

ACUERDO DE 2 DE MAYO DE 2017, DEL CONSEJO DE GOBIERNO, POR EL QUE SE MANIFIESTA SU CRITERIO RESPECTO A LA TOMA EN CONSIDERACIÓN DE LA PROPOSICIÓN DE LEY 10-17/PPL-000002, POR LA QUE SE REGULA LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN ANDALUCÍA

La Proposición de Ley por la que se regula la Atención Infantil Temprana en Andalucía, en adelante Proposición de Ley, tiene por objeto, como indica su artículo 1, establecer una regulación que permita delimitar las competencias y las responsabilidades en materia de Atención Infantil Temprana, encaminada hacia una atención integral a los y las menores de 0 a 6 años, residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, con Trastornos del Desarrollo o en riesgo de padecerlos, así como a sus familias; regular las actuaciones en Atención Infantil Temprana como una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal y gratuito, así como establecer un marco referencial que permita la necesaria coordinación entre los sectores sanitarios, sociales y educativos implicados.

En el expositivo de la Proposición de Ley se establece que *“Al ser los trastornos del desarrollo un problema de salud, aunque en su abordaje estén también implicados los ámbitos sociales y educativos, el seguimiento de personas menores de riesgo el proceso de diagnóstico y la, atención/intervención temprana como tratamiento de los trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos están ubicados en el ámbito sanitario, en los niveles de prevención secundaria y terciaria, participando en prevención primaria”*.

No obstante, los menores con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos tienen reconocido el derecho a la atención temprana en normas con rango legal como el Estatuto de Autonomía para Andalucía, la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Para el Gobierno Andaluz es prioritaria la Atención Infantil Temprana, fruto de ello es la aprobación del Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, en virtud del cual las personas menores están siendo atendidas de acuerdo con un modelo integral implantado por el mismo.

La Proposición de Ley, tal y como se ha hecho referencia, establece que los trastornos del desarrollo son problemas de salud, asimismo determina que la AIT debe incluirse en la Cartera de Servicios del SAS, pivotando su asistencia en una red de centros dependientes del mismo, o incluso otorgando las competencias de AT al SAS, aunque también recoge la posibilidad de prestar la AIT en centros concertados con el SAS. No obstante la Atención Infantil Temprana no es un problema exclusivo de salud, por las siguientes razones:

- a) La Atención Temprana, en adelante AT, conlleva que todos los equipos profesionales relacionados con la infancia realicen una atención integral sobre menor, familia y entorno. Por lo tanto, la AT no es, solamente, un problema de salud sino que incluye actuaciones coordinadas de todos los ámbitos. Cada una de ellas tendrá una mayor presencia en determinados aspectos. De hecho, el mayor peso de la intervención en AIT recae principalmente en los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT).
- b) Estas actuaciones incluyen fundamentalmente el tratamiento psicoeducativo de los niños de 0 a 3 años con trastornos del desarrollo, continuando hasta los 6 años en los casos en los que se considere

necesario seguir actuando conjuntamente con los centros educativos. Este tipo de tratamiento tiene un peso limitado en los servicios de salud circunscribiéndose prácticamente de forma exclusiva a los servicios de Salud Mental para los casos graves, siendo en los CAIT y en el ámbito educativo donde recae el peso de este tipo de intervenciones.

- c) Si se mantiene que la AT es un problema exclusivo de salud, quedarían fuera de la intervención todos aquellos trastornos cuyo enfoque fuese psicoeducativo, salvo aquellos trastornos cuya intervención fuese exclusiva competencia de la Salud Mental, y llevaría a medicalizar la AT, convirtiendo a los menores con trastornos del desarrollo en enfermos/pacientes, concepto que en ningún momento es observado en el Libro Blanco de la Atención Temprana.
- d) Se mandaría un mensaje inequívoco determinando que la AIT es o sería puramente sanitaria y marcadamente asistencialista. Además las actuales entidades prestadoras del servicio de AIT no podrían ejercer sus funciones.
- e) Se podría perder la valiosa experiencia acumulada por los actuales profesionales de los CAIT que llevan a cabo la AIT, así como la continuidad de la atención con los equipos que atienden a estos menores, imprescindible para su mejoría en unas edades críticas debido a la imposibilidad legal de integrarlos en el SAS.

A modo de ejemplo un trastorno del desarrollo como puede ser el síndrome de Down precisará actuaciones del ámbito de los servicios sanitarios desde su detección prenatal, asistencia neonatal y atención sanitaria de las patologías orgánicas más frecuentemente asociadas a este proceso tanto desde la vertiente preventiva, diagnóstico y tratamiento. No obstante, la intervención que puede potenciar su capacidad de desarrollo será la de carácter psicopedagógico, psicomotriz, etc..., que se llevarán a cabo por los equipos profesionales de los CAIT y del ámbito educativo.

Otros ejemplos podrían ser los trastornos del desarrollo con discapacidad motora, con discapacidad intelectual, del espectro autista, trastornos sensoriales o del seguimiento del recién nacido de riesgo cuyos procesos asistenciales integrados (PAI) definen que deben hacer cada uno de los niveles asistenciales y profesionales, sanitarios, educativos y sociales en prevención primaria, secundaria y terciaria.

La Proposición de Ley apuesta por una estructura organizativa incoherente e irrealizable. En este sentido hay dos ejemplos a resaltar:

En el proceso de AIT hay una situación muy trascendente para la familia, que es cuando se determina que un menor precisa intervención de AIT. En ese momento hay que derivar al menor a un Centro de Atención e Intervención Temprana, en adelante CAIT. Si el CAIT que le corresponde, por cercanía geográfica, no tiene plazas libres (capacidad para atender) para iniciar la atención, la Proposición de Ley establece que en ausencia de plazas los CAIT gestionarán junto a la familia la localización de un CAIT con disponibilidad (artículo 12.6.7 y 9). Por tanto, se deja en manos de un equipo de profesionales (del CAIT sin plazas) que no tienen relación jerárquica sobre otro equipo la responsabilidad de derivar. Este tipo de gestión debe realizarse desde una unidad de coordinación con carácter provincial.

Otro momento importante para el menor y la familia es cuando el menor está en condiciones de ser dado de alta, puesto que ya no precisa más intervención. El Plan de intervención lo establece el CAIT donde estaba siendo atendido y la lógica asistencial es que el alta debe corresponder al CAIT, pero la Proposición de Ley incorpora que deben hacer informes de conformidad el profesional de la pediatría, especialistas hospitalarios y, además, dar trámite de audiencia a los representantes legales del menor (artículo 13.2.b). Con ello prolonga una decisión con la intervención absolutamente innecesaria de otros profesionales que no intervienen en la AIT llevada a cabo en el CAIT. Se definen unas condiciones cuya operatividad es claramente compleja e inadecuada para la toma de decisiones.

Una vez el menor se encuentra en el CAIT, la Proposición de Ley refiere la necesidad de realizar la coordinación con todos los ámbitos implicados. Sin embargo no especifica ningún mecanismo y cuando lo hace genera gran confusión. Por ejemplo, establece que le corresponde al SAS (artículo 8.2.d) la coordinación interprofesional entre los y las profesionales y entidades sanitarias, sociales y educativas implicadas. Si fuera el profesional de pediatría el responsable le encomendaríamos una gestión incompatible con el habitual funcionamiento de la consulta. De facto, la Proposición de Ley determina que una parte coordina al resto sin entrar en más detalles, lo que es un auténtico contrasentido funcional, estructural, normativo y de sentido común.

En el modelo de AIT de Andalucía se cuenta con Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT) que están constituidos en el ámbito de la Consejería de Salud por personas con formación específica (Psicólogas, máster en atención temprana) y experiencia en AT y en el ámbito de la Consejería de Educación por el o la profesional específico del Equipo de Orientación especializada de Atención Temprana. Estos equipos tienen como objetivo prioritario asegurar la coordinación, colaboración y continuidad en la intervención entre los diferentes servicios que prestan atención al menor con alteraciones de desarrollo, sin que se mencionen en la Proposición de Ley.

En este sentido el modelo organizativo de la Atención Infantil Temprana está contemplado en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, y en su desarrollo, mediante la Orden 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Infantil Temprana y la Orden de 13 de diciembre de 2016, por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana para su autorización.

En el citado Decreto la coordinación e itinerario de atención comienza en el profesional de la pediatría de Atención Primaria o en los Servicios de Pediatría Hospitalaria que, a través de la familia o de los equipos educativos, detectan un trastorno de desarrollo o riesgo de padecerlo, momento en el cual, utilizando el sistema de información de Atención Infantil Temprana (Alborada) se deriva a la Unidad de Atención Infantil Temprana (UAIT) que determina la idoneidad o no de la atención temprana y su posterior, si procede, derivación del menor al Centro de Atención Infantil Temprana referente que establece el plan de intervención individualizado dirigido al menor, a la familia y al entorno. Dicho Sistema de información, que está reconocido como buena práctica de coordinación sociosanitaria por el Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS), permite acortar los plazos de intervención integrando dicha atención con los sistemas de información de historia de salud digital del sistema sanitario andaluz (DIRAYA), de forma que, al disponer los equipos profesionales implicados de una información completa acerca de los antecedentes personales y familiares de la población menor, así como su seguimiento posterior, puedan tomar mejores decisiones respecto a la atención.

El modelo organizativo de la Atención Temprana en Andalucía, es claro a la hora de definir quién toma decisiones sobre derivaciones (profesionales de la pediatría), sobre la necesidad de iniciar intervención e intensidades de la misma en un CAIT, así como la coordinación entre los sectores (Equipos Provinciales de Atención Temprana, EPAT). Por el contrario, la Proposición de Ley es cuando menos confusa, al situar las decisiones de derivaciones a nivel de profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

Es de destacar, igualmente, aquellos aspectos de la Atención Infantil Temprana que no se incluyen en la Proposición de Ley:

- a) Derechos de los menores.
- b) Obligaciones de las personas usuarias.
- c) Garantías por las Administraciones Públicas.

- d) Plan Interdepartamental de AIT “configurado como un instrumento participativo de todos los agentes implicados, que será aprobado en Consejo de Gobierno y establecerá los mecanismos de coordinación y actuación necesarios para su implantación y desarrollo“
- e) Relación de recursos de AIT, salvo los Centros de AIT.
- f) Las Unidades de Atención Infantil Temprana que constituyen el primer nivel de atención específica que garantiza la continuidad de la atención en el ámbito de salud. También constituyen el dispositivo de coordinación de las actividades asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- g) Los Equipos Provinciales de atención Temprana (EPAT), formados por profesionales de los ámbitos de salud, educación y servicios sociales, ejercen la coordinación eficaz de la AIT en la provincia.
- h) Cláusulas Sociales, como las establecidas en la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía (artículos 109.1 y 109.2)
- i) Sistema de información de AT que facilita la atención integral, garantiza la continuidad y la coordinación, dando cobertura a todo el ciclo vital de la población menor de 6 años y garantizando el acceso a todos los profesionales implicados en la AIT.
- j) Tampoco hace ninguna mención a Formación, Investigación e Innovación.

Por último, también se ha de señalar que la Proposición de Ley contiene una Disposición Derogatoria que cuestiona en la práctica el Decreto 85/2016, de 26 de abril.

Dicho Decreto regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía, mediante las actuaciones coordinadas de los sectores sanitario, educativo y social, que están implicados en el desarrollo de acciones de atención infantil temprana.

El Decreto ordena, desarrolla y define las características de la prestación en atención temprana y establece los criterios de calidad necesarios para llevar a cabo dicha prestación, sentando las bases de una prestación universal y de calidad a los menores con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos, claramente orientado a la formación, innovación e investigación en atención temprana y realizando una apuesta de futuro con la elaboración del Plan Integral de AIT que determinará el presente y el futuro de la atención.

De hecho, en la actualidad, y con la aplicación del citado Decreto se ha eliminado la lista de espera, se ha aumentado el número de sesiones que reciben los niños y se ha aumentado el tiempo de atención para los menores y sus familias de 45 minutos a una hora.

Igualmente, se han incrementado las partidas presupuestarias destinadas a la AIT en el siguiente sentido: 4 millones de euros en 2016, 5 millones de euros en 2017, 6 millones de euros en 2018 y 8 millones de euros en 2019, por tanto, partiendo el presupuesto inicial de 2016, supone pasar de 11,9 millones de euros a 34 millones de euros en el período comprendido entre 2016 a 2019.

Todo ello ha supuesto asentar los CAIT en el territorio y contar con un mapa de recursos que aseguran la equidad en la accesibilidad a los CAIT para todas las personas menores en Andalucía.

Por tanto, además de paralizar todas las actuaciones llevadas a cabo hasta ahora, la entrada en vigor de la disposición derogatoria de la Proposición de Ley supondría la derogación del Decreto antes mencionado, pues plantea un modelo de atención distinto, provocando:

- a) Un vacío legal y una ausencia de marco normativo para la prestación del servicio de AIT.
- b) Probablemente se retractarían los Acuerdos Marco con sus correspondientes contratos derivados con las entidades prestadoras del servicio.

- c) Además se paralizaría el avance conseguido en cuanto a la desaparición de listas de espera, el presupuesto previsto hasta el 2019, la ampliación del tiempo de prestación a los 60 minutos o los 30 días naturales de plazo para determinar la idoneidad de la AIT

En cuanto a la valoración económica de la Proposición de Ley, se entiende que la misma incurre en una serie de errores de cálculo e imprecisiones que imposibilitan llevar a cabo la misma.

En primer lugar, utilizar como punto de partida para calcular la misma un 5% de menores de 6 años de Andalucía es desmesurado y no se sustenta con la realidad. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) determina que el 2,15% de los menores pueden cursar con limitaciones, siendo este porcentaje el centro de la atención y los menores que precisarán más intervención. Actualmente se atienden y han sido registrados para la AIT al cabo de un año, aproximadamente 20.000 menores (19.998 en 2016), oscilando la cifra muy poco en los tres últimos años. Por tanto, en dicho cálculo hay un incremento no razonado de 5.000 menores más a atender, que supone aproximadamente un 20%.

En segundo lugar, tampoco tiene sentido aplicar un promedio de 10 sesiones mensuales a ese porcentaje de menores. No hay evidencia científica suficiente para determinar el número de sesiones que precisarían los menores dependiendo de su discapacidad, limitación, etc, aunque según trabajos realizados con grupos de expertos se ha determinado que el promedio puede llegar a ser, como máximo, de 8 por mes.

Por tanto, la Proposición de Ley no contempla una memoria razonada de la previsión cifrada de las consecuencias que la adopción de esta medida supondría en el presupuesto de gastos de la Comunidad Autónoma para ejercicios futuros.

En su virtud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 124.2 del Reglamento del Parlamento de Andalucía, a propuesta de la persona titular de la Consejería de Salud, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 2 de mayo de 2017

ACUERDA

PRIMERO. Manifiestar el criterio contrario respecto a la toma en consideración de la Proposición de Ley 10-17/PPL-000002, por la que se regula la Atención Infantil Temprana en Andalucía, presentada por los grupos parlamentarios Popular Andaluz, PODEMOS Andalucía e Izquierda Unida-Los Verdes Convocatoria por Andalucía.

SEGUNDO. Dar traslado de este Acuerdo al Parlamento de Andalucía.

Sevilla, a 2 de mayo de 2017

Susana Díaz Pacheco
PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Aquilino Alonso Miranda
CONSEJERO DE SALUD