

8. SALUD

Contenido

2. Población menor de 18 años residente en Andalucía	3
2.2. Natalidad	3
2.3 Mortalidad infantil	5
2.6. Menores de edad en situaciones de vulnerabilidad	6
2.6.2. Salud mental infantil y juvenil.....	6
2.6.2.1. Atención a la salud mental en personas menores de edad	6
2.6.2.2. Personas menores de edad atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria	7
2.6.2.3. Personas menores de edad atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil	8
3. ACTUACIONES DE LA DEFENSORÍA: QUEJAS Y CONSULTAS	8
3.1. Quejas	8
3.1.2. Temática de las quejas	8
3.1.2.1. Derecho a la salud.....	8
3.1.2.2. Derecho a la educación	15
3.1.2.2 b) Escolarización del alumnado.....	15
3.1.2.2. e) Servicios Educativos complementarios.....	17
3.1.2.6. Derecho a la protección	18
3.1.2.6.1. Protección a menores en situación especial vulnerabilidad	18
3.1.2.6.1. b) Menores en situación de dependencia.....	18
3.1.2.6.1. d) Menores migrantes	21
3.1.2.6.1. e) Menores con problemas conductuales.....	22
3.1.2.6.2. Protección a menores en situación de desamparo	23
3.1.2.6.2. a) Declaración de desamparo. Tutela y Guarda Administrativa.....	23
3.1.2.6.2. b) Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones..	24
3.1.2.7. Derecho de menores en el Sistema de justicia Juvenil.....	25
3.1.2.8. Defensa de otros derechos.....	26
3.1.2.8. a) Uso de internet y medios audiovisuales por menores	26
3.1.2.8. d) Derecho al ocio	27

3.1.2.9. Menores y familia.....	30
3.1.2.9. f) Conciliación de la vida familiar y laboral.....	30
3.2. Consultas	32
3.2.2. Temáticas de las consultas.....	32
3.2.2.1. Derecho a la Salud	32
3.2.2.8. Defensa de otros derechos.....	33
3.2.2.8. d) Otros asuntos.....	33
4. RELACIONES INSTITUCIONALES.....	33
4.2. Colaboración con otras Defensorías y organismos públicos.....	33
4.3. Colaboración con el Parlamento de Andalucía.....	40
6. JUEGOS DE AZAR POR ADOLESCENTES Y JÓVENES: UN FENÓMENO EN AUJE SIN RESPUESTAS. «Jugando su presente y su futuro».....	43
6.1. A modo de introducción	43
6.2. Regulación legal de los juegos de azar: De la prohibición a la legalización	44
6.3. Regulación del juego de azar en Andalucía.....	45
6.4. Prohibición legal de participar en juegos de azar: del derecho a los hechos.....	47
6.5. Algunos datos estadísticos sobre la participación de menores en los juegos de azar.....	48
6.6. De la diversión a la ludopatía: el peligro del juego	51
6.7. El protagonismo de la publicidad de los juegos de azar y su incidencia en la participación de personas menores de edad.....	53
6.8 Algunas propuestas en aras a la protección de los menores de edad frente a los riesgos de los juegos de azar	57
7. INFORME ESPECIAL.....	62
7.2. Principales conclusiones del Informe	62
7ª) Un servicio judicial necesitado de coordinación con otros recursos.....	62
8. ANEXO ESTADÍSTICO	63
8.1. Relación de actuaciones de oficio	63

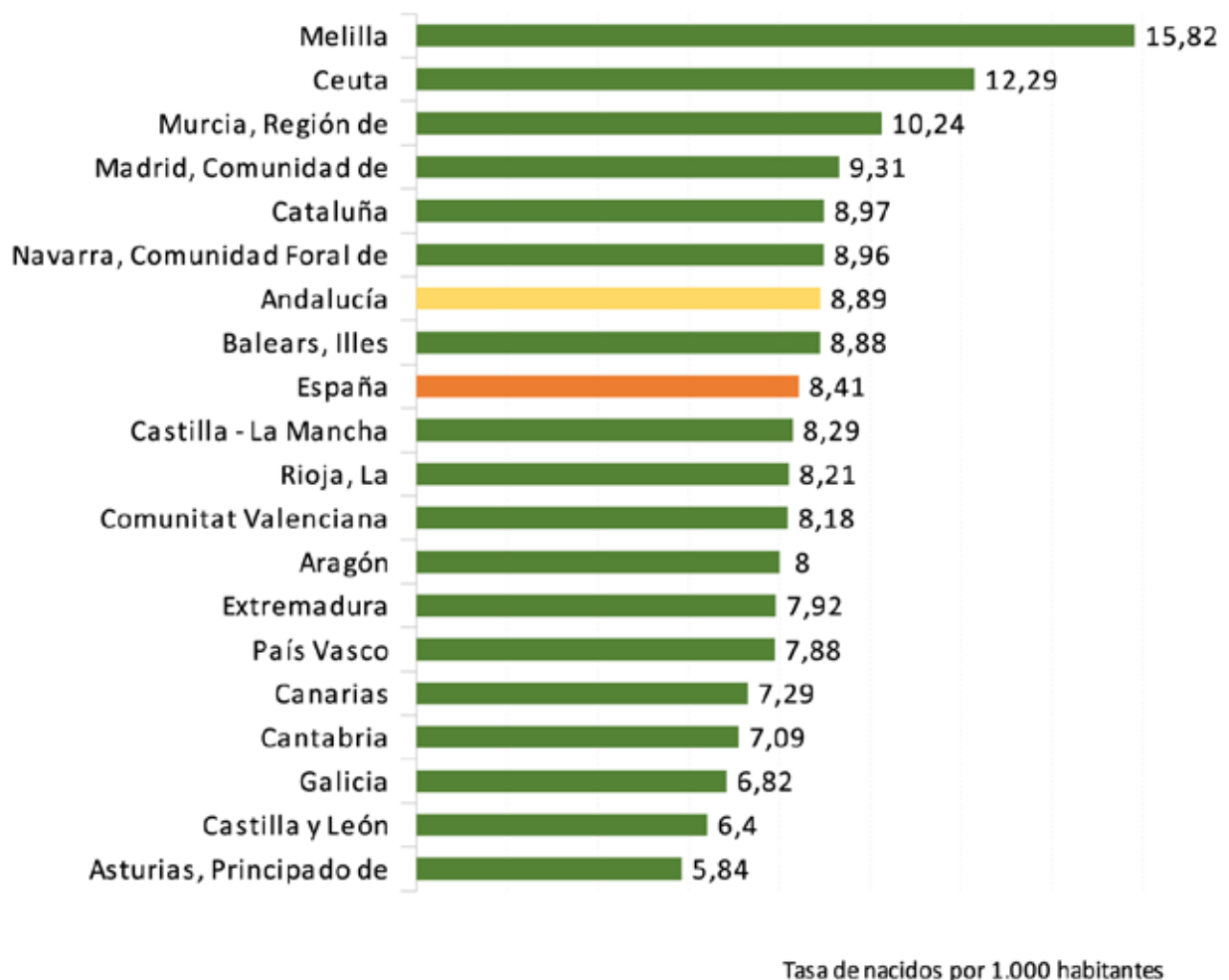
2. Población menor de 18 años residente en Andalucía

2.2. Natalidad

La tasa bruta de natalidad en Andalucía, en 2017, fue de 8,89 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo que ha supuesto una reducción respecto al año anterior en el que se registró una tasa de 9,43 nacimientos, siendo este descenso una constante en los últimos años. La tasa registrada en Andalucía es superior a la media española, donde se registró una tasa de 8,41 nacimientos por cada 1.000 habitante.

Respecto a otras comunidades, Andalucía se sitúa en la séptima posición como comunidad con mayor tasa bruta de natalidad, junto a Navarra (8,96) o Islas Baleares (8,88).

Gráfico 5. Tasa bruta de natalidad según comunidad autónoma. España, 2017



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos 2017. INE

Respecto a la tasa bruta de natalidad registrada en las provincias andaluzas, Almería (10,79), Sevilla (9,2) y Huelva (8,96) registran una tasa por encima de la media andaluza, por el contrario, Jaén (7,67) y Córdoba (8,25) son las provincias con menor tasa dentro de la comunidad.

Gráfico 6. Tasa bruta de natalidad según provincia. Andalucía, 2017



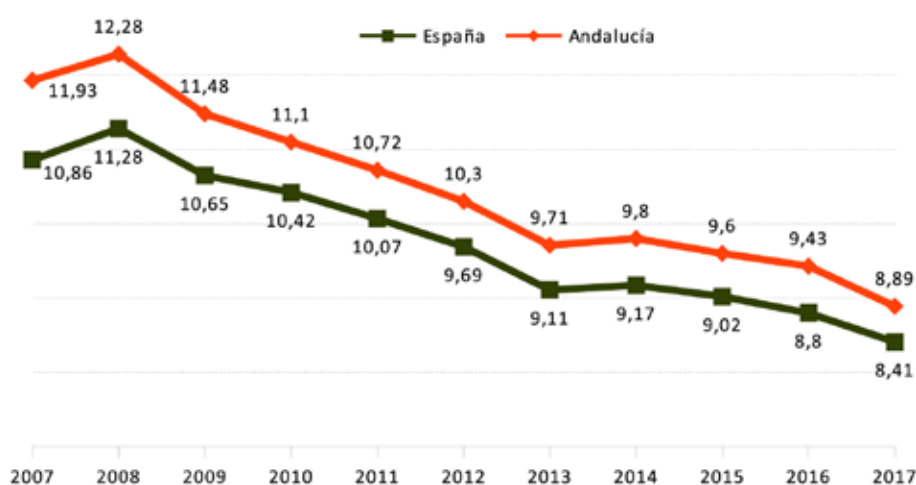
Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos 2017. INE

En cuanto a la evolución de la tasa de natalidad, tanto en España como en Andalucía ha seguido la tendencia de los países desarrollados y ésta ha mantenido un descenso continuado en los últimos diez años.

En Andalucía, en el periodo 2007-2017 se ha registrado un descenso del 25,5% de la tasa bruta de natalidad, un descenso más acusado que lo que muestra la media española con un descenso del 22%. Entre 2007 y 2010 la tendencia se mantiene estable situada alrededor de los 12 nacidos por cada mil habitantes, es a partir de 2011 cuando se registra un mayor descenso situándose este descenso en un 17%.

Esta evolución es paralela a la que sucede en España. Pero el fenómeno más evidente es que en Andalucía, aun habiendo registrado al principio del periodo estudiado una de las tasas de natalidad más elevada en España, se está acercando a sus valores acortando las diferencias que había entre ambas.

Gráfico 7. Evolución de la tasa bruta de natalidad. España y Andalucía, 2007 - 2017

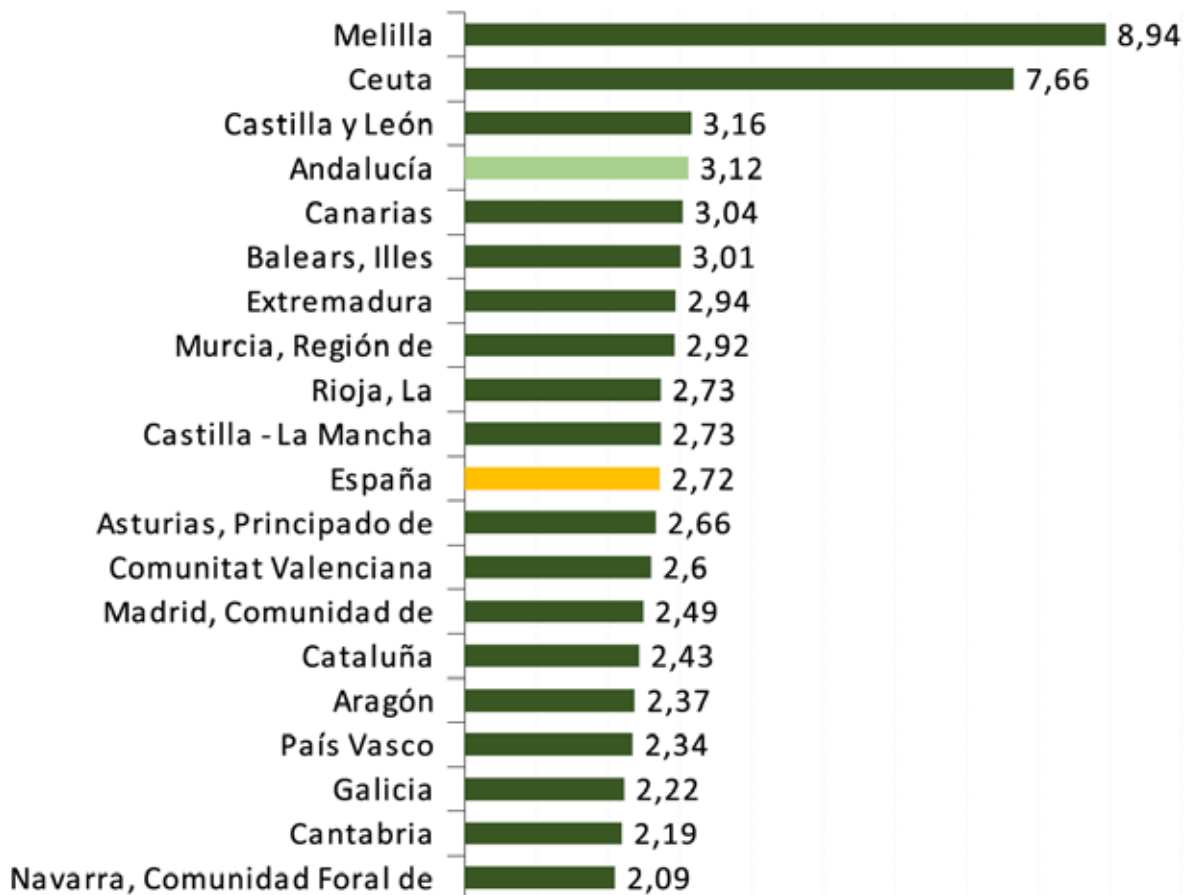


Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos 2017. INE

2.3 Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil en Andalucía recoge que se producen 3,12 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos, lo que supone un ascenso respecto al año anterior (en 2016 fue de 2,73). Es una tasa algo más elevada que la media española (2,72), con valores similares a comunidades tales como Castilla y León (3,16) o Canarias (3,04).

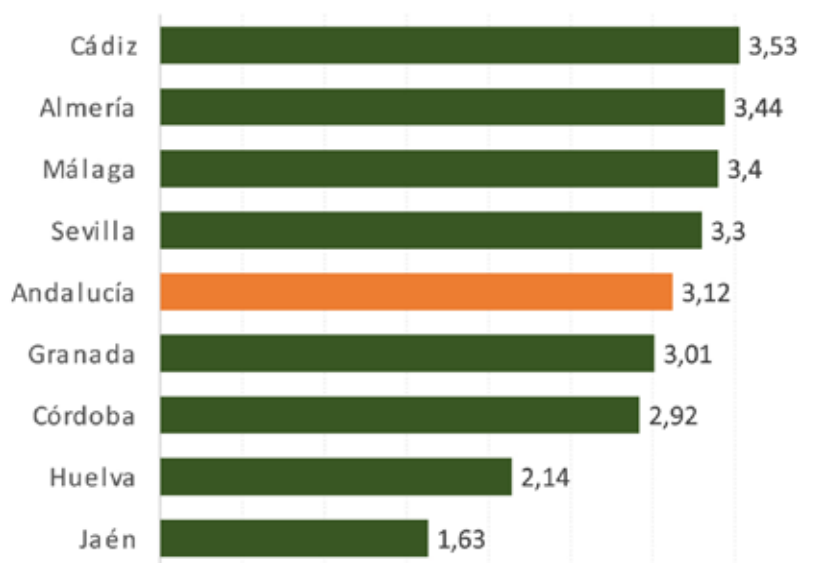
Gráfico 8. Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma. España, 2017



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos 2017. INE

Cádiz (3,53) y Almería (3,44) registran los datos más elevados de defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos. Jaén registra la menor tasa de mortalidad infantil con 1,63 defunciones.

Gráfico 9. Tasa de mortalidad infantil según provincias. Andalucía, 2017



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de Indicadores demográficos básicos 2017. INE

2.6. Menores de edad en situaciones de vulnerabilidad

2.6.2. Salud mental infantil y juvenil

2.6.2.1. Atención a la salud mental en personas menores de edad

La ordenación de la asistencia a salud mental queda establecida en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Otro instrumento con el que la administración apoya a la red sanitaria de atención a la salud mental, es el **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020**, en el que uno de sus objetivos es favorecer la detección precoz de problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y prestar una atención de calidad, que facilite su desarrollo evolutivo y la construcción de su proyecto vital, e incluye transversalmente la perspectiva de la infancia y adolescencia en todas las demás estrategias.

Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados a niños, niñas y adolescentes se encuadra el **Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA)**, que se ocupa de garantizar a las personas menores de edad asistencia y cuidados de su salud mental continuos con una visión integral en la coordinación intersectorial, imprescindible para dar respuesta a las necesidades de dicha población.

El decreto anteriormente mencionado marca la vía de acceso a los servicios de salud mental. Refiriéndonos a población infantil y adolescente su acceso queda establecidos a través de atención primaria (pediatra hasta los 14 años o médico de familia), una vez el profesional elabore su diagnóstico deriva a las *unidades de salud mental comunitaria (USMC)*, el especialista que lo atienda elaborará un plan de tratamiento y, si lo considera necesario, remitirá al paciente a alguno de los dispositivos más especializados, en este caso las *unidades de salud mental infanto-juvenil (USMIJ)*.

2.6.2.2. Personas menores de edad atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria

Según el Decreto 77/2008, estas unidades se definen como «...el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención especializada...»

En 2017, atendieron un total de 24.816¹ personas menores de 18 años en las Unidades de Salud Mental Comunitaria en Andalucía. El 60,1% son chicos (14.915) y el 39,9% son chicas (9.899).

Los principales diagnósticos de los chicos y chicas atendidos fueron: trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia² (19,3%), trastornos de ansiedad (11,1%) y trastornos del desarrollo (5,2%).

Analizando el grupo diagnóstico correspondiente a los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia atendido en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, se observa que el TDAH (39,9%), otros trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (19,3%) y los trastornos disociales (15,5%) son los diagnósticos más frecuentes en las personas menores de 18 años que han recibido atención en las Unidades de Salud Mental Comunitaria.

Gráfico 24. Distribución de personas atendidas en USMIJ según grupo diagnóstico. Andalucía, 2017



1 Del total de las personas atendidas, dos han sido registradas con un género "desconocido o indeterminado".

2 Clasificación diagnóstica CIE-10: F90-F98. Estos trastornos presentan un mayor número de diagnósticos en las personas de menos de 18 años.

En la siguiente gráfica se representan algunos de los grupos diagnósticos que cuentan con marcadas diferencias de sexo en su diagnóstico. En los trastornos de la conducta alimentaria, se observa que un 90,2% de las personas menores de 18 años atendidas son chicas, y el 9,8% son chicos. En el grupo diagnóstico relacionado con los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, hay un mayor porcentaje de chicos (81,0%) que de chicas (19,0%) con dicho diagnóstico. Se observa una proporción similar con relación al trastorno generalizado del desarrollo, con un 83,1% de chicos con diagnóstico (16,9% de las chicas).

2.6.2.3. Personas menores de edad atendidas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil

Según el Decreto 77/2008 estas unidades quedan definidas como «...dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente...».

En 2017, se han atendido a 15.510³ personas de menos de 18 años en las USMIJ de Andalucía. El 71,9% (11.147 personas) son chicos y el 28,1% (4.362 personas) son chicas.

En este servicio especializado de atención, el grupo más numeroso ha sido el de personas menores de edad sin diagnóstico (30,2%). El trastorno más frecuentemente diagnosticado en las personas menores de edad es el de aparición habitual en la infancia y adolescencia (22,6%), seguido de los trastornos de desarrollo (19,1%), varios diagnósticos (11,9%) y trastornos de ansiedad (5,7%). Los trastornos por los que se atendieron menor número de personas menores de 18 años son: trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (0,1%), seguido de los trastornos orgánicos (0,1%) y los trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (0,2%).

Analizando la población atendida según sexo, con relación a los diagnósticos recibidos, las mayores diferencias entre chicos y chicas se observan en: los trastornos del desarrollo (83,2% de los chicos y 16,8% de las chicas), los trastornos de aparición habitual en la infancia y adolescencia (75,8% de los chicos y 24,2% de las chicas), los relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas (75,0% de los chicos y 25,0% de las chicas) y los trastornos funcionales (13,5% de los chicos y 86,5% de las chicas).

En el grupo diagnóstico correspondiente a los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia atendido, se observa que el TDAH (58,3%), varios diagnósticos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (12,5%) y los trastornos disociales (12,0%) son los diagnósticos más frecuentes en las personas menores de 18 años que han recibido atención en las USMIJ.

3. ACTUACIONES DE LA DEFENSORÍA: QUEJAS Y CONSULTAS

3.1. Quejas

3.1.2. Temática de las quejas

3.1.2.1. Derecho a la salud

El análisis de las quejas protagonizadas o referidas a las personas menores de edad recepcionadas durante 2018 arroja un saldo bastante heterogéneo, y refleja tanto aspectos específicamente atinentes a la asistencia sanitaria de los niños, niñas y adolescentes, como problemas que igualmente

³ Del total de personas atendidas, una ha sido registrada con un género "desconocido o indeterminado".

se reproducen para la población adulta, aunque en estos últimos casos la afectación de aquéllos a personas menores de edad, las dota de una singularidad evidente.

En este contexto, nuestros comparecientes, habitualmente padres o tutores y otros familiares de los integrantes de este colectivo, **denuncian vulneraciones de los derechos que les asisten en tanto pacientes, o precisamente en su condición de pacientes con especiales características que demandan condiciones también especiales de atención.**

En este orden de cosas, tradicionalmente contamos en este capítulo las consecuencias de la persistente sensibilidad de los padres respecto a la atención regularizada de sus hijos por parte de quienes ostentan la titulación de la especialidad correspondiente, y de ahí su tendencia a **reclamar por la falta de pediatras en sus centros de salud de referencia.**

Por nuestra parte, también habitualmente venimos analizando esta situación bajo un doble prisma el de la existencia de ratio suficiente para que el centro en cuestión deba tener dotación de plaza de pediatría, y el de la cacareada escasez de especialistas llamados a cubrir dichos puestos en nuestro amplio marco territorial, lo que lleva a que en muchas ocasiones los mismos sean sustituidos por facultativos de familia que tienen experiencia en la asistencia de los niños y niñas.

Por lo que hace a esta segunda cuestión, la situación que se genera es perfectamente legal mientras no existan especialistas en situación de desempleo inscritos en la bolsa y disponibles para los dispositivos en los que se produzca este déficit; mientras que en el primer caso normalmente propugnamos, para cuando no se haya establecido, el desplazamiento en determinadas franjas horarias a los centros y consultorios que no tienen ratio suficiente, de los pediatras del centro de salud cabecera.

En este sentido, el año pasado se planteó la ausencia de pediatras en el centro de salud de Albox (queja 18/1746), y la insuficiente dotación de plazas de pediatría en Loja (queja 18/6361).

En el primer caso se nos explicó que cuentan con dos claves de pediatría y que las mismas están bien dimensionadas en cuanto a número de Tarjeta Sanitaria Individual, permaneciendo en la actualidad cubiertos los cupos por médicos de familia en función pediatría de manera provisional, aunque al parecer desde el 4 de junio de 2018 ya se dispone de un pediatra. Además apuntan que la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería es interniveles (compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria) por lo que la coordinación es muy estrecha, contando con suficientes medios humanos y tecnológicos, así como canales de comunicación, presenciales y con una plataforma digital específica; lo que les permite fácilmente estar en contacto permanente ante las demandas de interconsultas, derivaciones de casos clínicos y para tratar otros asuntos que se han de compartir, como sesiones clínicas, elaboración de protocolos asistenciales, etc.

En el segundo supuesto, - insuficiente dotación de plazas de pediatría en Loja- se nos ha comunicado que de los tres pediatras del centro, uno está ausente por causa justificada, y otro tiene reducción de jornada del 33 %, de manera que hasta que se disponga de una cobertura completa de estas plazas la asistencia sanitaria de los menores se realiza tanto por los pediatras como por los médicos de familia existentes en el centro de salud.

Por otro lado, todavía no contamos con un número de quejas suficientes al objeto de **evaluar cómo se va desarrollando la prestación de atención temprana a raíz de su regulación mediante el Decreto 85/2016 de 26 de abril.** Ciertamente, esta norma diseña un modelo nuevo, en el que se incorporan los Centros de Atención Infantil Temprana, al tiempo que se crean las unidades de atención infantil temprana con unas funciones específicas.

En esta misma sede apuntábamos hace un par de años la improcedencia de llevar a cabo una evaluación del sistema con nuestra anterior perspectiva, pues pensábamos que la misma exigía otras

premisas, a pesar de lo cual no renunciábamos a acometerla de manera genérica en el momento en que se implantara el nuevo modelo, siquiera mínimamente.

No está de más, sin embargo, que desde aquí nos reiteremos en nuestro apoyo al establecimiento del régimen de concierto para la gestión del servicio público de atención temprana, como medida para dotar de estabilidad financiera a los Centros de Atención Infantil Temprana y eliminar las situaciones de inequidad en el acceso a la prestación, que detectamos tiempo atrás.

No obstante, seguimos preocupados por el desenvolvimiento actual de la prestación, y la escasez de quejas tramitadas (en algunos casos por falta de ratificación mediante firma de los padres o tutores de los menores implicados) nos limita para obtener muchas conclusiones.

En todo caso, durante el ejercicio de 2018 hemos recibido los informes de dos expedientes que veníamos tramitando desde el año anterior (queja 17/4601 y queja 17/6118), en ambos casos sobre demora en el acceso al Centro de Atención Infantil Temprana, y fundamentalmente hemos concluido nuestras actuaciones en la queja 16/4349, que se promovió en relación con la específica problemática que presentaba la atención temprana en la provincia de Almería.

Auspiciada por la Plataforma de atención temprana en Andalucía, se sostenía la existencia de rasgos discriminatorios en relación con otras provincias andaluzas, en lo relativo a la dispensación de la prestación de atención temprana a los menores con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo.

La denuncia principal era la falta de sesiones de carácter individual en la mayoría de los casos y por un período de tiempo que no superaba los 30 minutos, cuando las sesiones grupales se contemplan en la normativa vigente con carácter de excepción y la duración de la misma, habitualmente de 45 minutos, se había ampliado recientemente a una hora.

Se refería, igualmente, que el acceso a la atención se producía en muchas ocasiones después de los cinco años de edad, y tras permanecer largo tiempo (a veces uno o dos años) en lista de espera.

Además, se aseveraba que la interacción con las familias no existía, como consecuencia lógica de la preferencia por las sesiones grupales, pues si las sesiones se imparten a la vez a varios menores, la presencia de los padres o tutores no cabe.

Nos interesamos, por tanto, por conocer cómo se organizaba la prestación de atención temprana en esa provincia, de qué tipología eran los Centros de Atención Infantil Temprana y si estaban acogidos al Acuerdo Marco y sujetos por tanto a sus determinaciones, habiéndose producido adjudicaciones con arreglo a dicho proceso de licitación.

En virtud del informe administrativo se realizó un recorrido por la historia de la prestación de atención temprana en nuestra comunidad autónoma, que en la actualidad se configura con una dependencia funcional del ámbito sanitario, a pesar de su carácter multidisciplinar; y se nos daba cuenta de las gestiones realizadas para la implantación del modelo de gestión de la prestación mediante conciertos con los Centros de Atención Infantil Temprana.

También se apuntaba que el Acuerdo Marco iba a permitir atender en la provincia a 1413 menores al año, lo que implicaría un total de 84.780 sesiones (calculando una media de cinco sesiones al mes), que no iba a existir lista de espera (a la fecha de elaboración del informe había 381 niños aguardando la asignación de Centro de Atención Infantil Temprana), y que tras la valoración por parte de la Unidad de Atención Infantil Temprana en el plazo de 30 días desde la derivación del pediatra, los menores y sus familias serían recibidos en los Centros de Atención Infantil Temprana de manera inmediata.

Pues bien, en nuestra intención de valorar los aspectos que más decididamente influyen en la calidad de la atención, nos permitimos insistirle a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas

Sociales de Almería, en la comunicación de datos que nos permitieran valorar el tiempo de respuesta para el acceso a la prestación, y la intensidad de la misma.

No obstante en la medida en que las afirmaciones de la Administración contradecían claramente las denuncias realizadas, y a la vista de que no se habían hecho alegaciones que pudieran desmentir o matizar las mismas, a pesar de haber solicitado su emisión, nos vimos obligados a concluir nuestras actuaciones en esta queja, pensando que carecíamos de elementos de juicio suficientes para proseguir la tramitación.

Adentrándonos, por otro lado, en el ámbito de la atención especializada, curiosamente la inmensa mayoría de **las quejas del año pasado sobre derivaciones a centros de referencia u otros dispositivos sanitarios ubicados fuera del ámbito de nuestra comunidad autónoma**, aparecían motivadas en procesos asistenciales atinentes a personas menores de edad.

La razón hay que buscarla quizás en que muchas solicitudes se insertan en el diagnóstico y tratamiento de las denominadas enfermedades raras, por la necesidad de ofrecer la atención en parámetros temporales adecuados para no perjudicar el normal desarrollo del niño o la niña, y por qué no, en la lógica alarma que provoca la presencia de problemas severos de salud en pacientes de tan corta edad.

Sobre este punto quisiéramos recordar que la Administración sanitaria andaluza contempla la asistencia en centros ajenos al Sistema Sanitario Público de Andalucía de manera excepcional, y por causas prefijadas. En concreto, la Circular 0203/15, de 30 de julio de 2015, alude a la imposibilidad de realizar la asistencia en un centro sanitario, público o concertado o la conveniencia, adecuadamente justificada, de efectuarla en un centro ajeno determinado, incluyendo para sustentar estas situaciones los supuestos de no disponibilidad o disponibilidad limitada de un procedimiento por complejidad tecnológica, o porque requiera alta especialización facultativa, así como la baja prevalencia de la patología, que haga ineficiente la prestación con medios propios.

El procedimiento para la autorización también aparece bien definido en dicha regulación interna: solicitud de un facultativo del hospital de referencia acompañada de informe clínico detallado y propuesta concreta del centro ajeno en el que se pretende la asistencia con visto bueno del gerente, a lo que se une la autorización de la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Pues bien, en el informe del año pasado ya dimos cuenta de lo que quisimos ver como un cambio en la tendencia absolutamente restrictiva que venía presidiendo la autorización de este tipo de derivaciones en los peores tiempos de la crisis, pues los expedientes que pendían sobre esta materia desde los años anteriores fueron resueltos satisfactoriamente para los peticionarios.

Como ya hemos dicho de las cinco quejas que nos han llegado en 2018 para protestar por la negativa o las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo estas derivaciones, cuatro aparecen referidas a pacientes menores de edad.

La respuesta de la Administración sanitaria andaluza ha sido desigual, y así en la queja 18/0336 no se consiente la derivación de un niño con extrofia vesical para revisiones de una intervención quirúrgica que se realizó en el Hospital de la Paz porque previamente no se autorizó que se llevara allí a cabo dicho procedimiento.

Las dificultades que se generaron en la unidad de traumatología pediátrica del hospital Virgen del Rocío tras la marcha de su responsable quizás están en el origen de la solicitud de derivación al mismo Hospital de la Paz de un menor con escoliosis congénita (queja 18/1064), aunque los motivos que nos han llevado a cerrar el expediente de queja que sobre aquel asunto se planteó, conocida la supervivencia de la calificación de Centro de Servicio y Unidades de Referencia de dicha unidad y las

reformas e incorporaciones de profesionales producidas, son probablemente los que han impedido la autorización en este caso, al entender que el centro sevillano está perfectamente capacitado para llevar a cabo las técnicas propuestas a este paciente.

La falta del informe de este último centro, requerido en el procedimiento de autorización, provocaba la preocupación de los familiares de un niño afectado por hemimelia peronea, que debía ser intervenido con rapidez para evitar el riesgo de amputación, pero una vez emitido aquel se nos comunicó la decisión favorable a su tratamiento en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia ([queja 18/0485](#)).

Por último, en la queja 18/3086 la solicitud para el tratamiento en el Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid de un joven de 15 años afectado por la enfermedad Von Hippel Lindau, se ha saldado con la autorización, pero para un centro distinto al inicialmente solicitado que tiene la condición de referente para Síndromes Neurocutáneos genéticos (facomatosis), en concreto el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona.

A propósito de las enfermedades raras, y de las situaciones que al entender de la Asociación reclamante están produciendo la vulneración de los derechos que corresponden a los afectados, fundamentalmente niños, en el ámbito sanitario, tramitamos la queja 17/3980.

Sobre las mismas se aludía a la práctica de su clasificación conforme a un catálogo obsoleto (CIE-9) derivándose problemas para la identificación y por lo tanto el diagnóstico de las que no aparecen en el mismo.

También se achacaba a la falta de conocimiento que los profesionales tienen sobre estas enfermedades que en muchos casos los pacientes no vieran reconocida su situación de discapacidad; se apuntaba que la atención temprana se suspende cuando los enfermos cumplen la edad de 6 años, sin que en el ámbito educativo se supla adecuadamente el tratamiento rehabilitador sanitario, y en último término se denunciaba la denegación de solicitudes de uso compasivo de medicamentos.

La mayoría de estas cuestiones sin embargo ya habían sido tratadas por esta Institución. Así como hemos señalado anteriormente la atención temprana ha sido objeto de regulación mediante el Decreto 85/2016, de 16 de abril, por lo que estamos asistiendo al desarrollo del esquema organizativo previsto en el mismo, aunque desde ya podemos decir que no es una prestación exclusivamente sanitaria, sino que tiene un carácter multidisciplinar, del que participan también los ámbitos educativos y social.

Por otro lado, el reconocimiento de la condición de persona discapacitada se lleva a cabo conforme al baremo previsto en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, pero aún cuando el proceso patológico que dé origen a la deficiencia deba haber sido diagnosticado, dicho diagnóstico no es un criterio en sí mismo, puesto que las pautas para la valoración de la discapacidad lo que tienen en cuenta es la severidad de las consecuencias de la enfermedad, y su incidencia en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

En otro orden de cosas, **la negativa al uso compasivo de medicamentos** ya había sido objeto de conocimiento mediante la queja de oficio 15/1700 y además intervinimos específicamente en el ámbito de las enfermedades raras en una queja presentada por la Federación Española de Enfermedades Raras.

Además, desde esta Institución hemos tramitado quejas individuales relacionadas con el uso compasivo de medicamentos, y más concretamente en el caso de la distrofia muscular de Duchenne (Alaturen), y pensamos que este procedimiento individual es el que presenta más perspectivas de eficacia.

En resumidas cuentas que procedimos a admitir la queja exclusivamente en relación con el primero de los asuntos comentados, tras constatar que el Plan Andaluz sobre enfermedades raras ciertamente, teniendo en cuenta su fecha de elaboración, parte de la clasificación internacional de enfermedades CIE-9 y adjunta una relación de enfermedades raras conforme con la misma, por lo que a la vista de su período de vigencia (2008-2012) decidimos cuestionar a la Administración sobre la perspectiva de elaboración de un nuevo instrumento planificativo, y la contemplación en su caso de las enfermedades raras añadidas en la clasificación CIE-10.

En todo caso concluimos nuestras actuaciones considerando que no existía ninguna irregularidad al ser advertidos de que en los sistemas de Información del Sistema Sanitario Público de Andalucía no existe tal disfunción en la gestión de la información sobre enfermedades raras derivadas de la utilización de una u otra clasificación para la codificación clínica diagnóstica, dado que:

- ambas clasificaciones posibilitan la inclusión en los sistemas de información de todas las enfermedades raras;
- los ámbitos asistenciales con el mayor número de registros (Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias), están codificados con CIE IO ES, en toda su serie histórica; y
- para mayor integridad y solidez de los sistemas de información en lo relacionado con enfermedades raras, el propio profesional de atención primaria realiza una validación (confirmación o no) de sus propios pacientes, así catalogados.

Algunas otras cuestiones interesantes por su relevancia para la asistencia sanitaria de los menores se refieren a **la sustitución de determinado instrumental**, en concreto un retinógrafo para la unidad de oftalmología pediátrica del Hospital Regional de Málaga (queja 17/5045), que se solventó con el anuncio del inicio de las gestiones para solicitar y reponer el equipo en el plazo más breve posible; o la demanda genérica de adopción de medidas para la detección de las cardiopatías congénitas, que dio lugar a una queja (queja 18/5302) en la que aún no hemos recibido el informe, pero cuyo planteamiento nos parece interesante reflejar.

A este respecto, se nos dice que estas patologías son bastante frecuentes en nuestra sociedad, y que en su mayoría tienen carácter grave, pudiendo ser detectadas de manera prenatal a través de la ecocardiografía fetal, o postnatal mediante la oximetría de pulso.

Por lo visto ambas técnicas tienen sus limitaciones, pero no son invasivas y los beneficios que aportan al recién nacido son suficientes para justificar su uso, pues llevan consigo la reducción significativa de las muertes por cardiopatía congénita en nuestro país, y minimizan los riesgos de complicación.

Se destaca la importancia de la formación, pericia y herramientas de las que disponga el obstetra para poder detectar anomalías cardíacas, haciendo hincapié en los beneficios que trae el diagnóstico prenatal, a saber, posibilitar la programación del nacimiento en un centro preparado para ello donde el bebé sea recibido por un equipo multidisciplinar capacitado para asistirlo, pudiendo recibir sin demora la atención necesaria para su patología, evaluando también en el momento del nacimiento el alcance exacto del defecto cardiovascular y evitándose así traslados desde centros no especializados de recién nacidos en una situación delicada.

De esta manera la promotora de la queja reivindica lo siguiente:

- el uso de la oximetría de pulso en recién nacidos tras las primeras 24 horas de vida antes del alta hospitalaria por rutina, en tanto que prueba segura, no invasiva, indolora, económica, factible y razonablemente precisa que tiene una alta sensibilidad en la sospecha de cardiopatías congénitas;

- formación específica de los profesionales encargados de realizar la ecografía de la semana 20 a las embarazadas, para que así puedan detectar la presencia de esta patología y derivar por tanto posteriormente al especialista adecuado el seguimiento del embarazo y posterior nacimiento del bebé. Accesibilidad de esta formación de calidad para todos los facultativos implicados en los seguimientos a embarazadas, puesto que se demuestra que la mayoría de las cardiopatías congénitas se dan en embarazadas sin riesgo, aumentándose de esta manera el diagnóstico durante el embarazo; y
- renovación de equipos utilizados en las ecografías a embarazadas.

El bienestar de los menores afectos de diabetes tipo 1 sin duda se encuentra detrás de la medida recién adoptada por la Administración sanitaria para incorporar los sistemas de monitorización de la glucosa en la cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (se llevó a cabo a través de la Resolución de la Dirección Gerencia del SAS de 17.4.18). La reivindicación de un ciudadano que venía sufragando el coste del mecanismo de medición de glucosa (sensor tipo flash) que había sido recomendado a su hija de cinco años ([queja 17/6752](#)) inició la tramitación de un expediente que coincidió en el tiempo con dicha inclusión, aunque aquella continúa por la conveniencia de que dicho sistema se adapte a la bomba de insulina que igualmente dispone.

La necesidad de mantener el contacto piel con piel tras un parto mediante cesárea (queja 18/6851), la negativa a dispensar a un menor la hormona del crecimiento (queja 17/2760), la solicitud de acompañamiento de un paciente menor de edad en quirófano hasta el momento de aplicación de la anestesia (queja 18/2210), el alta prematura en la rehabilitación (queja 18/1728), o la denegación de la realización de una prueba genética (queja 18/6093) son aspectos de la atención sanitaria de las personas menores de edad que igualmente vienen mereciendo nuestra atención.

Además, este colectivo sufre igualmente la demora en la práctica de las distintas actuaciones sanitarias, o lo que es lo mismo, **las temidas listas de espera.**

Cuando los promotores de la queja 16/1195 y la queja 16/6990 acudieron a esta Institución solicitando su auxilio para procurar la agilización de las intervenciones que afectaban a sus hijos, en el primer caso el menor llevaba más de dos años desde que se le indicó la operación (defecto craneal), mientras que en el segundo la demora se prolongaba en torno al año y medio (hipospadias).

Pues bien, aunque es verdad que en uno de los supuestos los términos de la espera no estaban claros, pues se dice por la interesada que la inscripción primera en el registro de demanda quirúrgica se anuló, mientras que tras la apuesta reconocida por el centro a favor de la cirugía no consta la inscripción aludida, pensamos no obstante que esta carencia no podía actuar en beneficio del hospital, que alegando un estudio permanente del caso podría justificar una demora indefinida.

Por contra, en el otro se justificó la demora en la elaboración de un plan para mejorar la asistencia de los pacientes con esta patología, incluyendo la creación de una consulta específica, la formación del personal, y la gestión del postoperatorio en régimen de hospital de día.

En todo caso, ambas situaciones tenían en común la falta de cobertura por plazos máximos de garantía, lo que nos llevó a dirigir a los hospitales afectados sendas resoluciones reproduciendo nuestro posicionamiento habitual respecto de los tiempos de respuesta asistencial en este tipo de intervenciones, que reclama para las mismas que también se lleven a cabo en un tiempo razonable pues el hecho de que no tengan plazo de respuesta no significa que puedan demorarse sine die.

En último lugar, para terminar este apartado aludimos a la reivindicación del sindicato SATSE dirigidas en concreto a favorecer el cumplimiento del derecho a que sean atendidos de manera separada respecto de los adultos, y a cuestiones relacionadas con las características singulares de este colectivo, entre las que se encontraba la conveniencia de dotar al personal del área con uniformes específicos con impresiones amables.

Lo particular del caso, que se tramitó como queja 18/4263, ha sido la utilización de la vía de la mediación, materializada en reunión mantenida con la representación del sindicato promotor y los representantes del centro hospitalario, como mecanismo de acercamiento y comunicación de posturas que ha permitido llegar a acuerdos entre las partes sobre algunos de los asuntos ventilados y adquirir compromisos en el corto plazo.

3.1.2.2. Derecho a la educación

3.1.2.2 b) Escolarización del alumnado

La reagrupación de hermanos y hermanas en el mismo centro docente continúa presentándose como el problema más importante que afecta a la escolarización del alumnado en Andalucía.

Cuando las familias no consiguen estas legítimas aspiraciones en los procedimientos ordinarios de escolarización, se intenta la reagrupación a través de dos vías: solicitando la autorización del aumento de la ratio o solicitando las plazas vacantes surgidas una vez concluido el procedimiento ordinario.

Recordemos que los supuestos de ampliación de ratio hasta un 10 por 100 de las plazas se encuentran expresamente tasados a tres: por necesidades que vengan motivadas por el traslado de la unidad familiar en el periodo de escolarización extraordinaria, debido a la movilidad forzosa de cualquiera de los padres, madres, tutores o guardadores; por adopción o por el inicio o modificación de otras formas de protección de menores; y cuando el niño o la niña sea víctima de violencia de género o víctima de acoso escolar.

Más problemas ocasionan las demandas para acceder a una plaza escolar cuando esta aparece disponible tras el periodo ordinario de matriculación (queja 18/2105, queja 18/5783, queja 18/5846, queja 18/5868, queja 18/5948).

Es en el artículo 54 del Decreto 40/2011, de 22 de febrero, por el que se regulan los criterios y el procedimiento de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados, en su redacción dada por el Decreto 9/2017, de 31 de enero, donde se establece expresamente que si una vez finalizado el periodo ordinario de matriculación se produjeran vacantes en el centro docente, sobre estas no tendrá prioridad el alumnado que resultó no admitido, y las mismas podrán ser adjudicadas en el procedimiento extraordinario.

Esta nueva redacción clarificó las dudas que ofrecía la anterior sobre la posibilidad de ofrecer las plazas vacantes una vez finalizada la matriculación del alumnado. Pero paralelamente cerró de manera definitiva cualquier posibilidad de que estas plazas pudieran ser ocupadas por cualquier alumno o alumna que no la hubiera conseguido durante la tramitación del procedimiento ordinario.

Ello ha producido situaciones tan paradójicas como que un alumno o alumna que hubiera quedado situado en el primer lugar de la lista de no admitidos, no hubiera podido acceder al centro al haberse producido la vacante con posterioridad al plazo de matriculación, y que no habiéndose producido ningún supuesto de escolarización extraordinaria, la plaza hubiera estado sin cubrir durante el curso completo.

Si esta situación puede resultar decepcionante para aquellas familias que intentan la escolarización de uno solo de sus hijos, mucho mayor sentimiento de impotencia causa cuando de lo que se trata es de reagrupar o escolarizar a hermanos o hermanas en un mismo centro, como se reflejan en las quejas que recibimos.

Consideramos que se hace necesaria la revisión de esta norma y hacer posible una mayor flexibilidad a la hora de poder disponer de estas plazas, y en estos términos nos hemos dirigido a la Administración educativa.

Otra regla que, a nuestro juicio, debe ser objeto de revisión, por los graves perjuicios que está causando su estricta aplicación, es aquella que se refiere a **la pérdida total de cualquier derecho de prioridad en el acceso al centro (pérdida de todos los puntos del baremo y exclusión del centro) cuando se produce un cambio de domicilio familiar a otro dentro de la misma zona de escolarización**, después del período de presentación de solicitudes pero siempre dentro del plazo de adjudicación de plazas (queja 18/4707).

Ilustremos este problema con un ejemplo. La madre de una niña afectada por autismo presentó, en el mes de marzo de 2017, solicitud de escolarización para la menor en un centro docente de su zona, haciendo constar el domicilio en el que en ese momento vivía con sus tres hijos.

Sin embargo, por circunstancias familiares y económicas, en el mes de junio de ese mismo año 2017, se trasladó a otro domicilio, si bien dentro de la misma zona de influencia del centro docente elegido como prioritario. Sin embargo, la delegación territorial de educación, tras la denuncia de otra familia, consideró que este último domicilio familiar lo era también en el mes de marzo anterior y que, por lo tanto, el domicilio hecho constar en su solicitud era falso.

Esto acarreó como consecuencia la pérdida de todos los puntos del baremo, por lo que la alumna fue excluida del centro docente en el que ya llevaba un año escolarizada, siendo trasladada, para el curso 2018-2019, a otro centro alejado 4,5 Km de su domicilio.

Pero lo cierto es que, conforme a las normas sobre escolarización, cualquiera de los dos domicilios que la solicitante hubiera hecho constar en su solicitud, le hubiera atribuido 14 puntos del baremo por estar ambos dentro de su zona de escolarización.

Siendo ello así, atenta contra toda lógica el pensar un ánimo defraudatorio, ni atentatorio contra derechos de terceros, por lo que consideramos infundado imponer una sanción tan severa como la expulsión del alumno o alumna del centro en el que hubiera sido escolarizado, que a la postre va en contra del interés superior de la alumna.

A nuestro entender, lo que debería ser valorado en aquellos casos en los que concurran circunstancias como las analizadas, es la finalidad o resultado que se obtiene de la presunta falsedad de los datos relativos al domicilio, que como se ve en el asunto analizado es nula.

Con independencia de las actuaciones que en el momento de la elaboración del presente informe aún estamos llevando a cabo en el seno de este expediente, hemos de poner de manifiesto que, con matices, cabría flexibilizar la interpretación de lo que debe entenderse por falsedad en los datos del domicilio y, por lo tanto, valorar si en justicia corresponde o no la imposición de una sanción de la naturaleza señalada.

Queremos informar también de una **investigación de oficio por la excepcionalidad de unas situaciones que, hoy por hoy, no encuentran ningún amparo legal que venga a reconocer la necesidad de que determinados niños y niñas puedan tener prioridad en el acceso a los centros docentes solicitados** (queja 18/7446).

En los dos últimos años se han tramitado en esta Institución varios expedientes de queja en los que se planteaba la necesidad de escolarizar a cuatro menores de edad, todos ellos con problemas de salud extremadamente graves, en los centros docentes elegidos como prioritarios. Esta elección de las familias obedece a la cercanía de los centros docentes con los respectivos domicilios familiares o, en su caso, a la cercanía de aquellos con los recursos hospitalarios o de salud de referencia de cada uno de ellos (queja 17/2340, queja 17/5200, queja 18/2226 y queja 18/5568).

En los cuatro casos, a ninguno de los niños o niñas afectadas se les adjudicaron las plazas solicitadas debido a la inexistencia de vacantes, o bien por no corresponderle puntuación suficiente.

Es cierto que la actual normativa de escolarización no prevé prioridad alguna en el acceso por motivos de salud, ni en el procedimiento ordinario, ni en el extraordinario, por lo que consideramos necesario que por parte de la Administración educativa se ofrezca una respuesta adecuada y acorde con las excepcionalísimas circunstancias que concurren en estos y otros casos similares que pudieran producirse.

En nuestra consideración, la prioridad que a estos menores se les debería reconocer para acceder al centro docente que se solicite para ellos en el momento en el que sea necesario (en procedimiento ordinario o en procedimiento extraordinario), estaría fundamentada, además de por razones de humanidad, que deberían ser suficiente, en el interés superior de los menores afectados.

Por otro lado, no podemos olvidar que es obligación legal de los poderes públicos procurar a las personas menores que se encuentran en situación de desventaja, sean cuales sean los motivos de ésta (físicos, psicológicos, económicos, familiares, etc.), todos aquellos medios que le permitan la superación de aquellas circunstancias que han dificultado o dificultan su desarrollo personal y social pleno.

Por ello, en el ámbito educativo, se ha de dar una respuesta adecuada a las circunstancias específicas al alumnado que presenta este tipo de dificultades, lo que también hará necesario la adopción de medidas organizativas flexibles que permitan una escolarización igualmente adecuada. **Ello debe llevar aparejada una adaptación de las normas sobre escolarización a las necesidades de los alumnos con enfermedades graves.**

3.1.2.2. e) Servicios Educativos complementarios

...

Y relativas también al modo de gestión de los comedores escolares, hemos recibido quejas de familias que discrepan del sistema optado por la Administración educativa (queja 18/2492 y queja 18/2605).

Citamos el caso planteado por miembros de la AMPA de un colegio de la provincia de Granada, que discrepaban de la decisión de que el servicio de comedor pasara a ser gestionado por una empresa de catering, considerando, además, que el concurso para la adjudicación del servicio a dicha empresa había sido convocado y tramitado con falta de transparencia.

Ponían en valor los comparecientes que, durante los más de 15 años, la asociación de madres y padres había gestionado el comedor del centro, obteniendo magníficos resultados en términos de salud y educación de los escolares, manteniendo estos una relación positiva con la comida y adquiriendo hábitos nutritivos saludables a través de la cultura culinaria andaluza y mediterránea.

Este comedor escolar había sido objeto de interés por parte de medios de comunicación, foros de expertos en educación, salud y alimentación, y también como experiencia de participación de la comunidad. Así lo demostraban los numerosos artículos de prensa, programas de televisión e invitaciones a participar en jornadas y congresos, las múltiples visitas y premios que habían recibido.

Las consecuencias directas de adjudicar a la empresa de catering la gestión, manifestaba la AMPA, irían en detrimento considerable de la calidad del servicio de comedor que se está prestando con comida casera cocinada a diario e in situ con productos frescos; la pérdida de riqueza para la economía local, puesto que la mayoría de los proveedores de materias primas en estos comedores eran de la zona; y la desaparición de un activo de salud para la comunidad.

Tras la intervención de esta Defensoría, recibimos la noticia de que la Administración educativa había llegado a un acuerdo de consenso entre todas las partes, de manera que la nueva empresa de catering adjudicataria del servicio acordó con la AMPA que una vez se hubiera ejecutado el 20 por 100 del contrato -circunstancia que acontecería en el mes de febrero de 2019- el servicio de comedor escolar se subcontrataría con esta asociación.

Mientras que ese momento llegara, la empresa y la representación de padres y madres acordaron, de igual manera, que la primera seguiría manteniendo a los mismos trabajadores que prestaban sus servicios en el comedor cuando era gestionado por la AMPA y, también, que se continuaría proporcionando a los alumnos los menús ecológicos.

...

3.1.2.6. Derecho a la protección

3.1.2.6.1. Protección a menores en situación especial vulnerabilidad

3.1.2.6.1. b) Menores en situación de dependencia

La dependencia de las niñas y niños, no guarda correspondencia con la necesidad esencial de atención y cuidados provenientes de sus padres, sustancial a toda persona de corta o escasa edad, sino que, necesariamente, implica la presencia de causas físicas, intelectuales y/o psíquicas, que limitan las posibilidades ordinarias de aquella persona menor en quien concurren, en comparación con las capacidades basadas en los patrones de personas en edad similar.

Ello explica que las personas menores de edad cuenten, específicamente, con un enfoque particularizado en el ámbito de la valoración de su situación de dependencia.

De hecho, los parámetros fijados para valorar la entidad o alcance de la situación de dependencia de las personas menores, son distintos a los criterios que conforman la escala general y así lo contempla el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que, como decimos, contiene una escala de valoración específica para los menores de tres años, así como peculiaridades aplicables a grupos de edad diferenciados, desde los tres años hasta alcanzar los dieciocho.

El reconocimiento de la situación de dependencia, -habitualmente lastrado por amplias demoras que, hasta el momento, se han consolidado como una de las notas definitorias de las deficiencias del Sistema-, no parece ser, o al menos, no lo ha sido en lo que a nosotros concierne, uno de los problemas que hayan preocupado a los padres y/o tutores o familiares de las personas menores de edad.

Y es que, de hecho, han sido escasas las ocasiones en que durante este ejercicio se nos ha planteado la producción de demoras en la valoración de la situación de dependencia. Citaremos para ilustrar el supuesto, la queja formulada por la madre de una niña de cuatro años (queja 18/4781), en la que nos exponía que el 20 de abril de 2017 había solicitado el reconocimiento de la situación de dependencia de su hija, que ya ostentaba un grado de discapacidad del 42% y que más de un año después, no había obtenido resolución, a pesar de que en el mes de febrero de 2018 la menor había sido valorada por la enfermera de su centro de salud.

La importancia de la demora, que, por lo demás, nos es conocida en líneas generales, nos hizo solicitar informe a la Delegación Territorial en Sevilla de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, que finalmente satisfizo la pretensión, indicando que a la afectada le había sido reconocida una situación de gran dependencia por resolución de 11 de septiembre de 2018, habiéndose notificado

a los servicios sociales para la elaboración subsiguiente del programa individualizado de atención (PIA), es decir, para la propuesta del recurso adecuado a tal situación, conforme a sus circunstancias.

Precisamente la propuesta de recurso a las personas menores en situación de dependencia y la conclusión del procedimiento mediante la aprobación del servicio o prestación oportuno, es la causa que revela el mayor porcentaje de comparecencias ante esta Institución.

El Plan individualizado de atención (PIA), que es en definitiva el instrumento para hacer efectivo el derecho de las personas en situación de dependencia, por la lógica vía de traducir en beneficio la situación (grado) resultante de la valoración, es una fuente relevante de disconformidades, que en ocasiones viene acentuada por una desfavorable situación socioeconómica del núcleo familiar de la niña o niño dependiente.

Por ejemplificar esta problemática con un supuesto que entronque con la explicada en el caso antecedente, nos referiremos a una madre que nos trasladó la demora en la resolución del expediente de dependencia de su hijo, también de cuatro años, como la niña anterior, y con una discapacidad reconocida del 34%, para explicarnos que el 25 de agosto de 2017 solicitó el reconocimiento de la situación de dependencia y hasta un año más tarde (en julio de 2018), no obtuvo la resolución que calificaba su situación como de dependencia severa o grado II. Por lo que, en buena lógica, temía que igual retraso se produjera en el procedimiento que la administración inicia de oficio, para la asignación de recurso del Sistema (queja 18/5155).

La certeza de la situación planteada nos llevó a requerir a la Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales correspondiente a la provincia de la afectada, obteniendo una respuesta que, hay que decir, constituye un posicionamiento tipo respecto de esta problemática, a saber: señalar el recurso propuesto por los servicios sociales en el PIA (que tratándose de menores de edad suele ser el de prestación económica para cuidados en el entorno familiar), y añadir que la propuesta se resolverá atendiendo al principio del artículo 71.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siguiendo el orden de antigüedad de la solicitud de reconocimiento de la dependencia.

Esta respuesta, en definitiva, nos ha conducido en otras ocasiones a emitir **recomendación** con la finalidad de instar la aprobación del PIA y la observancia del plazo legal para resolver el expediente, que es el de tres meses, reflexionando sobre el hecho de que el principio del artículo 71.2 de la Ley 39/2015 (es decir, la obligación legal de resolver los expedientes por su orden), no es incompatible con la también obligación administrativa de resolverlos en plazo.

Un caso con peculiaridades dignas de mención, fue el que nos trasladó un grupo de padres y madres de municipios de la Sierra Norte de Sevilla preocupados por los recursos que el Sistema de la Dependencia puede ofrecer a sus hijos e hijas con discapacidad, una vez superada la etapa de escolarización obligatoria al alcanzar los 21 años de edad.

Traemos a colación esta reivindicación colectiva, en la medida en que el origen de la deficiencia que plantea se produce cuando los hijos e hijas aún son menores de edad, surgiendo nuevos obstáculos cuando cierran su etapa escolar.

Para ser más precisos, aclararemos que las personas que promovían la queja destacaban que la específica ubicación geográfica de las localidades en que residen, todas ellas enclavadas en la Sierra Norte de Sevilla (Guadalcanal, Cazalla de la Sierra y Alanís), y, en suma, municipios todos ellos limítrofes con la provincia de Badajoz, se encuentran más próximos geográficamente a ayuntamientos más grandes y con más servicios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, como es el caso de Llerena.

Ello se traducía en la práctica en una mayor facilidad para desplazarse a la mentada localidad extremeña, que para acudir a diario a servicios o centros equivalentes de nuestra Comunidad. De

hecho, los promotores de la queja ya nos ofrecían en su escrito un dato revelador: los jóvenes con discapacidad de Guadalcanal acuden a un centro, en la localidad de Llerena (Badajoz), distante en 24 km., al ser el que les permite desarrollar actividades, educativas, formativas y ocupacionales sin perder el contacto diario con sus familiares, amigos, vecinos y costumbres.

No pueden hacerlo en ningún centro de la provincia de Sevilla, al no existir ninguno en el entorno y estar muy distantes los de poblaciones más importantes.

Por la misma razón, se preguntaban en qué situación quedarían sus hijos, cuando alcanzada la edad de 21 años y terminado el ciclo de escolarización obligatoria, procediera acceder a un recurso o centro del Sistema de la Dependencia, sin que hubiera ninguno con cercanía.

Y así, aclaraban que el centro de día en Andalucía más cercano a los municipios de la Sierra Norte (que carecen de este servicio), se encuentra a más de 100 km de distancia, por lo que la tesitura se traducía en que los dependientes aceptaran asistir a este centro de carácter residencial, perdiendo su arraigo familiar diario, o renunciaran a la potenciación y avance de sus capacidades y habilidades y quedaran condenados al deterioro que sigue a la carencia de estímulos adecuados.

Aunque alguno de los afectados no había llegado a esta coyuntura, otros ya la sufrían y permanecían en sus casas sin recibir recurso alguno. En las reuniones que habían mantenido con los responsables públicos pertinentes, se les había informado de que la Junta de Andalucía no puede transferir los fondos destinados a la Ley de Dependencia a otra Comunidad Autónoma.

La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, requerida al efecto, manifestó que, ciertamente, existen situaciones y necesidades concretas de personas en situación de dependencia, precisadas de la necesaria cooperación y colaboración entre los organismos competentes de distintas Comunidades Autónomas y que, precisamente por ello, conscientes de la problemática planteada por las personas afectadas, habían mantenido una reunión con las familias en la voluntad de dar una solución a la cuestión suscitada.

En consecuencia, convenía la administración en que es necesario adoptar las medidas oportunas para dar cobertura a las personas que residen en una ubicación geográfica que dificulta la provisión de recursos que ofrece en la actualidad nuestra Comunidad Autónoma. Por lo que dicha Agencia había solicitado a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, colaboración con sus recursos educativos a favor de las personas en situación de dependencia que aún no habían alcanzado los 21 años, así como, el acceso a centros de estancia diurna adecuados a sus características, para los que hubieran superado tal edad.

Adoptada la iniciativa, nos interesamos nuevamente por los frutos que pudiera haber arrojado, ampliando la Agencia de Dependencia su información inicial, para concluir que el mentado Servicio Extremeño había objetado la dificultad de suscribir convenio entre ambas comunidades autónomas, siendo para ello necesario el correspondiente informe jurídico.

Este trámite, en palabras de la Agencia, obstaba a la suscripción inmediata del convenio de colaboración entre ambas comunidades, por lo que había conducido a estimar preferible realizar las obras pertinentes en la antigua residencia de ancianos de uno de los municipios de la Sierra Norte, previo acuerdo con la Diputación Provincial de Sevilla, para crear un centro de día con terapia ocupacional. Sin perjuicio del compromiso que decía asumir la Agencia de Dependencia, en cuanto al convenio pendiente de suscribir con nuestros vecinos extremeños (queja 18/0959).

Por otro lado, **las personas menores de edad cuyos padres-tutores demandan el reconocimiento de su situación de discapacidad, tropiezan en ocasiones, con los mismos obstáculos que los que atañen a las mayores.**

No en vano, la situación de los Centros de Valoración y Orientación en nuestra Comunidad Autónoma (especialmente en algunas de sus provincias), viene revelando necesidades de reorganización y de incremento de personal desde hace ya algunos años, que han intentado abordarse, siquiera sea de forma parcial, a través de medidas y planes administrativos, como el placevo, pero que, en todo caso, no han supuesto una mejora significativa.

En este sentido, remitimos a las consideraciones realizadas como resultado de la queja de oficio tramitada al respecto por el Defensor del Pueblo Andaluz ([queja 16/6978](#)) e igualmente desgranada en el subcapítulo 3º del Informe Anual de 2018 de dicha Institución.

No podemos por ello sino **reproducir una simple relación de circunstancias que provocan la disconformidad de quienes tienen bajo su amparo a personas menores de edad afectadas por alguna discapacidad relevante**. Y así, alusivas a la calificación del porcentaje de tal discapacidad, disconformidades sobre el tiempo para la valoración y el dictado de resolución o la denegación de la movilidad reducida, así como, en su caso, la demora en la expedición de la tarjeta acreditativa de la misma.

Respecto a los retrasos procedimentales es interesante exponer el relato de una madre que compareció para denunciar que desde el 22 de marzo de 2018 se encontraba en trámite la revisión del grado de discapacidad de su hijo y que le urgía la rápida tramitación del expediente para que se mantuviera el título de familia numerosa de categoría especial al tener otros dos hijos más (uno de ellos también discapacitado), que igualmente el retraso afectada a la pensión por hijo a cargo que percibía, a la campaña de la renta y a las distintas bonificaciones que venía percibiendo.

Aclaraba que en la última revisión de oficio de la discapacidad de su hijo, pasó de un 56% que anteriormente ostentaba a un 0%, al no haber podido tener a tiempo la documentación justificativa y que acreditaba el retraso madurativo que tiene reconocido desde los 4/6 meses tras parto múltiple y que su hijo afectado tiene a su vez reconocido un Grado II de Dependencia.

Fue necesario emitir **recomendación** para instar a la Delegación Territorial correspondiente, de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a resolver el expediente, que ya estaba fuera de plazo, obteniendo la aceptación de este pronunciamiento y la asignación del grado de discapacidad por resolución dictada el mes de octubre de 2018 ([queja 18/3016](#)).

3.1.2.6.1. d) Menores migrantes

...

La fiabilidad y rigurosidad de las pruebas de determinación de la edad para los menores extranjeros ha continuado generando quejas desde distintos sectores (quejas 18/0035, 18/1107, 18/1254, 18/1310, 18/3134 y 18/3971).

Hemos de tener en cuenta que la determinación de la edad es un asunto sumamente trascendente para la vida de las personas extranjeras ya que con estas pruebas se está decidiendo si los poderes públicos deben prestarles las atenciones y cuidados a las que tienen derecho como menores de edad o, por el contrario, han de ser tratadas como personas adultas extranjeras que se encuentran irregularmente en nuestro país.

Sin perjuicio de puntuales actuaciones realizadas en los distintos expedientes de quejas, la Defensoría ha liderado un grupo de trabajo para elaborar un protocolo a nivel andaluz que mejore los procesos actuales de determinación de la edad y que recoja las medidas de coordinación entre las diferentes administraciones e instituciones con competencia en la materia.

El señalado grupo está compuesto por representantes de las Fiscalías de Menores y Extranjería, de las entonces Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales, de Justicia e Interior, del Sistema sanitario público, del Instituto de Medicina Legal, y de la propia Defensoría.

En el ámbito de este proyecto se han celebrado dos encuentros para elaborar un Protocolo territorial de Menores extranjeros no acompañados en Andalucía, atendiendo a las indicaciones contenidas en el Protocolo Marco de 2014. El futuro documento que se elabore, fruto del consenso, deberá contener referencias a los centros habilitados para la práctica de las pruebas, los profesionales que valorarán las mismas, el tiempo de realización de las pruebas, requisitos de los informes elaborados por los facultativos, mecanismos de coordinación entre los agentes implicados, así como los recursos que habrán de estar a disposición de los presuntos menores hasta tanto se obtengan los resultados de las pruebas, teniendo presente que estos dispositivos han de formar parte inexcusablemente del Sistema de protección de menores.

Sobre este asunto, la Fiscalía de Huelva ha elaborado un protocolo propio que está siendo utilizado como instrumento de buena práctica para su implementación en otras provincias, si bien se ha de contar con las peculiaridades de algunas de ellas que derivan del elevado número de menores que entran por sus costas y, por consiguiente, de la ingente cantidad de pruebas de determinación de la edad que se practican, como es el caso de las provincias de Cádiz, Granada y Almería.

Mientras tanto el documento señalado vea la luz, se ha de constatar el avance respecto de las pruebas practicadas en los hospitales del sistema sanitario público andaluz: 31 hospitales han adoptado las medidas recogidas en el protocolo de Huelva, incluyendo información a todos los técnicos que puedan atender a un menor extranjero no acompañado. Y por lo que respecta a las pruebas que se practican a los chicos para la determinación de la edad, en los hospitales señalados, además de la radiografía del carpo, se realiza también una ortopantografía, conforme a las recomendaciones sobre métodos de estimación forense de la edad de los menores extranjeros no acompañados recogidas en el documento de consenso de buenas prácticas entre los Institutos de Medicina Legal de España elaborado en el año 2010.

...

3.1.2.6.1. e) Menores con problemas conductuales

Establece el artículo 39 de la Constitución que los menores gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. A tales efectos impone a los poderes públicos la obligación de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, así como la protección integral de los hijos. E impone dicho artículo la obligación a los padres de prestar asistencia de todo orden a los hijos durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.

Así pues, del texto constitucional debemos diferenciar de un lado el mandato que se dirige a los poderes públicos de acometer actuaciones en favor de la familia, junto con la obligación de proteger los derechos e integridad de las personas menores de edad; y de otro lado las obligaciones de ámbito privado, que incumben a los padres respecto de sus hijos.

Es por ello que existe una esfera privada de relación entre padres e hijos que los poderes públicos han de respetar y en la que su posible intervención habrá de ser subsidiaria, reservada para aquellos casos en que los padres no cumplieren con sus obligaciones respecto de ellos (por imposibilidad o negligencia) o que se produjeran situaciones en que existiera riesgo o peligro para la integridad física o moral de alguno de los miembros que integran la familia.

Este es el supuesto que se da en aquellas situaciones en que algún menor, en edad adolescente, tiene una conducta desordenada, incluso violenta, en ocasiones cuasi delictiva, sin ningún respeto por la autoridad e indicaciones de sus padres. En esta situación los padres acuden a los poderes públicos

en búsqueda de ayuda para solventar una situación que se les va de las manos y se encuentran en un laberinto burocrático, siendo derivados de administración en administración (servicios sociales municipales, administración educativa, administración sanitaria, y ente público de protección de menores) sin obtener una respuesta satisfactoria a la grave situación en que se encuentran, y con el temor de que su hijo agrave la conducta y llegue a cometer hechos delictivos, en una espiral de constante autodestrucción personal.

A este respecto, hemos de señalar que el artículo 172 bis del Código Civil establece la posibilidad de que los progenitores o tutores, por circunstancias graves y transitorias debidamente acreditadas, en aquellos supuestos en que no pudieran proporcionar al menor los cuidados que éste requiere, disponen de la opción de solicitar del ente público que asuma su guarda durante el tiempo necesario, que no sería superior a los dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje, excepcionalmente, la prórroga de dicha medida.

Al expuesto se une la disponibilidad de centros específicamente dedicados al abordaje de problemas de conducta de menores de edad, a los cuales pueden ser derivados los menores tutelados por la Administración y también aquellos sobre los que se hubiere asumido temporalmente su guarda. En cualquier caso, hemos de reseñar que tanto el ingreso como la salida de estos centros residenciales que ejecutan un programa especial para atender a menores con problemas de conducta se ha de realizar previa autorización judicial, conforme a las previsiones del Título II, Capítulo IV, de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, toda vez que están en juego derechos fundamentales de los menores allí atendidos al estar prevista la utilización de medidas de seguridad y restricción de libertades o derechos.

Sobre este particular es frecuente que recibamos quejas solicitando nuestra intervención para acceder a dichos recursos -centros para menores con problemas de conducta- (quejas 18/4769, 18/7089, 18/2312, 18/2494, entre otras) en las cuales nos interesamos por la situación del menor y verificamos la atención que éste recibe y si, efectivamente, se da el supuesto necesario para demandar dicho recurso especializado y los posibles inconvenientes que dificultan el acceso a una plaza.

3.1.2.6.2. Protección a menores en situación de desamparo

3.1.2.6.2. a) Declaración de desamparo. Tutela y Guarda Administrativa

...

Muy relevante, por el número de personas que se dirigieron en solidaridad con los padres, es la cuestión que tramitamos en la reclamación en la que se invocaba el derecho de los padres a alimentar a su hijo por medios naturales, primando por completo la lactancia materna, y su total oposición a que el niño fuese vacunado, considerando arbitraria la decisión de la Administración de asumir la tutela del menor una vez que los padres hubieron de acudir con su hijo a las urgencias del hospital.

Una vez que recabamos información sobre la actuación del Ente Público, pudimos analizar los argumentos que motivaron la resolución de desamparo del niño, así como la posterior decisión de confiar su custodia a familia extensa, cumpliendo con los trámites y garantías previstos en el Decreto 42/2002, regulador del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa; y en el Decreto 282/2002, sobre Acogimiento Familiar y Adopción.

El objetivo perseguido con la separación del menor de sus padres fue para garantizar su protección y seguridad, todo ello sin perjuicio de elaborar un plan de actuaciones para reconducir su situación y reintegrarles su custodia en el momento en que la situación que motivó la intervención del Ente Público hubiera desaparecido o se encontrara en vías de solución, con suficientes garantías para el menor.

A este respecto, resulta significativo el documento que en el curso del trámite de la queja suscribieron los padres comprometiéndose a seguir las pautas alimenticias y medicación que el pediatra y profesionales sanitarios que llevaban el seguimiento de su hijo pudieran prescribir para garantizar su desarrollo saludable.

Por nuestra parte hemos de añadir que con independencia del debate que se pudiera producir sobre las bondades de la lactancia materna respecto de otras opciones alimenticias; sobre el riesgo que pudieran conllevar las vacunas; así como la adherencia a los controles y consecuentes pautas asistenciales del programa de seguimiento y control de recién nacidos, lo cierto es que el menor se vio abocado a una situación de riesgo incluso para su vida: El niño requirió nueve días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos del hospital, y con posterioridad otros 33 días de internamiento hospitalario. En esta tesitura, la actuación realizada por el Ente público ante el cuadro clínico que presentaba el menor no podía ser tibia, tuvo que intervenir de forma decidida en su protección, por encima incluso de los derechos e intereses de otras personas, e incluso asumiendo el dolor emocional que dicha intervención pudiera ocasionar, y sin que por tanto, encontrándonos en estas circunstancias, se puedan considerar desproporcionadas las medidas acordadas con urgencia para salvaguardar su integridad y garantizar los derechos y bienestar del menor (queja 17/6701).

...

3.1.2.6.2. b) Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones

...

Por otro lado, la permanencia continuada en el tiempo, bien en acogida inmediata, bien en la modalidad de residencial básico, de menores afectados por problemas de conducta de difícil solución, requiere la adaptación del centro a esta realidad, y una revisión de su programa educativo para atender de forma específica las necesidades de estos chicos, haciendo compatible este programa con la presencia continuada de menores extranjeros no acompañados para la ejecución del programa específico que éstos también requieren.

En este contexto formulamos una **recomendación** a la Delegación Territorial de Jaén para que en conjunción con la entonces Dirección General de Infancia y Familias se arbitren las medidas necesarias para que sea residual la proporción de menores ingresados en el centro con problemas graves de conducta.

En relación con la conflictividad existente en centros residenciales tramitamos la queja referida al centro de protección de menores Santa Teresa, de Marchena (Sevilla), realizando una visita de inspección en abril de 2018. En dicha visita recabamos información sobre las conductas violentas que venían presentando desde hace tiempo algunos menores, llegando incluso a protagonizar agresiones al personal. Respecto a esta última cuestión, el sindicato que presentó queja ante esta institución denunciaba el incumplimiento de la Administración de la Junta de Andalucía del Protocolo para la prevención y abordaje de agresiones al personal.

A este respecto el director del centro nos informó que el mismo es de titularidad pública, y que es gestionado directamente por la Administración autonómica. El edificio donde se ubica el centro fue construido ex novo hace unos nueve años, si bien el diseño original no responde en la actualidad a las necesidades que se derivan del perfil de los menores allí atendidos. Dispone de 24 plazas repartidas en tres casas (ocho plazas en cada una de ellas). Se tiene prevista una ampliación de ocho plazas más.

En cuanto al contenido de la queja, relativo a las agresiones al personal, el director incide en el perfil de los menores que de forma reiterada son ingresados en el centro. Destaca de una lado el importante número de menores extranjeros no acompañados que han de atender, para lo cual se ha contratado los servicios externos de un profesor de apoyo que imparte clases de lengua española

a nivel básico. Este mismo profesional hace también labores de traductor de árabe y de mediador intercultural. Deja constancia el director del buen comportamiento de estos chicos, los cuales, en su mayoría, son de origen subsahariano de zona francófona.

Este colectivo de menores extranjeros no acompañados convive en el centro con chicos que, a su juicio, deberían ser derivados a centros para menores con problemas de comportamiento, pero al no existir plazas vacantes en dichos centros, estos deben continuar en el recurso, con los problemas de convivencia que ello conlleva tal como denuncian los trabajadores.

Los profesionales del centro -nos indica el director- evalúan los problemas conductuales del menor y cuando se entiende que no es posible su abordaje desde un recurso ordinario, el equipo técnico elabora un informe solicitando el traslado de aquel a un centro específico para trastornos de comportamiento. Esta petición se dirige a la Dirección General de Infancia y Familias, la cual es valorada por las unidades tutelares de la Delegación Provincial de Igualdad de Sevilla, y si estima fundada la petición, se da traslado de la misma a la Comisión de Medidas de Protección. No obstante, señala la excesiva demora en ejecutar estos trámites por la escasez de plazas en estos centros específicos. Una vez que hay plazas disponibles, el ingreso del menor se efectúa con la correspondiente autorización judicial.

En el momento de la visita se estaba pendiente de recibir la aprobación del traslado a un recurso especializado de dos menores, especialmente conflictivos, y cuyo traslado redundaría en una mejora del clima de convivencia del centro.

En cuanto a las instalaciones del centro, tras comprobar in situ las mismas, corroboramos que el diseño arquitectónico de algunos elementos del inmueble no resultan adecuados para alojar allí a menores conflictivos, especialmente la amplia zona acristalada, que ha sido objeto de múltiples actos vandálicos. Advertimos asimismo la existencia de múltiples desperfectos, los cuales, según nos informa el Director, van a ser subsanados tras haber sido aprobado un proyecto para acometer obras de mejora en el centro, que incluye el arreglo de los señalados desperfectos (queja 17/6069).

...

En cuanto a adopciones internacionales, hemos de señalar que tras los años álgidos de solicitantes, cuyo cénit se produjo en torno a al año 2005, **la posterior crisis económica sufrida en nuestro país propició una reducción significativa de familias interesadas en adoptar menores en el extranjero, tendencia que se ha venido consolidando en los últimos años agravada por las cada vez mayores restricciones que establecen los países de procedencia**, especialmente de Rusia y China, y por los farragosos procedimientos administrativos -establecidos para prevenir la mercantilización de los procedimientos de adopción- que ralentizan su conclusión y que en ocasiones llegan a prolongarse durante años.

Precisamente una consecuencia de aquellos años en que se producían numerosas adopciones, en los que los controles y requisitos eran menores, es el caso que denuncian familias adoptivas de menores que padecen el conocido síndrome de alcoholismo fetal (queja 17/5483 y queja 18/0952) en las que se solicita de las administraciones públicas una mayor sensibilidad con este problema, lamentándose de que estos menores, cuyo historial clínico y previsibles secuelas son conocidas, no sean derivados de forma ágil a servicios especializados, especialmente para dar cumplimiento a los protocolos de atención temprana.

3.1.2.7. Derecho de menores en el Sistema de justicia Juvenil

...

También hemos de destacar la cuestión que abordamos tras la denuncia de un sindicato por la existencia de un foco de enfermedad infecto contagiosa (tuberculosis) en el centro de internamiento

de menores infractores “San Francisco de Asís”, de Torremolinos (Málaga), sin que a su juicio la Administración hubiera adoptado las medidas preventivas de control y profilaxis previstas en los protocolos.

Es por ello que, al verse comprometida la salud de los menores allí ingresados, así como la del personal que desempeña su labor profesional en el centro, decidimos admitir la queja a trámite y solicitamos información al respecto a la entonces Dirección General de Justicia Juvenil, que en respuesta a nuestro requerimiento nos informó que el Centro de Prevención de Riesgos Laborales (CPRL) venía realizando, con periodicidad anual, reconocimientos médicos voluntarios al personal que desempeña su labor en el mencionado centro de internamiento, el cual se efectuó entre los meses de enero y abril de 2018, y que en dicho año se amplió la serología de la analítica de la plantilla del incluyendo tuberculosis (TB), VIH y hepatitis.

Añadía la Administración que el personal de reciente incorporación a la plantilla tuvo un resultado positivo en la prueba de detección de la tuberculosis (Quantiferon), durante el reconocimiento médico realizado en los inicios de su relación contractual. A raíz de esta situación, se mantuvieron distintas reuniones de coordinación para consensuar el modo de proceder, acordándose las medidas profilácticas convenientes y procediendo al tratamiento médico y seguimiento de las personas afectadas.

La Dirección General de Justicia Juvenil nos informó también que no se produjo ningún caso de menor con tuberculosis activa en el centro “San Francisco de Asís”, por lo que no puede considerarse que haya existido un foco de enfermedad contagiosa, a pesar de lo cual, en prevención de posibles riesgos, se ha incluido una analítica que se realiza a los menores y que conlleva una serología completa protocolarizada con los centros de salud a los que se encuentran adscritos (Torremolinos y Alhaurín de la Torre) (queja 18/3101).

...

3.1.2.8. Defensa de otros derechos

3.1.2.8. a) Uso de internet y medios audiovisuales por menores

...

En el contexto que acabamos de señalar, en que se produce un uso generalizado de telefonía móvil con acceso a internet, unido a los dispositivos de banda ancha para acceso a internet de que disponen en sus domicilios muchas familias, no resulta extraño que recibamos quejas relacionadas con esta cuestión que afectan a menores de edad.

La temática es muy variada, tal como la expuesta por el padre de un adolescente se dirige a la Defensoría para ponernos al corriente de la tentativa de suicidio de su hijo, emulando la información que previamente había obtenido de internet. Por dicho motivo solicita que se censure el contenido de determinadas informaciones que aparecen en internet, a las cuales pueden acceder sin dificultad menores de edad, fácilmente influenciables, que pueden llegar a cometer actos irracionales tal como el ocurrido en el caso de su hijo (queja 18/0941).

Por su parte, en la queja 18/6395 se censura el contenido de algunas páginas web con apología de anorexia; en la queja 18/2145 la interesada se lamenta de los perniciosos efectos que para una adolescente tienen las grabaciones en vídeo que la propia menor o los padres hacen de ella, las cuales son posteriormente exhibidas en internet a través de un canal del portal youtube, el cual registra numerosas visitas.

...

3.1.2.8. d) Derecho al ocio

...

Otro de los aspectos en los que esta Institución ha focalizado su intervención en los últimos ejercicios guarda relación con la **prevención del consumo de alcohol por menores de edad, especialmente si dicho consumo se asocia a momentos de ocio y diversión, integrando dicho consumo como una conducta normalizada que se ha de asumir de modo inevitable en el proceso de socialización de adolescentes y jóvenes.**

A lo largo de 2018, como continuidad de las actuaciones realizadas en años anteriores, hemos iniciado el trámite de un expediente de queja en relación con la publicidad de bebidas alcohólicas de alta graduación en el metro de Málaga (queja 18/6839) y formulamos una **resolución** dirigida al Ayuntamiento de Sevilla ([queja 17/2475](#)).

Este último expediente se inició tras tener conocimiento de la campaña publicitaria que, con ocasión de la Feria de Abril de 2017, se venía realizando en las marquesinas de los autobuses urbanos y metrocentro de Sevilla. Sobre este particular algunas personas nos hicieron llegar fotografías en las que se observaba dicha campaña publicitaria, en unos casos referida a cerveza o vino, y en otros casos referida a bebidas alcohólicas de alta graduación, utilizando eslóganes publicitarios que equiparan los momentos de ocio con el consumo de alcohol.

Para justificar nuestra resolución partimos del hecho de que la publicidad en espacios públicos de bebidas alcohólicas de alta graduación no se encuentra expresamente prohibida en Andalucía, pero este hecho no puede ser obstáculo para mostrar nuestra disconformidad con la aparente pasividad de la administración local ante dicha actividad publicitaria pública en espacios o instalaciones de acceso público asociadas al servicio público de transporte urbano.

Y no compartimos esta actitud en tanto que no consideramos encuadrable en valores y principios de buena administración que en unos lugares de tanta concurrencia de personas como son las paradas de autobús, el propio ayuntamiento, concernido siquiera fuera de forma indirecta por los mandatos constitucionales de fomento de la educación sanitaria y adecuada utilización del ocio por parte de la ciudadanía (artículo 43.3 de la Constitución) así como de protección de la seguridad y la salud de los consumidores y usuarios (artículo 51 de la Constitución) e implicado en políticas de fomento de ocio responsable por la juventud, desincentivando el consumo de bebidas alcohólicas, **no haga nada por evitar la difusión de tales mensajes publicitarios.**

Más al contrario, teniendo responsabilidad directa en la prestación del servicio de transporte e instalaciones vinculadas se beneficia económicamente de ello al percibir la contraprestación incluida en el contrato con la empresa adjudicataria, consintiendo la actividad publicitaria, si no ilícita, sí al menos inconveniente o lesiva para una educación en valores de las personas menores de edad.

Por lo expuesto, **recomendamos** al Ayuntamiento de Sevilla, en primer lugar, que, en tanto no se apruebe una normativa de ámbito nacional o autonómico que detalle el alcance de la prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas, especialmente las de alta graduación, en lugares de acceso público, se dicten las instrucciones precisas para evitar dicha publicidad a TUSSAM, con la finalidad de que dicha empresa municipal las incluya a su vez en el clausulado del contrato que se suscriba en el futuro con la empresa que se encargue de gestionar los espacios publicitarios vinculados a los transportes urbanos de Sevilla. Y en segundo lugar recomendamos también de la Administración local que, en tanto no exista una prohibición normativa o incluida en las cláusulas del contrato, en ejercicio de las potestades de supervisión y control del servicio contratado se dicten instrucciones para que la empresa evite en la medida de lo posible dicha publicidad de bebidas alcohólicas de alta graduación por lo dañina que representa para el conjunto de la sociedad y en especial para las personas menores de edad.

En respuesta a esta resolución recibimos un informe de la Alcaldía que adjuntaba el elaborado a su vez por la dirección gerencia de TUSSAM, que contesta enfatizando que la actual contratación se ha adjudicado con fecha 24 de septiembre de 2018, por un período de cinco años, y que no contempla la prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas.

Y respecto de la posible inclusión de esta prohibición en el clausulado de contratos futuros, refiere la citada dirección gerencia que este hecho supondría un agravio respecto al resto de empresas concesionarias de otros espacios publicitarios existentes en la vía pública, y que no tendría sentido ni efectividad práctica la prohibición en una marquesina y no así en un cartel publicitario (mupi) situado a escasos metros de la misma, siendo su único efecto una disminución de ingresos o de las condiciones de mantenimiento de TUSSAM.

Sobre este particular hemos de matizar que nuestra intención con nuestro posicionamiento, plasmado en la resolución dirigida al Ayuntamiento, no era que se introdujeran nuevas obligaciones contractuales que en adelante habrían de vincular a la empresa adjudicataria, sino que se recordase a dicha empresa la normativa que rige en Andalucía en lo atinente al consumo y publicidad de bebidas alcohólicas en espacios de concurrencia pública, así como de las especiales limitaciones relativas a menores de edad.

No se trataría, pues, de una novación del objeto del contrato, sino de llamar la atención a dicha empresa sobre la necesidad de ajustar su actuación a la normativa aplicable en nuestra Comunidad Autónoma y sobre las políticas públicas que vienen realizando las distintas administraciones -entre ellas el Ayuntamiento de Sevilla- que pretenden desincentivar el consumo de bebidas alcohólicas, por lo pernicioso que resulta para la salud de las personas, especialmente si son menores de edad.

Desde nuestra obligada perspectiva de Defensor del Menor estimamos que sin necesidad de imponer una novación contractual que vincularía a la entidad contratista, y sin el recurso a medidas coercitivas, tan solo apelando a la ética comercial de la empresa, a su responsabilidad social corporativa, no sería descartable que dicha empresa asumiera de forma voluntaria dichas indicaciones, primando en la explotación comercial de tales espacios publicitarios la publicidad de productos o servicios sin relación con el consumo de bebidas alcohólicas, en especial las de alta graduación.

No obstante, también llamamos la atención al Ayuntamiento de Sevilla sobre la sentencia 228/2011, de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, por la que se desestima el recurso de casación interpuesto por una empresa comercializadora de bebidas alcohólicas contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Madrid que ordenaba cesar la publicidad de dichas bebidas alcohólicas expuestas en la vía pública por considerar ilícita dicha publicidad.

A este respecto, por resultar especialmente clarificador su contenido, reproducimos a continuación lo expuesto:

«Esta Sala considera que los argumentos expuestos por la parte recurrente no son suficientes para considerar que la Ley de la Comunidad de Madrid 5/2002 no establece una prohibición de venta y consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública. Así se infiere de los siguientes razonamientos:

1) No puede aceptarse que la prohibición de publicidad del alcohol deba ser objeto de una interpretación de carácter restrictivo fundada en que implica una limitación de derechos económicos, como el de la libre empresa. Como se ha de puesto de manifiesto reiteradamente a lo largo de este proceso, el TJUE, fundándose en la extraordinaria relevancia que tiene la protección del derecho a la salud desde el punto de vista de los derechos fundamentales de la persona, ha declarado con reiteración que una normativa que limita las posibilidades de hacer publicidad de bebidas alcohólicas, como medio de combatir el alcoholismo, responde a las preocupaciones por la salud pública y no vulnera las libertades económicas, porque se trata de límites basados en un interés público legítimo (SSTJUE de 10 de julio de 1980, Comisión/Francia, 152/78, apartado 17; 25 de julio de 1991, Aragonesa

de Publicidad Exterior y Publivia, asuntos acumulados C-1/90 y C-176/90, apartado 15; 8 de marzo de 2001, cuestión prejudicial C-C- 405/1998, apartado 41). En la actualidad, la CDFUE, incorporada como texto normativo europeo por el Tratado de Lisboa, hace numerosas referencias a la salud y proclama (artículo 35 CDFUE) que «al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.»

2) El sentido literal de los preceptos controvertidos es el de que se «se prohíbe expresamente la publicidad, directa o indirecta de bebidas alcohólicas y tabaco [...] en todos los lugares donde esté prohibida su venta, suministro y consumo» (artículo 28.1.h) Ley 5/2002). Entre los lugares en los cuales concurre esta condición figura «la vía pública» (artículo 30.3 Ley de la Comunidad de Madrid 2/2005). En el plano de la argumentación lógico-formal (al que se acoge en primer término la parte recurrente) el hecho de que se establezcan excepciones (para las terrazas, veladores, o en días de fiesta o fiestas patronales o similares regulados por la correspondiente ordenanza municipal) no invalida la regla general ni comporta que ésta quede sin efecto en el ámbito no comprendido por las excepciones.

3) El artículo 30.4 de la Ley de la Comunidad de Madrid 5/2002 establece que «no se permitirá la venta, suministro o distribución minorista de bebidas alcohólicas realizada a través de establecimientos de cualquier clase en los que no esté autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, cuando tengan lugar durante el horario nocturno [...]» La parte recurrente trae a colación este precepto a favor de la interpretación que defiende, pues considera que la prohibición de la venta ambulante durante el horario nocturno (y la consiguiente autorización implícita de ella durante el horario diurno) equivale a la autorización de la venta en la vía pública. No puede aceptarse la corrección lógica de esta alegación, pues venta ambulante es la que no se realiza en establecimientos fijos, con independencia de que se realice o no en determinados lugares de la vía pública en que pueda estar autorizado el consumo.

4) En el plano de la argumentación material fundada en la valoración de los principios y fines de la Ley 2/2005, tampoco podemos aceptar que la excepción relativa a las terrazas y veladores equivalga o comporte la consecuencia de admitir la publicidad de las bebidas alcohólicas en la vía pública. En efecto, el alcance y las consecuencias de la actividad publicitaria son muy distintas si la publicidad se realiza con carácter general en la vía pública, en cualesquiera lugares por los que inevitablemente transitan todo tipo de personas, incluidas las que padecen adicción al alcohol, y en cualquier circunstancia, que la publicidad limitada a lugares acotados en la vía pública, cuyo efecto tiene carácter limitado y puede ser evitado por quienes lo deseen no concurriendo a los expresados lugares.

Por razones lógico-formales, no puede considerarse que el hecho de que la Ley de la Comunidad de Madrid 5/2002 prohíba la publicidad en los medios de transporte público, y lugares de espera, aunque estén situados en el exterior, signifique que se autoriza en el resto de lugares de la vía pública, pues nada impide que dos prohibiciones incidan parcialmente, desde perspectivas distintas, sobre el mismo objeto sin anularse recíprocamente. Este efecto es admitido en el ámbito del Derecho sancionador como propio de la concurrencia de normas.

5) (...) No es aceptable sostener que el derecho a la libertad de empresa tenga carácter preferente frente a derecho a la salud, pues el lugar en que los distintos valores y bienes son considerados de manera expresa por la CE para el reconocimiento de derechos no comporta de manera absoluta el establecimiento de una gradación jerárquica entre ellos. Cuando se produce un conflicto entre valores y bienes constitucionales la ponderación que debe realizarse debe atender, entre otros elementos, a la importancia que la CE atribuye a cada uno aquellos en el conjunto del sistema de derechos constitucionales. La promoción de la salud es contemplada por la CE como un principio rector de la política social y económica, pero esto no significa que la salud solo tenga relieve constitucional desde este punto de vista, pues el daño a la salud afecta a derechos fundamentales de primer orden, como son el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica. La parte recurrente no ha

justificado que el efecto de protección de la salud que la Ley de la Comunidad de Madrid 2/2005 pretende conseguir limitando el daño que genera la publicidad en la vía pública del consumo del alcohol pueda conseguirse por otros medios menos restrictivos de los derechos económicos de las empresas afectadas, por lo que nada autoriza a suponer que el juicio de proporcionalidad realizado sea incorrecto.

La sentencia recurrida se atiende en todo a estas consideraciones jurídicas, por lo que no se advierte en ella la infracción que se denuncia (...)» (Fundamento de Derecho Tercero, apartado B),

Los motivos que sirven de fundamento a nuestra resolución, relacionada con la contratación de espacios publicitarios en lugares de concurrencia pública, en principio focalizada en actuaciones de la empresa municipal de transportes urbanos, son trasladables a cualquier actividad similar que realice cualquier otra empresa municipal, o incluso de forma directa el propio Ayuntamiento, por lo que damos aquí por reproducidos los mismos razonamientos y consideraciones que efectuamos en nuestra resolución, en el convencimiento de que el Ayuntamiento de Sevilla los hará extensivos a otros entes y organismos públicos vinculados a la corporación local.

En cuanto a la segunda de nuestras recomendaciones, la respuesta de la dirección gerencia de TUSAM es en sentido favorable, señalando su voluntad de actuar de manera especialmente sensible para evitar acciones publicitarias especiales que por su impacto visual, ubicación o graduación de la bebida alcohólica puedan tener mayor afección sobre el público infantil, como es el caso de la campaña publicitaria a la que se refiere el escrito inicial de este expediente.

3.1.2.9. Menores y familia

3.1.2.9. f) Conciliación de la vida familiar y laboral

...

Para el personal estatutario de los servicios de salud, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que aprueba el Estatuto Marco por el que se rige dicho personal, tras la modificación introducida por la Disposición adicional vigésima segunda.2 de la Ley Orgánica 3/2007, establece que «El personal estatutario tendrá derecho a disfrutar del régimen de permisos y licencias, incluida la licencia por riesgo durante el embarazo, establecido para los funcionarios públicos por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y por la ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres» (artículo 61.2).

En desarrollo de este marco legal, en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, al regular la materia de vacaciones, permisos y licencias del personal de centros e instituciones sanitarias de esta Agencia, en la Resolución de la Dirección General de Profesionales de 23 de septiembre de 2013 que aprueba el Manual de normas y procedimientos en dicha materia, establece el derecho a la reducción de jornada por guarda legal, en los supuestos que se concretan en los siguientes términos:

a) Tener a su cuidado directo un menor de 12 años, una persona mayor que requiera especial dedicación, o de una persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida.

b) Tendrá el mismo derecho el personal que precise encargarse del cuidado directo del cónyuge o de persona con quien conviva en análoga relación de afectividad, o de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o de enfermedad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida. Existirá la opción de ejercitar este derecho durante el tiempo en que dicha persona permanezca en situación de incapacidad, según los informes médicos correspondientes (artículo 7).

El contenido de este derecho se concreta en el referido Manual en el que se establece:

- a) La «reducción de jornada de un tercio o de la mitad de la misma».
- b) La «percepción de un 80% o 60% respectivamente, de la totalidad de las retribuciones, tanto básicas como complementarias con inclusión de los trienios».

En definitiva, **la conciliación de la vida laboral y las responsabilidades familiares se configura como un derecho de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud que se encuentra plenamente garantizado en las normas citadas y cuyo ejercicio, siempre que se cumplan las circunstancias establecidas en las mismas, debe posibilitarse por la Administración sanitaria adoptando las medidas que procedan para ello.**

En este contexto, debe repararse que las medidas garantizadoras del ejercicio de este derecho no constituyen solo una cuestión de orden legal sino también de orden constitucional, siendo así reconocido por el propio Tribunal Constitucional en su sentencia núm. 3/2007, de 15 de enero, en la que se señala que **estas medidas de conciliación forman parte del mandato constitucional de protección a la familia y a la infancia que se contempla en el artículo 39 CE**, pudiendo afectar también, en el caso de mujer trabajadora, al derecho fundamental a la no discriminación por razón de sexo del artículo 14 CE.

En la valoración de estos datos, es cierto que no puede dejar de tenerse en cuenta que las decisiones de sustitución de las reducciones de jornada tienen que adoptarse por la dirección de estos sanitarios en el ejercicio de las facultades organizativas que corresponde a dicha Administración, tras la valoración de diversos factores y de circunstancias concretas, de carácter asistencial y estructural, que determinan la decisión final de sustitución o no de la reducción de jornada.

Sin embargo, ello no puede obstar a que, en el ejercicio de esas facultades, la Administración sanitaria debe tener en cuenta la realidad de las plantillas de personal de sus dispositivos asistenciales, muy ajustadas como consecuencia de la situación de crisis vivida, con tasas de reposición prácticamente congeladas durante varios años, y en las que cualquier merma de efectivos repercute directamente en el resto de la plantilla pudiendo afectar igualmente al funcionamiento de la unidad, servicio o centro asistencial a los que están adscritos los profesionales que tienen reconocida una reducción de jornada.

Tampoco debe ser un obstáculo para las sustituciones de las reducciones de jornada por guarda legal concedidas que procedieran, en términos de eficiencia y eficacia en la atención asistencial, el “coste social” que pudieran tener las mismas al haberse establecido que se percibirán el 60% de las retribuciones, en el caso de reducción de un 50% de la jornada, y el 80%, en caso de una reducción del 33%.

Este incremento neto de las retribuciones del coste del puesto de trabajo afectado por la reducción de jornada que se sustituya, y más en las actuales circunstancias de recuperación de los derechos económicos y sociales del personal del sector público afectado por la crisis que se está produciendo, no puede constituir un obstáculo para proceder a la efectiva sustitución de la misma, toda vez que ese sobrecoste derivado de la asignación de un porcentaje retributivo por encima del porcentaje de reducción de jornada, constituye un derecho reconocido por la Administración sanitaria que sigue vigente y que debe contar con el respaldo económico-presupuestario correspondiente para posibilitar su efectividad.

Ante la constatación de que sólo se sustituyen el 66% de las reducciones de jornadas concedidas, para la conjunción del ejercicio de este derecho que tiene reconocido el personal del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con las facultades organizativas y directivas correspondientes a esa Administración, esta Defensoría ha dirigido una **sugerencia** al Servicio Andaluz de Salud para que, en el marco de la negociación colectiva, prevista en el Capítulo XIV del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, se pudieran acordar criterios de sustitución de las reducciones de jornada por guarda legal, en términos de eficacia y eficiencia.

Asimismo, y a dichos efectos, hemos **recomendado** que se articule una coordinación efectiva entre los servicios centrales del SAS y los periféricos que permita disponer a las Áreas de Gestión Sanitaria de los recursos necesarios para poder realizar las sustituciones que se consideren necesarias para que el ejercicio del derecho a la reducción de jornada por guardia legal no repercuta negativamente en el resto de plantilla y en la atención asistencial ([queja 17/0884](#)).

3.2. Consultas

3.2.2. Temáticas de las consultas

3.2.2.1. Derecho a la Salud

Nuevamente hemos de destacar las consultas relacionadas con **la ausencia de facultativos pediátricos en los centros sanitarios**. En algunas ocasiones esta fatal es debida al cierre de alguna unidad y otras a la falta de médicos especialistas suficientes en localidades con escasa población infantil, dando lugar a desplazamientos innecesarios de los usuarios del servicio, costosos en los que, en ocasiones, se llega a poner en riesgo la vida de los menores.

En la visita que esta Institución realizó a Loja (Granada) algunos ciudadanos nos trasladaron las deficiencias en el funcionamiento del Hospital Comarcal, en concreto, se encuentran con un pediatra a jornada completa junto con otro compañero a media jornada cubriendo una ratio de 2.500 usuarios. Debido a esta ausencia de personal cualificado los menores son atendidos por médicos de familia, y esta situación genera rechazo en los vecinos al considerar que ello incide de modo negativo en la atención a niños y niñas.

Lo mismo ocurrió en la visita llevada a efecto a la Janda (Cádiz) por la inexistencia de pediatras en el pueblo. Ello obliga a las familias a tener que desplazarse a Jerez de la Frontera, que se encuentra a una hora del municipio. Además, la frecuencia de las citas en pediatría se demoran un mes ofreciendo como única solución para recibir asistencia de modo más inmediato acudir al servicio de urgencias.

Otro tema de interés abordado en 2018 ha sido **la atención sanitaria integral a las enfermedades raras en Andalucía y la mejora de los procedimientos para la derivación a otras comunidades autónomas**.

Citamos a título de ejemplo la situación de un menor afectado por una enfermedad rara -osteogénesis imperfecta- no existiendo unidad específica para tratarla en el Sistema sanitario andaluz. El niño necesita que sea atendido en otra comunidad autónoma y para esto precisa un previo informe médico del Servicio Andaluz de Salud. La familia denuncia los inconvenientes que está sufriendo para que le emitan el informe. El paciente, desde que fue diagnosticado en 2016, ha venido siendo tratado en el Hospital Carlos Haya en Málaga. Desde el lugar donde residen lo han remitido a Córdoba para otras pruebas que tardan nueve meses, pero no acaban de darle un tratamiento adecuado conjunto. Todos los facultativos consultados coinciden en que, al no existir unidad específica en Andalucía, sería conveniente que lo vieran en el Hospital de Getafe (Madrid) pero ninguno hace el informe necesario para esto por competencias. En Úbeda les dicen que se lo deben hacer en Málaga donde lo ven, en Málaga que en Úbeda donde le corresponde y así de un sitio a otro.

En lo que se refiere a **prestaciones complementarias de Salud** hemos de destacar las irregularidades en el transporte sanitario de una menor. En concreto, su madre nos traslada que debe desplazarse desde un pueblo de Cádiz a Vejer de la Frontera para las sesiones de atención temprana de su hija de 2 años, y al no disponer de recursos económicos debe realizar el traslado en ambulancia pero normalmente llega tarde, pierde tiempo de sesiones y después han de esperar al transporte sanitario hasta dos horas para el regreso. (Consulta 18/6096).

Respecto a la **prestación farmacéutica** se han recibido numerosas consultas expresando su disconformidad con la aportación en el pago de medicamentos para las personas con discapacidad o en desempleo con menores a cargo. En ocasiones el copago para estas familias sin ningún ingreso con menores a cargo llega al 40 por 100. Ejemplo de ello es la situación de un matrimonio con dos hijos. El marido tiene unas rentas muy bajas, la mujer tiene una pensión por una incapacidad laboral (800 euros), un hijo con una discapacidad del 100 por 100 y otro estudiante. El menor con discapacidad tiene una dependencia de Grado III, nivel 2, con prestación económica para su madre como cuidadora de 367 euros y además tiene una prestación económica por hijo a cargo, del INSS, de 556 euros. El problema deriva del importante desembolso económico que debe realizar la familia para la adquisición de medicamentos.

Por último, hemos de destacar **el incremento en las consultas referidas a adiciones en menores y jóvenes**. El número de padres y cuidadores que solicitan información sobre recursos disponibles para el tratamiento de estas patologías ha aumentado significativamente este año. Destacamos la solicitud de ayuda de una madre por la adicción de su hijo de 15 años a las apuestas deportivas. Había descubierto recientemente que su hijo frecuentaba centros de apuestas para mayores de 18 años y no sabía cómo abordar la situación. En esta ocasión le facilitamos los teléfonos de información que la Junta de Andalucía tiene disponibles sobre drogas y adicciones así como los programas específicos sobre juegos patológicos existentes. (Consulta18/1015).

3.2.2.8. Defensa de otros derechos

3.2.2.8. d) Otros asuntos

...

Cada año nos encontramos recibimos consultas cuyos problemas destacan por su singularidad y nos solicitan ayuda cuando sus posibilidades de solución no están cercanas. Como es el caso donde una madre, funcionaria de un ayuntamiento, que expone un problema de conciliación de la vida laboral y familiar con un hijo de cáncer. Al parecer, la Corporación municipal no respondía a su solicitud de cuidado de menores afectados por cáncer y solicita la mediación de la Defensoría. Al final, tras nuestra intervención el asunto se solucionó (C18/2758).

4. RELACIONES INSTITUCIONALES

4.2. Colaboración con otras Defensorías y organismos públicos

...

Por otro lado, en septiembre de 2018 tuvo lugar en París, Francia, la [22ª Conferencia Anual de ENOC](#) (European Network of Ombudspersons for Children) de la que el Defensor del Menor de Andalucía forma parte. El asunto abordado en este encuentro fue «el bienestar infantil, promoviendo la salud mental».

Se reseña, a continuación, la declaración sobre la salud mental en Europa adoptada en la mencionada Asamblea General dirigida a los gobiernos de los distintos países de los miembros de ENOC, a la Comisión Europea y al Consejo de Europa, para garantizar los derechos de los niños a disfrutar del mayor nivel de salud posible:

DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTIL EN EUROPA

«Las emociones son lo que nos hace humanos. Proteger y potenciar el bienestar emocional y la salud mental infantil es responsabilidad de la humanidad»

Los miembros de ENOC emplazamos a nuestros gobiernos, a la Comisión Europea y al Consejo de Europa a emprender las acciones necesarias para garantizar los derechos de los niños a disfrutar del mayor nivel de salud posible.

ENOC define la salud mental infantil de la siguiente forma:

Un estado de bienestar que permite a los niños y niñas desarrollarse y tomar conciencia de su personalidad única; construir su propia identidad; alcanzar su potencial; afrontar los retos de crecer; sentirse queridos, seguros y aceptados como individuos únicos, y ser felices, jugar, aprender y participar en la familia y en la sociedad.

Proteger y fomentar la salud mental infantil no solamente es un factor clave en la promoción de sus derechos y su interés superior, sino que, además, tiene muchas ventajas. Ofrece la oportunidad a los niños y niñas de vivir una vida feliz y plena. Les permite sacar el máximo partido de la infancia y del proceso de crecer para llegar a ser adultos felices y productivos. Los beneficios para la sociedad también son inmensos.

Habiendo tomado en consideración los instrumentos legales internacionales relevantes, tanto vinculantes como no vinculantes, y otros instrumentos, particularmente:

- a) • Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (1989) (CDI)
 - Observaciones generales núm. 4, 9, 12, 13, 15 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño
 - La resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas A/HRC/NADA/36/13, de 28 de septiembre de 2017, y los informes A/HRC/34/32 y A/HRC/35/21
 - El artículo 12 del Convenio internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)
 - Los estudios relevantes de la OMS y su plan de acción sobre salud mental 2013-2020
 - El artículo 11 de la Carta social europea (1961)
 - El Convenio europeo de derechos humanos y libertades y sus protocolos
 - Las guías del Consejo de Europa sobre una asistencia sanitaria respetuosa con los niños y niñas
 - El Convenio europeo para la prevención de la tortura y los tratos o castigos inhumanos o degradantes del Consejo de Europa (2002)

b) Habiendo consultado con los jóvenes que han participado en la Red Europea de Jóvenes Asesores (EÑE), dirigida por ENOC;

c) Habiendo tomado en consideración los resultados de un estudio comparativo de ENOC sobre salud mental infantil y juvenil, que ha implicado a 25 miembros de ENOC y que identifica las carencias en los sistemas de salud mental infantil por toda Europa **ENOC recomienda:**

1. La introducción y puesta en marcha de las estrategias nacionales relativas a los niños

«La CDI reconoce la interdependencia y la igual importancia de todos los derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los niños desarrollar sus capacidades mentales y físicas, y su personalidad y talento hasta el máximo nivel posible».

Promover el desarrollo saludable de los niños y niñas y atender sus necesidades en materia de salud mental de una forma efectiva requiere un enfoque global en materia de infancia. Los niños, teniendo en cuenta sus necesidades y vulnerabilidades, deben atenderse a través de estrategias y políticas concretas. Las acciones específicas deberían incluir:

- a) Establecer una estrategia nacional global basada en los derechos de los niños definidos por la CDI.
- b) Escuchar a los niños sobre el desarrollo de la estrategia y durante su aplicación.
- c) A través de esta estrategia, buscar crear una sociedad centrada en los niños, que contribuya a mejorar el bienestar de los niños y que reduzca los riesgos para la salud mental infantil.
- d) Definir en la estrategia planes de acción para promover la salud mental de los niños, para prevenir dificultades vinculadas a la salud mental, para establecer una asistencia en salud mental global, así como servicios de apoyo. Así mismo, es necesario que los gobiernos establezcan planes de acción de cara a desarrollar un sistema global y un enfoque interdisciplinario de la salud mental infantil.
- e) Poner en marcha mecanismos para evaluar y supervisar la aplicación y el impacto de la estrategia con un énfasis especial en recabar las opiniones de los niños.
- f) Identificar cómo se abordarán las necesidades de los niños en situaciones vulnerables, particularmente sus necesidades en salud mental. La vulnerabilidad puede derivarse de varios factores: desventajas sociales, diferencias culturales, orientación sexual o discapacidad. A pesar de que estos factores por sí mismos no confieren una vulnerabilidad, el estigma y la discriminación que les acompañan, así como los obstáculos que se derivan de los mismos, pueden provocar que los niños sean más vulnerables.
- g) Crear un sistema de financiación apropiada y transparente para la promoción de la salud mental, incluyendo la garantía de que se provean a los niños y las familias con los servicios de salud mental infantil esenciales sin ningún coste.

2. La aplicación de legislación y de reglamentos de salud mental basados en los derechos humanos.

Garantizar que los niños reciben a una atención en salud mental oportuna y apropiada con un énfasis especial a la protección de sus derechos mientras reciben tratamiento requiere una legislación y unos reglamentos sólidos. Las acciones específicas deberían incluir:

- a) Introducir una legislación en salud mental basada en los derechos humanos, con un énfasis especial en la protección de los derechos de los niños y en la promoción de su interés superior.
- b) Promulgar legislación que establezca, específicamente y de forma global, el consentimiento o la negativa de los niños al tratamiento, y hacerlo de una forma que reconozca claramente las capacidades evolutivas de los niños.
- c) Cuando los niños no tengan la capacidad de dar el consentimiento para el tratamiento tal y como establece la ley, garantizar que se tengan la cuenta sus opiniones sobre la asistencia y el tratamiento de acuerdo con su edad y madurez.
- d) Garantizar que todos los niños, con independencia de su edad, tienen acceso a mecanismos de quejas cuando sean usuarios de los servicios de salud mental.
- e) Garantizar que el consentimiento parental no es un impedimento para que los niños puedan acceder a servicios de salud mental.

f) Establecer un órgano regulador independiente con poderes estatutarios y con la responsabilidad de promover, fomentar e implementar altos estándares y buenas prácticas en la prestación de los servicios de salud mental y para proteger los intereses de las personas que están internadas de forma involuntaria en instituciones de salud mental.

g) Establecer mecanismos de inspección y supervisión que requieran que un órgano regulador independiente inspeccione todos los servicios de salud mental infantil de una forma habitual.

h) Proveer un servicio independiente de información y de asesoramiento para los niños que hacen uso de los servicios de salud mental.

3. Combatir el estigma a través de la concienciación y prevención.

La estigmatización y la discriminación pueden tener un impacto devastador en las personas con dificultades relacionadas con la salud mental, particularmente niños que están en proceso de desarrollo. Esto puede impedir al niño o a sus padres/ cuidadores/representantes legales buscar ayuda.

Intensificar la concienciación y desarrollar programas de prevención ayudan a reducir la estigmatización, a promover la detección precoz de dificultades y a incrementar la probabilidad de que las personas busquen ayuda en una fase inicial del problema.

ENYA subraya que promover la concienciación en referencia a las leyes antidiscriminación podría contribuir a combatir la estigmatización y empoderar a las personas para que hablan de sus dificultades de salud mental sin miedo de repercusiones negativas. Las acciones específicas deberían incluir:

a) Diseñar y poner en marcha campañas de concienciación y de prevención centradas en el bienestar y promover el conocimiento factual de las dificultades en salud mental.

b) Establecer programas de formación especializada y de concienciación para los profesionales de los medios de comunicación.

c) Atendiendo a la opinión de los niños, diseñar y poner en marcha programas específicos de bienestar y de concienciación en salud mental y programas de prevención para los niños.

d) Proveer información factual accesible y fácil de entender para todo el mundo, especialmente los niños, sobre bienestar y dificultades en salud mental, en un abanico de formatos apropiados a cada edad, y con el uso de fuentes adaptadas a los niños.

e) Establecer programas de concienciación y de apoyo para los futuros padres y madres, para los que ya lo son y para los tutores, sobre parentalidad positiva, bienestar y dificultades en salud mental, con un énfasis especial en los progenitores vulnerables o con dificultades.

f) Desarrollar programas de apoyo para los cuidadores jóvenes para permitirles promover y proteger mejor su salud mental.

g) Reforzar la formación de todos los profesionales de la infancia (incluyendo los que trabajan en ocio educativo, deportes y directamente con niños).

4. Promover escuelas inclusivas, sanas y centradas en el niño.

Los miembros de ENOC reconocen que las escuelas tienen una responsabilidad especial y tienen un papel central a la hora de crear el ambiente óptimo para el desarrollo de la personalidad, las capacidades y los talentos del niño, de promover el bienestar de los niños y de identificar y atender las dificultades en salud mental de los niños. Las acciones específicas deberían incluir:

- a) Promover el establecimiento de escuelas inclusivas y acogedoras que favorezcan sentimientos de seguridad y pertenencia introduciendo reglamentos y directrices que fomenten una filosofía educativa positiva y centrada en los niños, y con un énfasis especial sobre la participación y empoderamiento de los niños.
- b) Tal y como subrayó ENYA, reducir el estrés vinculado a la educación creando áreas de aprendizaje confortable y oportunidades de aprendizaje prácticas e interactivas, e integrando las lecciones sobre salud mental en el programa curricular.
- c) Reforzar a las políticas y prácticas anti-acoso escolar.
- d) Garantizar la implicación de todo el abanico de profesionales, incluyendo un profesional de referencia, que debería poderse identificar como punto de contacto sobre problemas de salud mental para los niños.
- e) Ofrecer la oportunidad para un aprendizaje social y emocional y un desarrollo de las capacidades a la escuela con la puesta en marcha de cursos de desarrollo personal, de bienestar y de salud mental, adaptados a la edad del niño, que deben ser objeto de supervisión continuada y permanente.
- f) Formar a los profesionales de la educación en el reconocimiento y la gestión de las dificultades en salud mental de los niños.

5. Desarrollar servicios de salud mental especializados, integrales y de proximidad.

En línea con las recomendaciones de la OMS, hay que crear servicios integrales de salud mental y de ayuda social de proximidad que favorezcan un enfoque de recuperación e integren los principios de derechos humanos. Estos servicios deben ser interdisciplinarios e incluir la atención a la salud mental, la salud física, la educación, la vivienda, el trabajo, la justicia, el deporte y el ocio. La participación de los niños en el diseño y el funcionamiento de estos servicios es crucial. Es necesario que los niños conozcan estos servicios y que respondan a las necesidades de los grupos vulnerables y marginalizados.

Las acciones específicas deberían incluir:

- a) Poner en marcha un sistema de atención por todo el territorio de eficacia probada, de alta calidad, multidisciplinario y de proximidad para reforzar la continuidad de la atención. Estos servicios deberían ser lo suficientemente financiados para garantizar que se evalúa a los niños y se les da un tratamiento adecuado, en un plazo razonable y atendiendo a las dimensiones culturales.
- b) Desarrollar una coordinación sólida entre los servicios, incluyendo el desarrollo de procesos de derivación estandarizada y coherentes, en el seno de los servicios de salud mental para niños, y entre estos servicios y los servicios de salud mental de adultos.
- c) Garantizar el desarrollo de servicios de gestión y de detección precoz en cada etapa de la infancia, empezando por la pequeña infancia.
- d) Establecer servicios de información y asesoramiento, como asistencia telefónica gratuita que provea apoyo en salud mental y derivación a los servicios correctos.
- e) Adoptar medidas específicas para garantizar que a los niños que no accedan a los servicios públicos por motivos culturales, sociales o de concienciación se les facilite el acceso a los servicios de salud mental.
- f) Promover la gestión de las dificultades en salud mental a través de terapias a través del diálogo y las actividades terapéuticas, en su caso, e introducir y aplicar regulaciones en cuanto a la prescripción de medicamentos a los niños. Por ejemplo, ENYA recomienda el uso de grupos de debate entre iguales y de terapia de grupo.

6.- Garantizar el establecimiento de servicios hospitalarios que tengan en cuenta los derechos de los niños.

El tratamiento de niños con dificultades de salud mental debe hacerse en una atmósfera como menos restrictiva y más próxima en torno al niño mejor. Aun así, ENOC reconoce que algunos niños requerirán un tratamiento hospitalario y que es crucial que este tratamiento se realice dentro de un marco respecto a los derechos del niño.

La Carta europea de los niños hospitalizados complementa la CDI y establece principios rectores para garantizar los derechos del niño paciente y de sus familias o tutores legales. La Carta especifica el derecho de los niños a recibir información sobre la enfermedad y la atención médica, el derecho a participar en las decisiones que les afecten y el derecho a ser tratados en servicios adaptados a su edad.

ENYA pone en relieve la importancia de que los servicios hospitalarios estén adaptados a los niños, integrados en la comunidad y que incluyan personal bien formado, experimentado y plenamente dedicado a tratar con niños. También es crucial crear una atmósfera que facilite la dedicación plena al servicio y que evite la rotación innecesaria de profesionales. Las acciones específicas debería incluir:

- a) Garantizar que sea obligatorio obtener el consentimiento plenamente informado del niño para recibir tratamiento hospitalario, salvo que se demuestre que le falta la capacidad de dar el consentimiento.
- b) Garantizar que el niño internado de forma involuntaria para un tratamiento de salud mental tenga reconocidas las mismas protecciones legales que un adulto que ha sido objeto de un internamiento involuntario.
- c) Establecer suficientes servicios hospitalarios especializados para los niños con necesidades complejas en salud mental para evitar que se continúen ingresando niños en servicios de adultos.
- d) Garantizar que el derecho del niño y de sus progenitores o tutores a acceder a la información se respeta durante todo el proceso de tratamiento hospitalario.
- e) Establecer mecanismos para garantizar la participación activa del niño en la admisión al servicio, en el tratamiento y en la alta hospitalaria, así como en las decisiones asistenciales que le afecten, y poner en marcha un consejo de asesoramiento joven para cada unidad hospitalaria para garantizar que los niños sean escuchados y que se tenga en cuenta su opinión.
- f) Mediante la legislación, establecer regulaciones y estándares en los servicios hospitalarios dirigidos a los niños.
- g) Prohibir el uso del aislamiento y establecer regulaciones sólidas y sistemas de supervisión, incluyendo mecanismos de queja, para el uso de la contención con niños. Así mismo, garantizar que se respeten estas normas. Estas medidas sólo deberían utilizarse como último recurso, exclusivamente para prevenir un daño al niño y o a terceras personas, y durante el mínimo tiempo imprescindible.
- h) Poner en marcha estructuras que promuevan una asistencia adecuada a la edad del niño, contactos familiares y relaciones de amistad, salvo que se demuestre que le puede provocar un perjuicio.
- i) Establecer mecanismos para asegurar el acceso de los niños a la educación general y formación profesional y a actividades deportivas y de ocio mientras están ingresados.
- j) Garantizar que el tratamiento hospitalario se presta en el marco de una asistencia continuada que incluya un seguimiento y un apoyo de proximidad posthospitalización.

7.- Introducir indicadores europeos para promover una mejor comprensión de la salud mental infantil

Disponer de datos globales en el ámbito europeo sobre las necesidades en salud mental y las dificultades que sufren mejoraría el desarrollo y la supervisión de políticas públicas en cuanto a los niños y permitiría el desarrollo de respuestas más efectivas. Las acciones específicas deberían incluir:

a) Establece indicadores comunes y una metodología estandarizada para la obtención de datos en el ámbito europeo. Estos datos deberían desagregarse por franjas de edad y por sexo, con un énfasis particular en los grupos vulnerables. Estos datos implican escuchar a los niños a la hora de identificar indicadores que son importantes para ellos y deberían incluir:

- Información de retorno por parte de los niños sobre su bienestar
- Tasas de éxito escolar
- Tasas de tentativas de suicidio/de suicidios/de autolesiones
- Tasas de adicciones en niños
- Tasas de prevalencia de trastornos que afectan a niños
- Tasas de prescripción de medicamentos psicoactivos
- Recursos económicos destinados y gastos relativos a los servicios de salud mentales
- Datos sobre el tipo y la duración de los servicios utilizados por niños
- Tasas y duración de uso de los servicios ambulatorios/hospitalarios (incluyendo las unidades hospitalarias adultas)
- Tasas de acceso a los servicios de salud mental durante y después los horarios normales de trabajo
- Duración de la lista de espera para acceder a servicios de apoyo
- Ratios de profesionales de salud mental por 100.000 niños
- Respecto a los derechos de los niños ingresados establecidos por la OMS
- Acceso a la educación de los niños ingresados en servicios hospitalarios
- Número, duración y motivos de las contenciones
- Acceso y uso de los procedimientos de queja
- Frecuencia de inspecciones por parte de un organismo regulador
- Número de profesionales formados en salud mental: ya sean profesionales de medicina general, pediatría o educación
- Número de programas de apoyo parental y número de familias que se beneficia

b) Promover la búsqueda en salud mental infantil enfocada en los derechos de los niños. Fomentar el impulso dentro de cada estado de trabajos de investigación y de estudios mejoraría la comprensión de las trayectorias de desarrollo de los niños en cuanto a la salud mental. Esta investigación debería informar la legislación, las políticas y las prácticas.

4.3. Colaboración con el Parlamento de Andalucía

...

En este ámbito hemos tenido la oportunidad de analizar el **proyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una alimentación equilibrada en Andalucía (10-18/PL-000001)**.

Y como Institución garante de los derechos de la infancia y adolescencia hemos realizado una valoración positiva de la iniciativa del Parlamento de Andalucía de elaborar una norma que contemple aspectos básicos para el desarrollo y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en nuestra Comunidad Autónoma.

Se trata de una apuesta del legislativo por combatir la obesidad y el sobrepeso. Unos fenómenos que están suponiendo un grave problema de salud pública, y para cuyo abordaje se precisa, por un lado, de una intervención multidisciplinar que combine las diferentes políticas concernidas y, por otro, de una colaboración de la sociedad en su conjunto.

La aplicación del proyecto de norma que analizamos tiene incidencia en varios de los derechos que el ordenamiento jurídico reconoce a la infancia y adolescencia. Nos referimos al derecho a la salud, derecho a un nivel de vida adecuado, derecho al juego, y derecho a la información y participación.

El proyecto, conforme a sus objetivos establece dos ámbitos de intervención diferenciados por lo que respecta a la infancia y adolescencia:

- 1.- Una alimentación saludable y la atención a los factores de riesgos que conlleva el consumo y la nutrición no saludable.
- 2.- Unos entornos que faciliten la actividad física, el deporte, y la movilidad segura para este sector de la población.

Aunque estos dos ámbitos de intervención se encuentran desarrollados en el articulado del proyecto, por contra, en su exposición de motivos se otorga una manifiesta prioridad a la regulación del aspecto de la alimentación frente a los entornos seguros, los cuales quedan relegados a un segundo plano.

A continuación detallamos las observaciones realizadas por la Defensoría respecto de cada una de las materias que se contempla en el proyecto normativo.

a) Respecto de las medidas para garantizar una alimentación saludable.

El proyecto otorga un especial protagonismo a los centros educativos. Son en estos recursos donde se deben implementar la mayoría de las actividades de la promoción de la actividad física y de la alimentación saludable.

Pues bien, se ha de reseñar que muchas de las actividades de promoción que se señalan en el texto están ya establecidas en distintos programas y planes elaborados y aprobados por la Administración educativa. Tal es el caso del "Plan de Alimentación saludable", "Plan del Deporte en la Escuela", "Plan de Apertura de centros", "Programa Creciendo en Salud", "Programa Forma Joven", "Programa ALDEA", "Programa Hábitos de Vida saludable" (desarrollado por las Consejerías de Salud y Educación), además de otras medidas que constan en la normativa curricular (Ciencias de la Naturaleza, Biología, Educación para la ciudadanía, entre otras).

Siendo ello así, hemos de concluir que la norma se limita a reproducir unas actividades de promoción de la alimentación saludable en el ámbito educativo que ya están teóricamente establecidas, olvidando uno de los problemas fundamentales para una real implementación de aquellas, que no

es otro que asegurar que las medidas que se aborden vayan acompañadas de una mayor dotación de recursos que facilite su ejecución.

No olvidemos, por otro lado, que según consta en la memoria económica, el proyecto no cuenta con dotación económica, lo que implica que todas las actuaciones que regula en el ámbito que abordamos tendrán que integrarse en los programas que ya está desarrollando la Administración educativa.

Se echa en falta, por consiguiente, un presupuesto adecuado que garantice la puesta en marcha e implementación de los programas y acciones que se han de desarrollar en los centros educativos de Andalucía, solventando las dificultades presupuestarias actuales, especialmente desde la crisis económica.

Escasa eficacia tendrán las medidas legislativas sino se cuenta con recursos económicos para su implementación.

Sobre lo señalado, hemos de sumarnos a las Observaciones de Consejo Consultivo de Andalucía en su Dictamen n.º 285/2017, de 16 de mayo de 2017, y que resulta plenamente de aplicación al presente caso, en el sentido de que «Las leyes han de tener contenido regulativo preciso, que asegure su eficacia y no deben limitarse a reproducir aspectos ya recogidos en preceptos de otras normas.....La abundancia de principios, objetivos y enunciados programáticos, sin fuerza vinculante, desnaturaliza el papel ordenador de las leyes y merma la consideración de los ciudadanos sobre la eficacia real de las disposiciones de superior rango, especialmente cuando reiteran principios rectores u objetivos que se encuentran claramente proclamados en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía o en otras normas integrantes del bloque de la constitucionalidad...».

Siguiendo en la ámbito de la alimentación, nos parecen muy acertadas las medidas que el proyecto (artículo 11) contempla para garantizar una dieta saludable en los centros educativos. Pero lamentablemente de estas acciones no se podrán beneficiar muchos niños y niñas por el hecho de que no todos tienen garantizadas una plaza en el servicio complementario de comedor escolar.

En nuestros informes anuales hemos señalado que desde que comenzó la crisis económica, el comedor escolar ha pasado de ser un instrumento de conciliación de la vida familiar y laboral a una medida de apoyo social, de manera que gran parte de las plazas disponibles en colegios públicos ahora son ocupadas por familias que, con su informe social correspondiente, han acreditado encontrarse en riesgo de exclusión.

Este escenario junto con la aprobación del Plan Extraordinario de Solidaridad y Garantía Alimentaria de Andalucía, aprobado por el Gobierno andaluz, ha propiciado que la demanda de plazas de comedores escolares sea muy superior a la oferta, con lo que habrá muchos niños y niñas que no puedan beneficiarse de las bondades que contempla el proyecto de ley que analizamos respecto a las características de los menús que se facilitan en los colegios e institutos andaluces.

b) Respecto de las medidas para garantizar unos entornos que faciliten la actividad física, el deporte, y la movilidad segura.

Hemos reconocido el acierto del proyecto por promocionar los desplazamientos activos en las escuelas, especialmente a pie y mediante el uso de la bicicleta (artículo 10, apartado 2, letra c). Pero la experiencia de esta Institución, adquirida de la tramitación diaria de las quejas, nos permite afirmar que en muchos casos la puesta en práctica de esta medida resulta ciertamente complicada por no decir imposible en un gran número de casos.

Y ello por dos razones. La primera debido a la actual distribución y dimensión de las zonas de escolarización, especialmente en los municipios de mayor superficie. Son muchos los niños y niñas que se ven compelidos a desplazarse varios kilómetros hasta llegar al centro educativo por no haber

obtenido la puntuación necesaria para acceder a una plaza en un colegio próximo a su domicilio, y haberse adjudicado una plaza en otro recurso educativo alejado de la vivienda familiar pero dentro de la misma zona de escolarización.

El segundo motivo que limita las posibilidades de poner en práctica los desplazamientos activos hasta los centros educativos es la actual configuración de nuestros espacios públicos. Son muchas las voces que reconocen que nuestros niños y jóvenes están rodeados por un entorno diseñado por y para los adultos. La consecuencia de ello es que habitan en un medio urbano que presta escasa atención a sus necesidades de desplazamiento, y que les limita las posibilidades de acceder de forma autónoma a muchas actividades, incluidas aquellas de obligado cumplimiento como las escolares, habida cuenta que las políticas en materia de desplazamientos están hechas para circular preferentemente usando los vehículos a motor.

Pero de todas estas deficiencias, las que existen en las inmediaciones de los centros escolares resultan ser las más preocupantes. No es nada infrecuente que los pasos de peatones cercanos a las puertas de los colegios carezcan de vigilancia; que el mobiliario urbano ubicado en lugares cercanos a estos establecimientos dificulten la visibilidad; que existan semáforos cercanos regulados a favor de los automóviles y no de los peatones sobre todo para evitar atascos; y así hasta una larga lista más de carencias y obstáculos que resultaría difícil de enumerar en esta comparecencia.

No es de extrañar, por tanto, los resultados a los que llegan diversos estudios realizados sobre la materia, los cuales vienen a concluir que el número de centros escolares que necesitan mejorar en seguridad vial para prevenir accidentes de tráfico supera con creces a aquellos que se ubican en entornos seguros.

Y lo mismo ocurre con el fomento de la actividad deportiva en los centros educativos que tan acertadamente contempla el proyecto de ley (artículo 10, apartado 2). Los problemas de infraestructura que padecen muchos colegios e institutos andaluces impiden contar con unas instalaciones dignas donde poder desarrollar estas actividades.

Por otro lado, estas mismas restricciones para los desplazamientos por nuestras ciudades y municipios a las que me he referido tienen su negativa incidencia en las actividades de esparcimiento y ocio.

En el exterior del hogar existe una sensación generalizada de inseguridad que hace que no se considere la calle como espacio idóneo para el juego de los menores. Pero, sin embargo, uno de los aspectos que incide en el desarrollo de niños es el juego, el disfrute de momentos de esparcimiento al aire libre, y su acceso a actividades recreativas especialmente adaptadas a su concreta etapa evolutiva. Una actividad que ha de desarrollarse en espacios donde sea posible la interacción y contactos entre iguales y entre ellos y las personas adultas, ya que una de las formas que tiene la infancia de conocer y relacionarse con el mundo que le rodea es precisamente a través del juego.

Mucho ha de cambiar nuestro entorno y especialmente las escasas zonas dedicadas al ocio de los menores para promocionar en los mismos la actividad física.

Para finalizar estas aportaciones, la Institución incidió en la participación de los menores en las políticas dirigidas al fomento de la actividad física y la alimentación saludable.

En nuestra Institución tenemos el pleno convencimiento de que las personas menores de edad han de ser consideradas y, por tanto tratadas, como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, y no simplemente como sujetos pasivos circunscritos a los objetivos y prioridades del mundo de las personas adultas. En este sentido, la participación constituye uno de los elementos más relevantes para asegurar el respeto de las opiniones de niños y niñas, haciendo posible el ejercicio del derecho a ocupar un papel activo dentro de la sociedad.

En este contexto, echamos en falta que en la composición de la Comisión de participación para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (artículo 40) del proyecto que tuvimos la oportunidad de analizar, no se contemplara la presencia de los niños y niñas y, por este motivo, el titular de la Institución, en su comparecencia en la Comisión del Parlamento sugirió un cambio a fin de que este colectivo pueda tener voz en dicho órgano de participación.

Y el mismo criterio para las actuaciones que han de desarrollar los Ayuntamientos para la promoción señalada (artículo 18, apartado 3, letra e) en cuanto a acuerdos con entidades y asociaciones para fomentar entre sus miembros la colaboración con las campañas e iniciativas a favor de la actividad física y lucha contra el senderismo. El movimiento asociativo infantil y juvenil debe tener un marcado protagonismo en estas intervenciones.

...

6. JUEGOS DE AZAR POR ADOLESCENTES Y JÓVENES: UN FENÓMENO EN AUGE SIN RESPUESTAS. «Jugando su presente y su futuro»

6.1. A modo de introducción

Esta Defensoría, como garante de los derechos de la infancia y adolescencia, además de la tramitación de las quejas presentadas por la ciudadanía o iniciadas de oficio, desarrolla una tarea paralela de valoración de las diferentes realidades o fenómenos sociales que afectan a personas menores de edad. Y es en esta labor donde extraemos información y conclusiones que nos permiten anticipar o adentrarnos en cuestiones especialmente relevantes bien por su singularidad, por su repercusión social, o también por su incidencia en los derechos que hemos de tutelar.

En este contexto de intervención, el presente capítulo está dedicado a reflexionar sobre una realidad en auge cuyos efectos negativos sobre las personas menores de edad no están siendo, a criterio de esta Institución, suficientemente abordados ni por los poderes públicos ni tampoco por la sociedad. Nos referimos a la **participación de adolescentes y jóvenes en juegos de azar**.

Adolescentes y jóvenes constituyen un colectivo especialmente vulnerable. Personas que en pleno proceso de formación, tal como establecen instrumentos legales de todos los ámbitos, resultan acreedoras de actuaciones eficaces de los poderes públicos que permitan aliviar los desafíos a los que aquellas se han de enfrentar en sus vidas diarias. Desde luego, uno de estos riesgos y, por tanto, merecedor de protección frente al mismo, lo constituye la adicción que contiene el juego de azar. Una actividad que puede llegar a convertirse en compulsiva o patológica e incluso en determinados supuestos en un problema de salud pública.

Antaño esta modalidad de juego era una actividad participada en exclusiva por las personas adultas. Sin embargo, esta realidad se ha visto sustancialmente modificada debido al protagonismo adquirido por los jóvenes. La experiencia así como los estudios -aunque no numerosos- que se han venido realizando sobre la materia ponen de relieve que **los juegos de azar, especialmente on-line, constituyen una actividad muy popular entre adolescentes y jóvenes**.

No hay más que echar una mirada al incremento de chicos y chicas que padecen o están próximos a padecer ludopatía derivada de estas prácticas. Es cierto que entrar en un salón de juegos o apostar de vez en cuando no supone convertirse en ludópata, pero el riesgo de que eso acabe en una adicción al juego es más que real. De hecho, cuanto más accesible esté el juego y más expuesta se encuentre la persona, mayor es la probabilidad de desarrollar una adicción.

Muchos son los factores que han contribuido a incrementar la participación de las personas menores de edad en los juegos de azar. Podríamos destacar el poder de la publicidad que

promociona tales actividades, la asociación de estas prácticas con el **ocio y la diversión**, la **ausencia de medidas de control** eficaces por los poderes públicos o la creciente **aceptación social** de dichos juegos. El conjunto de estas y otras razones ha propiciado que adolescentes y jóvenes accedan sin dificultad ni cortapisas a los juegos de azar, a pesar de que está vetada legalmente su participación al no haber alcanzado la edad de 18 años.

Hemos de tener presente, por otro lado, que la actual generación de adolescentes ha crecido en una sociedad con importantes avances tecnológicos que han permitido, cuando no propiciado, la evolución de los juegos de azar y la aceptación social de estos últimos. Dichas actividades y su facilidad de acceso se han convertido en una forma más de entretenimiento entre adolescentes. Ya han sido varias las voces de alarma que advierten del **riesgo probable de perder una generación por el juego de azar** de la misma forma que en épocas anteriores se perdió otra generación por el consumo de drogas.

Las siguientes páginas se dedican a este fenómeno social, sus causas sus efectos y también a recoger algunas propuestas que esta Defensoría considera necesarias para incrementar la protección de adolescentes y jóvenes frente a unas prácticas -los juegos de azar- que de manera tan patente perjudican sus vidas. Y todo ello desde el prisma de una Institución que tiene como misión velar por la defensa y protección de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud.

6.2. Regulación legal de los juegos de azar: De la prohibición a la legalización

En nuestro país la actividad del juego estuvo prohibido hasta el año 1977, fecha en la que se produjo su legalización con el Real Decreto Ley 16/1977, de 25 de febrero, por el que se regulan los Aspectos Penales, Administrativos y Fiscales de los Juegos de Suerte, Envite o Azar y Apuestas.

Una de las principales justificaciones para la legalización de estas actividades, según reza en la exposición de motivos de la citada norma, es que los sistemas de prohibición absoluta frecuentemente habían fracasado en la consecución de sus objetivos moralizadores y se habían convertido de hecho en situaciones de tolerancia o de juego clandestino generalizado, con más peligros reales que los que se trataban de evitar y en un ambiente de falta de seguridad jurídica.

Sin embargo, no solo los supuestos efectos perversos de la clandestinidad del juego fueron las razones para su legalización, la misma norma apunta a esta práctica como una medida adecuada para contribuir al impulso del sector turístico, cuyo peso es tan significativo e importante en el conjunto de la economía del país y cuya reactivación - en el año 1977- parecía no admitir espera.

Sin embargo no fue hasta el año 2011 cuando se permitió el juego en Red con la entrada en vigor de la Ley 13/2011, de 28 de mayo, de regulación del juego. Desde su despenalización, y debido fundamentalmente a la irrupción de los nuevos servicios de comunicaciones electrónicas y a la utilización de los servicios de juego interactivos a través de Internet, que modificó de forma sustancial la concepción tradicional del juego, se hacía necesaria una nueva regulación de estas prácticas.

La definición legal del juego que contempla la citada Ley 13/2011 (artículo 3) es la de toda actividad en la que se arriesguen cantidades de dinero u objetos económicamente evaluables en cualquier forma sobre resultados futuros e inciertos, dependientes en alguna medida del azar, y que permitan su transferencia entre los participantes, con independencia de que predomine en ellos el grado de destreza de los jugadores o sean exclusiva o fundamentalmente de suerte, envite o azar.

En definitiva, todas aquellas actividades de juego en las que se apueste dinero u otros objetos equivalentes con el objetivo de obtener una ganancia a través del mero azar o de la habilidad de los participantes.

Así las cosas, en este tipo de juegos la posibilidad de ganar o perder se encuentra condicionada por el azar, con independencia de las habilidades del jugador.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que aunque no siempre es necesario apostar dinero, lo cierto es que los juegos de azar presentan una importante dimensión económica que se refiere a correr el riesgo de ganar o perder en función del resultado.

Quedarían excluidos del concepto de juego, conforme a lo establecido en la Ley 13/2001 de referencia, los juegos o competiciones de puro ocio, pasatiempo o recreo que constituyan usos sociales y se desarrollen en el ámbito estatal, siempre que éstas no produzcan transferencias económicamente evaluables, salvo el precio por la utilización de los medios precisos para su desarrollo y cuando éste no constituya beneficio económico para el promotor o los operadores.

También quedan fuera del ámbito de aplicación de esta norma, las actividades de juego realizadas a través de medios electrónicos, informáticos, telemáticos o interactivos cuyo ámbito no sea estatal.

La tercera práctica que no se encuadraría dentro del concepto de legal de juego la constituye aquellos sorteos que, con finalidad exclusivamente publicitaria o de promoción de un producto o servicio, y teniendo como única contraprestación el consumo del producto o servicio, sin sobreprecio ni tarificación adicional alguna, ofrecen premios en metálico, especie o servicios, exigiendo, en su caso, la condición de cliente de la entidad objeto de la publicidad o promoción.

Desde que se promulgó la mencionada norma reguladora del juego están adquiriendo un especial protagonismo los juegos de azar on-line. Se trata de una tipología de juego en la que también interviene el azar y, en su caso, el riesgo económico, pero lo que lo diferencia del resto de juegos es que se realiza a través de una plataforma operativa en internet, a la que se puede acceder a través de dispositivos electrónicos, sobre todo teléfonos móviles.

Y en este aspecto debemos recordar la facilidad y frecuencia con la que las personas menores de edad acceden a dichos dispositivos. Muchos estudios realizados sobre la materia apuntan a que alrededor del 93 por 100 de los menores de 14 años ya disponen de esta herramienta de comunicación.

Esta última norma de 2011 ha sido objeto de desarrollo por dos reglamentos: el Real Decreto 1613/2011, de 14 de noviembre, en lo relativo a los requisitos técnicos de las actividades de juego, (Reglamento relativo a los requisitos técnicos); y el Real Decreto 1614/2011, de 14 de noviembre, en lo relativo a licencias, autorizaciones y registros del juego (Reglamento relativo a los requisitos para ejercer la actividad).

Es importante resaltar que la **ley de 13/2011 se limita a las actividades de juego de ámbito nacional**, abriendo la posibilidad de que las Comunidades Autónomas promulguen normativa específica en sus territorios.

Al amparo de esta habilitación, han sido varias las comunidades autónomas que han regulado el juego dentro de su territorio. Es el caso de Asturias (Ley 6/2014, de Juego y Apuestas del Principado de Asturias), de Cataluña (Ley 6/2014, de modificación de la Ley 2/1989, de 16 de febrero, sobre de centros recreativos turísticos, y de establecimiento de normas en materia de tributación, comercio y juego de la Comunidad de Cataluña) también de la CCAA de Madrid (Ley 6/2001, del juego de la Comunidad de Madrid), y Andalucía, que analizamos con mayor extensión en el siguiente apartado.

6.3. Regulación del juego de azar en Andalucía

El artículo 81 del Estatuto de Autonomía confiere a la **Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de juegos, apuestas y casinos, incluidas las modalidades por medios informáticos y telemáticos, cuando la actividad se desarrolle exclusivamente en Andalucía.**

Sobre los juegos de azar, siguen en vigor las disposiciones establecidas en la **Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas en Andalucía**, que fue aprobada en el ejercicio de la competencia exclusiva que ya le atribuía el anterior Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 13.33.

Sobre esta vetusta Ley se han ido introduciendo modificaciones, fundamentalmente referidas a los tributos asociados al juego de azar, y también en relación con la actividad mercantil que realizan las empresas cuyo negocio se centra en el juego de azar. La última de ellas se ha realizado con el Decreto Ley 5/2014, de 22 de abril, sobre medidas normativas para reducir las trabas administrativas para las empresas, que prevé el sometimiento al régimen de declaración responsable o, en su caso, al de comunicación previa los procedimientos que en materia de juego y apuestas se determinen reglamentariamente.

En desarrollo de lo establecido en dicha Ley 2/1986 se ha ido aprobando por el Gobierno de Andalucía diversa regulación reglamentaria relativa a las distintas modalidades de juego de azar, referidas, entre otras, a casinos, hipódromos, bingo, máquinas recreativas o casas de apuestas; regulando también cuestiones generales como la relativa a la prohibición de acceso de determinadas personas a los locales dedicados al juego de azar.

Relatamos a continuación, por orden cronológico, los reglamentos más significativos sobre esta materia: Decreto 325/1988, de 22 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Rifas, Tómbolas y Combinaciones Aleatorias de la Comunidad Autónoma de Andalucía; Decreto 229/1988, de 31 de mayo, Reglamento de Casinos de Juego, modificado por Decreto 305/2003; Decreto 230/1988, de 31 de mayo, por el que se planifica la instalación de Casinos de Juego en la Comunidad Autónoma de Andalucía, modificado por el Decreto 342/2009; Decreto 410/2000, de 24 de octubre, por el que se crea el Registro de Control e Interdicciones de Acceso a los Establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y aprueba su Reglamento; Decreto 65/2008, de 26 de febrero, que aprueba el Reglamento del Juego del Bingo de la Comunidad Autónoma de Andalucía; Decreto 280/2009 de 23 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Juegos y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía; Decreto 144/2017, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía y Decreto 80/2018, de 17 de Abril por el que se modifican determinados artículos de los reglamentos aplicables en materia de juego.

En cuanto al asunto que abordamos, el artículo 23 de la **Ley andaluza 2/1986 establece que las personas menores de edad no podrán participar en los juegos y apuestas comprendidos en dicha Ley, ni entrar en las salas o locales destinados exclusiva o predominantemente a la práctica del juego.**

No obstante, de forma expresa **excluye la Ley de dicha prohibición el acceso de menores a salones recreativos**, todo ello sin realizar una definición detallada y precisa de qué debe considerarse salón recreativo en contraposición a aquella sala o local en que junto con máquinas recreativas existan otras en las que se practique el juego, y cuál es el criterio para considerar que el juego es predominante sobre las máquinas recreativas.

En lo que respecta a las infracciones y sanciones, la Ley opta por establecer un procedimiento sancionador propio, calificando las infracciones en la materia en muy graves, graves y leves. Sin embargo, en cuanto al catálogo de infracciones administrativas recogidas en la señalada norma (artículos 28 a 30) **no se contempla de modo expreso como actuación infractora permitir o no limitar el acceso de las personas menores de edad a los locales de juego.**

En cuanto a la actividad de la publicidad, la Ley andaluza omite cualquier referencia la misma, a excepción de estar tipificado como infracción grave el hecho de efectuar publicidad de los juegos y apuestas o de los establecimientos en los que éstos se practiquen sin contar con la previa autorización.

Siendo éste el contexto normativo autonómico del juego de azar, hemos de referirnos también a las **competencias municipales en la materia**. Y es que los locales habilitados para negocios relacionados con el juego de azar, como todo establecimiento abierto al público, están sometidos a las autorizaciones municipales sobre licencia de apertura.

Tal como disponen los artículos 5, 8 y 22 del Reglamento de Servicios de las Corporaciones Locales (todavía vigente, con las correspondientes modificaciones, el Decreto de 17 de junio de 1955) estará sujeta a licencia administrativa toda apertura de establecimiento mercantil e industrial con el fin de ser comprobada la adecuación de los locales e instalaciones a las condiciones de salubridad, seguridad y tranquilidad, y a las normas particulares que sobre usos contemple el Plan General de Ordenación Urbana y demás normativa urbanística.

Así las cosas, la administración local verifica especialmente el cumplimiento de la normativa sobre prevención de incendios, barreras arquitectónicas para personas discapacitadas, así como la normativa urbanística de general y especial aplicación, lo cual no obsta para que la eficacia de la licencia de apertura municipal quede condicionada a la necesaria obtención de la autorización administrativa por parte de la Junta de Andalucía para el concreto negocio relacionado con el juego de azar.

6.4. Prohibición legal de participar en juegos de azar: del derecho a los hechos

Las 9 personas menores de edad no pueden participar en los juegos de azar. Así queda establecido expresamente en la Ley 13/2011 (artículo 6) al igual que queda negada su participación a las personas incapacitadas legalmente o por resolución judicial, de acuerdo con lo que establezca la normativa civil. También la Ley 2/1986, reguladora del juego en Andalucía (artículo 23) se pronuncia en el mismo sentido.

El fundamento de la prohibición hay que buscarlo en la especial situación de vulnerabilidad de este sector de la población (adolescentes y jóvenes) en pleno proceso de formación. La sociedad ha de proteger a los menores frente a los peligros que conllevan los juegos de azar por las posibilidades de adicción a los mismos, de la misma manera que se protege frente al consumo de alcohol o el tabaco. La diferencia con estas últimas es que se trata de lo que ha venido a denominarse «adicciones sin sustancias».

No obstante, esta prohibición contrasta de manera patente con la realidad. Es un hecho conocido y aceptado en muchos casos que adolescentes y jóvenes participan en estas prácticas.

Son muchas las razones que mueven a jóvenes y adolescente al uso de los juegos de azar. Ya apuntamos al inicio de este capítulo el protagonismo de la publicidad o la creciente identificación entre el juego y el ocio por este sector de la población o su aceptación por la sociedad. Y ello sin olvidar, por supuesto, los limitados, cuando no inexistentes controles por parte de las administraciones públicas del acceso al juego de las personas menores de edad, a pesar de ser una práctica legalmente vetada para aquellas.

Otro factor que pudiera influir en la participación de los menores en las actividades del juego **sería la ganancia de dinero**. Pero en este aspecto no todos los estudios realizados sobre el fenómeno se muestran unánimes en sus respuestas.

Y así algunas de las investigaciones realizadas sugieren que la principal razón de que personas menores de edad participen en juegos de azar tiene que ver con la excitación (subida de adrenalina) y el placer que lleva consigo. También se ha apuntado como motivos por el que chicos y chicas usan estos juegos, el paliar el aburrimiento y la soledad, escapar del estrés provocado por tensiones académicas o familiares. Asimismo este tipo de juego se presenta como una forma de socialización o, incluso, de competición entre amigos y compañeros⁴

4 García Ruíz, P. y otros. "Consumo de riesgo: menores y juegos de azar on line. El problema del juego responsable".

Pero desde luego los avances tecnológicos, el aumento de la disponibilidad de internet y la comodidad que ofrecen las tecnologías móviles están impulsando la accesibilidad y el crecimiento del juego en línea para las personas menores de edad.

La explicación al predominio de este tipo de juegos frente al resto hay que buscarla en la **velocidad, la accesibilidad y el anonimato**. La primera está unida al poco tiempo que transcurre desde la apuesta y el premio y la segunda a la facilidad de acceder desde cualquier dispositivo sin un control real de la edad de acceso, además no es una actividad que tan siquiera tengan que buscar, los “push up” de páginas de apuestas son constantes en “apps” que utilizan mayoritariamente los jóvenes de esta edad.

6.5. Algunos datos estadísticos sobre la participación de menores en los juegos de azar

Uno de los principales retos en el análisis de la participación de adolescentes y jóvenes en los juegos de azar lo constituye **la escasez de estadísticas oficiales que aborden la cuestión**. Otros estudios, aunque no abundantes, vienen a mostrar unas tasas de prevalencia dispares debido a las diferencias metodológicas empleadas.

No obstante, los datos proporcionados en la última **Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España en 2018 (ESTUDES)** elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, señala que **nos enfrentamos a una realidad emergente**.

Los datos que a continuación se exponen diferencian la práctica del juego según se haya practicado a través de **internet** o de **forma presencial** en locales habilitados al efecto a pesar de que, como ya hemos señalado, la entrada está prohibida para personas menores de 18 años.

Según la citada Encuesta, dirigida a 35.369 chicos y chicas entre 14 y 18 años, **un 6 %, afirma haber jugado dinero en Internet, un 14% afirmó haber jugado dinero de forma presencial**.

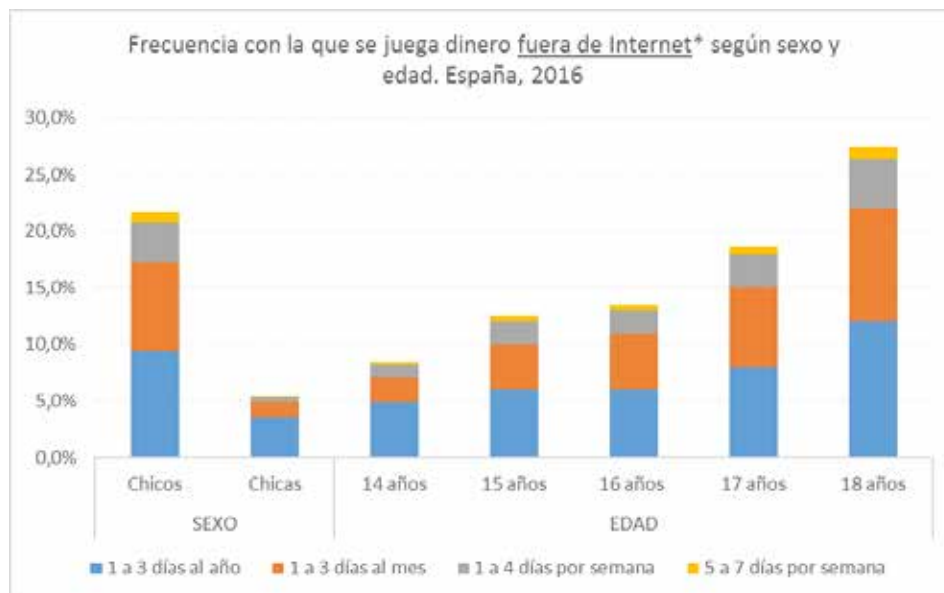
Gráfico 32. Frecuencia en los últimos 12 meses con que se ha jugado dinero según plataforma. España, 2016



Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de ESTUDES 2018.

Del 14% de jóvenes que **juegan dinero FUERA DE INTERNET**, un 21,7% son chicos y un 5,4% son chicas. Respecto a la **edad**, son los jóvenes de mayor edad los que más apuestas realizan de forma más frecuente, pero entre los 14 – 15 años el porcentaje no es nada desdeñable, entre un 8 y un 12%, teniendo en cuenta que tienen prohibida la entrada a los locales de apuesta de forma presencial.

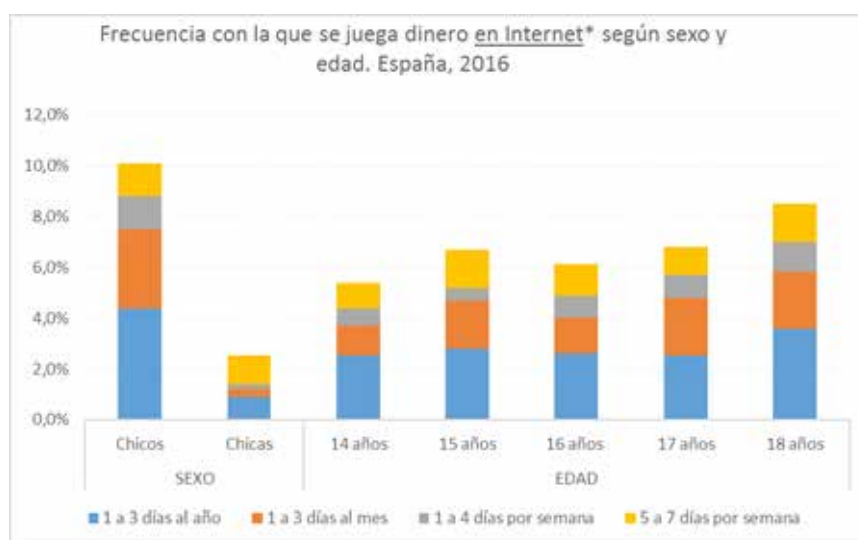
Gráfico 33. Frecuencia con la que se juega dinero fuera de Internet, según sexo y edad. España, 2016



Nota: en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas....

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de ESTUDES 2018.

En cuanto a las **características de los que dicen haber jugado dinero EN INTERNET**, los chicos suelen gastar más dinero en apuestas que las chicas (10,1% y 2,5% respectivamente). Respecto a la **edad**, existe una menor diferencia en el acceso a las apuestas entre las edades estudiadas frente a las obtenidas en las apuestas de forma presencial (a los 14 años un 5,4% frente al 8,5% a los 18 años).



Nota: en máquinas tragaperras, loterías, quinielas, juegos de casino, bingos, apuestas....

Fuente: Observatorio de la Infancia en Andalucía a partir de ESTUDES 2018.

Por otro lado, según datos de un estudio de la **Dirección General de Ordenación del Juego, del Ministerio de Hacienda, en 2015, las características de las personas entre 15 y 17 años usuarias de juegos de azar** serían las siguientes:

- a) Un 27,9% de jóvenes entre 15-17 años han jugado alguna vez a juegos de azar que han implicado algún tipo de apuesta económica. De éstos, un 85,6% lo ha hecho en los dos últimos meses.
- b) De aquellas personas que reconocieron haber participado a juegos de azar, un 12,2% lo hizo a través de Internet.
- c) Del total de personas jugadoras, un 25,3% es sin riesgo y un 2,5% ha desarrollado conductas de riesgo con problemas o patología.
- d) Los juegos más populares entre las personas jugadoras de esta edad serían las quinielas de fútbol, las loterías instantáneas y la lotería nacional.
- e) Dedicar menos de 3 horas semanales a la participación en juegos de azar, realizando un gasto mensual inferior a los 10 euros.
- f) En el 71,1% de los casos se hacen junto con otras personas o grupos de amigos, en un 20% de los casos ha jugado solo.

Estudios más actuales, como el realizado por la **entidad Mapfre en 2019**, en los que también se pregunta directamente a chicos y chicas entre 14 y 17 años si realizan **apuestas on line**, un 7% afirma hacerlo con frecuencia, y un 8,3% a veces.

Analizando las apuestas on-line entre el total de población que abarca este estudio (personas jóvenes de 14 a 24 años), **el perfil** cuenta con un marcado carácter masculino (un 11,9% de chicos juega con frecuencia frente a un 4,7% de chicas), a edades mayores (del 7% entre los 14 y 17 años al 9,9% entre los 22 y 24 años que apuestan con frecuencia), con un nivel de estudios superiores (un 11,8% de los que apuestan con frecuencia tienen estudios superiores, un 6,7% estudios primarios y un 6,9% secundarios).

Respecto al **tipo de localidad** aquellos que apuestan con frecuencia se encuentran preferentemente en ciudades de tamaño medio -medio grande de 10.000 a 999.999 (9,1%) y una gran ciudad un millón de habitantes o más (9,5%), siendo la CCAA de Andalucía donde se registra una mayor proporción de jóvenes que apuestan on-line (11,8% apuestan con frecuencia frente a un 8% en el resto de España).

Otros estudios dirigidos a población entre 14 y 17 años, elaborado por la **Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD)** en 2019, cuentan con datos similares, hablan de un 4,7% juega con frecuencia, un 3,4% a veces. Con un perfil social en el que se autoposicionan en clases media-baja y baja, estudian en colegios privados (concertados o no concertados), y que residen principalmente en entidades poblacionales de tamaño medio, con nacionalidad española.

En Andalucía, contamos con **Centros de Tratamientos Ambulatorios** por abuso o dependencia con o sin sustancias. Los datos que abordan cuenta con un indicador que registra tanto a las personas admitidas anualmente a tratamiento por primera vez, como a las que han realizado tratamientos previos por la misma sustancia o adicción. En estos centros se han tratado a 686 menores por adicciones, de los que **un 1,6% ha sido tratado por juego patológico**, siendo un 1,7% de chicos y 0,7% de chicas. Un 1,6% no contaba con tratamientos previos y un 1,9% ya había sido tratado. En 2009, el porcentaje de jóvenes tratados por adicción a juego patológico fue de 1,3%.

Para concluir este apartado traemos a colación el último estudio realizado por la **Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)** acerca de la **facilidad para acceder a los locales de apuestas por las personas menores de edad**.

Según dicha Organización, desde que en 2011 se autorizó el juego en internet, el gasto en juegos y apuestas en dicho campo y el número de usuarios ha ido creciendo, pues los datos de la Dirección General de Ordenación del Juego reflejan que entre 2012 y 2017, el gasto en apuestas se ha multiplicado por cinco, pasando de 1.380 a 7.538 millones de euros. También el número de páginas de juego telemático ha aumentado en poco tiempo, al igual que los salones de juego.

La investigación realizada por la OCU se basó en una prueba con dos adolescentes, uno menor y otro de 18 años, los cuales visitaron 36 locales de juego de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

En 15 de estos locales, los menores pudieron acceder sin ningún impedimento y en seis de ellos pudieron incluso apostar. De todas las ciudades visitadas, Madrid y Zaragoza fueron donde más trabas encontraron, pues solo pudieron acceder a un local en cada una de estas ciudades. En Valencia y Bilbao, en cambio, entraron en la mayoría de los locales y consiguieron apostar en tres de seis en el caso de Bilbao y en dos de seis en Valencia.

En Sevilla, según la OCU, los menores pudieron acceder a tres de los seis locales visitados. En uno de ellos ni siquiera tuvieron que mostrar el documento nacional de identidad. En dos sí lo solicitaron, pero a pesar de comprobar que eran menores les permitieron el acceso. Añade la entidad que en uno de estos incluso consiguieron realizar una apuesta sin necesidad de pasar el control de identidad.

La OCU realizó también la prueba en 27 páginas de apuestas on line concluyendo que en el 100 por 100 de los casos, las plataformas digitales exigieron los datos personales para registrarse y el Sistema de Verificación de Identidad basado en datos del Ministerio del Interior impidió el acceso. En cuatro de las más conocidas tampoco fue posible acceder con una identidad falsa. Sin embargo, la organización señala que sí es posible burlar los controles usando la identidad de otra persona mayor de edad, una tarea que no entraña dificultad para los adolescentes.

6.6. De la diversión a la ludopatía: el peligro del juego

En los últimos años se ha producido un repunte del consumo dedicado al ocio y al entretenimiento, donde las tecnologías de la información y comunicación han adquirido un papel fundamental entre adolescentes y jóvenes. Paralelamente se ha constatado la proximidad de los establecimientos de juego y una mayor presencia de la oferta de estas actividades.

En este contexto las personas menores de edad, atraídas por las ofertas y cercanía de la actividad comienzan a edades cada vez más tempranas a participar en juegos de azar. El juego aparece así como un modo más de diversión, como instrumento de socialización.

El problema, más allá de realizar una actividad que se encuentra legalmente prohibida para este sector de la población, es que **puede derivar en un problema de adicción al juego o ludopatía.** **La adicción** consiste esencialmente en una contradicción cada vez más profunda en la persona afectada entre lo que piensa, dice y hace. Estas contradicciones se ven reflejadas en las conductas de la persona adicta. El incumplimiento de promesas, las excusas para consumir, el aislamiento social o el cambio de carácter son sólo algunos de los síntomas que presentará la persona afectada. La persona ha adquirido un hábito del cual no puede desligarse y piensa que el juego le solucionará sus tensiones.

El fenómeno de **las adicciones es más amplio que la dependencia del alcohol o de otras drogas.** La capacidad adictiva del ser humano va más allá de las drogodependencias, abarcando una amplia gama de conductas y de "objetos adictivos", si bien es cierto que la adicción al alcohol y a otras drogas han sido y continúan siendo la principal preocupación en este campo y a la que más esfuerzos se le han dedicado en las últimas décadas.

Por ello en los últimos años, el concepto de adicción, entendido como un fenómeno amplio que abarca una multiplicidad de conductas, se ha ido extendiendo a otras realidades como la ludopatía, algunos tipos de trastornos alimentarios, las compras, las relaciones sociales alienantes o las distintas formas de dependencia de Internet y nuevas tecnologías, entre otras. **Estas realidades se han venido a denominar «adicciones sin sustancias».**

La adicción al juego se denomina ludopatía, estando reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. Es una alteración progresiva del comportamiento en la que el individuo siente de manera incontrolable la necesidad de frecuentar los juegos de azar.

La citada Organización define esta enfermedad como la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Las personas afectadas por esta patología pueden verse inmersos en importantes problemas en el ámbito laboral, académico, económico e incluso legales por su adicción al juego.

Por su parte, **la Asociación Americana de Psiquiatría reconoce la ludopatía oficialmente como «trastorno psicológico»** en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

Se calcula que entre el 0,1 y el 0,8 por 100 de la población adulta en general sufre algún tipo de trastorno asociado con el juego y que entre un 0,1 y un 2,2 por 100 adicional muestra una relación con el juego potencialmente problemática⁵. Estos datos se reflejan en el incremento exponencial del número de personas que se han inscrito en el Registro de Interdicciones de Acceso al Juego.

Los riesgos que conllevan esta «adicción sin sustancia» suelen ser más devastadores en adolescentes al tratarse de personas especialmente vulnerables. No podemos olvidar que la adolescencia es un periodo de cambios en el ser humano, tanto desde el punto de vista biológico, psicológico como social, que requieren del niño o niña un importante esfuerzo de adaptación. Este esfuerzo para alcanzar la madurez habitualmente va acompañado de situaciones de conflictos que repercuten tanto en el ámbito familiar, con padres y madres, como en el ámbito escolar o social.

También los jóvenes suponen un colectivo especialmente vulnerable para caer en la adicción al juego. La ausencia de expectativas laborales de este colectivo, los elevados índices de desempleo y la incertidumbre sobre su futuro incierto constituyen un sustancial caldo de cultivo para conseguir dinero rápido y accesible. Y existe una creencia generalizada de que el juego constituye un instrumento idóneo para tales fines.

La preocupación por este fenómeno ha llevado a la Conferencia Sectorial de Sanidad, en octubre de 2018, a poner de manifiesto la necesidad de prevenir las ludopatías, aprobando un **Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020**⁶ dentro del cual se incluye una acción dirigida a proteger a los menores y personas de especial vulnerabilidad del juego mediante la puesta en marcha de medidas normativas. El Plan insta al Gobierno Central y a todas las comunidades autónomas a revisar la normativa actual sobre el juego y casas de apuestas y locales en relación a la accesibilidad y promoción.

⁵ Documento orientativo de ALICE-RAP: «Gambling — two sides of the same coin: recreational activity and public health problem» (El juego, dos caras de la misma moneda: actividad recreativa y problema de salud pública). ALICE-RAP es un proyecto de investigación financiado con cargo al VII Programa Marco de Investigación y Desarrollo (www.alicerap.eu).

⁶ http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

Por lo que respecta al ámbito de Andalucía, en relación a la patología asociada al juego de azar, definida como ludopatía, aún sin contar con una referencia específica en la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía, **ha venido siendo objeto de actuaciones asistenciales socio-sanitarias, abordando dicha problemática como una adicción patológica más, por parte de la red de centros para el tratamiento de adicciones en Andalucía.**

A este respecto, mediante la Orden de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, de 28 de agosto de 2008, se regularon los requisitos mínimos de acreditación de los centros y servicios de atención a personas con problemas de drogodependencias y también de los dedicados a atender adicciones sin consumo de sustancias, entre las que se incluye la adicción patológica al juego de azar.

También en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el problema de las adicciones se aborda en el **III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA)**⁷. Se trata de un documento que pretende colaborar en la eliminación de las **desigualdades**, proyectando programas específicos para las personas con mayores dificultades. Y dentro de ellas los jóvenes y adolescentes son objeto de una especial atención. Por ello el Plan propone trabajar desde la prevención para evitar o retrasar la edad de contacto con el consumo de drogas y evitar la instauración de patrones de consumo problemáticos y adicciones.

Alude el PASDA a la conveniencia de implantar un modelo de intervención en prevención basado en el nivel de riesgo para el desarrollo de adicciones y adaptado a las características y necesidades de las diversas poblaciones destinatarias. De igual manera, y conscientes de las actuales formas de ocio de los jóvenes, el Plan apunta el mantenimiento de los programas de reducción de riesgos y daños, adaptándolos a los nuevos patrones de riesgo y, más concretamente, al consumo combinado de sustancias legales e ilegales en ambientes recreativos.

Por otro lado, resalta el PASDA la relevancia de implicar a la ciudadanía y hacerla partícipe de manera activa, logrando una mayor coherencia de los diversos mensajes sociales que apoyen la labor preventiva. Es por ello que se considera fundamental el impulso de una acción coordinada con otras instituciones y entidades que puedan trabajar en los diversos ámbitos de la prevención.

6.7. El protagonismo de la publicidad de los juegos de azar y su incidencia en la participación de personas menores de edad

Son muchos los estudios y análisis que señalan a la publicidad como una herramienta con especial incidencia en el comportamiento de las personas, de manera prioritaria en aquellas que se encuentra en una situación de vulnerabilidad como es el caso de adolescentes y jóvenes.

En este contexto, **la publicidad**, y de manera más incisiva la que se realiza en los medios de comunicación social, **representa un factor determinante en la participación de los menores en los juegos de azar.**

No es de extrañar, por tanto, que **el incremento de la actividad de las apuestas on-line y de los locales de juego que se viene produciendo en los últimos tiempos se haya producido al compás del aumento de spots publicitarios** en televisión, radio, prensa escrita y redes sociales. Resulta probado que la publicidad de estas actividades ha tenido una importante presencia en eventos deportivos, especialmente en retransmisiones deportivas, donde no ha faltado incluso la presencia de estrellas del deporte para animar a los espectadores a apostar.

El gráfico siguiente refleja el sustancial **incremento del número de anuncios publicitarios** en todos los soportes durante los últimos años. Así, por ejemplo se pasaron de 879.693 anuncios en 2016 hasta los 2.744.100 en el año 2017.

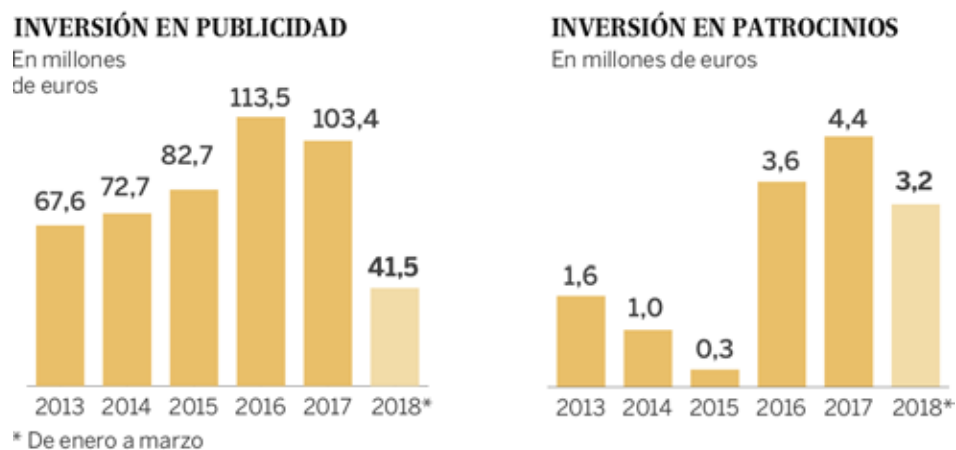
⁷ https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/11/III%20PASDA_2016_WEB.pdf

Gráfico 35. La Publicidad en el juego Online



Por otro lado, también según la misma fuente, en 2017 se emitieron 69.739 anuncios en televisión y se registraron más de 2 millones y medio de impresiones publicitarias en internet sobre casas de apuestas y casinos online. En 2018, esta cifra aumentó a 137.285 anuncios en el caso de la televisión y a más de 14 millones en el caso de las impresiones publicitarias en internet.

De forma paralela, **este incremento de publicidad de los juegos de azar ha supuesto una elevada inversión para las empresas del sector** como se acredita en los gráficos siguientes:



Hemos comentado el veto que la vigente normativa -Ley 13/2011 de regulación del juego a nivel estatal y Ley 2/1986 en Andalucía- establece a las personas menores de edad para que participen en los juegos de azar. Una prohibición que, a tenor de los datos y cifras manejados y comentados en este mismo capítulo no está cumpliendo en sus objetivos porque **la presencia y participación de adolescentes y jóvenes no solamente es un realidad sino que además la misma va en aumento, propiciada, entre otros motivos, por la incidencia de la publicidad de tales prácticas.**

Esta misma Ley estatal de regulación del juego, en su artículo 7, prohíbe de manera expresa la publicidad, patrocinio o promoción, bajo cualquier forma, de los juegos de suerte, envite o azar y la publicidad o promoción de los operadores de juego, cuando se carezca de la correspondiente autorización para la realización de publicidad contenida en el título habilitante.

Apela la mencionada Ley estatal a una norma reglamentaria para que establezca las condiciones que se incluirán en los respectivos títulos habilitantes de la autorización de la actividad publicitaria y sus límites y, en particular, respecto al envío de comunicaciones publicitarias o promocionales por correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente; a la inclusión de anuncios u otras modalidades publicitarias de los juegos en medios de comunicación y otros soportes publicitarios; a la actividad de patrocinio en acontecimientos deportivos que sean objeto de apuestas; a la inserción de carteles publicitarios de actividades de juego en los lugares en que se celebren acontecimientos cuyos resultados sean objeto de apuestas o loterías; y al desarrollo de los concursos televisivos y las obligaciones de información sobre los requisitos esenciales del juego.

Han transcurrido ocho años desde la entrada en vigor de la Ley reguladora del juego y todavía no se ha aprobado la norma reglamentaria señalada. Es cierto que han existido varios intentos para dar cumplimiento a este mandato legal. El primero de ellos data de 2015, cuando se pretendió imponer sustanciales límites a la publicidad del juego on-line. Pero este proyecto normativo fue retirado y no llegó a ver la luz por dos razones; una por las fuertes críticas del sector y, la otra, por la ausencia del necesario consenso de los grupos políticos.

La segunda iniciativa para regular la publicidad de los juegos de azar a nivel estatal es de fecha más reciente, y la misma contempla también importantes restricciones a la publicidad del juego on-line. La futura normativa, de ser aprobada, impediría, por ejemplo, este tipo de publicidad en horario especial infantil —de 8:00 a 9:00 de la mañana y de 17:00 a 20:00 horas de la tarde— y acota la promoción de las apuestas en las emisiones televisivas o radiofónicas en directo. También establece la prohibición de que las comunicaciones comerciales se dirijan directa o indirectamente a los menores de edad ni destinadas a la persuasión o incitación al juego de aquéllos. Asimismo se prohíbe la aparición en las comunicaciones comerciales de personas o personajes de relevancia o notoriedad pública sean aquellos reales o de ficción, que resulten atractivos para, específica o principalmente, el público menor de edad.

Pero, insistimos, es un sólo un proyecto. Hasta tanto se apruebe una norma, **el vacío legal sobre la publicidad de los juegos de azar tiene que continuar siendo suplido con los acuerdos de corregulación y sistemas de autorregulación** en materia de comunicaciones comerciales, implementados al amparo de lo dispuesto en el artículo 24 de la referida ley estatal de regulación del juego.

Así, el 17 de noviembre de 2011 fue firmado el Acuerdo de corregulación entre la Dirección General de Ordenación del Juego y la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol), en materia de publicidad, patrocinio y promoción de las actividades de juego, para establecer un marco de cooperación mutua para el seguimiento de la publicidad de las actividades de juego.

Posteriormente este marco se completó con un nuevo Acuerdo, de 7 de junio de 2012, suscrito por los dos organismos anteriores y la Subdirección General de Contenidos de la Sociedad de la Información para el establecimiento de un Código de Conducta sobre Comunicaciones Comerciales de las Actividades de Juego, cuya finalidad básica es la protección de los consumidores, especialmente de los menores de edad y de otros grupos vulnerables, en el marco de las políticas de juego responsable. Este “Código de conducta sobre comunicaciones comerciales de las actividades de juego” dicta una serie de principios para la “autorregulación” del sector bajo la supervisión del organismo independiente de la industria publicitaria Autocontrol.

El Código de referencia prohíbe, por ejemplo, que los anuncios sugieran «que el juego puede mejorar las habilidades personales o el reconocimiento social». También prohíbe que se entienda que esta actividad «puede ser una solución a problemas financieros» y que se realicen «ofertas de crédito a los participantes». En otro de sus puntos elimina la posibilidad de que la publicidad dé la impresión de que «la habilidad o la experiencia del jugador eliminará el azar de que depende la ganancia».

Al margen de estas iniciativas, lo cierto es que **la inexistencia de una norma de desarrollo de la Ley de ordenación del juego**, que establezca de una manera sistemática y completa los principios y condiciones del ejercicio de la actividad publicitaria **es una de las principales razones de que el control administrativo de las comunicaciones comerciales de los juegos haya resultado bastante limitada.**

Ante esta realidad, son muchas las **voces que desde hace tiempo vienen demandando la prohibición de cualquier tipo de publicidad de los juegos de azar** como ya ocurre con el consumo de tabaco o determinadas bebidas alcohólicas de alta graduación.

Esta demanda ha tenido su respuesta por parte de algunos medios de comunicación que operan en ámbitos autonómicos. Se ha conocido que TV3 y Catalunya Radio retirarán la publicidad de juego y apuestas en línea en horario protegido para la infancia a partir del 30 de junio de 2019.

Otros operadores han sido más ambiciosos y han acordado prohibir determinados tipos de publicidad, en cualquier franja horaria, tendente a fomentar las actividades de juego en cualquier horario, como es el caso de EITB, que no admite en sus diferentes medios, radio televisión e internet, la emisión o inserción de ninguna actividad publicitaria y promocional relacionada con el juego, incluida la promoción corporativa de marcas o de eventos realizada por las empresas cuya actividad se centre en el juego. No obstante, quedan excluidas de la prohibición, por una parte, las loterías y apuestas reservadas a la competencia de la Administración del Estado y la Organización de Ciegos Españoles (ONCE), y por otra, la publicidad estática o promoción que forme parte indivisible de la adquisición de derechos y de la producción de la señal a difundir.

Este debate sobre las limitaciones o, en su caso, prohibiciones a la publicidad de los juegos de azar se ha planteado en el seno de las televisiones autonómicas. Los órganos reguladores en materia audiovisual de España –que incluyen Andalucía, Cataluña, Valencia y Comisión Nacional de los Mercados y la Transparencia (CNMT)– han expresado su voluntad de coordinar una estrategia común para promover que se promulgue una normativa nacional que regule la publicidad de los juegos de azar y las apuesta on-line.

El origen de la mencionada estrategia se encontraría en el incumplimiento sistemático de las medidas de autorregulación que adoptó el sector en el año 2012 y una proliferación de la publicidad del juego en los medios de comunicación sin ningún tipo de límite.

En este sentido, una de las cuestiones más preocupantes para los órganos reguladores señalados es la emisión de anuncios del juego dentro de la franja horaria de protección de menores, que viene creciendo además de forma exponencial en los últimos años.

Así lo avala un informe del Consejo Audiovisual de Andalucía de octubre de 2017 donde se reflejaba que el 36 por 100 de los anuncios del juego en televisión se emitían dentro del horario protegido. Un año después, un estudio del Consell del Audiovisual de Cataluña elevaba esta proporción ya al 45 por 100, y señalaba que el 42 por 100 de las promociones incluyen mensajes que incitan a jugar en el momento.

Sin perjuicio de lo señalado, lo cierto es que **en los últimos meses se han dado pasos importantes por algunas comunidades autónomas para limitar o prohibir la publicidad en medios de comunicación.**

Es el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón que en diciembre de 2018 ha aprobado una nueva Ley de la Actividad Física y el Deporte donde se faculta a la administración a elaborar los mecanismos que prohíban la publicidad en equipaciones, instalaciones, patrocinios o similares de todo tipo de apuestas deportivas. Dicha prohibición afectará a todas las categorías deportivas.

En marzo de 2019, **la Asamblea de Madrid** ha aprobado la Ley 7/2019, de 27 de marzo, de modificación de la Ley 8/2015, de 28 de diciembre, de Radio Televisión Madrid, en virtud de la cual se prohíbe que Radio Televisión Madrid emita en cualquier horario publicidad que promueva el juego on-line, los salones de juego o las casas de apuestas.

A comienzos del año 2019 los medios de comunicación se han venido haciendo eco también de la voluntad del gobierno de Galicia de prohibir en la televisión y radio de ámbito autonómico cualquier tipo de publicidad de los juegos de azar.

Por su parte, **la Comunidad Autónoma de Andalucía ha sido pionera en este ámbito**. En octubre de 2018 se ha promulgado la Ley 10/2018, de 9 de octubre, Audiovisual de Andalucía, cuyo propósito es realizar una regulación integral de la actividad audiovisual en la Comunidad Autónoma.

Dicha norma, en su artículo 32, restringe solo a la franja horaria entre la 1:00 y las 5:00 horas la emisión de los programas dedicados a juegos de azar y apuestas y aquellos relacionados con el esoterismo y la paraciencia, así como las comunicaciones comerciales sobre estas materias. En todo caso, las personas prestadoras del servicio de comunicación audiovisual tendrán responsabilidad solidaria sobre los fraudes que se puedan producir a través de estos programas.

A pesar de las bondades de la Ley audiovisual andaluza, no podemos olvidar que existe un amplio catálogo de vías que contribuyen a la exposición a la publicidad relativa al juego. Tal es el caso de los medios impresos, la publicidad directa por correo, y la publicidad exterior. También lo es el patrocinio, especialmente en eventos deportivos, los cuales estarían propiciando que grupos vulnerables, como lo son adolescentes y jóvenes, se sientan atraídos por el juego.

Pues bien, lo cierto es que, hasta la fecha, la publicidad en Andalucía de los juegos de azar a través de estos otros instrumentos, distintos de los medios audiovisuales, carece de limitación o prohibición alguna.

6.8 Algunas propuestas en aras a la protección de los menores de edad frente a los riesgos de los juegos de azar

Los cambios de comportamiento de adolescentes y jóvenes frente a los juegos de azar, especialmente en su modalidad on-line, ponen de manifiesto la necesidad de iniciar nuevos caminos para hacer frente a este fenómeno en auge. Ello obliga a los poderes públicos a realizar un mayor esfuerzo para responder a los retos jurídicos, sociales y técnicos que plantean los juegos de azar para las personas menores de edad. Unas respuestas que han de asegurar con más eficacia el cumplimiento de objetivos ineludibles de tutela y protección social a los sectores de la población más vulnerables de la población.

Y en este contexto, hemos de referirnos necesariamente a la Ley 2/1986, del juego en Andalucía. Se trata, como ya hemos indicado, de una vetusta norma que, a pesar de haber sido objeto de distintas modificaciones y desarrollo reglamentario, éstas han ido referidas fundamentalmente a materia tributaria y a la actividad mercantil que realizan las empresas.

Sin embargo, desde su aprobación, la realidad social se ha visto sustancialmente modificada. La evolución habida en el juego y la necesidad de adaptar esta regulación a la nueva realidad económica y social de los juegos y las apuestas aconsejan que se proceda sin mayores dilaciones a una regulación actualizada y ajustada del juego en Andalucía que se adapte a las nuevas exigencias de un sector tan dinámico.

Sobre la base de lo señalado, a continuación se detallan **algunas propuestas** que, como Institución garantista de derechos, consideramos que pueden contribuir paliar o, en su caso, evitar los riesgos que suponen para las personas menores de edad participar en los juegos de azar.

1.- Profundizar en la investigación del fenómeno

Los juegos de azar constituyen, por sus posibles implicaciones en distintos ámbitos, un fenómeno ciertamente complejo que puede llegar a derivar en un problema de salud pública, como se ha puesto de manifiesto a lo largo de estas páginas.

Estas peculiaridades y sus distintas implicaciones sociales exigen **una investigación en profundidad sobre la participación de personas menores de edad en los juegos de azar que analice sus causas, sus efectos y aborde todas aquellas medidas, tanto preventivas como reparadoras, que habrán de adoptarse para evitar los riesgos o para ayudar en la solución del problema cuando la prevención no haya sido eficaz.** Una investigación rigurosa y certera deberá ser la premisa básica para establecer una regulación adecuada, el diseño de unas medidas de prevención eficaces y otorgar a este fenómeno en auge la relevancia que merece y poner freno a su crecimiento.

Y es en este aspecto es donde encontramos el primer hándicap. Tal como hemos tenido ocasión de resaltar en este capítulo, son escasos los datos oficiales que reflejen la incidencia real de la participación de adolescentes y jóvenes en los juegos de azar. No somos ajenos al reto que supone elaborar estudios de esta naturaleza teniendo en cuenta que el juego, se encuentra prohibido legalmente para las personas menores de 18 años.

Pero debemos resaltar **la importancia que tiene conocer el número de casos de menores de edad que participan en los juegos de azar, sus perfiles, prácticas más usuales, contextos sociales en los que viven, y otros datos estadísticos de interés.** Con el análisis de esta información, debidamente recopilada, se podrá poner en marcha las investigaciones que reclamamos.

Debemos recordar al respecto las competencias que **conciernen a la Comisión del Juego de elaborar estadísticas e informes anuales sobre el desarrollo del juego en Andalucía.** Entendemos que este organismo podría liderar el impulso de los estudios e investigaciones sobre la incidencia real y evolución del fenómeno de la participación de las personas menores de edad en los juegos de azar en Andalucía.

2.- Incrementar las medidas preventivas contra el juego de azar por adolescentes y jóvenes.

La prevención se perfila como uno de los instrumentos más relevantes para combatir las consecuencias negativas que el juego provoca en adolescentes y jóvenes antes de que el problema aparezca.

Las iniciativas preventivas habrán de seguir las tres líneas básicas de aproximación a la prevención del daño: primarias para proteger al menor frente a los riesgos del juego antes de que el daño aparezca; secundarias para mitigar el daño una vez que esté ya existe; y terciaria para tratar al menor cuando ya se encuentra seriamente afectado por la patología.

Muchas son las acciones que pueden desarrollarse en el ámbito de la prevención. De todas ellas un papel desatacado lo tienen las **campañas regulares de educación y sensibilización especialmente dirigidas a los grupos vulnerables**, incluidos los menores, sobre los riesgos de los juegos de azar. Entre otros mensajes, estas campañas deberían contrarrestar la asociación de juego de azar con diversión y, por supuesto, tendrían que contribuir a desdibujar la normalización que en la actualidad la sociedad tiene de estas prácticas, especialmente entre jóvenes y adolescentes.

No corresponde a esta Defensoría determinar cómo han de sufragar las administraciones públicas las campañas de educación y sensibilización a la que nos referimos, pero nos parecería una buena práctica que **se destinara un porcentaje de las cantidades recaudadas procedentes de la Tasa Fiscal sobre el Juego en nuestra Comunidad Autónoma para la financiación de políticas de prevención y tratamiento de ludopatías.**

3.- Potenciar unas eficaces medidas de control de la prohibición del juego.

Ningún menor debería poder participar en actividades de juego de azar ni accediendo a locales habilitados ni a través de la web.

Pero la realidad viene a poner de manifiesto que está prohibición no se cumple y que las personas menores de edad, cada vez con mayor frecuencia juegan, tanto en locales de forma presencial como virtualmente a través de sitios web de juegos. Y para evitar estas prácticas, **las administraciones públicas adquieren un protagonismo destacado como controladoras del cumplimiento de la legalidad.**

En primer lugar, consideramos que **se han de exigir a los operadores el establecimiento de un mayor número de las medidas de control para impedir el acceso de los menores a los locales de juego.** Los locales de apuestas deberán establecer controles en los que sea imprescindible probar la edad, con filtros de seguridad que identifiquen a los usuarios en la entrada o en el acceso a la zona de apuestas, así como que no se permita el uso de máquinas en las que se pueda apostar sin filtros de identidad. Debemos conseguir el principio de tolerancia cero a la entrada de menores y personas vulnerables en locales de juegos y casas de apuestas.

También se han de incrementar los controles en los juegos on-line. Las administraciones deben velar para que el operador disponga de procedimientos para impedir que los menores de edad participen en actividades de juego, como los controles de verificación de la edad durante el procedimiento de registro y para evitar que los aquellos accedan a sitios web de juego, se debería procurar que estos contengan enlaces a programas de control parental.

Pero la intervención de las administraciones debe ser más amplia. No solo deben exigir incrementar medidas que impidan el acceso al juego de adolescentes y jóvenes, en cualquiera de sus modalidades; han de incrementar el control sobre dicha actividad para verificar que ningún menor puede participar en juegos de azar. Este control exigiría **un plan específico de inspecciones en locales para asegurar que cumplen con la normativa en este aspecto.**

En el ámbito de la Comunidad autónoma de Andalucía la labor inspectora se encuentra encomendada, conforme a lo establecido en la Ley 2/1986 (artículo 32) a funcionarios de la Junta de Andalucía, a los que se les reconoce la condición de agentes de la autoridad y se les faculta para examinar los locales, máquinas y documentos.

Por otro lado, cuando en el desarrollo de estas inspecciones se compruebe que las personas menores de edad han podido acceder a los locales, **las administraciones deberán actuar con contundencia imponiendo sanciones.** Estas sanciones deberán ser lo suficientemente contundentes como para que no resulte económicamente rentable hacer frente a la misma y continuar con la actividad infractora.

La Ley andaluza del juego no contempla entre las actuaciones que son objeto de infracción el permitir o no limitar el acceso de adolescentes y jóvenes a los locales de juego. Es por ello que **entendemos necesario una modificación de la citada norma en la que, con plena garantía de los principios de legalidad y eficacia, establezca como sanción muy grave las actuaciones señaladas, todo ello en orden a dar cumplimiento a la especial protección que han de proporcionar los poderes públicos a las personas menores de edad.**

En todo caso, teniendo en cuenta los intereses en juego y la especial protección a las personas menores de edad, permitir el acceso de estos al juego o no controlar adecuadamente la prohibición debería llevar aparejado, según la gravedad del caso, la pérdida de la habilitación para el desarrollo de la actividad o la clausura del local.

Todas estas acciones pasan también por que la mencionada Ley venga a concretar con mayor precisión y nitidez el concepto de «salón recreativo». Y ello porque, recordemos, la señalada Ley permite el acceso a las personas menores de edad a salones recreativos. Pero ocurre que en muchos de estos recintos existen máquinas recreativas de juego al alcance de los menores de edad. De esto modo **creemos necesario que la norma defina de forma precisa y detallada qué debe considerarse salón recreativo en contraposición a aquella sala o local en que junto con máquinas recreativas existan otras en las que se practique el juego, y cuál es el criterio para considerar que el juego es predominante sobre las máquinas recreativas.**

4.- Limitar el establecimiento de locales de juego en zonas vulnerables

La Constitución española reconoce la libertad de empresa. Sin embargo, esta libertad ha de ser compatibilizada con otros derechos y libertades de la ciudadanía. Se trata de conciliar la legitimidad del desarrollo de determinadas actividades con la garantía de la salud pública, que queda excluida de toda negociación y resulta esencial.

Corresponde a la Administración encontrar el necesario equilibrio entre permitir una actividad económica y prevenir los efectos que esta actividad puede producir en el orden público, en la salud y en la seguridad pública. Es este el fundamento por el que se han visto limitadas determinadas actividades como la venta del alcohol o el tabaco.

Por lo que respecta a la actividad que analizamos en este estudio, debemos recordar que **el Tribunal Supremo ha reconocido las peculiaridades de la actividad del juego:** «no puede considerarse, dada su especificidad, como una actividad empresarial normal, toda vez que las condiciones de su ejercicio vienen reglamentadas por la ley, por su interés general». El mismo Tribunal recuerda en un auto que diferentes tribunales europeos consideran «legítima la intervención de las autoridades nacionales» en la regulación del sector del juego «por razones de política social, protección de los menores de edad y de prevención del fraude fiscal y blanqueo de capitales».

Y es en este contexto en el abogamos que la normativa sobre el juego en Andalucía limite la obtención de las autorizaciones de funcionamiento de los salones de juego y locales de apuestas. **Estas restricciones han de ir referidas al lugar de ubicación de los locales de juego, fijando unas distancias mínimas a determinadas zonas frecuentadas por personas menores de edad,** como son los centros educativos de enseñanza no universitaria, centros de formación o parque infantiles.

Se trata de evitar la excesiva cercanía de este tipo de locales a dichos espacios; de establecer una distancia prudencial que cumpla con el objetivo de velar por el interés superior de menores y adolescentes.

Esta medida que proponemos, dada su trascendencia económica, social y laboral, entendemos que debería ser abordada con el sector del juego para concretar su alcance.

5.- Prohibir la publicidad de los juegos de azar

Se ha puesto de relieve en este estudio la influencia de la publicidad en una realidad en auge como es la participación de adolescentes y jóvenes en el juego.

Así lo corroboran diferentes **expertos en juego patológico y adicciones al señalar que la publicidad impacta principalmente en dos colectivos vulnerables, esto es, en los niños y adolescentes, y en aquellos que ya tienen una conducta de juego problemática.** Y en este sentido dichos expertos señalan a los medios de comunicación como uno de los principales ejes que necesariamente han de regularse adecuadamente para proteger los derechos de las personas más vulnerables.

Recordemos que en el pasado ya se han realizado regulaciones y limitaciones similares en los medios de comunicación con sustancias que pese a ser legales como el alcohol o el tabaco, no dejan de tener efectos indeseados socialmente, y hoy disponemos de **datos que avalan empíricamente que tales restricciones han logrado una reducción considerable del número de personas adictas a estas sustancias y una mejora en la salud general de la población.**

En la actualidad **parece existir una creciente demanda social que reivindica medidas para frenar la proliferación de la publicidad de los juegos de azar.**

Prueba de ello son los datos del último Barómetro Audiovisual de Andalucía, por ejemplo, que reflejaba que el 71,5 por 100 de la población considera necesaria una regulación que prohíba todo tipo de anuncio dentro de la franja horaria de protección de menores. Por su parte, el estudio del Consejo catalán recoge que el 51,8 por 100 de la población suprimiría completamente los anuncios de juego en radio y televisión, en tanto que un 32,1 por 100 es partidaria de limitarlos.

Así las cosas, **el debate sobre la cuestión gira en torno al alcance de las limitaciones de dicha publicidad.** Para un sector de la sociedad la prohibición absoluta no resulta una medida eficaz en comportamientos calificados como no saludables, con lo que carece de sentido hacer un planteamiento en esos términos. Para otro, en cambio, solo se conseguirán los resultados deseados con una prohibición absoluta de la publicidad de los juegos de azar.

Todavía no se ha elaborado una norma a nivel estatal que venga a regular la publicidad de los juegos de azar a nivel estatal. Hemos comentado la existencia de un proyecto en tal sentido pero que, en el momento de proceder a la elaboración de este estudio, no ha tenido ningún reflejo en una norma jurídica.

Por otro lado, hemos destacado la importante iniciativa desarrollada por la Comunidad Autónoma de Andalucía a finales de 2018 al limitar en sus medios audiovisuales la publicidad de los juegos de azar a la franja horaria comprendida entre la 1:00 y las 5:00 de la mañana. Una iniciativa que se ha recogido en la Ley 10/2018, de 9 de octubre, Audiovisual de Andalucía.

Sin embargo, a pesar de la bondad de la medida, **lo cierto es que existen otros formatos publicitarios que en el momento actual no han sido objeto de limitación o restricción por lo que respecta a los juegos de azar que se desarrollen en territorio andaluz.** Nos referimos a los medios impresos, la publicidad directa por correo la publicidad exterior. También lo es el patrocinio, especialmente en eventos deportivos. Y dentro de este grupo no podemos olvidar tampoco la publicidad inserta en los propios locales de juegos o casas de apuestas. La configuración arquitectónica de estos espacios o la publicidad del desarrollo de eventos deportivos que se promocionan en las fachadas de los locales, especialmente el fútbol, constituyen un reclamo publicitario para adolescentes y jóvenes. No es infrecuente ver en rótulos y carteles de los locales a personajes famosos que en muchas ocasiones son líderes de referencia para adolescentes y jóvenes.

Esta Institución tiene el pleno convencimiento de que la publicidad de juegos de azar es especialmente dañina para la educación en valores de la infancia y la juventud, por cuanto implica de aceptación de estas actividades como elemento de socialización, y por los riesgos que conlleva para este sector de la población.

Con este fundamento **reclamamos para la Comunidad Autónoma de Andalucía un paso adelante en el establecimiento de una regulación de los juegos de azar que prohíba la publicidad sea cual sea el medio de difusión utilizado.** En caso de que no se aceptara dicha prohibición, alternativamente debería establecer importantes limitaciones al modo en que se ha realizado con otras sustancias como el alcohol y tabaco.

Uno de los fundamentos de las prohibiciones de tales mensajes publicitarios vendrían avalado por la obligación que incumbe a las administraciones públicas de establecer políticas de fomento del

ocio responsable por la juventud, desincentivando la participación de adolescentes y jóvenes en los juegos de azar.

Y esta labor podría tener su reflejo en la reforma que, en su caso, se llevará a efecto en la Ley 2/1986, del Juego y Apuestas en Andalucía. De la misma forma que la norma optó por crear un sistema sancionador propio, podría contemplar la prohibición de publicidad de los juegos de azar dentro del territorio andaluz.

7. INFORME ESPECIAL

7.2. Principales conclusiones del Informe

...

7ª) Un servicio judicial necesitado de coordinación con otros recursos.

Hemos recogido la petición unánime de establecer canales específicos de comunicación y relación con los Equipos Psico-sociales y sus profesionales.

En numerosas ocasiones **estos contactos entre diferentes recursos no están dotados de la facilidad de comunicación y de una cooperación fluida que son manifiestamente necesarias**. Hablamos, por ejemplo, de los aspectos relacionados con la salud mental. En estos casos, la información, debido a su especial delicadeza, se solicita de manera formalizada desde los responsables de los Equipos a los recursos médicos especializados para conocer determinados condicionantes que intervienen en la evaluación psico-social que debe cumplimentar el Equipo para el juzgado. Determinados comportamientos que dificulten el desempeño de obligaciones paterno-filiales, situaciones inadecuadas para el tratamiento de algún sujeto enfermo, etc., pueden ser datos que deben ser reflejados en el informe que ha de ser evacuado para la resolución del asunto. Y parecidos extremos cabe decir de casos de drogodependencias o de otras adicciones de sujetos implicados que acrediten una afectación a las cuestiones sometidas a las deliberaciones judiciales.

Se repiten en los Equipos Psico-sociales entrevistados, de manera coincidente, las argumentaciones favorables a estos sistemas de coordinación que faciliten el acceso de datos y antecedentes que agilizan la elaboración del relato psico-social de los sujetos afectados. Se nos han relatado muchos casos en los que estos sujetos son objeto de trabajos o intervenciones desde variados recursos asistenciales y cuyas trayectorias deberían disponer de un registro o repositorio que describa esa suma de servicios que se han desplegado previamente con tales sujetos como protagonistas.

La normativa de Servicios Sociales avanza en este enfoque multidisciplinar que permita recoger para cada usuario o sujeto un historial de intervenciones que aporte a cualquier recurso asistencial los antecedentes de trabajo con tales personas. Sin embargo, este modelo está muy lejos de reflejarse en el trabajo cotidiano de estos Equipos. Ni siquiera el criterio de archivo de los informes elaborados tiene como referencia la identidad de los sujetos analizados. Los expedientes se archivan, en su mayoría, en base al asunto judicial del que traen causa. Cuando preguntamos cómo descubrir un informe elaborado sobre una determinada persona —sobre un menor— nos expresan las serias dificultades para acceder a este enfoque según los criterios de archivo.

Esos informes psico-sociales, como antecedentes de carácter judicial, **deberían disponer de accesos más lógicos y facilitadores para el propio sistema judicial y, como apuntamos, para otros posibles recursos que deban trabajar con los sujetos**.

...

8. ANEXO ESTADÍSTICO

8.1. Relación de actuaciones de oficio

Queja 18/1310, dirigida a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a la Consejería de Justicia e Interior, relativa a las actuaciones de coordinación promovidas por la Institución para mejorar los procesos de determinación de la edad de los menores extranjeros no acompañados en la comunidad autónoma de Andalucía.

Queja 18/7446, dirigida a la Consejería de Educación, relativa a la adaptación de las normas sobre escolarización para el alumnado con problemas de salud extremadamente graves.