 horas al día y durante todos los días de la semana.

Es evidente que los padres necesitan del asesoramiento continuo de profesionales especializados cuando el menor se encuentra en su casa. En los testimonios recogidos de familiares en el apartado anterior han quedado perfectamente plasmadas las inquietudes de aquellas cuando los fines de semana o a partir de las 8 de la tarde no cuentan con el apoyo de los profesionales de cuidados paliativos.

En la actualidad, y tras muchos esfuerzos y solicitudes desde distintos ámbitos, como hemos señalado, tras la Resolución de 8 de abril de 2025, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba el modelo de Organización Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud se contempla la atención los 365 días al año las 24 horas al día para las personas menores de edad afectadas por cáncer, no así para el resto de enfermos no oncológicos. Para ellos y ellas las vicisitudes que se produzcan en el desarrollo de sus patologías o en el desenlace final, a partir de determinada hora de la tarde de lunes a viernes y durante los fines de semana, suelen ser atendidos por los servicios de urgencias.

Conocemos de la buena voluntad de algunos y algunas profesionales que con carácter altruista facilitan sus números de contactos privados a las familias para, ante situaciones de crisis, y con carácter previo a trasladar al menor a los servicios de urgencia, puedan hablar con aquellos y solicitar su asesoramiento clínico. Sin perjuicio de que estos comportamientos merezcan toda nuestra aprobación, reconocimiento y gratitud, no podemos dejar que un servicio de tanta importancia y envergadura se haga depender de la buena voluntad de los profesionales.

Ahondando en este asunto, interesa recordar que, en febrero de 2024, se presentó ante el Parlamento de Andalucía una proposición no de Ley relativa a Cuidados Paliativos Pediátricos⁵³ en la que se insta al Consejo de Gobierno a «ampliar el horario de atención, garantizando la asistencia 24/7, en situación final de vida y reagudización grave de los niños y adolescentes subsidiarios de cuidados paliativos».

Por otro lado, como hemos venido señalando, uno de los objetivos de los cuidados paliativos, tanto de adultos como pediátricos, es que el final de la vida de la persona enferma se realice en el lugar elegido por el paciente, acompañado de su familia y procurando el mayor confort. En un elevado porcentaje de los casos, el lugar elegido es el domicilio familiar pero esta voluntad solo se podrá llevar a cabo si se dispone de equipos profesionales que garanticen que la atención dispensada, su intensidad y marco temporal será la misma independientemente del lugar escogido.

Según los datos contenidos en el Informe de Evaluación del documento Cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención, Andalucía es una de las regiones con cifras más altas de mortalidad por causas susceptibles de cuidados paliativos pediátricos: 14,00 por cada 100.000 habitantes. Pues bien, el porcentaje de los niños que fallecen en sus domicilios es muy bajo, a pesar de que, como se ha señalado, sería el lugar elegido preferentemente por los propios niños y sus familias. Unos porcentajes que son similares al resto del territorio español: solo el 13% de los menores susceptibles de cuidados paliativos fallecen en su hogar.

Estas cifras han de llevar a la reflexión sobre la necesidad de seguir trabajando y potenciar los medios materiales y humanos necesarios para ofrecer al niño enfermo y a su familia la posibilidad de garantizar la atención sanitaria en su domicilio y que el momento del desenlace final sea en dicho lugar.

6.7.5. POTENCIAR LAS AYUDAS Y APOYOS A LAS FAMILIAS DE MENORES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Cuidar de un niño o niña con enfermedad crónica y un pronóstico de vida incierto pero presumiblemente prolongado, además de conllevar una carga económica, implica, como es fácilmente imaginable, un importante desgaste personal. Cuando un niño está gravemente enfermo, cada integrante de la familia, padres, hermanos abuelos, etc., ven afectadas sus vidas cotidianas de un modo u otro. Por eso, es importante que la unidad familiar reciba todo el apoyo y la atención que necesitan en estos momentos inciertos y difíciles.

A pesar de la implicación de todos los miembros de la familia, siempre existe una persona que adquiere un rol de cuidadora para con el niño o niña enfermo en cuidados paliativos. En muchos casos, la persona cuidadora tiene que abandonar la vida laboral, renunciar a las aspiraciones profesionales, y sacrificar cualquier atisbo de vida social y de descanso. Una tarea que recae de forma predominante en las madres.

Las familias no estarían recibiendo de las administraciones públicas los apoyos suficientes para el desempeño de su rol de cuidadores. Es cierto que las políticas de conciliación han beneficiado a quienes tienen a su cargo a familiares afectados por enfermedades terminales, al posibilitar, por ejemplo, la ampliación de los permisos laborales para cuidado de pacientes hospitalizados o enfermos

⁵³ Ver nota 20.

o, incluso, se les reconoce el derecho a excedencia para el cuidado. No obstante, estos avances son una respuesta todavía insuficiente para satisfacer las necesidades reales de aquellas personas que han de cuidar del niño o niña en proceso de muerte, que puede permanecer en esta situación durante periodos muy prolongados de tiempo y que, en muchos casos, no permanece hospitalizado sino atendido en su domicilio.

Tampoco las políticas de atención a la dependencia ofrecen una respuesta adecuada. Prestaciones como la ayuda a domicilio son innegablemente una ayuda fundamental para esa mayoría de personas cuidadoras que atienden en sus domicilios las necesidades de sus hijos en proceso de muerte, pero sus limitaciones en cuanto al número máximo de horas de la prestación o respecto a las tareas a realizar por los profesionales, limitan la capacidad de ayuda que se precisa en unas situaciones tan sumamente delicadas y complejas.

A lo anterior debemos unir las demoras en el reconocimiento de las prestaciones por dependencia, las cuales no permiten solucionar las necesidades de atención continuada y especializada que demandan estos enfermos. Los arduos y nada ágiles trámites para el acceso a las mencionadas prestaciones resultan incompatibles para pacientes que se encuentran en estado terminal, y ello porque, con frecuencia, la dilación en la tramitación de los expedientes excede del tiempo de vida del niño o niña. En otras ocasiones, la enfermedad se ha agravado sensiblemente desde el inicio de la petición de la dependencia, siendo necesaria una revisión de las circunstancias que motivan el reconocimiento inicial, por lo que se requiere de una nueva valoración; y vuelta a empezar.

Por otro lado, el niño o niña, atendiendo a la evolución de su enfermedad, puede estar hospitalizado por un periodo de tiempo prolongado. No es infrecuente tampoco que el domicilio familiar se encuentre alejado del centro hospitalario, sobre todo cuando la unidad familiar habita en una zona rural. Padres y madres desean estar permanentemente juntos a sus hijos pero también necesitan descansar para poder continuar con su ardua tarea de cuidados y acompañamiento. La lejanía y el elevado tiempo que invierten en los traslados les resulta un tiempo que prefieren dedicar a sus hijos enfermos.

Nos enfrentamos a casos muy frecuentes que han de abordarse con ayudas de carácter residencial. De lo que se trata es que estas personas dispongan de un lugar próximo al centro hospitalario donde poder asearse o descansar por un breve espacio de tiempo. Lamentablemente los recursos por los que abogamos son bastantes escasos.

El descanso de la persona cuidadora y de la familia es fundamental para que puedan seguir desarrollando sus funciones. El necesario descanso ha sido reconocido oficialmente en distintos documentos. Recordemos que el Informe de Evaluación del documento Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud Atención, elaborado en el año 2022, recomienda a las comunidades autónomas desarrollar programas para facilitar periodos de respiro al cuidador y/o cuidadora en centros de día, programas de respiro domiciliario o centros de cuidados.

No es de extrañar, por tanto, que ante el panorama descrito muchas familias se encuentren desbordadas y agotadas física y psíquicamente, especialmente las personas cuidadoras. Mujeres que necesitan cuidarse para poder continuar desempeñando su rol. Ello pasa, entre otras medidas, por obtener atención y apoyo psicológico, cuidar de su salud, y poder disponer de algunos momentos de descanso.

Llegados a este punto, no podemos olvidar las ayudas al duelo tras el fallecimiento del niño o la niña. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5.ª edición, incluye el duelo y la reacción ante la muerte de una persona querida como problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

El duelo se define como el proceso por el que pasa una persona ante una pérdida, y las alteraciones que presente van a depender de la dependencia con el ser querido, las circunstancias de la muerte, entre otros. El duelo es un proceso normal que cumple una función adaptativa, que en principio no requiere intervenciones específicas si la persona cuenta con los recursos necesarios.

Pero es más; en el caso que abordamos –cuidados paliativos pediátricos– las familias se encuentran inmersas en lo que podíamos denominar un duelo anticipado, que se comienza a gestar antes del propio fallecimiento del niño. Desde el mismo instante en que se diagnostica la enfermedad incurable, se inicia un periodo de tristeza, incertidumbre, ansiedad, angustia e incluso rabia por la impotencia de no poder hacer nada para sanar a sus hijos. Es, por tanto, desde el mismo momento del diagnóstico cuando ha de comenzar un apoyo más que el puramente médico; se trata de un acompañamiento social y psicológico.

La muerte de un ser querido está considerada como uno de los acontecimientos vitales más estresantes y, en concreto, la pérdida de un hijo o hija es la pérdida más traumática y desgarradora que pueden sufrir los padres. El fallecimiento de un hijo o hija tiene profundas consecuencias emocionales, psicológicas y sociales para las familias. Este proceso, con frecuencia, acarrea un duelo complejo, marcado por sentimientos de pérdida, culpa, tristeza, vacío. Además, es frecuente que queden afectadas las dinámicas familiares, las relaciones entre sus miembros, y la salud mental de padres y hermanos.

Es en estos momentos cuando se requiere de mayor apoyo para superar la muerte y la difícil adaptación a una vida sin su ser más querido; sin el niño o niña al que han dedicado en cuerpo y alma una gran parte de su vida. En este triste y desolador escenario, los profesionales de la psicología y trabajo social son recursos de máxima importancia para ayudar a las familias a seguir con sus vidas; a seguir viviendo.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha recomendado algunas actuaciones para desarrollar por los profesionales de cuidados paliativos después del fallecimiento y para ayudar en el duelo: envío de cartas de condolencia y material de autoayuda a la semana del fallecimiento; llamada telefónica dos semanas después del fallecimiento para ofrecer apoyo; realización de una primera visita domiciliaria tras el fallecimiento, en aquellos casos en los que se considere oportuno; contacto con tutores escolares de los hermanos para detectar posibles necesidades; y terapia grupal.

Es importante, por tanto, disponer de recursos no solo para ayudar a la familia para afrontar la vida diaria con un hijo o hija con una enfermedad grave, amenazante para la vida, sino también para atender al duelo de las familias una vez pierden al hijo/a. El seguimiento del duelo lo realiza el psicólogo de la unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos y hay otros recursos para tratar el duelo en grupos: los grupos de apoyo y atención al duelo para familiares que han perdido un hijo por una enfermedad graves (SISU-Asociación andaluza de cuidados Paliativos Pediátricos, Alma y Vida, Asociación Diana...). A pesar de estas loables iniciativas, lo cierto es que son necesarios más recursos públicos para atender a estas familias.

6.7.6. INCREMENTAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y CUIDADOS A LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A MENORES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Hemos tenido la oportunidad de analizar las peculiaridades de los cuidados paliativos pediátricos frente a los prestados a la población adulta. Unas especialidades que han de ser tenidas en cuenta por todos y todas las profesionales que atienden al menor y a su familia. Ello demanda no solo unas específicas habilidades clínicas excepcionales, sino también una profunda empatía y sensibilidad para acompañar durante todo el proceso al niño o niña y a la familia.

Los cuidados paliativos para la infancia y adolescencia presentan desafíos únicos: cada niño, cada familia, cada caso, es diferente. Y a ello se deben adaptar los profesionales para dar cobertura no solo a las necesidades físicas del paciente sino también para atender su bienestar emocional, social y espiritual.

Para el desempeño de estas singulares tareas la formación especializada se convierte en un recurso no solo necesario y conveniente sino indispensable. Una formación que va a permitir a los profesionales manejar la complejidad derivada de estos casos clínicos, comunicarse con sensibilidad y tacto en momentos difíciles para ofrecer un apoyo integral a la familia.

Una formación sólida, continuada y especializada representa una herramienta poderosa para que los profesionales desarrollen sus cometidos con excelencia, compasión y dignidad.

Más allá del conocimiento técnico, la formación para los profesionales de cuidados paliativos pediátricos debe abarcar aspectos de resiliencia y preparación emocional de las familias, en especial de la persona cuidadora.

Es necesario reconocer la importancia de este aspecto. Formar a los profesionales es invertir en la calidad de vida de los niños y niñas en cuidados paliativos, en el apoyo a las familias y, además, en el bienestar de los propios profesionales.

Por otro lado, como se hemos reiterado en diversas ocasiones, el abordaje de la atención a los niños y niñas se basa en el modelo de «Atención compartida» que se centra en la colaboración entre diferentes profesionales para garantizar una atención integral. Es por ello que la formación por la que abogamos ha de abarcar a todos los profesionales que intervienen en los distintos niveles, adaptando aquella a las funciones y cometidos que desempeñan cada profesional.

En otro orden de cosas, hemos de incidir en la conveniencia de que para las personas residentes en pediatría se incluya una rotación obligatoria en cuidados paliativos pediátricos. Desde luego las ventajas son innegables y están relacionadas con aquellas que hemos analizado para el resto de profesionales: permite una atención integral al paciente y apoya a la familia; se adquiere competencia profesional para abordar situaciones complejas y desafiantes; y, además, la experiencia en rotar por el servicio de cuidados paliativos pediátricos ayudará al residente a tomar decisiones informadas y respetuosas en beneficio de paciente y su familia.

Con independencia de los procesos de formación que deben realizar todos los profesionales que dedican su actividad a cuidados paliativos, no podemos olvidar que, desde distintas disciplinas y áreas, su tarea principal es aliviar el sufrimiento del niño o niña y su familia, enfrentándose diariamente a desafíos emocionales, físicos y éticos difíciles de imaginar. Su trabajo no solo transforma vidas, sino que también nos enseña el verdadero significado de la compasión y la humanidad.

Sin embargo, la exposición permanente y continuada al sufrimiento así como la importante carga emocional e implicación con el paciente y sus familias pueden desembocar en el síndrome del cuidador quemado, o 'Burnout'; uno de los mayores riesgos a los que se enfrentan estos profesionales.

Para evitar este problema y que los profesionales puedan continuar con su labor sin sucumbir al agotamiento, es esencial proporcionarles un entorno de trabajo que priorice su bienestar. Esto puede incluir apoyo psicológico; acceso a terapia y grupos de apoyo para procesar las emociones que surgen en su trabajo diario; formación continua; programas de capacitación que les permitan desarrollar habilidades de afrontamiento y resiliencia; garantizar que cuenten con equipos, personal y tiempo suficiente para realizar su labor de manera efectiva; y también, reconocimiento y valoración mediante la creación de una cultura que valore y celebre su trabajo, recordándoles que no están solos en la importante y trascendental labor que desarrollan con la infancia más vulnerable y sus familias.

6.7.7. MEJORAR LA ATENCIÓN EDUCATIVA A NIÑOS Y NIÑAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

La educación es imprescindible para el crecimiento y empoderamiento de los niños y niñas que se encuentran en cuidados paliativos pediátricos, para mejorar sus vidas y para participar plenamente en la sociedad, dando continuidad a su proceso educativo y convivencial aun a pesar de los condicionantes graves de su salud.

Preservar los derechos de la infancia durante la hospitalización o convalecencia en sus hogares familiares implica que la educación desempeñe un papel fundamental en la vida diaria de los pacientes pediátricos, contribuyendo al desarrollo integral de su personalidad y garantizando una formación similar a la de sus coetáneos. Para lograr este objetivo, además de enfocarse en los contenidos curriculares, es necesario implementar iniciativas y procesos educativos dirigidos a mantener las interacciones con la familia, el grupo de iguales y el centro educativo.

Hemos señalado que la Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con dos programas para la atención de estos niños y niñas: las aulas hospitalarias y la atención educativa domiciliaria.

El primer recurso juega un papel destacado en la atención integral del alumnado hospitalizado, ofreciendo mucho más que la continuidad académica: evita el desfase curricular del alumnado permitiendo que el alumno siga con su proceso de aprendizaje; fomenta el vínculo con su centro educativo de referencia asegurando una reincorporación más fluida tras el alta médica; normaliza la situación personal del alumnado; reduce el estrés que supone el ingreso hospitalario; y aumenta la autoestima del alumnado ya que permite la interacción de relaciones sociales con otros compañeros.

Una vez que el alumnado sigue su proceso educativo en casa, precisa de la atención por parte del profesorado de atención domiciliaria. Y es en este tipo de recurso donde más reclamaciones se reciben en esta Institución por la escasez del número de horas que el profesional de la docencia puede dedicar a cada niño o niña.

Las consecuencias negativas de esta limitación horaria se dejan sentir en toda la familia. Por un lado, el niño o niña enfermo ve limitada su capacidad de aprendizaje y de recibir un enfoque holístico a su tratamiento, afectando a su calidad de vida. Por otro, las familias, al comprobar la escasa presencia de

los profesionales de la educación, suelen sentirse desamparadas y sobrecargadas. Y, por último, esta situación puede acarrear para el docente o la docente estrés y desgaste profesional por la frustración de no disponer del tiempo necesario que el proceso educativo del menor enfermo requiere.

Recordemos asimismo que desde septiembre de 2023, disponemos de un instrumento, el denominado 'Protocolo conjunto de colaboración para la escolarización de niños y niñas enfermos en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos' que identifica a cada alumno o alumna y, una vez inscritos en los condicionantes fijados por el Protocolo, se dispone la elaboración de un plan individualizado de cuidados. Su objetivo se centra en facilitar un entorno de seguridad y posibilitar una escolarización adaptada, algo que es clave, ya que la escuela es un medio de normalización, participación y convivencia básico para su desarrollo, además de ser un lugar para la felicidad y la integración de las personas menores de edad.

Los datos que obtuvimos de nuestra investigación de oficio –ya comentada– son, cuando menos, desalentadores, ya que se nos informaba que el pasado curso 2023-2024 existían 15 niños integrados y en el siguiente curso se argumenta la aplicación del Protocolo a 35 niños y niñas en los centros educativos de toda Andalucía.

Ciertamente las cuantías aportadas por la Administración andaluza resultan complejas de comprender, ya que se nos antoja difícil asimilar estas cifras tomando las dimensiones del alumnado de las respectivas provincias o la disparidad de estos planes individualizados de cuidados.

El siguiente comentario que surge es una cierta imprevisión en nuestras estimaciones por el reducido número de supuestos acogidos por el Protocolo. Partimos, francamente, de una carencia de indicadores previos sobre el alcance de aplicación del Protocolo para el alumnado, sin bien la cifra de 35 casos se nos antoja abiertamente reducida para un ámbito escolar como el que ostenta el conjunto de centros educativos sostenidos con fondos públicos de la comunidad autónoma de Andalucía.

Ante semejante cifra, apenas atisbamos a señalar un periodo reciente de vigencia del nuevo Protocolo, la limitada difusión del mismo, o la oportunidad de disponer de un periodo más prolongado de implantación de este instrumento de respuestas sanitarias-educativas.

Partiendo de estas premisas, resulta necesario un impulso decidido para la implementación del mencionado Protocolo en los centros educativos de Andalucía y una evaluación continuada de sus resultados.

6.8. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Los cuidados paliativos pediátricos en Andalucía han tenido un destacado desarrollo en los últimos años fruto de la voluntad de las administraciones públicas y del propio Parlamento andaluz de mejorar el servicio.

Siendo ello así, desde esta Institución abogamos por continuar trabajando para dar un salto cuantitativo y cualitativo en la atención integral, continua y activa de los niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos y de sus familias, buscando articular una atención, que se prestará integrando profesionales y niveles, y que ha de tener como premisa fundamental llevar la atención al lugar que resulte más conveniente para el paciente menor de edad.

Somos conscientes de la complejidad y ardua tarea que conlleva dar respuestas a los retos organizativos y funcionales para ofrecer unos cuidados paliativos pediátricos de calidad y acordes

con los estandartes establecidos en distintos ámbitos. No se nos escapan tampoco las vicisitudes que pueden acontecer en este delicado proceso teniendo en cuenta la necesidad de disponer de recursos personales especializados y una financiación adecuada.

Pero de lo que se trata, y a esa meta hemos de llegar, es de seguir avanzando: Mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con enfermedades crónicas o que están en el último trance de sus vidas sea cual sea su lugar de residencia; Potenciar y mejorar las ayudas y apoyos a las familias que cuidan de estos niños y niñas; y, además, que puedan recibir la mejor atención posible por equipos multidisciplinares de profesionales que han recibido una formación específica en la materia y que están cuidados y valorados por su trabajo.

En este escenario, la Defensoría de la Infancia y Adolescencia, conforme a las competencias atribuidas en defensa y garantía de los derechos de niños y niñas, ha de exigir dichos avances. Unos progresos que son necesarios y que han quedado acreditados en este estudio basado en la normativa vigente, en las quejas presentadas por la ciudadanía y también en las diversas reuniones mantenidas con asociaciones, con profesionales de distintos ámbitos que trabajan en estos trascendentes y delicados servicios, así como con las familias.

En este apartado, por tanto, se concretan nuestras propuestas de actuación respecto de la intervención administrativa que demandamos, teniendo en cuenta los cometidos que atribuye a esta Institución el artículo 29 de la Ley 9/1983, reguladora del Defensor del Pueblo Andaluz así como los artículos 24 y 25 de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Así pues, con fundamento en lo señalado, formulamos las siguientes Resoluciones:

6.8.1. SOBRE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS QUE CONTENGA ESPECIFICIDADES Y PECULIARIDADES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Primera. Que se proceda, previo los trámites de análisis y estudio oportunos, a la elaboración y aprobación de un nuevo Plan de cuidados paliativos en Andalucía que recoja las peculiaridades y especificaciones necesarias para la atención a la infancia y adolescencia así como las mejoras y avances para incrementar la calidad asistencial y superar las carencias actuales.

Segunda. Que para la elaboración del mencionado documento se cuente con la participación de todos los agentes implicados: las personas menores de edad, siempre que sea posible; las familias; el personal sanitario y del ámbito educativo; psicólogos y trabajadores sociales; movimiento asociativo, así como cualesquiera otros profesionales que puedan tener competencias en la intervención.

6.8.2. SOBRE LA DOTACIÓN DE RECURSOS PERSONALES A LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y LA CREACIÓN DE NUEVOS EQUIPOS

Tercera. Que se impulse la dotación de personal que integran los equipos de cuidados paliativos pediátricos en las distintas provincias de Andalucía, abordando las carencias de determinados profesionales existentes en cada uno de ellos, sin perjuicio de lo establecido en la recomendación cuarta.

Cuarta. Que se proceda al análisis y estudio de las necesidades de implementar nuevos equipos de cuidados paliativos pediátricos en Andalucía que haga posible atender a la demanda y su extensión a todas las zonas del territorio, con especial incidencia en las zonas rurales, para poner término a la falta de equidad en la accesibilidad del recurso y mejorar la calidad del servicio prestado.

6.8.3. SOBRE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS QUE ATIENDEN A MENORES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Quinta. Que por la Administración sanitaria se proceda a la elaboración y aprobación de Protocolos de actuación estandarizados que establezcan criterios definidos de coordinación entre todos los distintos niveles de atención sanitaria con el propósito de permitir y mejorar la continuidad asistencial de los pacientes en cuidados paliativos pediátricos.

6.8.4. SOBRE LA AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Sexta. Que, con independencia de las medidas anteriores, por la administración sanitaria se proceda, con la mayor celeridad posible, a la ampliación del horario de atención a niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos en régimen domiciliario, cualquiera que sea su patología, durante las 24 horas al día y durante los siete días de la semana.

Séptima. Que por la administración sanitaria se dispongan de los recursos personales y materiales necesarios para promover y facilitar al menor enfermo y a sus familias la hospitalización domiciliaria, si ese es el deseo, y que, en su caso, el desenlace final se pueda producir en el mismo lugar.

6.8.5. SOBRE EL INCREMENTO DE MEDIDAS Y AYUDAS A LAS FAMILIAS DE MENORES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Octava. Que por la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad se adopten medidas de agilización de las solicitudes formuladas en relación con el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, referidas a niños y niñas en situación de cuidados paliativos pediátricos, a fin de que se contemplen como supuestos de tramitación preferente, adaptando asimismo los trámites de procedimiento a sus especiales circunstancias.

Novena. Que por la administración sanitaria se promueva formalizar acuerdos o convenios con otras administraciones, entidades sociales o sin ánimo de lucro para fomentar el servicio de atención residencial destinado a las familias con menores ingresados en unidades de cuidados paliativos pediátricos, y que permitan ofrecerles alojamiento y atención integral.

Décima. Que por la administración sanitaria se fomente el apoyo y ayuda psicológica a las familias de menores en cuidados paliativos pediátricos, con especial incidencia en la persona que ejerza el rol de cuidadora.

Decimoprimer. Que se potencie la implementación, en los centros hospitalarios donde existan unidades de cuidados paliativos pediátricos, de grupos socioeducativos de atención primaria que fomenten la salud de las familias de menores en cuidados paliativos pediátricos, en especial de las personas cuidadoras.

Decimosegunda. Que por las administraciones con competencia en la materia se estudie la posibilidad de ampliar el Programa de Respiro Familiar a las unidades familiares con hijos menores de edad que se encuentren en cuidados paliativos pediátricos, siempre que la opción sea viable desde el punto de vista sanitario y se cuente con la valoración positiva del equipo que atiende al niño o niña enfermo.

Decimotercera. Que entre las funciones de los equipos de cuidados paliativos pediátricos se potencie, facilitando los recursos necesarios por la administración sanitaria, el acompañamiento social y psicológico a las familias tras el fallecimiento del menor, orientado a superar el duelo y ayudar en los desafíos emocionales y prácticos que surgen tras la pérdida.

6.8.6. SOBRE LA FORMACIÓN Y CUIDADOS A LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN SERVICIOS PARA LAS PERSONAS MENORES DE EDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Decimocuarta. Que por la Consejería de Salud y Consumo, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se elabore un Plan de Formación integral, especializado y continuado para todos los profesiones que, desde los distintos niveles de atención sanitaria, atienden a niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos.

Decimoquinta. Que se estudie la conveniencia y posibilidad de establecer el cometido de que las personas residentes de pediatría, durante el tiempo de desempeño de sus funciones, roten necesariamente por los servicios de cuidados paliativos pediátricos.

Decimosexta. Que se estudie la conveniencia y oportunidad de establecer una formación específica en pedagogía hospitalaria en los estudios universitarios conjuntamente con una oferta de formación continua organizada por las administraciones educativas y destinadas a los docentes de las aulas hospitalarias y de atención educativa domiciliaria.

Decimoséptima. Que se promuevan medidas, programas o actividades destinadas a apoyar a los profesionales que prestan sus servicios en cuidados paliativos pediátricos, cualquiera que sea su formación, que ayuden a prevenir los problemas emocionales derivados de su delicado trabajo.

6.8.7. SOBRE LA COMPATIBILIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN

Decimooctava. Que por la Administración educativa se proceda a incrementar el tiempo que los profesionales docentes del programa de atención domiciliaria dedican semanalmente a los niños y niñas en cuidados paliativos pediátricos, tomando en consideración sus circunstancias, características y patologías.

Decimonovena. Que por la Administración sanitaria y la Administración educativa se desarrollen y potencien fórmulas de colaboración y coordinación previstas en el Protocolo para el alumnado enfermo en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos en orden a que la atención pueda llegar al mayor número posible de alumnado.

Vigésima. Que por las Administraciones implicadas se elaboren informes de seguimiento sobre la trayectoria del Protocolo para el alumnado enfermo en situación de cronicidad o en situación de cuidados paliativos y sus resultados, que aporten datos e información sobre el trabajo realizado, el análisis de objetivos y su evaluación global.

7. ANEXOS ESTADÍSTICOS

7.1. RELACIÓN DE ACTUACIONES DE OFICIO

En este epígrafe se relacionan las principales actuaciones promovidas de oficio por la Defensoría durante el año 2024 sobre asuntos relacionados con la infancia y adolescencia:

- Queja 24/0779 ante la Concejalía de Políticas Sociales del Ayuntamiento de Almería, relativa a la denuncia sobre la situación de alto riesgo de cuatro hermanas, menores de edad, de edades comprendidas entre los 17 y 4 años, residentes en Almería capital.
- Queja 24/0781 ante el Área de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Jaén, relativa a la situación de riesgo de un niño, de nueve años, que reside con el padre y su actual pareja, ambos con problemas de adicciones, en un municipio de la provincia de Jaén.
- [Queja 24/1388](#) ante Asuntos Sociales del Ayuntamiento de un municipio de Huelva Almonte, relativa a la denuncia de la negligente atención que reciben cuatro menores que residen con sus madres en el mismo domicilio de dicho municipio.
- Queja 24/2717 ante la Fiscalía Provincial de Almería y la Delegación Territorial de Justicia, Administración Local y Función Pública en Almería, relativa a la investigación por el asesinato por envenenamiento de dos menores por parte de su padre, cuando estaba pendiente un procedimiento judicial por violencia machista.
- Queja 24/3295 ante el Ayuntamiento de Málaga, relativa a la exposición en la línea de cajas de un gran establecimiento comercial de la ciudad de productos eróticos a la vista y fácil acceso de personas menores de edad.
- Queja 24/3302 ante la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Granada, sobre la decretación de la mayoría de edad de seis migrantes que se vieron obligados a abandonar el centro de protección sin ninguna comunicación del Ente Público y sin recibir ayuda social, a pesar de carecer de alojamiento y medios económicos.

- Queja 24/3303 ante el Ayuntamiento de Huelva, relativa a un niño, de dos años de edad, cuyos progenitores están separados y que estaría recibiendo un trato inadecuado por parte del padre en los períodos que convive con él.
- Queja 24/3723 ante la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad en Sevilla, relativa a la denuncia sobre presunta negligente en la atención que reciben dos menores tutelados por parte de su familia acogedora.
- Queja 24/3761 ante el Ayuntamiento de Sevilla, relativa a la infradotación de los equipos de menores de los servicios sociales comunitarios de Sevilla capital.
- Queja 24/4636 ante la Concejalía de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de un municipio de Málaga, relativa a la denuncia sobre posible de situación de riesgo de unos hermanos, menores de edad, residentes en dicho municipio.
- [Queja 24/5223](#) ante el Área de Barrios de Atención Preferente y Derechos Sociales del Ayuntamiento de Sevilla, relativa a la situación de riesgo de una niña, de dos años, como consecuencia del deficiente cuidado que recibe de sus progenitores toxicómanos.
- Queja 24/5224 ante la Concejalía de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Marbella, relativa a la situación de riesgo de un niño, de 12 años, como consecuencia del deficiente cuidado que recibe de su abuela, con quien convive en Marbella y que se encarga de atender sus necesidades.
- Queja 24/5225 ante la Concejalía de Políticas Sociales del Ayuntamiento de Almería, relativa a la situación de riesgo de una niña, de dos años de edad, cuyos padres padecen problemas de drogadicción y carencia de vivienda en condiciones de habitabilidad.
- Queja 24/5655 ante el Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Málaga, relativa a la situación de riesgo de dos menores víctimas de maltrato psicológico y físico por parte de su progenitor, con medida de alejamiento en vigor por violencia de género.
- Queja 24/5659 ante la Fiscalía Provincial de Málaga, relativa a una denuncia de prostitución de menores en un domicilio de un municipio de Málaga.
- Queja 24/5861 ante el Ayuntamiento de Granada, relativa a una denuncia sobre posible situación de riesgo de un menor de cuatro años residente en dicho municipio.
- Queja 24/6565 ante el Ayuntamiento de un municipio de la provincia de Sevilla, relativa a la comunicación de posible situación de riesgo de dos menores residentes en dicho municipio.
- Queja 24/5656 ante la Dirección General de Recursos Humanos y Función Pública, relativa a la infradotación de personal en los servicios de protección de menores y de prevención y apoyo a la familia en las distintas delegaciones territoriales de Andalucía.
- Queja 24/6566 ante el Ayuntamiento de un municipio en la provincia de Cádiz, relativa a la posible situación de riesgo y malos tratos de una menor residente en dicha localidad.

- Queja 24/6949 ante la Consejería de Justicia, Administración Local y Función Pública, relativa a la elaboración de una Informe Especial sobre el Servicio de Punto de Encuentro Familiar (PEF) en Andalucía
- Queja 24/7735 ante el Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba, relativa a la denuncia anónima de la situación de riesgo de dos hermanos que conviven con la madre y su actual pareja, quienes no le proporcionan los cuidados básicos.
- Queja 24/7736 ante el Ayuntamiento de un municipio de Almería, relativa a la denuncia del maltrato del que serían víctimas dos hermanos que conviven con su madre y su actual pareja.
- Queja 24/8505 ante los Servicios Sociales del Ayuntamiento de un municipio de la provincia de Cádiz, relativa a la denuncia sobre la posible situación de riesgo de un niño de cuatro años que vive con su padre quien vende y consume droga delante de él y tiene comportamiento agresivo.

7.2. DATOS ESTADÍSTICOS

Tabla 1. Distribución de quejas, gestionadas en el año, por materias y causas de conclusión

Áreas de Actuación	Total Quejas iniciadas en el año	Total Quejas procedentes de años anteriores	Total Quejas Gestionadas	En trámite	Concluidas	Admitidas	Solucionado antes de admisión	No admitidas	Desistimientos	Remitidas
Administración de Justicia	42	4	46	5	41	8	2	21	-	10
Consumo	34	14	48	8	40	16	6	6	12	-
Cultura y Deportes	12	5	17	3	14	7	-	5	2	-
Dependencia	48	18	66	28	38	26	2	3	7	-
Educación	790	158	948	161	787	407	35	277	48	20
Empadronamiento	9	1	10	8	2	1	-	1	-	-
Gestión a la Discapacidad	37	12	49	11	38	17	11	6	4	-
Infancia y Adolescencia	475	107	582	99	483	258	20	164	22	19
Información y Atención al Ciudadano	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Medio Ambiente	25	6	31	8	23	7	2	12	2	-
Movilidad	3	3	6	-	6	3	-	3	-	-
Obras Públicas y Expropiaciones	2	-	2	1	1	-	-	1	-	-
Ordenación Económica y Gestión Administrativa	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Áreas de Actuación	Total Quejas iniciadas en el año	Total Quejas procedentes de años anteriores	Total Quejas Gestionadas	En trámite	Concluidas	Admitidas	Solucionado antes de admisión	No admitidas	Desistimientos	Remitidas
Personal del Sector Público	5	5	10	3	7	6	-	1	-	-
Personas en Prisión	3	1	4	-	4	1	-	2	-	1
Personas Mayores	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-
Personas Migrantes	14	12	26	4	22	9	4	4	2	3
Prestaciones Sociales de Carácter Económico	14	7	21	3	18	6	1	1	3	7
Salud	63	44	107	32	75	24	4	38	8	1
Seguridad Ciudadana y Política Interior	7	1	8	1	7	3	-	4	-	-
Seguridad Social	3	-	3	-	3	-	-	-	-	3
Servicios Sociales	11	7	18	4	14	10	-	1	3	-
Tic y Medios de Comunicación	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Urbanismo	-	5	5	-	5	5	-	-	-	-
Vivienda	66	95	161	36	125	66	8	17	34	-
Vulnerabilidad por Razón de Género	-	1	1	-	1	-	-	-	1	-
Totales	1.667	506	2.173	416	1.757	880	96	569	148	64

CVE: BOPA_12_731

Tabla 2. Distribución de quejas, iniciadas en el año, por materias y causas de conclusión

Áreas de Actuación				Estado			Desglose Concluidas.			
	Inst.de parte	Oficio	Totales	En trámite	Concluidas	Admitidas	Solucionado antes de admisión	Núm. admitidas	Desistimientos	Remitidas
Administración de Justicia	42	-	42	5	37	7	2	20	-	8
Consumo	34	-	34	8	26	8	4	5	9	-
Cultura y Deportes	12	-	12	3	9	4	-	4	1	-
Dependencia	48	-	48	27	21	12	2	3	4	-
Educación	779	11	790	155	635	297	29	264	26	19
Empadronamiento	9	-	9	7	2	1	-	1	-	-
Gestión a la Discapacidad	37	-	37	11	26	8	9	5	4	-
Infancia y Adolescencia	452	23	475	92	383	175	18	159	12	19
Información y Atención al Ciudadano	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Medio Ambiente	25	-	25	6	19	4	2	11	2	-
Movilidad	3	-	3	-	3	-	-	3	-	-
Obras Públicas y Expropiaciones	2	-	2	1	1	-	-	1	-	-
Ordenación Económica y Gestión Administrativa	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Áreas de Actuación	Estado			Desglose Concluidas.						
	Inst.de parte	Oficio	Totales	En trámite	Concluidas	Admitidas	Solucionado antes de admisión	Núm. admitidas	Desistimientos	Remitidas
Personal del Sector Público	5	-	5	3	2	1	-	1	-	-
Personas en Prisión	3	-	3	-	3	-	-	2	-	1
Personas Mayores	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-
Personas Migrantes	14	-	14	3	11	3	2	2	1	3
Prestaciones Sociales de Carácter Económico	14	-	14	3	11	1	1	1	1	7
Salud	63	-	63	16	47	8	3	31	4	1
Seguridad Ciudadana y Política Interior	7	-	7	1	6	2	-	4	-	-
Seguridad Social	3	-	3	-	3	-	-	-	-	3
Servicios Sociales	11	-	11	3	8	4	-	1	3	-
Tic y Medios de Comunicación	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-
Vivienda	66	-	66	24	42	13	3	14	12	-
Totales	1.633	34	1.667	369	1.298	548	76	534	79	61

Tabla 3. Distribución de actuaciones, iniciadas en el año, por submaterias

Materia		Quejas	Consultas	Total	%
ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA		42	82	124	2,89%
AJ01	Funcionamiento Ad. de Justicia	36	39	75	60,48%
AJ02	Profesionales	3	9	12	9,68%
AJ03	Jurídico-Privadas	3	25	28	22,58%
AJ99	Otras Cuestiones. Administración de Justicia	-	9	9	7,26%
ADMINISTRACIONES TRIBUTARIAS		0	9	9	0,21%
AT01	Impuestos	-	1	1	11,11%
AT05	Procedimientos Tributarios	-	5	5	55,56%
AT99	Otras Cuestiones. Administraciones Tributarias	-	3	3	33,33%
CONSUMO		34	55	89	2,08%
CO01	Servicios Energéticos	14	12	26	29,21%
CO02	Servicios de Suministro de Agua	15	28	43	48,31%
CO03	Servicios Financieros	1	8	9	10,11%
CO04	Servicios de Telecomunicaciones	1	-	1	1,12%
CO05	Administraciones de Consumo	-	1	1	1,12%
CO07	Servicios de Transporte	1	1	2	2,25%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
CO99 Otras Cuestiones. Consumo	2	5	7	7,87%
CULTURA Y DEPORTES	12	23	35	0,82%
CD02 Promoción Cultural	1	2	3	8,57%
CD03 Deportes	9	14	23	65,71%
CD04 Promoción Deportiva	1	2	3	8,57%
CD99 Otras Cuestiones. Cultura y Deportes	1	5	6	17,14%
DEPENDENCIA	48	81	129	3,01%
DP01 Valoración	12	28	40	31,01%
DP02 Pia	34	32	66	51,16%
DP03 Prestaciones	1	12	13	10,08%
DP04 Ayudas	-	4	4	3,10%
DP05 Servicios y Centros	-	1	1	0,78%
DP07 Política, Planes y Programas	1	-	1	0,78%
DP99 Otras Cuestiones. Dependencia	-	4	4	3,10%
EDUCACIÓN	790	802	1592	37,14%
ED01 Educación Especial y Compensatoria	260	188	448	28,14%
ED02 Escolarización	60	88	148	9,30%
ED03 Edificios Escolares	68	59	127	7,98%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
ED04 Administración Educativa	100	61	161	10,11%
ED05 Alumnado	87	186	273	17,15%
ED06 Órganos de Participación	2	8	10	0,63%
ED07 Educación Infantil 0-3 Años	10	16	26	1,63%
ED08 Formación Profesional	102	46	148	9,30%
ED09 Educación Permanente	-	2	2	0,13%
ED10 Enseñanzas de Régimen Especial	11	12	23	1,44%
ED11 Enseñanza Universitaria	-	5	5	0,31%
ED99 Otras Cuestiones. Educación	90	131	221	13,88%
EMPADRONAMIENTO	9	1	10	0,23%
EM01 Empadronamiento 3.2 (R.I.N.E.)	1	-	1	10,00%
EM99 Otras Cuestiones. Empadronamiento	8	1	9	90,00%
GESTIÓN A LA DISCAPACIDAD	37	37	74	1,73%
DC01 Régimen Legal	36	34	70	94,59%
DC99 Otras Cuestiones. Gestión a la Discapacidad	1	3	4	5,41%
INFANCIA Y ADOLESCENCIA	475	819	1.294	30,19%
MN01 Menores en Situación de Riesgo	63	162	225	17,39%
MN02 Maltrato	16	40	56	4,33%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia		Quejas	Consultas	Total	%
MN03	Guarda Administrativa	-	15	15	1,16%
MN04	Desamparo y Tutela Administrativa	34	82	116	8,96%
MN05	Acogimiento	18	42	60	4,64%
MN06	Adopción	4	4	8	0,62%
MN07	Responsabilidad Penal de los Menores	38	24	62	4,79%
MN08	Menores con Necesidades Especiales	4	9	13	1,00%
MN09	Menores Extranjeros y Minorías Étnicas o Culturales	15	5	20	1,55%
MN10	Conductas Contrarias a la Convivencia Social	8	15	23	1,78%
MN11	Derechos Personales	4	17	21	1,62%
MN12	Servicios de Información y Comunicación	16	11	27	2,09%
MN13	Familia	160	280	440	34,00%
MN14	Administraciones y Entidades Colaboradoras	1	14	15	1,16%
MN15	Cultura, Ocio y Deportes	46	12	58	4,48%
MN17	Otras Áreas Temáticas	8	3	11	0,85%
MN99	Otras Cuestiones. Infancia y Adolescencia	40	84	124	9,58%
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO		1	75	76	1,77%
IA01	Información Sobre Institución	-	13	13	17,11%
IA02	Información Jurídico-Privada	-	5	5	6,58%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
IA99 Otras Cuestiones. Información y Atención al Ciudadano	1	57	58	76,32%
MEDIO AMBIENTE	25	36	61	1,42%
MA05 Vías Pecuarias	-	1	1	1,64%
MA07 Sanidad y Salubridad Ambiental	-	5	5	8,20%
MA08 Aguas	1	-	1	1,64%
MA10 Residuos Urbanos	1	1	2	3,28%
MA12 Contaminación Atmosférica	1	1	2	3,28%
MA18 Contaminación Acústica	18	27	45	73,77%
MA99 Otras Cuestiones. Medio Ambiente	4	1	5	8,20%
MOVILIDAD	3	4	7	0,16%
TT01 Tráfico	1	2	3	42,86%
TT02 Servicios de Transporte Público	1	1	2	28,57%
TT99 Otras Cuestiones. Movilidad	1	1	2	28,57%
OBRAS PÚBLICAS Y EXPROPIACIONES	2	1	3	0,07%
OP01 Mantenimiento y Conservación	1	1	2	66,67%
OP02 Demanda de Infraestructuras	1	-	1	33,33%
ORDENACIÓN ECONÓMICA Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA	1	10	11	0,26%
OE08 Transparencia, Participación y Buena Administración	1	2	3	27,27%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
OE09 Organización Local	-	6	6	54,55%
OE99 Otras Cuestiones. Ordenación Económica y Gestión Administrativa.	-	2	2	18,18%
PERSONAL DEL SECTOR PÚBLICO	5	9	14	0,33%
PE01 Personal Funcionario de Adm. Gral. Junta de Andalucía	-	2	2	14,29%
PE03 Personal Docente	5	1	6	42,86%
PE04 Personal Sanitario	-	2	2	14,29%
PE07 Personal de Administración Local	-	1	1	7,14%
PE99 Otras Cuestiones. Personal del Sector Público	-	3	3	21,43%
PERSONAS EN PRISIÓN	3	2	5	0,12%
PR02 Migrantes en Prisión	1	-	1	20,00%
PR04 Régimen Penitenciario	1	1	2	40,00%
PR99 Otras Cuestiones. Personas en Prisión	1	1	2	40,00%
PERSONAS MAYORES	1	1	2	0,05%
PM03 Servicios y Centros	1	-	1	50,00%
PM99 Otras Cuestiones. Personas Mayores	-	1	1	50,00%
PERSONAS MIGRANTES	14	51	65	1,52%
EX02 Expulsiones	2	7	9	13,85%
EX03 Autorizaciones Iniciales	2	12	14	21,54%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia		Quejas	Consultas	Total	%
EX04	Visados	-	1	1	1,54%
EX05	Reagrupaciones Familiares	-	7	7	10,77%
EX06	Nacionalidad	2	3	5	7,69%
EX07	Inscripciones Registro Civil	-	4	4	6,15%
EX09	Discriminación	-	1	1	1,54%
EX99	Otras Cuestiones. Personas Migrantes	8	16	24	36,92%
PRESTACIONES SOCIALES DE CARÁCTER ECONÓMICO		14	43	57	1,33%
RC01	Ingreso Mínimo Vital (Imv)	9	25	34	59,65%
RC02	Renta Mínima de Inserción (Rmisa)	1	8	9	15,79%
RC03	Prestaciones No Contributivas	-	8	8	14,04%
RC04	Prestaciones de Emergencia	4	1	5	8,77%
RC99	Otras Cuestiones. Prestaciones Sociales de Carácter Económico	-	1	1	1,75%
SALUD		63	75	138	3,22%
SA02	Salud Pública	1	2	3	2,17%
SA03	Atención Primaria	3	4	7	5,07%
SA04	Atención Especializada	7	11	18	13,04%
SA05	Atención Pediátrica	15	15	30	21,74%
SA06	Salud Mental	7	7	14	10,14%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
SA07 Lista de Espera	11	8	19	13,77%
SA08 Urgencias y Emergencias	3	2	5	3,62%
SA09 Gestión Administrativa	-	2	2	1,45%
SA10 Centros y Servicios Sanitarios	3	2	5	3,62%
SA11 Prestación Farmacéutica	3	2	5	3,62%
SA12 Prestaciones Complementarias	1	1	2	1,45%
SA17 Políticas de Salud	1	1	2	1,45%
SA18 Derechos Usuarios Salud	4	3	7	5,07%
SA19 Praxis Asistencial	4	10	14	10,14%
SA99 Otras Cuestiones. Salud	-	5	5	3,62%
SEGURIDAD CIUDADANA Y POLÍTICA INTERIOR	7	18	25	0,58%
PC01 Seguridad Ciudadana	6	18	24	96,00%
PC99 Otras Cuestiones. Seguridad Ciudadana y Política Interior	1	-	1	4,00%
SEGURIDAD SOCIAL	3	8	11	0,26%
SG01 Prestaciones Contributivas	3	2	5	45,45%
SG03 Devolución de Prestaciones Indevidas	-	3	3	27,27%
SG99 Otras Cuestiones. Seguridad Social	-	3	3	27,27%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
SERVICIOS SOCIALES	11	57	68	1,59%
SS01 Organización y Funcionamiento	10	7	17	25,00%
SS02 Orientación E Inserción	-	1	1	1,47%
SS04 Exclusión Social	1	33	34	50,00%
SS05 Políticas/Planes	-	1	1	1,47%
SS99 Otras Cuestiones. Servicios Sociales	-	15	15	22,06%
TIC Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	1	3	4	0,09%
TC04 (Frecuencias / Autorizaciones)	-	1	1	25,00%
TC06 Contenidos de Medios de Comunicación	1	1	2	50,00%
TC99 Otras Cuestiones. Tic y Medios de Comunicación	-	1	1	25,00%
TRABAJO	-	10	10	0,23%
TR01 Gestión del Empleo	-	2	2	20,00%
TR02 Relaciones Laborales	-	3	3	30,00%
TR04 Necesidad de Empleo	-	3	3	30,00%
TR05 Otras Cuestiones Laborales	-	1	1	10,00%
TR99 Otras Cuestiones. Trabajo	-	1	1	10,00%
URBANISMO	-	4	4	0,09%
UR02 Disciplina Urbanística	-	3	3	75,00%

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Materia	Quejas	Consultas	Total	%
UR99 Otras Cuestiones. Urbanismo	-	1	1	25,00%
VIVIENDA	66	291	357	8,33%
VV03 Necesidad de Vivienda	26	124	150	42,02%
VV04 Viviendas de Protección Oficial (V.P.O.)	7	12	19	5,32%
VV05 Viviendas de Promoción Pública (V.P.P.)	10	30	40	11,20%
VV06 Viviendas Libres	9	12	21	5,88%
VV08 Políticas de Fomento Alquiler	-	3	3	0,84%
VV09 Segregación Residencial	-	3	3	0,84%
VV10 Intermediación con Entidades Financieras	-	3	3	0,84%
VV11 Protección Consumidores y Usuarios	-	2	2	0,56%
VV14 Otros Desahucio de Viviendas	3	61	64	17,93%
VV99 Otras Cuestiones. Vivienda	11	41	52	14,57%
VULNERABILIDAD POR RAZÓN DE GÉNERO	-	12	12	0,28%
GE01 Violencia de Género	-	10	10	83,33%
GE99 Otras Cuestiones. Vulnerabilidad por Razón de Género	-	2	2	16,67%
SUMA TOTAL	1.667	2.619	4.286	

Tabla 4. Municipios objeto de las quejas, iniciadas en el año, por tipo de tramitación

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Ámbito Provincial Almería	6	2	4	4
Abla	2	1	1	1
Adra	2		2	2
Almería	26		26	26
Almerimar	1		1	1
Alsodux	1		1	1
Antas	1		1	1
Berja	2		2	2
El Ejido	4		4	4
El Parador de Vícar	1		1	1
Garrucha	2		2	2
Huécija	1		1	1
Huércal de Almería	2		2	2
Huércal-Overa	1		1	1
La Cañada de San Urbano	3		3	3
Láujar de Andarax	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Mojácar	1		1	1
Níjar	4	1	3	3
Olula del Río	1		1	1
Oria	6		6	6
Pechina	1		1	1
Purchena	1		1	1
Roquetas de Mar	35		35	36
Tabernas	1		1	1
Taberno	1		1	1
Turre	1		1	1
Vélez Rubio	1		1	1
Vera	3		3	3
Viator	1		1	1
Vícar	4	1	3	3
Zurgena	1		1	1
TOTAL ALMERÍA	118	5	113	114
Ámbito Provincial Cádiz	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Algeciras	23		23	23
Arcos de la Frontera	2		2	2
Barbate	2		2	2
Benalup-Casas Viejas	1		1	100
Benaocaz	2		2	2
Bornos	1		1	1
Cádiz	11		11	11
Chiclana de la Frontera	11	1	10	10
Chipiona	1		1	1
Conil de la Frontera	4		4	4
El Bosque	1		1	1
El Puerto de Santa María	18	1	17	22
Jerez de la Frontera	34		34	34
La Línea de la Concepción	8		8	8
Los Barrios	1		1	1
Olvera	1		1	1
Puerto Real	10		10	3.844

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Puerto Serrano	2		2	2
Rota	3		3	3
San Fernando	7		7	7
San Roque	8	1	7	7
Sanlúcar de Barrameda	7		7	7
Tarifa	4		4	4
Trebujena	1		1	1
Ubrique	3		3	3
Vejer de la Frontera	2		2	2
Villamartín	1		1	1
TOTAL CÁDIZ	170	3	167	4.105
Ámbito Provincial Córdoba	6		6	6
Adamuz	1		1	1
Baena	2		2	2
Benamejé	2		2	2
Cabra	1		1	1
Castro del Río	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Córdoba	32		32	33
Fernán Núñez	2		2	2
Fuente Obejuna	1		1	1
Hinojosa del Duque	2		2	2
Iznájar	1		1	1
La Carlota	2		2	2
La Guijarrosa	1		1	1
Lucena	6		6	6
Montalbán de Córdoba	1		1	1
Montilla	1		1	1
Moriles	1		1	1
Palma del Río	4		4	4
Priego de Córdoba	2		2	2
Puente Genil	2		2	2
Rute	1		1	1
San Sebastián de los Ballesteros	2		2	2
Villa del Río	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Villanueva de Córdoba	1	1	-	-
TOTAL CÓRDOBA	77	1	76	77
Ámbito Provincial Granada	13		13	13
Albolote	3		3	3
Albuñol	2		2	2
Algarinejo	1		1	1
Alhendín	13		13	13
Almuñécar	2		2	2
Alquife	1		1	1
Armillá	2		2	2
Atarfe	2		2	2
Baza	1		1	1
Beas de Granada	1		1	1
Busquístar	1		1	1
Churriana de la Vega	1		1	1
Deifontes	1		1	1
Dúrcal	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Granada	41	2	39	191
Guadahortuna	1		1	1
Guadix	1		1	1
Huéscar	2		2	2
Huétor Vega	2		2	2
Ítrabo	1		1	1
La Malahá	2		2	2
La Zubia	1		1	1
Lanjarón	1		1	1
Las Gabias	4		4	4
Lecrín	2		2	2
Loja	1		1	1
Maracena	1		1	1
Marchal	1		1	15
Monachil	1		1	1
Motril	8		8	8
Ogíjares	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Órgiva	9		9	9
Otura	2		2	2
Padul	2		2	2
Salobreña	2		2	2
Santa Fe	3		3	3
Ugíjar	1		1	1
Vegas del Genil	2		2	2
TOTAL GRANADA	138	2	136	302
Ámbito Provincial Huelva	3	1	2	2
Aljaraque	1		1	1
Almonte	6	1	5	5
Aracena	1	1	-	
Ayamonte	6		6	6
Beas	1		1	1
Bollullos Par del Condado	1		1	1
Cartaya	4		4	128
Cortegana	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
El Almendro	1		1	1
Gibraleón	2		2	2
Higuera de la Sierra	1		1	1
Hinojos	1		1	1
Huelva	11		11	11
Isla Cristina	2		2	371
Jabugo	2		2	2
Lepe	4		4	4
Minas de Riotinto	1		1	1
Moguer	1		1	1
Palos de la Frontera	2		2	2
Punta Umbría	2		2	2
Rociana del Condado	1		1	1
San Juan del Puerto	1		1	1
Santa Olalla del Cala	1		1	1
Valverde del Camino	1		1	1
TOTAL HUELVA	59	3	56	549

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Ámbito Provincial Jaén	4		4	4
Alcalá la Real	3		3	3
Alcaudete	4		4	4
Andújar	4		4	4
Bailén	1		1	1
Castellar	2		2	2
Ibros	1		1	1
Jabalquinto	2		2	2
Jaén	11		11	11
Jimena	1		1	1
Jódar	2		2	2
La Guardia de Jaén	1		1	1
Linares	10		10	10
Mancha Real	1		1	1
Marmolejo	1		1	1
Martos	3		3	3
Mengíbar	4	1	3	3

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Peal de Becerro	3		3	3
Quesada	4	1	3	3
Torredelcampo	1		1	1
Torreperogil	1		1	1
Úbeda	6		6	6
Valdepeñas de Jaén	1		1	1
TOTAL JAÉN	71	2	69	69
Ámbito Provincial Málaga	15	1	14	14
Alhaurín de la Torre	2		2	2
Alhaurín El Grande	1		1	1
Álora	2		2	2
Antequera	2		2	2
Benalmádena	16		16	16
Benamocarra	1		1	1
Campillos	3		3	3
Cañete la Real	2		2	2
Cártama	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Coín	2		2	2
Colmenar	4		4	4
Cuevas Bajas	1		1	1
Estepona	18		18	18
Frigiliana	2		2	2
Fuengirola	16	2	14	14
Humilladero	2		2	2
Iznate	2		2	2
Málaga	65	3	62	93
Manilva	3		3	3
Marbella	17		17	33
MIJAS	1		1	1
Mijas	28	1	27	27
Moclinejo	6		6	6
Nerja	1		1	1
Ojén	1		1	1
Pizarra	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Rincón de la Victoria	6		6	6
Ronda	3		3	3
Torremolinos	13		13	13
Torrox	4		4	4
Vélez Málaga	6		6	6
Villanueva de la Concepción	4		4	4
Villanueva del Trabuco	1		1	1
TOTAL MÁLAGA	253	7	246	293
Ámbito Provincial Sevilla	25	2	23	23
Alcalá de Guadaíra	21		21	29
Alcalá del Río	1		1	1
Arahal	4		4	4
Benacazón	3		3	3
Bollullos de la Mitación	3		3	3
Bormujos	3		3	3
Brenes	1		1	1
Burguillos	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Camas	11		11	16
Cantillana	2		2	2
Carmona	8		8	8
Carrión de los Céspedes	1		1	1
Castilleja de la Cuesta	5		5	5
Cazalla de la Sierra	1		1	1
Coria del Río	11		11	11
Dos Hermanas	21		21	21
Écija	5		5	5
El Cuervo de Sevilla	2		2	2
El Real de la Jara	1		1	1
El Saucejo	1		1	1
El Viso del Alcor	1		1	1
Espartinas	4		4	4
Estepa	2		2	2
Gelves	1		1	1
Gerena	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Gines	5		5	5
Guadalcanal	1		1	1
Guillena	3		3	3
Herrera	1		1	1
Huévar del Aljarafe	3	1	2	2
La Algaba	2		2	2
La Campana	6		6	6
La Puebla de Cazalla	2		2	2
La Puebla del Río	1		1	1
La Rinconada	4		4	4
Lantejuela	1		1	1
Las Navas de la Concepción	2	1	1	1
Lebrija	3		3	3
Lora del Río	5		5	5
Los Palacios y Villafranca	3		3	3
Mairena del Aljarafe	9		9	9
Marchena	4		4	4

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Morón de la Frontera	5		5	5
Olivares	5		5	5
Osuna	2		2	2
Palomares del Río	1		1	1
Pilas	1		1	16
Pruna	1		1	1
Salteras	1		1	1
San Juan de Aznalfarache	4		4	4
Sanlúcar la Mayor	8		8	8
Santiponce	1		1	1
Sevilla	178	2	176	176
Tocina	1		1	1
Tomares	6		6	6
Umbrete	8		8	8
Utrera	7		7	7
Valencina de la Concepción	1		1	1
Villanueva del Ariscal	2		2	2

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Villanueva del Río y Minas	1		1	1
Villaverde del Río	2		2	2
TOTAL SEVILLA	431	6	425	453
Andalucía	207	5	202	431
TOTAL ÁMBITO AUTONÓMICO	207	5	202	431
España	28		28	28
TOTAL ÁMBITO ESTATAL	28		28	28
Almoradi	1		1	1
TOTAL ALICANTE	1		1	1
Ámbito Provincial Barcelona	1		1	1
Barcelona	2		2	2
Sant Andreu de Llavaneres	1		1	1
Vilafranca del Penedes	1		1	1
TOTAL BARCELONA	5		5	5
Burgos	2		2	2
TOTAL BURGOS	2		2	2
Ámbito Provincial Cáceres	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
TOTAL CÁCERES	1		1	1
Alcázar de San Juan	1		1	1
TOTAL CIUDAD REAL	1		1	1
León	1		1	1
TOTAL LEÓN	1		1	1
Brunete	1		1	1
Madrid	2		2	2
Soto del Real	1		1	1
TOTAL MADRID	4		4	4
Cartagena	1		1	1
San Javier	1		1	1
TOTAL MURCIA	2		2	2
Oviedo	1		1	1
TOTAL ASTURIAS	1		1	1
Santa Cruz de Tenerife	1		1	1
TOTAL SANTA CRUZ DE TENERIFE	1		1	1
Ámbito Provincial Tarragona	1		1	1

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
TOTAL TARRAGONA	1		1	1
Alberic	1		1	1
Chivas	1		1	1
Valencia	1		1	1
TOTAL VALENCIA	3		3	3
Ámbito Provincial Bilbao	1		1	1
TOTAL VIZCAYA	1		1	1
Ámbito Provincial Ceuta	1		1	1
Ceuta	2		2	2
TOTAL CEUTA	3		3	3
Melilla	2		2	2
TOTAL MELILLA	2		2	2
Colombia	1		1	1
Gran Bretaña	1		1	1
Marruecos	1		1	1
República Dominicana	2		2	2
TOTAL EXTRANJERO	5		5	5

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Población	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
Municipio Objeto del Expediente sin Determinar	1		1	1
TOTAL SIN DETERMINAR	1		1	1
Sin municipio conocido afectado	80		80	80
TOTAL SIN MUNICIPIO	80		80	80
TOTAL	1.667	34	1.633	6.536

Tabla 5. Distribución del objeto de las quejas, iniciadas en el año, por materias (orden decreciente)

Área de actuación	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Comunidad Andaluca	Tota Andalucía	Otras Provincias españolas	Nacional	Extranjero	Sin Municipio Afectado	Sin Determinar	Total
Educación	27	59	20	55	26	29	105	183	189	693	8	21	1	66	1	790
Infancia y Adolescencia	59	63	36	46	11	25	77	111	15	443	11	7	4	10	-	475
Vivienda	1	11	10	2	5	2	11	18	-	60	2	-	-	4	-	66
Salud	7	10	1	4	3	5	13	18	1	62	1	-	-	-	-	63
Dependencia	6	3	2	5	-	2	8	21	1	48	-	-	-	-	-	48
Administración de Justicia	6	5	3	4	1	2	7	8	-	36	6	-	-	-	-	42
Gestión a la Discapacidad	3	3	1	4	3	-	6	17	-	37	-	-	-	-	-	37
Consumo	7	2	-	4	3	1	3	14	-	34	-	-	-	-	-	34
Medio Ambiente	-	5	-	5	1	-	3	11	-	25	-	-	-	-	-	25
Personas Migrantes	-	-	-	2	2	-	5	4	-	13	1	-	-	-	-	14
Prestaciones Sociales de Carácter Económico	-	3	1	1	1	1	4	3	-	14	-	-	-	-	-	14
Cultura y Deportes	-	2	1	3	2	-	1	3	-	12	-	-	-	-	-	12
Servicios Sociales	1	1	-	-	-	-	2	7	-	11	-	-	-	-	-	11
Empadronamiento	1	1	1	-	1	2	-	3	-	9	-	-	-	-	-	9

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

Área de actuación	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Comunidad Andalucía	Tota Andalucía	Otras Provincias españolas	Nacional	Extranjero	Sin Municipio Afectado	Sin Determinar	Total
Seguridad Ciudadana y Política Interior	-	-	-	1	-	1	1	4	-	7	-	-	-	-	-	7
Personal del Sector Público	-	-	1	1	-	1	1	1	-	5	-	-	-	-	-	5
Movilidad	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3	-	-	-	-	-	3
Personas en Prisión	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3	-	-	-	-	-	3
Seguridad Social	-	1	-	-	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-	3
Obras Públicas y Expropiaciones	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	2
Información y Atención al Ciudadano	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1
Ordenación Económica y Gestión Administrativa	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Personas Mayores	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Tic y Medios de Comunicación	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL:	118	170	77	138	59	71	253	431	207	1.524	29	28	5	80	1	1.667

Tabla 6. Municipios objeto de las quejas, iniciadas en el año, por tipo de tramitación

Resumen	Total Quejas	Quejas Oficio	Quejas I.Partes	Firmantes
ALMERÍA	118	5	113	114
CÁDIZ	170	3	167	4.105
CÓRDOBA	77	1	76	77
GRANADA	138	2	136	302
HUELVA	59	3	56	549
JAÉN	71	2	69	69
MÁLAGA	253	7	246	293
SEVILLA	431	6	425	453
ÁMBITO AUTONÓMICO	207	5	202	431
TOTAL COMUNIDAD ANDALUZA	1.524	34	1.490	6.393
ÁMBITO ESTATAL	28		28	28
OTRAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS	29		29	29
EXTRANJERO	5		5	5
Municipio Objeto del Expediente sin Determinar	1		1	1
Sin municipio conocido afectado	80		80	80
TOTAL:	1.667	34	1.633	6.536

Tabla 7. Distribución por materia de las actuaciones, iniciadas en el año, por sexo del promotor

	Mujeres				Hombres				Sin Determinar				Desglose Expedientes I. Partes				QJ Oficio	Total Expedientes
	Quejas I.Partes	Csultas	Total	%	Quejas I.Partes	Csultas	Total	%	Quejas I.Partes	Consultas	Total	%	Quejas I.Partes	Consultas	Total Expedtes I.Partes	%		
Administración de Justicia	25	50	75	2,60%	17	30	47	3,70%	-	2	2	1,94%	42	82	124	2,92%	-	124
Administraciones Tributarias	-	1	1	0,03%	-	8	8	0,63%	-	-	-	0,00%	-	9	9	0,21%	-	9
Consumo	19	37	56	1,94%	15	18	33	2,60%	-	-	-	0,00%	34	55	89	2,09%	-	89
Cultura y Deportes	6	17	23	0,80%	6	5	11	0,87%	-	1	1	0,97%	12	23	35	0,82%	-	35
Dependencia	43	75	118	4,10%	5	5	10	0,79%	-	1	1	0,97%	48	81	129	3,03%	-	129
Educación	549	562	1111	38,58%	199	223	422	33,25%	31	17	48	46,60%	779	802	1581	37,18%	11	1.592
Empadronamiento	4	-	4	0,14%	5	1	6	0,47%	-	-	-	0,00%	9	1	10	0,24%	-	10
Gestión a la Discapacidad	22	33	55	1,91%	15	4	19	1,50%	-	-	-	0,00%	37	37	74	1,74%	-	74
Infancia y Adolescencia	224	535	759	26,35%	206	271	477	37,59%	22	13	35	33,98%	452	819	1271	29,89%	23	1.294
Información y Atención al Ciudadano	-	52	52	1,81%	1	22	23	1,81%	-	1	1	0,97%	1	75	76	1,79%	-	76
Medio Ambiente	16	26	42	1,46%	9	9	18	1,42%	-	1	1	0,97%	25	36	61	1,43%	-	61
Movilidad	-	4	4	0,14%	3	-	3	0,24%	-	-	-	0,00%	3	4	7	0,16%	-	7
Obras Públicas y Expropiaciones	2	1	3	0,10%	-	-	-	0,00%	-	-	-	0,00%	2	1	3	0,07%	-	3
Ordenación Económica y Gestión Administrativa	1	3	4	0,14%	-	6	6	0,47%	-	1	1	0,97%	1	10	11	0,26%	-	11

Tabla 7. Continuación

	Mujeres				Hombres				Sin Determinar				Desglose Expedientes I. Partes				QJ Oficio	Total Expedientes
	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%	Quejas I. Partes	Consultas	Total Expedientes I. Partes	%		
Personal del Sector Público	2	7	9	0,31%	3	2	5	0,39%	-	-	-	0,00%	5	9	14	0,33%	-	14
Personas en Prisión	1	2	3	0,10%	1	-	1	0,08%	1	-	1	0,97%	3	2	5	0,12%	-	5
Personas Mayores	1	1	2	0,07%	-	-	-	0,00%	-	-	-	0,00%	1	1	2	0,05%	-	2
Personas Migrantes	10	24	34	1,18%	4	25	29	2,29%	-	2	2	1,94%	14	51	65	1,53%	-	65
Prestaciones Sociales de Carácter Económico	11	37	48	1,67%	3	5	8	0,63%	-	1	1	0,97%	14	43	57	1,34%	-	57
Salud	43	60	103	3,58%	20	15	35	2,76%	-	-	-	0,00%	63	75	138	3,25%	-	138
Seguridad Ciudadana y Política Interior	1	9	10	0,35%	6	8	14	1,10%	-	1	1	0,97%	7	18	25	0,59%	-	25
Seguridad Social	3	7	10	0,35%	-	1	1	0,08%	-	-	-	0,00%	3	8	11	0,26%	-	11
Servicios Sociales	10	51	61	2,12%	1	6	7	0,55%	-	-	-	0,00%	11	57	68	1,60%	-	68
Tic y Medios de Comunicación	1	1	2	0,07%	-	2	2	0,16%	-	-	-	0,00%	1	3	4	0,09%	-	4
Trabajo	-	7	7	0,24%	-	3	3	0,24%	-	-	-	0,00%	-	10	10	-	-	10
Urbanismo	-	3	3	0,10%	-	1	1	0,08%	-	-	-	0,00%	-	4	4	0,09%	-	4
Vivienda	55	214	269	9,34%	9	71	80	6,30%	2	6	8	7,77%	66	291	357	8,40%	-	357
Vulnerabilidad por Razón de Género	-	12	12	0,42%	-	-	-	0,00%	-	-	-	0,00%	-	12	12	0,28%	-	12
TOTAL	1.049	1.831	2.880	67,73%	528	741	1.269	29,84%	56	47	103	2,42%	1.633	2.619	4.252	100,00%	34	4.286

Tabla 8. Distribución por provincia residencia del promotor de actuaciones I. Partes por sexo

(Ponderación de expedientes por cada 100.000 habitantes)																
	Mujeres				Hombres				Sin Determinar				Total Expedientes I. Partes	Población derecho	Ponderación de Expedientes I. Partes	Total Expedientes
	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%	Quejas I. Partes	Consultas	Total	%				
Almería	75	86	161	5,59%	40	30	70	5,52%	1	3	4	3,88%	235	709.340	33,13	235
Cádiz	103	200	303	10,52%	53	63	116	9,14%	2	4	6	5,83%	425	1.238.714	34,31	425
Córdoba	46	97	143	4,97%	41	58	99	7,80%	1	1	2	1,94%	244	785.240	31,07	244
Granada	91	138	229	7,95%	34	33	67	5,28%	2	3	5	4,85%	301	912.075	33,00	301
Huelva	38	72	110	3,82%	25	38	63	4,96%	-	-	-	0,00%	173	519.932	33,27	173
Jaén	41	67	108	3,75%	26	58	84	6,62%	1	-	1	0,97%	193	638.099	30,25	193
Málaga	156	240	396	13,75%	88	125	213	16,78%	5	16	21	20,39%	630	1.641.121	38,39	630
Sevilla	338	724	1.062	36,88%	133	240	373	29,39%	6	3	9	8,74%	1.444	1.941.887	74,36	1.444
Otras Provincias	19	68	87	3,02%	13	32	45	3,55%	-	1	1	0,97%	133			133
Extranjero	-	2	2	0,07%	-	-	-	0,00%	-	-	-	0,00%	2			2
Sin Determinar	142	137	279	9,69%	75	64	139	10,95%	38	16	54	52,43%	472			472
Expedientes de Oficio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			34
TOTAL	1.049	1.831	2.880		528	741	1.269		56	47	103		4.252	8.386.408		4.286

Tabla 9. Distribución de las quejas por materia-sexo

	Mujeres	%	Hombres	%	Sin Determinar	%	Quejas I.Partes	%	Quejas Oficio	Total
Administración de Justicia	25	2,38%	17	3,22%	-	0,00%	42	2,57%	-	42
Consumo	19	1,81%	15	2,84%	-	0,00%	34	2,08%	-	34
Cultura y Deportes	6	0,57%	6	1,14%	-	0,00%	12	0,73%	-	12
Dependencia	43	4,10%	5	0,95%	-	0,00%	48	2,94%	-	48
Educación	549	52,34%	199	37,69%	31	55,36%	779	47,70%	11	790
Empadronamiento	4	0,38%	5	0,95%	-	0,00%	9	0,55%	-	9
Gestión a la Discapacidad	22	2,10%	15	2,84%	-	0,00%	37	2,27%	-	37
Infancia y Adolescencia	224	21,35%	206	39,02%	22	39,29%	452	27,68%	23	475
Información y Atención al Ciudadano	-	0,00%	1	0,19%	-	0,00%	1	0,06%	-	1
Medio Ambiente	16	1,53%	9	1,70%	-	0,00%	25	1,53%	-	25
Movilidad	-	0,00%	3	0,57%	-	0,00%	3	0,18%	-	3
Obras Públicas y Expropiaciones	2	0,19%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,12%	-	2
Ordenación Económica y Gestión Administrativa	1	0,10%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,06%	-	1
Personal del Sector Público	2	0,19%	3	0,57%	-	0,00%	5	0,31%	-	5
Personas en Prisión	1	0,10%	1	0,19%	1	1,79%	3	0,18%	-	3
Personas Mayores	1	0,10%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,06%	-	1
Personas Migrantes	10	0,95%	4	0,76%	-	0,00%	14	0,86%	-	14

BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

Núm. 731

XII LEGISLATURA

29 de julio de 2025

	Mujeres	%	Hombres	%	Sin Determinar	%	Quejas I.Partes	%	Quejas Oficio	Total
Prestaciones Sociales de Carácter Económico	11	1,05%	3	0,57%	-	0,00%	14	0,86%	-	14
Salud	43	4,10%	20	3,79%	-	0,00%	63	3,86%	-	63
Seguridad Ciudadana y Política Interior	1	0,10%	6	1,14%	-	0,00%	7	0,43%	-	7
Seguridad Social	3	0,29%	-	0,00%	-	0,00%	3	0,18%	-	3
Servicios Sociales	10	0,95%	1	0,19%	-	0,00%	11	0,67%	-	11
Tic y Medios de Comunicación	1	0,10%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,06%	-	1
Vivienda	55	5,24%	9	1,70%	2	3,57%	66	4,04%	-	66
TOTAL	1.049	64,24%	528	32,33%	56	3,43%	1.633	100,00%	34	1.667

Tabla 10. Distribución por provincia residencia del promotor de la queja y sexo

	Mujeres	%	Hombres	%	Sin Determinar	%	Total
Almería	75	7,15%	40	7,58%	1	1,79%	116
Cádiz	103	9,82%	53	10,04%	2	3,57%	158
Córdoba	46	4,39%	41	7,77%	1	1,79%	88
Granada	91	8,67%	34	6,44%	2	3,57%	127
Huelva	38	3,62%	25	4,73%	-	0,00%	63
Jaén	41	3,91%	26	4,92%	1	1,79%	68
Málaga	156	14,87%	88	16,67%	5	8,93%	249
Sevilla	338	32,22%	133	25,19%	6	10,71%	477
Otras Provincias	19	1,81%	13	2,46%	-	0,00%	32
Extranjero	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-
Sin Determinar	142	13,54%	75	14,20%	38	67,86%	255
Total Quejas de Oficio	-		-		-		34
TOTAL	1.049		528		56		1.667

Tabla 11. Distribución provincial de las consultas de infancia por vía de acceso

Según Provincia de Residencia del principal interesado								
Provincias	Postal	Presencial	Telefónica	Internet	T. Menor	R. Social	Total	%
Almería	-	1	85	8	21	4	119	4,54%
Cádiz	-	4	187	11	65	-	267	10,19%
Córdoba	-	-	120	9	25	2	156	5,96%
Granada	-	1	141	10	22	-	174	6,64%
Huelva	-	2	81	4	23	-	110	4,20%
Jaén	-	2	89	3	31	-	125	4,77%
Málaga	-	4	296	20	60	1	381	14,55%
Sevilla	-	149	646	30	142	-	967	36,92%
Otras Provincias	-	-	63	15	23	-	101	3,86%
Extranjero	-	-	1	-	1	-	2	0,08%
Sin Determinar	-	7	100	36	15	59	217	8,29%
TOTAL	0	170	1.809	146	428	66	2.619	100,00%

Tabla 12. Distribución de las consultas por provincia residencia del promotor de las consultas de infancia y sexo

	Mujeres		Hombres		Sin Determinar		Total	% por provincia
	Total	%	Total	%	Total	%		
Almería	86	4,70%	30	4,05%	3	6,38%	119	4,54%
Cádiz	200	10,92%	63	8,50%	4	8,51%	267	10,19%
Córdoba	97	5,30%	58	7,83%	1	2,13%	156	5,96%
Granada	138	7,54%	33	4,45%	3	6,38%	174	6,64%
Huelva	72	3,93%	38	5,13%	-	0,00%	110	4,20%
Jaén	67	3,66%	58	7,83%	-	0,00%	125	4,77%
Málaga	240	13,11%	125	16,87%	16	34,04%	381	14,55%
Sevilla	724	39,54%	240	32,39%	3	6,38%	967	36,92%
Otras Provincias	68	3,71%	32	4,32%	1	2,13%	101	3,86%
Extranjero	2	0,11%	-	0,00%	-	0,00%	2	0,08%
Sin Determinar	137	7,48%	64	8,64%	16	34,04%	217	8,29%
TOTAL:	1.831	69,91%	741	28,29%	47	1,79%	2.619	

