

Grupo Focal Personas Expertas.

Evaluación ex ante.

**Plan Integral de Atención Temprana en Andalucía.
2024-2028**

Consejería de Salud y Consumo

Informe realizado por el Servicio de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP

4 de octubre de 2024

1. INTRODUCCIÓN

Presentamos la síntesis de la dinámica desarrollada durante el grupo focal de personas expertas que se organizó para la evaluación ex ante del Plan Integral de Atención Temprana en Andalucía (PIAT-A).

El grupo focal tuvo lugar el 25 de septiembre de 2024 en modalidad online y estuvo dinamizado por el Servicio de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto Andaluz de Administración Pública, con una duración de 2 horas y 23 minutos.

Este ejercicio evaluativo previo a la ejecución del Plan ha sido llevado a cabo por un grupo de personas expertas seleccionadas por la Secretaría General de Planificación Asistencial y ha constado de dos fases: un cuestionario online y un grupo focal.

El cuestionario estaba estructurado en torno a 9 dimensiones propias de la Evaluación de Políticas Públicas, y, una vez cumplimentados de forma individualizada por cada participante, se llevó a cabo por parte del IAAP un ejercicio de síntesis de las respuestas al mismo del que se extrajo las dimensiones y preguntas a profundizar en el grupo.

Posteriormente, las mismas personas expertas han sido convocadas al grupo focal. En función de la síntesis de las respuestas al cuestionario, se diseñó un guión con diversas cuestiones que han sido consideradas como relevantes por el equipo de la Oficina Técnica del Plan, de cara a la finalidad de la evaluación y a la definición de mejoras (véase Anexo I).

Las personas expertas en la materia de que versa el Plan que han participado en el grupo focal son las siguientes

- Antonio Pons Tubio
- Blanca Navarro Martín
- Juan Alonso Cozar Olmo
- Juan Carlos Belda Oriola
- Julio Pérez López
- Lidia Parra Sánchez
- María Gracia Millá Romero
- Nuria Páez Rodríguez
- Susana Moya Fernández
- Gemma García López

En el anexo II se proporciona información sobre todas las personas involucradas.

2. VIABILIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN

Se han identificado algunas debilidades del Plan en cuanto al enfoque y la terminología. Y se tienen que reservas acerca de la asignación presupuestaria permitirá cumplir unos objetivos tan ambiciosos en los plazos establecidos.

Las personas expertas consultadas señalan **problemas** previos a la formulación de objetivos relacionados **con el enfoque** del Plan y de la Atención Temprana en Andalucía:

- La **nomenclatura** de los Centros de Atención Temprana.

El Plan es difícil de entender por la nomenclatura. Para las personas de fuera de Andalucía distinguir lo que son los centros de atención, los específicos, etc. En Andalucía, se utilizan términos diferentes a los usados en el resto de España.

El término **Atención Infantil Temprana** también parece inadecuado para parte de las personas consultadas, que se llame Atención Infantil parece redundante, porque la Atención Temprana siempre es infantil.

En Andalucía, explican, la Atención Temprana está en salud, por lo que cuando se hablaba de Atención Temprana, no se sabía a qué tipo de patología se atendía de manera temprana, para distinguirla de otro tipo de intervenciones se añadió el apelativo “infantil”. Pero independientemente de la consejería en la que esté, ya sea en Educación, como en otras Comunidades Autónomas, o en Servicios Sociales, la Atención Temprana tiene su propio corpus teórico, y es una disciplina con entidad propia, reconocida como tal. En el documento aparece algunas veces el término con mayúscula y otras en minúscula. Si se escribe con mayúscula no necesitaría el término infantil.

También han propuesto la denominación de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, en lugar de Centros de Atención Infantil Temprana. En estos CDAT no solo se hace rehabilitación, también se atiende a la población de riesgo, cosa que también se hace en Andalucía y que así recoge el Plan. Según afirman las personas expertas de fuera de Andalucía, es mucho más explícito si se cambia el término.

- También ponen en cuestión el concepto de **Atención Temprana** que se maneja en el Plan.

La Atención Temprana no es rehabilitación, es prevención, y para eso hace falta formación. Indican que **falta formación uniforme** para todos y todas las profesionales de Atención Temprana en Andalucía donde se enseñan formas de detectar, identificar, de evaluar, de derivar y agilizar procesos. Si no existe una formación compartida que permita **hablar de lo mismo en los mismos términos**, el impacto de las medidas será previsiblemente menor. Las universidades andaluzas imparten máster con distintos contenidos por lo que no hay formación homogénea, algo que sería conveniente solucionar. Reconocen que Andalucía es una comunidad compleja, con 9 universidades públicas, por lo que es más difícil homogeneizar los másteres que se ofrecen. Podría iniciarse el camino hacia una **unificación** de contenidos, con una reunión, de los másteres propios, donde poner en común el currículo y trabajar a partir del esquema incluido en el programa EDIF (publicado hace 16 años). Este esquema, puede ser útil como estructura, no para el diseño de contenidos concretos. Incluye evaluación del niño/a, de la familia, del contexto, etc. Es importante que la formación esté consensuada, porque puede ser una nueva torre de babel.

Además, señalan que los **objetivos son muy ambiciosos** a 4 años vista. Estamos en octubre, por lo que en 3 años parece excesivamente optimista pensar que van a cumplirse, habrá que priorizar aún más, necesariamente.

- **Viabilidad de algunas medidas**

Por otra parte, se señala que los problemas de Atención Temprana están bien recogidos, y los objetivos son lógicos. Pero **hay problemas que necesitan una aportación económica importante que no se ve en el Plan**, excepto en la partida dedicada a revisar el Sistema **Alborada**. El sistema informático actualmente no es que favorezca la coordinación, sino que la impide, por lo que esta medida es importante, aunque tenga un coste alto. Ha habido personas expertas que han trabajado en la versión actual de Alborada, saben que requerirá tiempo, y ahí es donde ven el **riesgo para la viabilidad de la medida**.

Insisten reiteradamente que, en otros aspectos **no se ve tan clara la inversión económica**, y si no se hace la inversión adecuada, consideran que será difícil que se puedan lograr algunos de los objetivos, como **aumentar la prestación de servicios**, o incrementar el número de personas usuarias atendidas. Este aspecto del presupuesto, que recorre todo el plan, y que **no queda solventada** en el documento analizado, puede poner en peligro la viabilidad de este. Les cuesta ver, sin una memoria económica real, las posibilidades de dar cumplimiento a los objetivos del plan.

Hay **otros programas que no tienen financiación** ninguna, sería necesario hacer un análisis de costes previo de cada programa y en función de eso priorizar. Se deduce que la finalidad del plan es la sostenibilidad de la red de atención temprana en Andalucía, y para eso es necesario saber el coste real de las medidas y que haya un reconocimiento de la contribución de los y las profesionales que la sostienen.

- **Otros riesgos para la viabilidad**

Echan en **falta la temporalización de las actividades previstas dentro del plan**. La temporalización y la coordinación y el seguimiento de las acciones son elementos básicos. Es importante **prever con más detalle** las acciones para ver realmente la viabilidad del plan. La falta de previsión de más detalles sobre inspecciones, garantías de ejecución, mecanismos de coordinación no permite garantizar el cumplimiento de los objetivos.

Se resalta que el diagnóstico está muy bien elaborado, que algunos problemas que siguen generando preocupación pese a los objetivos y medidas establecidas:

Un profesional de pediatría destacó que hay **otros problemas** que no están tan relacionados con la financiación, pero que también son importantes, como **la salida de Atención temprana a los 6 años**, y la **descoordinación entre profesionales**.

Han participado personas expertas que han licitado a ser Centro de Atención Temprana, ven obstáculos en la **burocracia**. Conseguir un equipo profesional que se dedique a atención temprana es difícil. Los centros prefieren licitar menos plazas porque están infra pagadas, y por tanto, las condiciones laborales del personal son mejorables.

Se trabaja poco la prevención. La prevención terciaria es la más frecuente, es lo que se hace actualmente en los CAITs. La prevención secundaria es el trabajo con poblaciones de riesgo, y queda por recorrer todo el trabajo con la población general. Y aunque en estos momentos se está lejos de esto, al menos es necesario hablar de la Atención Temprana en términos positivos. Atención Temprana no es patología ni es solo trabajo con el niño o la niña. Es el trabajo con la persona menor, con la familia y con el entorno y el resto de la población.

Se ha planteado desde el primer momento un carácter altamente integrador y normalizante, tiene un **marcado carácter restrictivo en cuanto al personal y profesionales que conforman la Atención Temprana**. Los equipos están formados por personal de la rama sanitaria, pero **se echa en falta** mayor

protagonismo de **terapeutas ocupacionales, de pedagogas y pedagogos y personal de otras ramas** de psicología no clínica.

3. ELEMENTOS PRIORITARIOS

El grupo de personas expertas ha considerado pertinentes la mayoría de las medidas y objetivos establecidos, pero se han mencionado especialmente la disminución de las listas de espera, el fortalecimiento del sistema de Atención Temprana y la atención a las familias. Se hace necesario integrar el enfoque del Desarrollo Infantil.

- **La disminución de las demoras es uno de los principales problemas y por tanto, debería ser una de las prioridades del plan.**

Celebran que el plan pretenda **reducir la lista de espera** desde la atención primaria hasta la primera visita en las USN. Hay una medida para ajustar el personal a estas USN, en la descripción consta que se hará una revisión de los recursos asignados a estos servicios, está publicado en el BOJA la contratación de nuevo personal y caben dudas sobre cómo se está implementando esta medida. No se sabe si se está poniendo en marcha ya, estas contrataciones. No se sabe si estos profesionales se dedicarán a llevar a cabo tareas que disminuyan las demoras. Parece ser que pueden ser profesionales que no van a tener dedicación exclusiva a las Unidades. Pueden ser profesionales de apoyo al distrito. Si son profesionales con dedicación exclusiva a la Atención Temprana debería constar en el plan. Y deben ser profesionales con destreza y conocimientos para dar atención de calidad.

Además, se debe de **reducir las listas no solo en las USN sino también en los CAITs**. Hay provincias que tienen menos retrasos en las USN, pero todas los tienen en la atención en los CAITs.

También es importante tener en cuenta, en esta cuestión, que **el reparto no es equitativo entre los centros**. En las capitales se concentran casos de familias que vienen desde puntos muy distantes, que no pueden ser atendidas en sus centros más cercanos. Vienen varios días en semana, tienen que ir al colegio, tienen más hermanos y hermanas, y genera mucha **desigualdad en el acceso a los recursos**.

Tienen claro que el concierto ha de garantizar la **sostenibilidad de los centros**, sino el sistema tiembla en sus cimientos.

Es importante **clarificar quién hace qué dentro de la red de Atención Temprana**. Hay muchísimas personas implicadas, y las familias se ven perdidas en esta torre de babel. Hay uno de los objetivos orientado a la definición de la cartera de servicios de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, este objetivo, debería ser extensivo a todos los organismos incluidos en la red. Los programas de TEA, la informatización, etc. son medidas que parecen adecuadas, pero si no conocemos el mapa, es difícil mejorar los servicios. Las familias deberían tener una persona referente que las acompañe en todo el proceso.

También consideran importante **trabajar en la implicación de las familias**, aunque sea complejo y requiera conocer que factores influyen en ellas, para poder enfocar la intervención.

Consideran muy importante el **tratamiento a las familias**. Atender esa parte **emocional** es básica y no se hace actualmente en todos los centros. En algunos centros sí hay referentes (tutores/as) es la figura que orienta, a lo largo de la terapia, y en función de las necesidades, puede cambiar o no.

En esta línea, también se propone retomar aportaciones desde la psicología comunitaria, programa padre a padre, etc.

Es irrenunciable **incorporar la mirada desde el Desarrollo Infantil**, de la globalidad, poner la atención infantil en mayúscula, la nomenclatura no solo es el nombre sino lo que se hace.

No hay acuerdo de las y los expertos sobre aumentar la detección, aunque sería el ideal, para algunas personas es un objetivo pertinente y para otras no. Hay algunas personas expertas que señalan que el plan debe ser ambicioso e intentar llegar a toda la población diana, atender a todos los niños, niñas y familias que lo necesiten. Sin embargo, para otras, este objetivo no es adecuado, porque si no se trabaja y mejora lo que ya hay, no puede seguir aumentándose e la carga sobre el sistema.

Uno de los aspectos del plan que **no entienden** es **porque se diferencia entre menores con TEA y el resto** de menores con otros trastornos del desarrollo, ya que todos los trastornos tienen unas características especiales, como las personas con trastorno motórico, que también requieren herramientas, conocimientos y un abordaje específico.

4. PROGRAMAS CON MAYOR IMPACTO

La formación, la definición de la cartera de servicios y la implantación de un sistema de calidad avanzado, son las soluciones más frecuentemente mencionadas por las personas expertas para muchos de los problemas identificados en el plan.

La salida a partir de los 6 años es un grave problema, porque ya nadie tiene la responsabilidad de trabajar con estos niños y niñas. En algunos CAITs, ya se informa, se orienta y prepara a la familia sobre los recursos que existen. Es cierto que los CAITs dejan de prestar sus servicios, pero la atención continua, aunque el resto de los servicios que se ponen a su disposición, no están tan especializados ni dan un seguimiento tan estrecho.

Algunas de las personas consultadas, consideran que la continuidad asistencial es una problemática común a todas las comunidades autónomas, pero para abordar este problema, debería hacerse un trabajo más profundo para poder abordarlo.

Por otro lado, mencionan principalmente **tres líneas de acción**, cuyas características han ido exponiendo durante el desarrollo del grupo. Por su importancia, se han desarrollado con mayor profundidad en los siguientes puntos, donde se recogen todas las aportaciones referidas a estas acciones:

- Es necesario hablar de la **cartera de servicios de Atención Temprana**. Esto ayudaría a aclarar algunos aspectos o a ciertos especialistas la perspectiva y objetivos de la Atención Temprana.
- **Trabajar en sistemas de calidad**, podría redundar positivamente en aspectos clave como la homogeneización, la mejora de la satisfacción laboral del personal que trabaja en la red y en una mejora de la atención.
- La **formación es un elemento básico**, cuya importancia se ha resaltado a lo largo de todo el grupo focal. La formación es un factor básico que se observa, tendrá beneficios en cuanto a la calidad de la atención prestada por los diferentes servicios y la satisfacción profesional.

5. FORMACIÓN Y HUMANIZACIÓN

Consideran necesaria la formación básica universitaria para todas personas que trabajarán con menores; avanzada para aquellas personas que trabajarán directamente en la Atención Temprana; y formación continua para todas aquellas personas que ya trabajan en Atención Temprana. Además se considera importante formar e informar sobre la estructura y objetivos de la Atención Temprana a potenciales “agentes derivadores”.

La Atención Temprana debería **incluirse** en la formación de todos los y las **profesionales que luego van a trabajar con menores**. El personal de pediatría y el personal de Atención Primaria, debería **rotar por Atención Temprana**. También debería haber interconexión entre las y los profesionales. Atención Temprana debe estar en los planes de formación de los distritos sanitarios, para que todos los agentes implicados tengan conocimientos sobre ella. Proponen que la formación sea ofrecida por un mismo equipo o referentes, que trasmitan mediante la formación de formadores lo necesario sobre Atención Temprana al personal de salud. Actualmente hay una gran movilidad, por lo que es necesario una formación permanente a todos los niveles.

La **atención a la familia** forma parte de la Atención Temprana, por lo que la formación también tiene que estar orientada a favorecer su adecuada atención. Ha de **incidirse en la persona menor, la familia y el entorno**, trabajando aspectos relacionadas con el desarrollo infantil y la crianza, para prevenir y detectar además de intervenir.

Indican que **se cuenta poco** con **la Universidad** en las acciones formativas programadas. Se requiere formación altamente especializada. Las universidades andaluzas en colaboración de las administraciones deben incluir planes de formación ad hoc y asignaturas en los grados que estén dirigidos a trabajar en Atención Temprana.

También se requiere **formación continua** para profesionales que ya están en Atención Temprana, hay más de 3000 profesionales. Igual que se hace con el profesorado, que se hace detección de necesidades formativas, y a partir de ahí se diseña la programación, podría llevarse un proceso similar para programar la formación continua. Es fundamental que la formación sea continuada, porque actualmente, el personal, ha de usar sus propias estrategias para formarse en el tiempo que les permite la entidad que los contrata. A través del IAAP no se puede ofrecer esta formación, con lo cual ha de hacerse mediante alguna entidad con capacidad organizativa, que garantice el acceso gratuito de todos/as las profesionales. También incluirían a profesionales de otros ámbitos.

Hay consenso en que hay dos tipos de formaciones:

- **Capacitación básica:** es deseable que sea global, multidisciplinar (que muestre diferentes enfoques y modelos), impartida desde la universidad con la colaboración de profesionales que trabajan en Atención Temprana, para garantizar que sea práctica.
- **Especialización laboral:** En Cataluña tienen un convenio propio de atención precoz y no se puede hacer carrera si no se tiene experiencia y formación continua acreditada, es imprescindible. Pero para eso hay que poner recursos, hay que pensar quién financia y cómo se hace para que llegue a todos los y las profesionales.

También indican que, si se quiere cambiar el sistema informático, se requerirá formación para su manejo, hay mucha gente a la que se da de alta, pero no se orienta sobre cómo funciona el sistema.

Actualmente se está ofertando formación acreditada a profesionales que durará un mes o mes y medio. Es un programa que resulta muy interesante, pero el personal de los CAITs no ha podido acceder, no estaba abierto para este perfil, aunque había 1000 plazas de cupo.

No hay acuerdo sobre si **la formación ha de ser para todas las y los profesionales, o hacerse más especializada o específica**, por ramas.

Lo que si se identifica es la necesidad de establecer **programas** destinados a la **formación o información a profesionales que derivan**, para que orienten bien sobre que se hace en Atención Temprana, para pediatras, pero también pensando en escuelas infantiles, por ejemplo. Puede darse información a estos sectores relacionados con la infancia por medio de dípticos.

Cuando se hace formación, debería hacerse facilitando la creación de lazos entre el alumnado que participe. Se propone **que no sean formaciones tan autodirigidas**, aunque lo sean en parte, pero que busquen puntos de encuentro físico, para que diferentes profesionales puedan verse, intercambiar, y establecer lazos, que servirán para mejorar la coordinación.

6. COORDINACIÓN

Las personas que trabajan en el Sistema de Atención Temprana de Andalucía señalan graves problemas de coordinación. Para atajarlos se propone implantar sistemas de calidad que también consideren el enfoque de las y los profesionales, que los objetivos del Plan sean asumidos por la Consejería de Salud, crear comisiones y favorecer el acto único en la atención a los menores.

Además de resaltar el importante papel que debe jugar **Alborada** en la coordinación, mencionan que sería conveniente crear **comisiones** (como las de maltrato INFANTIL) que reúne a las distintas personas profesionales de los distintos ámbitos y funcionan mensualmente, lo que facilita un trabajo mucho más coordinado y un seguimiento más estrecho de los casos, pero no se ve en el plan un elemento así que favorezca la coordinación.

Creen que **las jefaturas deben implicarse**. Opinan que si la Atención Temprana no entra en objetivos para las personas en puestos de responsabilidad en salud, los resultados dependerán de la buena fe de las personas que trabajan en el tema. Pero deberían ser objetivos de obligado cumplimiento de la Consejería de Salud.

Por otro lado, muchos de los niños y niñas tienen patologías múltiples, por lo que entienden que deberían verse en **acto único o en consulta multidisciplinar**.

Implantar **sistemas de calidad** también se considera un elemento importante para la coordinación, puede ser enriquecedor para un plan ambicioso como este, porque favorecería poder realizar un trabajo sistemático y más coordinado, y puede contribuir a un buen clima y unas buenas condiciones laborales.

7. DEMORAS EN LA ATENCIÓN

La disminución de las demoras debería ser una prioridad según las personas expertas, pero hay dudas sobre si las medidas previstas en el plan serán suficientes para ello. La forma en que se refuercen las USN mediante la contratación de personal, o el establecimiento de criterios de priorización son elementos que determinarán la viabilidad de este objetivo. Pero sean medidas reformistas, o transformadoras (como la sectorialización) requieren de inversión económica y disponibilidad de recursos suficientes para ello.

Según una de las personas expertas consultadas, atendiendo a las medidas que propone, el plan, es poco **ambicioso respecto a la reducción de lista de espera**, porque para varias de estas personas la disminución de las demoras pasa **necesariamente por el aumento de plazas**, acción que no se considera en el plan.

Argumentan que para reducir las listas de espera, se requiere de la **contratación adecuada de profesionales y reconocer y valorar la atención directa y la indirecta** que en otras comunidades se reconoce (elaborar informes, coordinación con otras y otros profesionales, preparación del material, en definitiva, todas las tareas que no se hacen con el niño o la niña, o la familia).

Ligado al enfoque de la calidad, para la disminución de la lista de espera, ayudaría establecer **criterios de priorización** de aquellos casos que no pueden esperar para ser atendidos. Esto va en la línea de las recomendaciones de la **primera hoja de ruta publicada por el Ministerio**. Se va a publicar próximamente la **segunda hoja de ruta** y va a ir en la misma línea, se enfoca en criterios y estándares de calidad y en esa línea debería ir también el plan.

También hablan de otras formas de organización de la red de Atención Temprana. Se propone una **sectorización**, similar a la que se han llevado a cabo **en Alcoy (Valencia)**, donde hubo una experiencia piloto. Toda el área sanitaria tenía 14 profesionales y no podía haber lista de espera, todos los casos se derivaban directamente, no había que pasar por varios estadios diagnósticos, se hace el diagnóstico y la intervención en el mismo centro. Tiene ventajas e inconvenientes. Habría que reflexionar sobre los pros y contras. Pero para algunas personas expertas, es fundamental que **la Atención Temprana esté integrada en la cartera de servicios como apoyo a la Atención Primaria**. Cada centro de salud tendría una unidad de Atención Temprana con una dotación de personal y que serían responsables de la atención de toda la población infantil de ese centro de salud.

Esto ha de ligarse a un **plan de calidad**, no solo como acreditación, sino un plan que considere la satisfacción de las familias y profesionales. Donde la administración pueda compararse con otros servicios. Evitaría duplicaciones, mejoraría la coordinación ya que al ser zonas concentradas permite una mayor coordinación y amplía las posibilidades de acciones de prevención primaria.

Hay unos **centros referentes que están adscritos a distritos sanitarios**. En las capitales es más difícil diferenciar las zonas. El concierto social abre unos lotes, que en las capitales no están tan sectorizados, las plazas se proyectan en estas zonas y no en otras de mayor necesidad.

Pero al final, creen que la disminución de las listas de espera tiene que venir necesariamente acompañada de **recursos económicos**. Se puede trabajar en ver si existen zonas tensionadas y reubicar plazas, pero hay lista de espera en prácticamente todos los centros y si no aumentan los recursos no se pueden disminuir las demoras.

También se habla en el Plan de centros públicos, pero no lo son, son centros privados sostenidos por un régimen de concierto, piden que se aclaren los términos empleados, en este sentido.

8. PAPEL DE LA FISIOTERAPIA Y LA LOGOPEDIA EN LAS VALORACIONES DE USN

Hay rivalidad en las competencias de las diferentes disciplinas implicadas en la Atención Temprana. No hay consenso sobre qué profesionales debería poder hacer valoraciones, diagnósticos y prescribir atención en los CAITs.

Se ha discutido la capacidad de determinadas disciplinas para hacer valoraciones a menores sobre la idoneidad de la asistencia en el Sistema de Atención Temprana.

El personal de **fisioterapia** propone que se incluya a profesionales de esta disciplina en todos los servicios, incluyendo las valoraciones de las y los menores en las USN, ya que en algunos CAITs hacen valoraciones.

Profesionales de la pediatría ponen en duda la capacidad de estas disciplinas para hacer evaluaciones y valoraciones de neurodesarrollo, aunque se impartan acciones formativas para ello, debiendo ser realizadas exclusivamente por profesionales de la medicina o psicología.

9. PRIORIZACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN CENTRADOS EN LA FAMILIA

Se considera una forma de injerencia en la labor profesional la priorización del modelo centrado en la familia. Hay consenso en que no priorizar ninguno de los modelos.

El plan recoge que se priorizará sobre el modelo de intervención centrado en la familia, y **las personas consultadas no están de acuerdo**. Opinan que no debe primarse un modelo de intervención entre otros, deberá elegirse el más adecuado. Si se atiende de manera individualizada, y en los tres niveles: **menor, familia y entorno, no requiere priorizar** unas formas de intervención sobre otras. La labor profesional, implica elegir la práctica más adecuada al caso que atiende, es una cuestión de libertad de práctica profesional. El plan sí debe abogar por la ética y la buena práctica, pero no por una determinada práctica o intervención profesional, eso **les parece un error**.

El modelo centrado en la familia tampoco es el mayoritario en Andalucía, en algunos centros se trabaja con modelos centrados en los entornos naturales, se da esa opción, pero no es prioritario. Aunque se resalta la necesidad de poner a la familia como actor principal tiene que llevarse a cabo para disminuir el absentismo, y porque son un agente directamente afectado como reconoce la Ley y el libro blanco.

10. ATENCIÓN GENERALISTA VS. ESPECIALIZADA

Consideran que hay pocos centros especializados y que hay que buscar fórmulas para favorecer que el personal especializado pueda crear centros de este tipo mediante el concierto.

Consideran que el plan habla mucho de **centros generalistas**, y aunque afirman que debe haber centros de este tipo, **también** creen **hay necesidades específicas** que requieren un trabajo diferente y por tanto una formación diferente e instrumentos y maquinarias diferentes, y no sólo el TEA.

Para aumentar la creación de este tipo de centros, proponen que **la gestión y dirección de los centros promotores estén relacionadas con la Atención Temprana**. La persona responsable de la licitación debería tener un currículo relacionado con la Atención Temprana, debería estar especializada en el tema, para que asegure la motivación y la protección de profesionales. Para ello, entienden que ha de facilitarse la solicitud para poder crear centros promotores.

Paralelamente consideran que debe **valorarse la viabilidad y sostenibilidad de los centros** que forman parte del concierto. Si las plazas están infra pagadas, los centros solicitan concertar menos.

11. MODELO DE CONCIERTO

El modelo de concierto también es una cuestión central para las personas entrevistadas, porque en él descansan los pilares del sistema. Se han recogido fórmulas que supondrían una reforma, pero también se han lanzado propuesta que suponen una organización del sistema completamente nueva: la sectorialización y la creación de centros propios.

Las personas consultadas, con larga trayectoria en la Atención Temprana en la comunidad, han visto cómo en Andalucía se han probado todas las formas de concierto y no se encuentra una formula eficaz. Hay comunidades que tienen **una red pública además de la red concertada**, en Andalucía esto no se ha hecho. Los diferentes acuerdos que se han firmado tienen la misma formulación, son lo mismo. Lo que nunca se ha hecho, es lanzar una propuesta para reflexionar sobre esta cuestión con seriedad.

Algunas personas de fuera de Andalucía proponen como una fórmula para solucionar varios problemas simultáneos, la **sectorialización de los servicios de Atención Temprana**. Esta posibilidad ya se mencionaba en el libro blanco y en la hoja de ruta del ministerio de 2023. Según las personas consultadas, tenemos formulas buenas que pueden rescatarse para este plan. **La sectorialización es posible en Andalucía**, porque ya tenemos sectorializados otros servicios de salud.

Apuestan por crear **centros propios**, que serían centros de referencia, propios de la Consejería de Salud. Cada provincia se puede dimensionar para poner centros propios y determinar su rol.

Resaltan la importancia de **distribuir los recursos, aumentando las plazas** en aquellas zonas con más demanda.

También menciona la posibilidad de cambiar el pago por sesión, por el **pago por plaza**, y graduar la plaza. Según la persona participante en el grupo focal que expuso esta posibilidad, habría niños o niñas que

ocuparían más de una plaza, porque necesitara más intensidad de atención; y habría menores que no ocuparían una plaza completa. Valorando las necesidades de la persona menor, de la familia y el entorno podría determinarse la necesidad y poder **graduar la ocupación de plazas**. Pero el concierto actual, de **pago por sesión, resulta demasiado rígido**.

Consideran que es importante tener una **cartera de servicios** de todos los servicios relacionados con la atención a menores con problemas de desarrollo o riesgos de padecerlos (USN, Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil, CAIT, Servicio de Otorrino, Rehabilitación Infantil, etc.). Debería poder delegarse tareas y poder prestar atención especializada y estandarizada, además de accesibles. También debería definirse la cartera de los servicios que se prestan desde el ámbito educativo.

12. OTRAS CUESTIONES A CONSIDERAR EN EL PLAN

- **Incluir la protección de datos**

Se propone incluir la protección de datos. Incluir una sección específica para garantizar la protección de datos y ofrecer una batería de acuerdos de confidencialidad que deberían suscribir todas las personas profesionales, para que en la coordinación y el tratamiento de casos se proteja la intimidad de la persona menor y de su familia en todo momento.

- **Revisar algunos indicadores.**

No están de acuerdo con que la reducción de quejas sea un criterio de calidad, por tanto, es un indicador que, en su opinión, ha de completarse y revisarse.

Tampoco consideran adecuado que el indicador del aumento de detección de TEA se mida mediante el registro de estos diagnósticos en la ODAT. Preocupa mucho, por la evolución de las sospechas o la sintomatología, que a veces no permiten cerrar un diagnóstico. De manera que ligar la detección al aumento de diagnósticos ODAT, puede no ser adecuado en este caso.

- **Incluir a las y los profesionales en los grupos de trabajo y comisiones que se generen para la implementación y seguimiento del plan.**

Esperan que, durante la implementación del Plan, se cuente con las y los profesionales que están en el campo, para integrarlo en todos los equipos de trabajo y todos los procesos asistenciales (que también necesitan revisión).

El SAS tiene poco recorrido en la Atención Temprana, pero las **Delegaciones de Salud** tienen muchas cosas que decir, y deben formar parte de los grupos de trabajo y comisiones que se creen en este sentido.

Anexo I: GUION PERSONAS EXPERTAS

Evaluación ex ante del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía (PIATA) 2024 -2028

Buenas tardes, como sabéis, vamos a profundizar en algunos de los temas que alguno o varios de vosotros ha introducido a través del cuestionario y que nos gustaría discutir y profundizar.

La dinámica de hoy será la siguiente: yo iré lanzando preguntas y cualquiera de vosotros, sin que sea necesario un orden preestablecido, puede contestar. Es importante que todos participáis de manera activa a lo largo de la sesión, pero no es necesario que todos respondáis a todas las preguntas. Es importante que tengáis en cuenta que no hay que evitar la discusión, si hay diferentes puntos de vista, nos interesa conocerlos.

Iremos abordando las preguntas por temas o áreas, empezaremos por los aspectos generales, pasaremos a hablar sobre formación y humanización y, luego, abordaremos aspectos como la sobrecarga, la coordinación y la prevención; finalizaremos hablando del seguimiento y evaluación así como de la difusión del Plan.

La idea es no pasar de las dos horas o dos horas y media. Posteriormente, realizaremos una síntesis de vuestras aportaciones que además de ser enviada a los promotores del Plan, se os hará a llegar a vosotros.

INTRODUCCIÓN - ASPECTOS GENERALES

1. En algunas respuestas se cuestionó la **viabilidad de implementar** todos los aspectos del Plan. ¿**Cuáles de los objetivos y estrategias** propuestos en el Plan **serían más difíciles de alcanzar** en los plazos establecidos? ¿por qué?
2. ¿Qué **elementos** del Plan consideran más **prioritarias y por qué?** y ¿**cuáles podrían ser postergadas** o ajustadas en función de los recursos disponibles o de cambios en el contexto?
3. ¿Qué **programas** del Plan consideran que **podrían tener un mayor impacto positivo** en la calidad de vida de **los y las menores y sus familias?** ¿Por qué?

FORMACIÓN Y HUMANIZACIÓN

4. Uno de los aspectos que se ha identificado como mejorable en la **formación** de las y los **profesionales** hace referencia a la **humanización** en el trato, ¿**cómo** proponen que se refuerce la “humanización” en la comunicación de diagnósticos y en el trato a las familias? ¿Qué hay que tener en cuenta? ¿Debería haber un **programa de capacitación específico** en esta área? ¿Qué debe incluir?

SOBRECARGA

5. Varios participantes destacaron la **sobrecarga y falta de profesionales** como una **amenaza**. ¿Qué **soluciones** concretas, distintas de aumento de contratación de personal, **se podrían implementar** para aliviar esta situación sin comprometer la calidad de la atención?

COORDINACIÓN

6. La **falta de coordinación efectiva** entre los distintos servicios (hospitales, CAITs, educación, salud mental) ha sido un tema recurrente en las aportaciones recibidas. ¿Qué **mecanismos concretos** podrían mejorarse o implementarse para garantizar una mejor coordinación entre estos sectores?

PREVENCIÓN

7. En términos de **prevención primaria y secundaria**, ¿cómo creen que el Plan debería **priorizar estas áreas** para ayudar a un mejor desarrollo de la población infantil? ¿Qué **tipo de intervenciones** serían más eficaces en este sentido? ¿Qué **agentes** deberían estar más involucrados? ¿Cómo creen que se podría **estructurar un enfoque preventivo** dentro del Plan?
8. Se ha resaltado la importancia de evitar **demoras en la atención**, ¿Qué se echa en falta en el Plan para abordar este aspecto adecuadamente? ¿Cómo creen que debería mejorar el Plan la fase de detección temprana para **reducir las listas de espera y las demoras en la atención**?

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

9. Respecto a la **sostenibilidad del Plan y su evaluación a medio y largo plazo** ¿Cómo mejorarían estos dos aspectos? ¿Qué elementos se deben introducir antes de aprobar el plan para garantizar su sostenibilidad y que la evaluación aporte pistas para la mejora?

DIFUSIÓN

10. Se ha destacado la importancia de contar con un **plan de difusión efectivo** del Plan para llegar a todas las partes involucradas. ¿Qué estrategias de comunicación y difusión sugieren **para asegurar una mejor comprensión e implicación de todos los agentes** (familias, profesionales, etc.)?

OTROS ASPECTOS RELEVANTES QUE PODRIAN SUSTITUIR A LAS ANTERIORES O ABORDAR SI DA TIEMPO

- En las respuestas al cuestionario se mencionó que algunos profesionales, como fisioterapeutas o logopedas, no están capacitados para evaluar el neurodesarrollo infantil. ¿**Debería definirse el papel de estos y estas profesionales en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo**?
- Se mencionó que el **modelo centrado en la familia** puede no ser adecuado para todos los casos. ¿Qué otras modalidades de intervención deberían considerarse para atender las necesidades diversas de los niños y las niñas y sus familias?
- Un punto de debate fue el equilibrio **entre la atención generalista de los CAITs y la atención especializada**, como en el caso de los niños y las niñas con **discapacidades motóricas**. ¿Cómo se debería diseñar el sistema para que contemple adecuadamente tanto la atención generalista como la especializada?
- ¿Cómo podría mejorarse las condiciones el concierto entre los CAITs y la Administración pública para mejorar la calidad del servicio prestado?

ANEXO II: Listado de personas expertas

Nombre y Apellidos	Solvencia profesional (valores a examinar: experiencia profesional, investigadora, académica, etc.)	Puesto y organismo en el que trabaja	Titulación académica	Área de especialización relacionada con el Plan	Ubicación geográfica
Susana Moya Fernández	Psicóloga en Centros de Atención Temprana	Asesora técnica. Delegación Territorial de Salud y Consumo de Málaga.	Licenciada en Psicología Diplomada Universitaria en Magisterio	Planificación, gestión e intervención de centros	Málaga
Juan Alonso Cózar Olmo	Especialista en Oncología Infantil en el H. Virgen de la Arrixaca de Murcia (1993-1998). Hospital de Huércal Overa (1999-2012) Acreditación Profesional por la ACSA en grado de Experto en 2011. Director de la Unidad Interniveles de Pediatría del Área Sanitaria "Jaén Norte" (2012-)	Jefe de Servicio Unidad Interniveles de Pediatría. Hospital San Agustín (Jaén)	Licenciado en Medicina (Pediatría)	USN	Jaén
Antonio Pons Tubío	Perfil profesional, de gestión e investigación. Artículos en revistas sobre pediatría.	Pediatra jubilado	Licenciado en Medicina (Pediatra)	Planificación, gestión e intervención de centros	Sevilla
Julio Pérez López	En Dialnet tiene indexados 42 Artículos de revistas, 19 Colaboraciones en obras colectivas, ha participado en 2 Libros. (11) Coordinación (1 publicación). Ha sido director de tesis doctorales.	Catedrático de Atención Temprana. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia	Licenciado en Psicología Máster en Atención Temprana: Aspectos psicoeducativos Licenciatura de Psicopedagogía	Docencia e investigación	Murcia
Juan Carlos Belda Oriola	Psicólogo Infantil en Atención Temprana desde 1.982 hasta la actualidad en el sistema sanitario de la Consellería de Sanidad Valenciana. En Dialnet tiene indexados 15 artículos de revistas y ha participado en la elaboración de 1 libro.	Psicólogo Clínico. Consellería de Sanidad. Generalidad Valenciana	Licenciado en Psicología (Psicología Clínica) Máster en humanización Sanitaria.	Gestión, intervención y docencia	Valencia

María Gracia Millá Romero	En Dialnet tiene indexados 5 artículos de revistas, 8 colaboraciones en obras colectivas, ha participado en la elaboración de 1 libro y ha coordinado 1 publicación.	Codirectora del Máster en Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.	Licenciada en Pedagogía	Docencia e investigación	Valencia
Gemma García Gómez	Dilatada experiencia en el ámbito de la terapia en atención temprana. Ha participado en la elaboración de libros sobre educación especial e inclusiva, así como obras colaborativas sobre atención psicosocial a familiar. Tiene anexo un artículo de investigación en Dialnet. Ha participado como docente en cursos de EDUVIC · Escuela Itinere (entidad acreditada por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar).	Directora General DELTACOOP, entidad gestora de 4 CDIAP en la provincia de Barcelona. Presidenta de la Unión Catalana de Centros de Atención Precoz	Licenciada en Psicología Máster en Atención Precoz, Fundación Bosch i Gimpera (UB). Postgrado en Psicomotricidad Relacional y Terapéutica (ISEP y UVIC). Formación complementaria de cursos de actualización relacionados con el desarrollo y psicopatología infantil, así como en atención precoz	Planificación, gestión, intervención y docencia	Cataluña
Lidia Parra Sánchez	Fisioterapeuta pediátrica especialista en atención temprana. Experiencia laboral en centro de neurología infantil durante 11 años y autónoma desde el 2014. Fundadora de InterActua centro de atención temprana y desarrollo infantil y Arenas de Mónsul centro de rehabilitación infantil. Investigación en curso sobre detección precoz en bebés de riesgo de alteraciones en el desarrollo.	Fisioterapeuta pediátrica	Fisioterapeuta y Maestra de Educación Especial	Fisioterapia	Almería
Nuria Paez Rodríguez	Coordinadora del CAIT San Juan de Dios de Sevilla. Directora del Máster de Atención Temprana de la Universidad Loyola. Ponente en posgrados de AT en las Universidades de Cádiz, Sevilla y Granada.	Logopeda. Coordinadora del CAIT SJD Sevilla	Logopeda. Máster en Atención Temprana.		Sevilla
Blanca Navarro Martín	Experiencia anterior en atención temprana (CAIT Los Palacios y otros centros privados)	Fisioterapeuta HSJD Sevilla	Fisioterapeuta especialista en Atención Temprana.	Fisioterapia	Sevilla