

Como viene aconteciendo en ejercicios anteriores, las reclamaciones en materia educativa han sido las más numerosas (361), destacando entre ellas las relativas a los procesos de escolarización del alumnado en centros andaluces sostenidos con fondos públicos. Desde la vertiente cuantitativa predominan también las quejas relacionadas con cuestiones de familia (64) y en las que se abordan asuntos relativos a rupturas de la pareja y conflictos por la guarda y custodia de los hijos, principalmente. También destacan las reclamaciones que afectan a menores en el sistema de protección (55) donde se cuestionan la intervención de la Administración en los procesos de declaración de desamparo, y en las medidas de protección (acogimiento y adopción).

3.1.2. Temáticas analizadas en las quejas

Durante la tramitación de los expedientes de quejas solemos observar cómo además del asunto principal suscitado en los mismos pueden estar presentes otros aspectos transversales que enriquecen los matices y hacen más complejo e interdependiente su abordaje. Ello permite detectar en toda queja, sea cual sea la temática principal, la presencia de implicaciones que afectan a niños y niñas, aportando de este modo un sesgo de especial atención para las responsabilidades atribuidas a esta Institución como Defensor del Menor y también como Defensor del Pueblo Andaluz.

A continuación exponemos la temática de las principales quejas recibidas durante 2014 que afectan a la infancia y adolescencia, comenzando por las cuestiones relacionadas con el derecho a la salud, el derecho a la educación, el derecho a la vivienda, o el derecho al medio ambiente adecuado. También abordamos los problemas de menores en situación de vulnerabilidad, el maltrato infantil, menores dependientes, menores en el Sistema de Protección, menores en el Sistema de Justicia Juvenil, menores y Administración de Justicia, familias, y concluimos con una referencia al ejercicio de otros derechos de las personas menores que pueden verse vulnerados.

3.1.2.1. Derecho a la salud

La Ley de los Derechos y Atención al Menor (Ley 1/1998, de 20 de Abril), en cuanto a los derechos en materia de salud, ordena a las Administraciones Públicas de Andalucía fomentar que las personas menores reciban una adecuada educación para la salud, promoviendo en ellas hábitos y comportamientos que generen una óptima calidad de vida. Del mismo modo, se les obliga a garantizar una especial atención a las personas menores, para lo que regulará la provisión de recursos humanos y técnicos y el establecimiento en las instalaciones sanitarias de espacios con una ubicación y conformación adecuadas. A este fin, se adaptará progresivamente la edad de atención pediátrica.



Niños y niñas tienen derecho a que la atención sanitaria que se les preste y los recursos que se utilicen en su atención tengan en cuenta su edad, su género, su personalidad, y sus condiciones socioculturales.



Dedicamos este apartado a analizar el derecho a la protección de la salud en el contexto subjetivo de las personas menores de edad, dejando constancia de cuestiones que, si bien pudieran resultar igualmente predicables respecto de las personas adultas, no por ello pierden la especificidad que se señala para la atención sanitaria de este colectivo.

En otras ocasiones, sin embargo, la problemática que se refleja en las quejas se proyecta sobre sus modalidades propias de asistencia, y por esta razón, no se extienden al resto de la población.

Así, dentro de las primeras, podríamos hacer mención a las dificultades, similares a las que pesan sobre pacientes adultos, para acceder al uso compasivo de los medicamentos. Como ejemplos, en la **queja 14/5656** la interesada solicita información sobre los trámites realizados por el hospital para el acceso de su hijo al uso compasivo de un tratamiento que no llegó a recibir por su fallecimiento, y en la **queja 14/5695** la promotora protesta por la devolución de las facturas correspondientes a un medicamento solicitado y autorizado como uso compasivo para el tratamiento de una enfermedad rara, cuya adquisición directa al laboratorio se niega a gestionar el servicio de farmacia del hospital, y de cuyo importe se venía resarcando por la vía del

reintegro de gastos. Respecto de los tratamientos dietoterápicos la interesada en la **queja 14/3819** lamenta que se haya retirado un preparado de leche sin proteínas ni lactosa a su hijo de dos años; o en cuanto la prestación ortoprotésica, la interesada en la **queja 14/5603** pone de manifiesto la necesidad de una prótesis mioeléctrica para su hijo que carece de mano derecha.

Por otro lado, en la [queja 14/300](#) se evidenció el desconocimiento del derecho a la libre elección de médico pediatra, tras haber sido solicitado y reconocido para los hijos del interesado, que sufrieron el cambio de profesional sin consulta ni consentimiento, por causa de redistribución de cupos a resultas de la dotación del centro de salud con una nueva plaza de pediatría. De esta forma, a la fecha de presentación de la queja, los menores permanecían por dos meses ya, sin poder ser atendidos por el pediatra que les había venido haciendo el reconocimiento y seguimiento de su desarrollo general y de su afección por hiperactividad bronquial en particular.

El informe administrativo recibido afirmaba el ajuste de la actuación del Distrito a la legalidad, y señalaba que los hijos del interesado retornaron al pediatra que habían elegido transcurridos tres meses desde la redistribución.

Por nuestra parte, trajimos a colación el marco jurídico del derecho a la libre elección de médico general y pediatra, que fue uno de los primeros en desarrollarse reglamentariamente conforme a las previsiones de las leyes que los recogen.

En segundo lugar nos congratulamos de la decisión sobre la dotación de la nueva plaza de pediatría, y comprendimos la necesidad de reajuste de cupos a partir de la misma, pero no podíamos compartir la manera en la que se llevó a cabo, y eso sin dudar de la aleatoriedad y transparencia del procedimiento.

Considerando que la calidad de la asistencia y el exceso de cupo de un médico son causas para denegar una solicitud de elección, pero no para modificar un estatus jurídico previamente reconocido, pensamos que quien había ejercido previamente el derecho de opción por un profesional, debía mantenerse preferentemente en la asistencia del mismo, frente a quienes son atendidos por profesionales que les vienen dados, y sobre los que nunca se han pronunciado.



Es común año tras año las quejas sustentadas en el déficit de pediatras en centros de salud y consultorios, vivido por los afectados como un deterioro de las calidad asistencial de los menores.



Elaboramos en este expediente una resolución que incluía **Recordatorio** por vulneración del derecho a la libre elección de médico general y pediatra, así como Recomendación para que en estos casos, quienes hubieran elegido previamente médico, sean excluidos del procedimiento informático aleatorio para repartir a los usuarios,

y solamente en el supuesto improbable en el que el volumen de solicitudes de libre elección superara el de usuarios a reasignar, interviniera puramente el azar. Esta resolución va a ser tenida en cuenta para este tipo de procesos en el futuro, según nos ha manifestado recientemente la Administración Sanitaria.

Es común, año tras año, las quejas sustentadas en el déficit de pediatras en centros de salud y consultorios, vivido por los afectados como un deterioro de la calidad asistencial de los menores que residen en las zonas afectadas. Esta denuncia, sin embargo, puede traer causa de dos realidades bien distintas: la una se vincula a la ausencia de estos especialistas en la bolsa de trabajo, que implica el desempeño de sus funciones, bien regularmente, bien por sustitución de los titulares, por parte de médicos de familia; la otra se refiere a la falta de dotación de plazas de la especialidad por insuficiencia de la población en edad pediátrica, que no alcanza las ratios establecidas con esta finalidad.

Por nuestra parte, somos conscientes de la primera circunstancia, y en ausencia de especialistas, consideramos que la atención se puede proporcionar por médicos de familia con experiencia en este campo. En cuanto a las localidades que no tienen asignados profesionales de pediatría en la plantilla de sus centros asistenciales, apoyamos el desplazamiento de los mismos desde los centros de salud de su zona de referencia, aún cuando este se produzca en tiempo reducido (uno o varios días a la semana).

Durante el ejercicio 2014 contabilizamos varias reclamaciones de esta naturaleza, por falta de cobertura de vacante de pediatría en el centro de salud malagueño de Palma-Palmilla (**queja 13/6181**), o falta de pediatra en el consultorio sevillano de Benacazón (**queja 14/4938**), llegando a iniciar

de oficio un expediente por motivo similar relacionado con la localidad granadina de Ventorros de San José, en el municipio de Loja ([queja 14/5475](#)).

Desde la perspectiva de la salud pública la cuestión relativa a las vacunas, y en concreto su inclusión en el calendario oficial, resulta especialmente relevante para la población infantil y adolescente, que son las etapas vitales en las que aquellas resultan comúnmente indicadas.

En 2014 nos hemos interesado por la problemática afectante a dos vacunas controvertidas, la del neumococo, y la de la varicela, aunque por causas diversas. Por lo que hace a la primera, la discrepancia surgía precisamente porque al no estar recogida en el calendario aludido, tenía que ser costeada por los usuarios a pesar de su elevado precio, teniendo en cuenta que resulta generalmente recomendada por los pediatras (**queja 14/2609**).

Esta problemática ya había sido sometida a nuestra consideración en otras ocasiones, y por los informes recibidos en estos casos hemos podido conocer la actitud vacilante en este punto de la Administración sanitaria. Así, en un principio se nos explicó que la vacuna no se incluía en tanto se conociera la verdadera carga de enfermedad, a cuyo fin



Desde la perspectiva de la salud pública la cuestión relativa a las vacunas, y en concreto su inclusión en el calendario oficial, resulta especialmente relevante para la población infantil y adolescente.



se estaba realizando un estudio por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, aplicándose mientras tanto exclusivamente a los niños que presentaban determinados factores de riesgo.

Con posterioridad, pudimos conocer las principales conclusiones de dicho informe, según el cual la vacuna protege contra algunos serotipos del neumococo, pero estaba disminuyendo el aislamiento de serotipos incluidos en la vacuna y simultáneamente aumentando el de serotipos no vacunales; y la circulación de serotipos más virulentos, de lo que se deducía la necesidad de reforzar la vacunación solamente a los niños pertenecientes a los grupos de riesgo incluidos en las recomendaciones de la vacuna; y la de seguir valorando las tendencias observadas, y realizar una vigilancia continuada de la enfermedad neumocócica y de los serotipos responsables

de la misma. En resumidas cuentas no se recomendaba la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación infantil.

Sin embargo, a pesar de que definitivamente no se recogió en el calendario vacunal único propugnado para todas las Comunidades Autónomas, ni en el de la Comunidad Autónoma Andaluza, y de que otras Comunidades sí la incorporaban, muy recientemente hemos podido conocer que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha decidido su incorporación, aunque a estos efectos establece un plazo máximo para la adopción de esta medida hasta el año 2016.

Por lo que hace a la vacuna de la varicela, la cuestión se suscita por la discrepancia en cuanto a la pauta de administración. Esta vacuna sí está incorporada al calendario oficial, pero se indica a los doce años, mientras que las sociedades científicas con interés en este asunto abogan por aplicarla mucho antes, porque entienden que el contagio de la enfermedad se produce en la inmensa mayoría de los casos antes de dicha edad.

Así, por recomendación de los pediatras, los padres venían poniéndosela a sus hijos antes de la edad establecida, para lo cual la compraban en la farmacia mediando receta de aquellos.

El problema se suscitó durante el pasado ejercicio porque desde el Ministerio de Sanidad se bloqueó el suministro de vacunas a las farmacias, justificándose al parecer la medida en una sobreprescripción en el ámbito privado, para pasar a clasificarla acto seguido como medicamento de uso hospitalario.

Desde nuestra perspectiva resulta difícil pronunciarse sobre esta cuestión, dada su naturaleza eminentemente técnica, que conlleva la necesidad de una valoración con esta óptica, y ello con independencia de que nos parezca comprensible que los ciudadanos valoren la opción de vacunar a sus hijos por indicación de su pediatra.

En cuanto a la decisión que impide en la práctica esta medida, en tanto que proviene de la Administración del Estado, esta Institución carece de competencia para intervenir sobre el asunto, pues nuestra ley reguladora la extiende exclusivamente en relación con los actos de la Administración Autonómica Andaluza. Nos consta la iniciación de un expediente de queja de oficio por parte del Defensor del Pueblo del Estado por esta causa que se encuentra en fase de tramitación en el momento de elaborar este Informe.

Dentro de las vacunas que se dispensan a colectivos de riesgo, la **queja 13/6184** puso en evidencia las modificaciones operadas en el protocolo para la vacuna de la bronquiolitis, que se denegó al hijo de los interesados a pesar de su condición de prematuro.

Según nos ha informado la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, la actualización del protocolo del hospital se produjo en octubre de 2013 para su adecuación a las revisiones de la evidencia científica del momento, aunque la apreciación de algunas diferencias en cuanto a los criterios contemplados por las sociedades científicas, determinó el inicio de un procedimiento al amparo de la resolución 369/2009, de 7 de agosto (*"Armonización de los criterios de utilización de los medicamentos en los centros del SAS"*), que llevó consigo el encargo de elaboración de un informe en el marco de la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía, del cual se espera la fijación de las recomendaciones para el uso de Palivizumab en el tratamiento farmacológico preventivo de la infección por el virus respiratorio sincitial, con el objeto de que después se apliquen de manera homogénea en todos los hospitales.

En otro orden de cosas, el acceso a un duplicado de la tarjeta sanitaria de sus hijas menores de edad constituye el objeto de la **queja 14/3494**, promovida por un padre divorciado, a quien su expareja no le facilita dichos documentos durante los períodos en los que las menores conviven con él. Considera que esta circunstancia puede perjudicar la asistencia sanitaria de sus hijas y su derecho a proporcionársela en condiciones de igualdad con el otro progenitor, pero sus intentos en este sentido han resultado infructuosos dado que la tarjeta sanitaria individual no admite duplicados, en la medida en que se expide por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre, y la emisión de una nueva tarjeta conlleva la anulación de la anterior.

A pesar de que este expediente aún pende de resolución, hemos podido constatar que este problema ha sido resuelto en otras Comunidades Autónomas mediante la expedición de un documento que viene a desempeñar la misma función que la tarjeta, lo que nos lleva a plantearnos la posibilidad de sugerir en nuestro ámbito territorial alternativas similares.

Los tratamientos de atención temprana a menores afectados de un trastorno del espectro autista (TEA) también han sido objeto de consideración por nuestra parte, mediando a este respecto dos quejas de oficio.

La primera (**queja 11/5229**) ya data de hace algún tiempo, pero el número de informes solicitados ha provocado la demora en su resolución, y se inició para aglutinar las quejas que veníamos recibiendo de algunos padres en torno a la calidad y cantidad de los tratamientos. En concreto sus denuncias se referían por un lado a la modalidad de la atención ofertada, que entendían no ajustada a la terapia que consideran más eficaz, y por otro a la duración del mismo, pues tildaban las dos horas otorgadas de absolutamente insuficientes para las necesidades de aquellos.

Según los informes administrativos, las guías de práctica clínica no aluden en exclusiva a un itinerario asistencial sanitario, destacando como principales medios de tratamiento la educación, con especial incidencia en programas para el desarrollo de la comunicación y competencia social; y el apoyo comunitario. En cuanto a la utilización exclusiva de técnicas de modificación de conducta, entre las que se incluye la terapia ABA, destacan que no hay evidencia científica sobre su eficiencia, sino un pronunciamiento a favor del establecimiento de líneas generales para orientar a los profesionales y las familias en el diseño de las intervenciones, las cuales redundan en el diagnóstico precoz, que incluya una evaluación de las capacidades y necesidades individuales y oriente a un plan de tratamiento centrado en la persona; el cual habrá de ser individualizado, estructurado, intensivo, y participativo por parte de los padres.



Resaltar la absoluta heterogeneidad que preside la oferta de la atención temprana en nuestra región, en la que participan distintos tipos de centros, de distinta naturaleza y fórmulas de financiación, circunstancia que se convierte en un verdadero obstáculo para conocer hasta qué punto las terapias más recomendadas se aplican en los centros de atención infantil temprana.



Dicho procedimiento no habría de distar del que en principio se determina en el proceso asistencial integrado de atención temprana para trastornos del espectro autista, para la elaboración del plan individualizado de tratamiento (PIAT), a cuyo diseño no resulta extraña la prescripción de terapias conductuales ajustadas a las evidencias disponibles.

A nuestro modo de ver, sin embargo, una cosa es el marco teórico, y otra bien distinta la realidad de su aplicación, ante la cual hay que resaltar la absoluta

heterogeneidad que preside la oferta de la atención temprana en nuestra región, en la que participan distintos tipos de centros, de distinta naturaleza y fórmulas de financiación, circunstancia que se convierte en un verdadero obstáculo para conocer hasta qué punto las terapias más recomendadas se aplican en los centros de atención infantil temprana (CAITS) de nuestra región.

Ello no nos impide observar que las alegaciones de los interesados sobre los tratamientos que reciben sus hijos (inadecuación de la metodología, insuficiencia de la terapia, desigualdad en función del centro al que se produzca la derivación, falta de plan de trabajo y objetivos para realizar con el niño, ausencia de comunicación continuada y fluida con los responsables de la terapia,...) coinciden con las conclusiones de la Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, la cual si bien resalta el efecto positivo de la atención temprana para modificar el pronóstico asociado a aquellos, decididamente afirma que el simple hecho de que la atención sea temprana no resulta suficiente, después de destacar que en nuestro medio se constatan deficiencias como la ausencia de programas específicos para los TEA en la mayoría de las unidades de atención temprana, la dispersión teórica sobre el enfoque terapéutico que se debe seguir, la ausencia de control sobre los tratamientos aplicados, y la falta de formación específica y de directrices adecuadas con respecto a los medios de intervención.

Con este apoyo argumental nos hemos dirigido a la Administración sanitaria mediante una [Sugerencia](#) para que valore la necesidad que se plantea en dicho documento de definir programas de intervención temprana avalados científicamente, así como la supervisión de dichos programas desde equipos y centros con experiencia de trastornos del espectro autista, que se encuentra aún a la espera de ser respondida.

La segunda queja de oficio a la que nos referíamos (**queja 13/4184**) también se motivó en la recepción de varias quejas individuales, inspiradas en estos casos por las facturaciones que venían realizándose por algunos centros de atención temprana (CAITS) para resarcirse del coste de los tratamientos dispensados en los mismos, y ello a pesar de que dichos centros eran beneficiarios de subvenciones de la Administración por esta causa. Es más, algunos afectados a los que se venía reintegrando estos gastos desde la Administración sanitaria, vieron extinguida esta medida, precisamente por la recepción de subvenciones por parte de dichos centros, a lo que se añadía la

existencia de una segunda vía para acceder a estos tratamientos, mediante el convenio con ayuntamientos, en la que los servicios que se prestan a los menores son totalmente gratuitos y a la que puede acceder cualquier menor que lo requiera.

En definitiva nos planteamos la posibilidad de que existieran desigualdades en cuanto al contenido de la prestación de atención temprana en función de la naturaleza del centro, y sobre todo en cuanto a la financiación de aquella, en la medida en que los usuarios se ven obligados a participar en su coste, más allá de lo que supone la mera cuota de asociado, cuya obligatoriedad de exigencia resultaba igualmente discutible, teniendo en cuenta que el acceso a un centro u otro de distinta naturaleza no depende habitualmente de la voluntad del usuario, sino de la ubicación de los recursos.

La distribución y caracterización de los CAITS resulta sin lugar a dudas muy heterogénea, pues difieren en su naturaleza jurídica, y responden a distintas fórmulas de financiación. Basta releer los informes administrativos recibidos para apreciar que la situación de los usuarios puede variar considerablemente, pues el servicio es gratuito para quienes acuden a centros conveniados o concertados, mientras que quienes reciben atención temprana en centros subvencionados pueden verse obligados a pagar diversas cantidades, por conceptos igualmente diversos, a saber, cuota de socio, valoración, matrícula, o prestación de servicios.

La desigualdad además impera en este sentido entre las provincias, en función de la mayor o menor presencia de centros subvencionados promovidos por la iniciativa social, pues hay algunas como Almería donde no cuentan con este régimen de financiación, otras en las que su presencia es escasa, como en Granada, y algunas donde es abundante, como en Córdoba, en la que se llega a equiparar en número con los centros conveniados.

Lejos de representar una opción libre de los usuarios, en la medida en la que tengan asegurada una alternativa que les resulte gratuita, la asistencia a los centros subvencionados aparece condicionada, en primer lugar, por el plus asistencial que puede representar la especialización en la atención a determinados tipos de trastornos, y en segundo lugar, por la inexistencia o inaccesibilidad de los centros conveniados desde sus lugares de residencia.

Consideramos que, con independencia de la desigualdad que esta situación representa en sí misma, también puede conllevar la exclusión del tratamiento de determinados colectivos que presentan una situación socioeconómica complicada, pues nos consta que hay menores que precisan servicios de atención temprana y que no los vienen recibiendo, o incluso han tenido que dejar de acudir a los centros porque carecen de medios para abonar las cantidades que desde aquellos se les reclama.



Los usuarios de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), deben acceder de forma gratuita a las prestaciones y tratamientos que integran el Programa Individualizado de Atención Temprana (PAIT), con independencia de la tipología del centro y, por consiguiente, del régimen de financiación que lleven aparejado (convenio, concierto o subvención).



Estimando que urge dar una respuesta administrativa para subsanar esta problemática hemos dirigido una [Recomendación](#) a la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, para que arbitre las medidas oportunas para que los usuarios de los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), accedan de forma gratuita a las prestaciones y tratamientos que integran el Programa Individualizado de Atención Temprana (PAIT), con independencia de la tipología del centro y, por consiguiente, del régimen de financiación que lleven aparejado (convenio, concierto o subvención).

Hasta el momento se nos ha anunciado que se va a combatir esta situación mediante el establecimiento de conciertos en las zonas o ámbitos actualmente atendidos por los centros subvencionados, así como que esta medida se va a generalizar a partir del mes de enero de 2015. Al objeto de decidir sobre la aceptación de nuestra Recomendación hemos requerido información sobre los conciertos aludidos, lugares dónde se van a promover, y calendario para su implantación, por lo que esperamos poder dar cuenta de la resolución definitiva de este asunto el próximo ejercicio.