



---

# ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

## DIARIO DE SESIONES COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

---

Año 2021

X Legislatura

Número 35

---

SESIÓN CELEBRADA  
EL DÍA 29 DE NOVIEMBRE DE 2021

### ORDEN DEL DÍA

I. Audiencia legislativa de don Juan Sánchez Caravaca, en su condición de experto en la materia, en la Proposición de ley por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en la Región de Murcia (10L/PPL-0034).

---

## SUMARIO

Se abre la sesión a las 10 horas y 30 minutos.

**I. Audiencia legislativa de don Juan Sánchez Caravaca, en su condición de experto en la materia, en la Proposición de ley por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en la Región de Murcia (10L/PPL-0034).**

Para sustanciar el objeto de la comparecencia interviene el señor [Sánchez Caravaca](#) .....541

En el turno general interviene:

La señora [Abenza Campuzano](#), del G.P. Socialista.....548

La señora [Marín Martínez](#), del G.P. Mixto.....549

El señor [Carrera de la Fuente](#), del G.P. Vox.....550

El señor [Álvarez García](#), del G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía.....550

La señora [Pelegrín García](#), del G.P. Popular.....551

El señor [Sánchez Caravaca](#) contesta a las cuestiones planteadas por los portavoces de los grupos parlamentarios.....551

Se levanta la sesión a las 11 horas y 30 minutos.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Comenzamos la Comisión de Sanidad y Política Social, hoy con la audiencia legislativa de don Juan Sánchez Caravaca, en su condición de experto en la materia, en la Proposición de ley por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en la Región de Murcia.

Por un tiempo máximo de quince minutos tiene la palabra el señor Sánchez.

SR. SÁNCHEZ CARAVACA (PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN EN LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA):

Buenos días.

Muchas gracias por haberme invitado a participar en este asunto que tanto me preocupa y me interesa.

Voy a empezar lo antes posible con el contenido de mi aportación.

Estamos en la Asamblea Regional a punto de que se apruebe por fin una norma legislativa que reconozca el derecho a recibir atención temprana de aquellos menores de seis años que la necesiten. Por ello, ante la inmediatez de esa realidad, comparezco ante sus señorías porque desde mi experiencia me siento en la obligación de poner sobre la mesa los aspectos que considero que deberían ser tenidos en cuenta para que el documento pueda ser mejorado antes de su aprobación definitiva, ya que el proyecto de ley en su formato actual presenta varias deficiencias que podrían evitarse. Han sido muchos años esperando para hacerlo mal.

Intento abordar esta participación ante ustedes desde la neutralidad que me proporciona mi carencia total y absoluta de intereses personales. Soy funcionario público desde hace más de treinta y seis años y he dedicado los últimos treinta y cuatro a la atención temprana, área en la que por mis principios éticos nunca he trabajado desde un ámbito privado. Más de veinte de esos años los he cumplido como director de mi servicio; además, mi jubilación está cercana.

Yo les aseguro que alguien no se dedica tanto a un tema si no creyera de manera absoluta en él y si no disfrutará comprobando a diario que la atención temprana funciona, produce beneficios a los niños y a sus familias, beneficia a estas para comprender la situación con la que se encuentran y les prepara y dota de herramientas para normalizar en lo posible la vida familiar.

En mi caso, también me ha ayudado haber contado siempre con un gran equipo de trabajo competente y profesional, y con la compañía y comprensión de los otros equipos de la región, de los compañeros de los CDIAT, de los investigadores universitarios, de los médicos y pediatras y de los educadores en las múltiples iniciativas que hemos ido poniendo en marcha a lo largo de este tiempo. En esta región se practica una buena atención temprana, no lo desaprovechemos.

No voy a vender en esta comparecencia los beneficios de la atención temprana, ya que estoy seguro de que los que me han precedido les habrán dado suficientes motivos para creer en ella. A estas alturas ya deben saber que la brutal plasticidad cerebral de los primeros años de vida es lo que justifica las bondades de esta disciplina. Mi participación va a centrarse en escarbar en el texto legislativo, exponerles lo que veo mejorable y proponerles los cambios que en mi opinión podrían ayudar a dotar a Murcia de una norma de atención temprana justa y avanzada.

La primera pregunta que me hacía yo cuando preparaba esto era: ¿era necesaria una ley de atención temprana? Sí. ¿Una ley como esta? Dudoso.

A mí personalmente me resultaba indiferente que fuera un decreto o que fuera una ley; lo importante es que haya una norma legislativa que reconozca el derecho, el derecho a la universalidad y a la gratuidad de la atención temprana.

Ahora bien, desde el punto de vista meramente formal resulta llamativo que el borrador finalmente presentado sea una copia casi literal del documento previo, borrador del decreto de diciembre de 2020, al que solo se han introducido algunos matices.

Deduzco que se ha tomado esta decisión para poder incluir las disposiciones finales segunda, tercera, cuarta y quinta, que modifican diferentes decretos y necesitaban una norma de más rango.

Pese a esta razón, el texto no se acomoda al formato de una ley por una cuestión muy sencilla: en una ley no puede aparecer de manera literal y detallada todo aquello que no sea básico y que a priori es susceptible y deseable que pueda ser modificado una vez puesta en marcha la norma si se demuestra incorrecto o poco eficaz.

Como todos sabemos, una ley solo puede ser modificada por otra ley. Entonces, debe redactarse lo mejor posible porque una ley se hace para permanecer en el tiempo, y eternizar contenidos perentorios como procedimientos, baremos, reglamentos, elementos diagnósticos que se demuestren ineficaces o temporales y que incluso pueden ser denunciados por errores formales resulta cuando menos absurdo.

Entre los aspectos que no deberían estar incluidos en el proyecto de ley y que deberían formar parte de otras normas de rango inferior tenemos todo lo que haga referencia a procedimientos o reglamentos. La ley debe describir sus principios rectores pero sin concretarlos. Ejemplo: el artículo 13, sobre los CDIAT, en su punto 4 llega a detallar hasta el tipo de coordinaciones que puede y debe llevar a cabo el propio CDIAT y con quién. ¿Qué sentido tiene eso en una ley?

Los baremos, y menos todavía si van asociados a discapacidades sustanciadas, sin entrar en el detalle de sus contenidos, no pueden ni deben aparecer en una ley ni incluirse como anexos. Ni los baremos pueden ser permanentes en el tiempo ni tampoco las posibles discapacidades en base a las que se clasifican. Ejemplo: el proyecto de ley hace referencia a un baremo que figura como anexo en los artículos 10.2, 12.3, 14.1, 14.3 y 20, y sorprendentemente aparece de verdad como anexo.

Otro tema es el detalle de los recursos específicos que deben ponerse en marcha. Ejemplo, los recursos de intervención en atención temprana del artículo 11: se describen una serie de recursos que son insuficientes, ya que no figuran algunos que deberían estar incluidos, como detallaré más adelante, y que son básicos en este tema que nos ocupa.

El listado de tratamientos que figura en el artículo 14, que aun siendo relativamente amplio puede resultar insuficiente, también sería bueno retocarlo.

Los plazos. La determinación de unos plazos denominados en días en una ley es algo absolutamente irregular. La aplicación de la norma con el paso del tiempo puede determinar que son cortos o excesivos y no se podrán cambiar. Unos plazos que obligan a la Administración en una ley solo puede ser fuente de conflictos y demandas, sobre todo si esa ley determina que si esos plazos se cumplen los perjudicados vayan a ser los niños y sus familias. Que haya plazos es deseable, pero no en una norma de este rango y con este nivel de detalle.

Los procedimientos de seguimiento y evaluación. Debe recogerse su establecimiento sin duda, pero no su detalle, porque es posible y deseable que puedan cambiarse o modificarse en base a la propia experiencia derivada de la aplicación. ¿Qué sentido tiene en una ley el artículo 23, que describe el procedimiento de incorporación del niño al CDIAT y los plazos para ello.

¿Y el artículo 25, que detalla el procedimiento de seguimiento y evaluación del menor? ¿Y si comprobamos que no sirve y que debe cambiarse? ¿Tercamente no se cambia por figurar en una ley?

Hablar de elementos teóricos es bueno porque nos proporciona base fundamental del trabajo que tenemos que hacer si queremos que tenga una base científica adecuada. Yo soy docente universitario, aparte de trabajar en un equipo de temprana, y a mí me gusta trabajar con fundamentación científica, pero una vez asumido esto es bueno asomarse también a los datos. Por eso voy a dar ahora un breve apunte de unos pocos datos de lo que ocurre en los equipos de atención temprana del sector de Murcia, que son los que más conozco. Están extraídos de la última memoria anual del curso 2020-2021, de los dos equipos que cubren el sector de Murcia, que abarcan los municipios de Murcia, Alcantarilla, Beniel y Santomera.

Los equipos de atención temprana desarrollan varios programas: apoyo a escuelas infantiles, servicio ambulatorio, programa de prevención y programa de atención temprana hospitalaria. Este último curso, como pueden ver en la tabla que presento en la pantalla, se llevaron a cabo 1.497 valoraciones, de las que 806 eran de valoraciones iniciales, o sea, niños que acudieron por primera vez a nuestro servicio; 691 eran de valoraciones de seguimiento; y en el programa de atención temprana hospitalaria se atendieron otros 56 niños y a sus familias.

Como resultado de esas valoraciones, se determinó la derivación a tratamiento especializado en CDIAT (estimulación sensoriomotriz, estimulación de la comunicación, logopedia, fisioterapia,

terapia orofacial, psicomotricidad) a 649 niños o familias; y para completar la valoración sanitaria o para solicitar el reconocimiento de discapacidad o dependencia fueron derivados 498 niños y familias de ese total. Son números muy importantes.

Resumiendo, 7.477 niños valorados se han derivado a tratamiento y 649 de ellos solo en el sector de Murcia. Nos encontramos con varias conclusiones: que en un solo año 649 familias han tenido que pagar de su bolsillo, solo este curso y en el sector de Murcia, los tratamientos prescritos; que del total de niños valorados se ha derivado a tratamiento al 40%, es decir, 4 de cada 10 valoraciones. Este dato resultará relevante más adelante, cuando se trate el tema de los CVD de profesionales de los servicios de valoración.

¿La diferencia? Esas 6 de cada 10 valoraciones no derivadas no se dan de alta, se mantienen en el equipo en seguimiento por los factores de riesgo que presentan, hasta los tres años al menos, cuando van a ingresar al colegio, y se sigue trabajando con las familias dentro de nuestro programa de prevención, que lo tenemos.

Entiendo que, si estas cifras pueden extrapolarse al resto de la región, debemos tener en cuenta que el sector de Murcia supone el 35% del total regional. A partir de aquí, la conclusión es que tengo la obligación moral de defender sin dudar la puesta en marcha de una norma reguladora que proporcione atención temprana a todos los niños y familias de la Región de Murcia que lo necesiten, y que esta se les proporcione de manera gratuita.

Estos niños muchas veces han pasado por el hospital, han tenido operaciones tremendas, han estado ingresados muchísimo tiempo, ha costado muchísimo dinero y, sin embargo, todo eso ha estado cubierto por el sistema. En cuando salen a la calle y necesitan tratamiento, lo tienen que pagar de su bolsillo. El sistema se acaba cuando sale el niño del hospital, con lo cual no es justo.

Como profesionales necesitamos no tener que preguntar a las familias (como ocurre día tras día tras día), tras darles la mala noticia de la situación de su hijo, si van a poder pagar un tratamiento o dos, o van a poder llevarlo a la escuela infantil, y tienen que elegir si pueden o no pueden y tienen que buscarse la vida para hacerlo si quieren que su hijo reciba el tratamiento adecuado, porque no hay en esta zona ningún servicio público que les dé apoyo gratuito, salvo el Ayuntamiento de Alcantarilla para algunos de sus ciudadanos.

Volviendo al texto de la propuesta del proyecto de ley, que me has corregido antes que no era un proyecto de ley, que era otro nombre... proposición, perdón, disculpen porque no soy experto en la terminología, hay que hablar de la red de atención temprana sostenida con fondos públicos. En la pantalla, el modelo de atención temprana que se dibuja en el proyecto pone a disposición de la norma una serie de servicios educativos, sanitarios y sociales públicos, que en realidad no son costeados por esta ley, pero no establece una red, aunque sea mínima, de CDIAT públicos para tratamiento que sirvan como referencia y base a la red subsidiada; ni siquiera considera los CDIAT municipales actuales como germen de esa red pública, por lo que termina siendo una red de CDIAT privada costeada con fondos públicos.

Dicho esto, el artículo 11 enumera una serie de recursos que componen la intervención en la atención temprana regional, y en la disposición adicional séptima se deriva a otra norma la regulación de la estructura y condiciones de la red de atención temprana sostenida con fondos públicos.

Sin embargo, primero y muy importante, este listado de recursos es insuficiente, sobre todo porque no incluye a los servicios hospitalarios, sobre todo neonatología, neuropediatría o genética clínica. El espacio sanitario en el que nace la inmensa mayoría de los niños, que es cuando se detectan las grandes afectaciones y los riesgos más graves, no puede estar fuera del sistema de la atención temprana. Todos los médicos no especialistas que les atienden en el hospital son pediatras.

En segundo lugar, en los artículos 12 a 16 solo se regulan las competencias para los equipos de orientación y para los CDIAT, y no se especifican en ningún otro artículo las funciones y/o competencias de los demás actores de esa red de recursos de atención temprana. Tenemos una lista con ocho servicios posibles; sin embargo, solamente se regulan de facto dos de ellos. Y de hecho, cada vez que el proyecto de ley habla de red pública lo refiere siempre a los servicios sociales especializados, a los CDIAT (artículo 8, artículo 10 y artículo 13).

En definitiva, la futura regulación de la red pública de atención temprana debería integrar lo que resulte común para el buen fin de esa ley: la red de CDIAT, los EOEP de atención temprana, las unidades hospitalarias de pediatría, los centros de servicios sociales de atención primaria, los centros escolares de educación infantil y los equipos de atención primaria y especializada de la Consejería de Sanidad. En el preámbulo de la ley se habla de integración y de atención temprana integral. Si eso es así, todos esos actores directos deben ser recogidos en el texto de la ley; si no, será una ley que regulara solo una parte de lo que sería una atención temprana verdaderamente integral.

Otro asunto espinoso es el referido al informe de impacto presupuestario. Las previsiones realizadas son insuficientes a mi criterio. El presupuesto para calcular el coste de la implantación del decreto no tiene en cuenta todos los servicios aportados actualmente por los CDIAT públicos y privados reconocidos por el IMAS, 49 centros en la región, pero tampoco incluye los que prestan otros centros y servicios que dan tratamiento a niños pero que no están cubiertos ni controlados por el IMAS. Calculamos que más de 54 centros prestan tratamiento sin tener reconocimiento del IMAS, pero sí son de sanidad: estamos hablando de que hay más centros de tratamiento que no están cubiertos por el IMAS que cubiertos por el IMAS.

Al no existir ningún servicio de intervención y tratamiento público en la mayoría de los municipios, muchas familias han recurrido a otros servicios o gabinetes privados; también ha habido otras que han tenido seguimiento y apoyo directo por parte del equipo de temprana, dentro de sus programas de prevención y que no lo han necesitado. Ninguno de estos casos aparece en las estadísticas del IMAS.

En relación con los servicios de valoración previstos por el proyecto de ley, es decir, los equipos de educación, el presupuesto presentado no incluye el coste imprescindible del personal administrativo de apoyo a los equipos de orientación. ¿Quién va a hacer las nuevas tareas de registro, archivo y las comunicaciones, por ejemplo? Se necesitan al menos 10 auxiliares administrativos, uno por comarca y equipo.

El presupuesto no incluye los espacios y locales en los que desarrollar sus funciones. Los de los nuevos equipos y las ampliaciones de los ya existentes son insuficientes y pequeñas (solo tienen que visitarnos a los equipos de Murcia y verán las fantásticas instalaciones que tenemos). Solo se hace referencia a ordenador, mesa y silla; los nuevos puestos de trabajo al parecer consisten en estos tres elementos.

En cuanto a los técnicos, permítanme presentarles las siguientes tablas:

En esta primera, les hago un reparto regional por población, organizado, a mi criterio, por comarcas. Lo he hecho a mi criterio por comarcas, porque la Ley de Consejos Escolares de la Región de Murcia sigue sin desarrollar los consejos comarcales, con lo cual no sé cuál es la estructura comarcal a nivel educativo porque no existe. Entonces, bueno, he utilizado el criterio que más se utiliza.

Como pueden ver, aparece un equipo completo en la comarca del Noroeste, que incluye las localidades de Bullas, Caravaca, Calasparra y Cehegín, incluso llega hasta Mula; hay otro equipo en Cartagena, que incluye Cartagena y La Unión; y luego el sector de Murcia, que somos dos equipos y cubrimos Murcia, como he dicho, Murcia, Beniel, Santomera y Alcantarilla; el resto de la región no tiene equipos de atención temprana completos. Esto es así desde el año 1987, o sea, ayer.

En la siguiente diapositiva, me he servido de colocar en una tabla los recursos previstos por la memoria presupuestaria del proyecto de ley, la memoria detallada. Como ven, hay un reparto muy bien distribuido por toda la región pero hay muchos medios por todos sitios. Me detengo sobre esta tabla porque los datos que aparecen reparten servicios por todos los equipos del sector, pero lo hacen de manera insuficiente y además con un peligro importante, no puede aceptarse que los profesionales que se incorporen lo hagan a media jornada o a media dedicación, ya que esto puede querer decir dos cosas y ninguna buena: o es personal interino, lo que sería inaceptable por su provisionalidad, o estos profesionales van a tener que desarrollar otras funciones en la otra media jornada si son funcionarios definitivos. Es preferible crear equipos de atención temprana específicos con una dedicación y estructura completa de ámbito comarcal adscrito a uno de los EOEP de su sector, sin que por ello tengan que ser coincidentes sus ámbitos territoriales en todos los casos.

En el caso de Murcia, eso viene ocurriendo desde toda la vida: cuatro equipos generales de sector



y somos dos de temprana, y no coinciden los espacios; sin embargo, de manera colectiva cubrimos todo el sector completo. No tiene por qué, ya digo, ser perfectamente adscritos a un equipo existente.

En la figura 3, me he permitido hacer un cálculo de la necesidad de personal en los EOEP usando una metodología sencilla, la distribución poblacional regional. En esa distribución poblacional regional, el modelo debe ser el que proporcione la experiencia de los equipos ya existentes, sin duda, en los cuatro nuevos completos, y además la experiencia nos dice que el módulo básico sería lo que ahora mismo ocurre en el Noroeste, que está compuesto por 2 orientadores, 1 fisioterapeuta, 1 PTSC pero en trabajo social y 1 de audición y lenguaje, logopedia. Ese grupo es el módulo básico, sería un poco el mínimo para funcionar adecuadamente en cualquier otro sitio.

Ese módulo básico se puede hacer en varias comarcas, de tal manera que esta población de personal nos llevaría a que, como se ha visto en la gráfica y lo ven ahora, hacen falta 43 profesionales, necesarios para completar los equipos de orientación de atención temprana existentes consolidados y los de nueva creación: 16 orientadores educativos nuevos más los 13 existentes; 9 maestros especialista de audición y lenguaje nuevos más los 4 existentes; 9 fisioterapeutas nuevos más los 4 existentes; y 9 profesores técnicos de servicios a la comunidad o trabajo social más los 4 existentes.

Además, la memoria presupuestaria no recoge el necesario refuerzo de todos los perfiles profesionales. Ya falta personal en todos ellos, pero de manera especialmente acusada en los especialistas: fisioterapeutas, especialistas de audición y lenguaje y servicios a la comunidad. Las desproporciones existentes en los perfiles van a verse aumentadas. No puede haber una desproporción, por ejemplo, de 1 solo fisioterapeuta para 5 o 6 orientadores, eso no sirve. Una ratio aceptable sería de 2-3 especialistas por cada orientador, como sí se plantea en la propuesta que les he presentado.

Volviendo a los plazos que tocamos el principio, por un lado existe el gran peligro de que los que se establecen para la emisión de la resolución no pueden llevar a que su incumplimiento por parte de la Administración produzca silencio administrativo y dañe al menor y a su familia. Pueden darse circunstancias como bajas por enfermedad o incapacidad para resolver una sobrecarga de casos, sobre todo en el propio IMAS. Imaginen cuando empiecen a llegar derivaciones de los 16 equipos de sector, de los 4 equipos de atención temprana existentes y los 10 nuevos previstos en el proyecto de ley. Va a ser imposible que un solo servicio del IMAS canalice toda esa información. Pero también pueden darse retrasos en algún equipo de atención temprana por imprevistos varios, la vida nos enseña que de pronto en un equipo se pueden poner malos la mitad del servicio y estar sin servicio prácticamente latente durante unos cuantos días, y los plazos no se cumplirían. Pero es que además hay momentos del año especialmente complicados, en los que siempre se produce una gran acumulación de llamadas, porque a nosotros los servicios nos llegan por llamada telefónica de las familias: tras los periodos vacacionales, cuando se abre el proceso de tramitar las solicitudes de becas en septiembre, y en los periodos de solicitud de admisión en centros educativos en febrero o marzo, en el cual los pediatras se ponen las pilas y nos mandan niños continuamente (todos los días nos llegan demandas).

Así que, aunque seguro que les han presentado otras posiblemente más válidas, me voy a servir proponerles una salida intermedia a los plazos y al procedimiento.

Como se dice en los artículos 19 y 20, el IMAS es el órgano instructor desde el inicio, al recibir la solicitud de los padres tras la propuesta de otros servicios, en un procedimiento ciertamente farragoso que además requiere procesar más documentación de la que quizás fuera realmente necesaria en algunos casos. No se entiende la necesidad administrativa de que la instrucción la inicie forzosamente el IMAS si eso atrasa los procesos. Tan servicios públicos como el IMAS son los pediatras o el EOEP.

Me sirvo ofertar adaptando el sistema actual del sector de Murcia. En el programa informático regional de atención primaria, el OMI (que utilizan los pediatras y los médicos de los centros de salud), contiene unos criterios de derivación a valoración de atención temprana que fueron elaborados y acordados con los equipos de atención temprana en el año 2012. El pediatra de atención temprana, tras revisar dichos criterios de selección o el pediatra hospitalario remiten el caso

directamente al equipo de atención temprana asignado. El equipo de orientación haría la valoración: si el niño presenta necesidades de atención temprana, lo derivaría al IMAS, que instruiría el procedimiento, completaría la documentación y la remitiría al CDIAT correspondiente. De esta manera, todos los casos que llegaran al IMAS serían los subsidiarios reales del tratamiento en atención temprana. El procedimiento previsto en la propuesta de ley obligará al IMAS a instruir más del doble de expedientes que con este método.

Además, si el propio equipo de atención temprana determina la urgencia del caso por los informes disponibles o prevé que, pudiendo necesitar tratamiento de atención temprana, el niño podría quedar fuera por un problema de plazos, podría hacer la derivación directa a un CDIAT, y en paralelo se seguiría el procedimiento administrativo usando las medidas provisionales previstas en el artículo 19.2, que yo me serviría denominar «de urgencia».

Si todos estos pasos además se informatizan, como dice el borrador, la derivación desde el pediatra y la valoración por el EOEP se notificarían de manera automática y directa al IMAS. Este proceso haría ganar varios días a la familia que pueda necesitar atención temprana para su hijo o hija y le evitaría peregrinajes entre servicios.

Paso ahora a centrarme en un punto relevante, los órganos de coordinación. Es fácil observar que las representaciones no siempre coinciden con los papeles desempeñados. En la gráfica, les he puesto el listado de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana, en la cual hay 19 miembros (2 cargos de servicios sociales, 2 de sanidad, 2 de educación, 2 del IMAS, 4 representantes de CDIAT municipales, 2 representantes de CDIAT privados, 2 representantes del CERMI, 2 de los sindicatos, 1 representante empresarial y 0 representantes de los equipos de orientación educativa). Se supone que en este proyecto de ley son los servicios de valoración, y no aparecen en la Comisión Regional de Coordinación.

Pero es que en la Comisión Técnica de Atención Temprana aparecen casi de manera residual. En un total de 17 miembros, solo hay 2 directores de los EOEP. Creo que en un caso deberían aparecer 2 representantes y en el otro 4, en línea con la representación de los CDIAT.

Sobre el baremo, paso ahora al famoso y discutido y necesario baremo. Parto de la mayor: un baremo no puede incluirse en el texto de una ley ni siquiera como anexo, solo crea dispersión y conflicto, porque además, cuando se elabore, debe hacerse por consenso de las partes.

Yendo a los contenidos, es contraproducente establecer en un proyecto de ley un baremo de carácter prescriptivo para un catálogo de intervenciones que debe ser variable y modificable en función de las evaluaciones que se vayan haciendo desde los propios órganos de gestión del decreto. El proyecto de ley propone un baremo que tiene serias dificultades de aplicación práctica, ya que está configurado en base a una serie de tipos de discapacidad que en muchos supuestos todavía no han podido ser diagnosticadas, y con frecuencia transcurre un periodo de tiempo, a veces extenso, entre el inicio de la intervención y el juicio clínico. Además, al organizarlo en torno a discapacidades específicas, se olvida de la prevención de las situaciones de riesgo.

Más aún, incluir el baremo en el proyecto de ley limita su seguimiento, evaluación y modificación por la comisión regional, artículo 17.2.f). El decreto debería limitarse a decir que se desarrollará una norma de rango inferior que describa los tratamientos, y, en su caso, un baremo, que debería incorporar las características técnicas y elementos constitutivos de cada clase o tipo de tratamiento. Esta observación cobra mayor sentido teniendo en cuenta que el artículo 14.1 del proyecto de ley se limita a enumerar diez posibles tratamientos sin establecer ningún tipo de concreción sobre los mismos. Además, llega a incluir un tratamiento que denomina como psicopedagógico, que, teniendo sentido en el ámbito escolar, no tiene sentido ni acomodo en la atención temprana, y que podría reformularse como estimulación sensoriomotriz en los 0 a 2 años, y como apoyo psicoeducativo de 2 a 6 años, como ya se ha propuesto en algún documento de trabajo de los propios equipos de educación.

Tampoco determina si, por ejemplo, la hidroterapia estaría o no incluida y se atendería en su caso dentro de la fisioterapia, o si la terapia orofacial o miofascial estaría incluida, y, en caso de estarlo, si formaría parte la logopedia o de la fisioterapia.

Quiero decir con esto –hago un pequeño paréntesis– que, cuando se prescribe directamente un tratamiento que está regulado por el título que aparece en la ley, yo no puedo matizar que contenidos



tengo que trabajar; si yo quiero mandar a logopedia, porque a mí me interesa trabajar la estimulación del lenguaje porque no ha aparecido todavía, o necesito trabajar matices secundarios de una discapacidad motora leve, que puede ser la psicomotricidad, ¿dónde lo meto? ¿Lo meto como fisioterapia general, lo meto...? ¿Cómo, cómo lo meto? Si tengo un problema de disglosia, de disfagia, que necesita tratamiento orofacial porque el niño no sabe tragar, no puede tragar o tiene problemas respiratorios, ¿eso lo incluyo o no lo incluyo? ¿Dónde está? O se describe que incluye cada tratamiento o al final no sabemos lo que se va a hacer, cada cual va a hacer lo que quiera.

Sigo. Perdón, me están avisando de que se me pasa el tiempo. ¿Lo dejo ya?

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Hombre, a mí no me gusta cortar, ¿pero es que no le dijeron que eran quince minutos?

SR. SÁNCHEZ CARAVACA (PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN EN LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA):

Perdón.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

No, no, hombre, por Dios, encima que se lo ha preparado, no pida perdón, pero aligere un poco.

SR. SÁNCHEZ CARAVACA (PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN EN LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA):

Bueno, voy a ir muy rápido. Voy a usar la pantalla directamente.

Dos cosas: CDIAT genéricos y CDIAT específicos. La definición actual de los CDIAT específicos da lugar a muchas dudas. De hecho, yo ahí apuntaba que la definición del CDIAT específico, lo sería porque se supone que a solicitud del promotor del CDIAT podrían tener una y solo una discapacidad clínica concretamente diagnosticada. ¿Qué pasa cuando en el caso de los centros que atienden a niños TEA no hay un diagnóstico, sino indicadores o rasgos TEA, como ocurre muchas veces antes de los 3 años? ¿Qué pasa si ese mismo niño presenta otro problema como TDH, o es secundario a un síndrome como un X frágil o un síndrome de Williams o cualquier otro, que muchas veces van asociados? ¿Ese niño tiene que ir al centro de TEA o va a ir a un genérico? ¿Qué pasa con un centro que atiende a niños con síndrome de Down? Si hay otros niños que son que no son síndrome de Down, ¿podrían ser atendidos por ese mismo centro?

La propuesta es muy sencilla, cambiar la denominación. ¿No sería más razonable hablar de «centros de atención preferente a»? Esta definición, manteniendo la especificidad, dejaría abierta la puerta a otros niños que por cercanía diagnóstica o cercanía territorial pudieran también ser atendidos en ese centro. Era básicamente eso.

Esta es la última y acabo.

Olvidos de la propuesta de ley. Una propuesta de ley integral no puede olvidarse de varias cosas:

Primero, el papel de la medicina ambiental. Sabemos que Murcia... aquí he puesto 1.000 porque, aunque en el documento aparecen quinientos y pico, que son los exactos, se sospecha que son más de 1.000, hay más de 1.000 niños atendidos en seguimiento por consumo de tóxicos de su madre durante el embarazo. Todos ellos son niños de riesgo y sujetos a la atención temprana.

El papel concreto de los servicios sociales en las situaciones de riesgo social (como abandono, maltrato, negligencia y niños institucionalizados) son competencia de las UTS, y no aparecen en la ley.

Las escuelas infantiles están absolutamente olvidadas, un papel muy relevante en la atención

temprana. Las propias recomendaciones del estudio sobre atención temprana de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Infantil dicen que la atención temprana debe incluir una educación temprana inclusiva desde el primer momento, y a mí me llama la atención cómo, siendo estas tres etiquetas amarillas (las UTS, la Escuela Infantil de 0 a 3 años y los CDIAT) competencia municipal, no aparece en todo el texto del documento la palabra «ayuntamiento» en ningún momento, cuando los ayuntamientos deberían ser actores de este procedimiento. No soy quién para defenderlo, pero me parece que, cuando tres patas de la mesa son suyas, deberían participar.

Muchas gracias por haberme aguantado.

Siento haberme pasado en el tiempo, pido mis disculpas, pero la verdad es que el tema es extenso e interesante.

Muchas gracias.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

A continuación, turno general de intervenciones de los representantes de los grupos parlamentarios al exclusivo objeto de formular preguntas o solicitar aclaraciones.

Por un tiempo máximo de cinco minutos, por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra la señora Abenza.

SRA. ABENZA CAMPUZANO:

Gracias, señor presidente.

Señor Juan Sánchez Caravaca, desde el Grupo Parlamentario Socialista queremos darle las gracias por estar hoy aquí y la bienvenida, y agradecerle que haya aceptado nuestra invitación. Intentaremos ser lo más breves posible, porque entendemos que el tiempo nos apremia.

Por ello, a mí hay dos aspectos de su intervención que me han chocado brutalmente. Hemos hablado mucho durante estas dos jornadas y cinco comparencias que llevamos ya (la sexta es la última que está por entrar) de los baremos, de esos baremos que ha quedado más que claro que son a todas luces insuficientes, que hay que eliminarlos, o, por lo menos, como mínimo darles una vuelta, y de la infrafinanciación, pero hay un dato que usted ha dado y que he apuntado porque me ha parecido realmente gravoso y que podría ser una pieza angular que estamos pasando por alto y que no debería pasarse por alto.

Usted hablaba de que actualmente hay unos 49 centros aproximadamente en la Región de Murcia dependientes del IMAS, y que hay más fuera, es decir, 54, pendientes de Sanidad aproximadamente (hablamos *grosso modo*), y que además la hora parte aproximadamente de 28 euros la hora, con una financiación en la norma, en esta proposición de ley, de unos 6 millones de euros, cuando, haciendo las cuentas como hacían el otro día algunos de los expertos bajo mínimos, se necesitarían aproximadamente unos 11 millones de euros, insisto, siempre bajo mínimos, para atender a los que supuestamente hay. Hablamos de 49 centros cuando sabemos ya que hay el doble. ¿Cómo cree usted que se va a afrontar cuando salga esta norma, se promulgue y entre en vigor el poder atender a tantísima gente? ¿Cree usted que van a quedar más niños fuera que dentro?

Otra de las preguntas que me gustaría hacerle a usted como experto y sobre todo como un profesional en la materia es cómo se está valorando actualmente. ¿Cómo están haciendo ahora mismo ustedes la valoración? En los últimos días hemos oído hablar muchísimo de los CDIAT pero poco de los EOEP, algo de lo que usted sabe muchísimo. Se ha dicho muchísimas veces que ustedes tenían cierto interés en la ley. Evidentemente usted lo ha manifestado, necesitamos una ley y la necesitamos cuanto antes para que la universalidad y la gratuidad lleguen a todas las niñas y los niños de la región, pues también se ha reiterado esta mañana y a lo largo de estos días que hay centros municipales, 16 centros municipales, que funcionan muy bien, pero evidentemente tenemos 45 municipios y los necesitamos en todos ellos. ¿Ustedes consideran que estarían capacitados esos profesionales de los EOEP de la Consejería de Educación para valorar a los niños de atención temprana si, como se dice, no están especializados en ello? ¿Usted qué opina? Nos interesa muchísimo esa opinión; y además si considera que los EOEP de atención temprana están motivados e

interesados en la puesta en marcha de esta proposición de ley porque quieren ustedes asumir el papel que en él se les asigna, que es algo de lo que no se ha hablado, y nos gustaría también saber su opinión.

Nada más, muchísimas gracias por su atención y por esa exposición tan extensa y sobre todo tan concisa.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra la señora Marín.

SRA. MARÍN MARTÍNEZ:

Gracias, presidente.

Señorías.

Señor Sánchez, agradecerle enormemente su presencia aquí esta mañana y, desde luego, por parte de nuestro grupo parlamentario, de Podemos, darle enormemente las gracias por una exposición meridianamente clara, incidiendo en los detalles importantes de la ley, en tanto en cuanto lo que queremos entre todos es mejorar desde luego la atención temprana en la Región de Murcia.

Hay muchísimos datos que me han llamado muchísimo la atención. Yo espero que tenga usted la amabilidad de poder pasarnos a los grupos parlamentarios su exposición, porque hay muchos detalles que al menos a nosotros nos gustaría estudiar detenidamente con todos los datos que usted ha aportado en esas diapositivas que me parecen muy interesantes.

Hay algo que me ha llamado muchísimo la atención entre tantas cosas, como lo que ha comentado usted de que desde el año 1987 solo existen tres comarcas con equipos completos de atención temprana. Resulta casi increíble pero veo que es una realidad.

Como le he dicho a los anteriores profesionales que han venido a comparecer, nosotros desde Podemos tenemos muy claro desde el principio cuál ha sido la posición de las familias y tenemos muy claro cuál es la posición de los profesionales de la atención temprana, de quienes realmente están en el día a día trabajando con estos menores, y hemos apoyado sus reivindicaciones sin ningún género de duda, rechazando claramente el borrador que se aprobaba en esta Cámara.

Su exposición ha sido tremendamente clara, prácticamente ha respondido usted a todas las dudas y a todas las preguntas que pudiéramos tener. Lo único, decirle que desde Podemos nosotros esperamos y tenemos todavía confianza y esperanza en que, después de escucharles a ustedes y las exposiciones tan magníficas –que además nos dan el trabajo prácticamente hecho, artículo por artículo dónde hay que modificar cosas, y con una explicación del porqué hay que modificar esas cosas–, nosotros esperamos que los grupos parlamentarios que sustentan a este Gobierno tomen buena nota y cambien esas cuestiones que sabemos, y lo sabemos por los profesionales, que no van a funcionar como deberían.

Un par de preguntas que son las mismas que les he hecho a sus compañeros, porque no entendemos muy bien, si a ustedes desde esta proposición de ley no les han dado absolutamente ningún motivo, no les han contado el porqué desde ese acuerdo que se alcanzó en el 2016 después se ha cambiado ese decreto, se ha transformado en una proposición de ley sin acuerdo con los profesionales, qué motivos piensa usted que pudiera haber detrás o delante; qué motivos cree usted que puede haber para haber cambiado ese acuerdo que se alcanzó en 2016, sin tener en cuenta la opinión de los profesionales, y por qué cree usted que se insiste en que no sean los pediatras sino la orientación de la Consejería de Educación quien se vaya a encargar ahora de esos diagnósticos.

Y nada más.

Muchísimas gracias por estar aquí esta mañana, señor Sánchez.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vox tiene la palabra el señor Carrera.

SR. CARRERA DE LA FUENTE:

Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias, don Juan, por su exposición, que ha sido muy detallada.

Como a mi compañera del Grupo Mixto, nos gustaría tener esa documentación para estudiarla en profundidad.

Yo sí creo que esta ley ha llegado en un momento... parece ser que mucha gente estaba esperándola y que estaban deseando que saliera como fuera. Ahora nosotros tenemos la posibilidad de mejorarla, creo que ha hecho usted algunas propuestas muy interesantes y que podemos realizar esas modificaciones para mejorarla.

Una de ellas, que me ha llamado mucho la atención, que también me la llamó cuando estudié la ley, fue el tema del silencio administrativo favorable a la Administración. Yo es que estoy en contra siempre de la Administración en general. Cuanto más sencilla sea la Administración, mejor para los ciudadanos, y me gustaría que comentara un poquillo más sobre el tema de lo que le parece a usted el silencio administrativo.

Me gustaría también saber en muy poquito tiempo, con un esquema muy rápido, cómo funciona en Murcia el sector 2 en la actualidad, cómo se localiza un problema, por qué caminos les llegan a ustedes.

Y después también, no sé, a mí me da la sensación de que lo que esta ley terminará haciendo es eliminar las competencias, parece ser, competencias impropias de los ayuntamientos en este tema, al querer crear una red pública regional de atención temprana. Creo que va por ahí. No sé cómo ve usted el aspecto este de que los ayuntamientos dejen de dar este servicio porque lo coja la Administración regional.

Y nada más.

Muchísimas gracias, don Juan, por su exposición.

Gracias.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Álvarez.

SR. ÁLVAREZ GARCÍA:

Muchas gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Muchísimas gracias, señor Sánchez, por sus valoraciones y propuestas, y además nos las ha traído por escrito, lo cual en su caso nos facilita muchísimo en su caso la tarea.

Recordar que el objetivo principal de esta ley es conseguir la universalidad y la gratuidad de la atención temprana en toda nuestra Región de Murcia, como muy bien ha apuntado, y de los cuarenta y cinco municipios de la región, incluido el más grande, que es el de la ciudad de Murcia, que tiene más de un 30% del total de la población de nuestra región.

Decirle que de todo lo que usted nos ha comentado coincidimos en parte en lo que nos ha comentado, especialmente en cuanto a los baremos, que son innecesarios, y que posiblemente no deban de incluirse ni siquiera como anexo.

Nada más.

Repetirle las gracias, especialmente por el trabajo tan bien realizado.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Pelegrín.

SRA. PELEGRÍN GARCÍA:

Gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias, señor Sánchez Caravaca, por una exposición tan detallada y tan aclaratoria en algunos puntos.

Conoce usted perfectamente cómo trabajan esos equipos de orientación educativa y psicopedagógica de la Consejería de Educación. Creo que también era bueno tener la opinión desde el otro lado de profesionales, en esta intervención, porque en algún momento ha dado la impresión, o por lo menos así me lo ha parecido, de que había una diferencia fundamental a la hora de valorar. Quizá la nueva proposición de ley no lo recoge exhaustivamente, pero indiscutiblemente mi pregunta es esa. Ustedes no solo trabajan con los niños, imagino que desde el primer momento también trabajan con las familias, me imagino. Igual por la escasez, como usted ha dicho, tienen menos tiempo, pero no se concibe, indiscutiblemente, que esto no vaya acompañado de un trabajo con la familia. Creo que eso es importante.

Y luego, en cuanto a la formación de ustedes, creo que el bagaje de detección en escuelas infantiles, tanto públicas como privadas, que tienen ustedes en estos años y la formación que se requiere y que habrá que darles a los nuevos profesionales –sin entrar en valorar la necesidad de más profesionales que usted nos ha detallado perfectamente en su informe–, tiene que ir en esa línea de atención al menor y a su familia a la par, y a todo el entorno de ese menor.

Yo le agradezco que nos haya traído escrita su intervención, y, desde luego, si falta alguna aclaración de las ilustraciones que nos ha puesto en pantalla también le agradecería que nos la mandara, porque será y es de gran valor.

Muchísimas gracias por su intervención y por su trabajo.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Gracias.

A continuación, turno del contestación del señor Sánchez por un tiempo máximo de diez minutos.

SR. SÁNCHEZ CARAVACA (PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN EN LA FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA):

Muchas preguntas para muy poco tiempo, pero gracias.

Como hay un par de preguntas que han hablado de cómo evaluamos en atención temprana, vamos a verlo.

Primero y muy importante, hay una frase que yo, cuando intento explicar mi trabajo a la gente que no lo conoce, digo como muy aclaratoria: yo trabajo con las familias con la excusa de sus hijos. Quiero decir que mi trabajo se centra mucho más generalmente en trabajar con las familias, con que entiendan el paso que están dando, con intentar explicarles y orientarles en lo que están haciendo y tienen que hacer hacia delante; y el niño digamos que es el elemento base, indudablemente, pero al final en mi trabajo yo no hago intervención directa, no hago terapia, pero sí trabajo con las familias, les informo, les asesoro, les hacemos seguimiento, mantenemos contactos.

Cuando un niño llega al servicio, generalmente viene o bien porque el pediatra le ha mandado una interconsulta (un P10 o un P no sé cuántos con dos anotaciones), y la familia nos da un poco el apunte de qué es lo que le pasa al crío. Esa información que nos da el pediatra simplemente apunta un poco en la punta de la atención pero no nos dice nada más. Hay que hablar con la familia, se ve al crío, se hace una evaluación completa, intentamos que sean siempre al menos dos personas en la evaluación: si es muy pequeño y a un tema motor, mi fisioterapeuta; si es más mayor y hay un tema



de comunicación o lenguaje, con la logopeda; y hacemos una evaluación del niño. En esa evaluación la familia está delante y estamos hablando con ellos, y les pedimos información y pedimos participación, y, cuando ha acabado la sesión y antes de cualquier historia, volvemos a pedirles su opinión también. Y cuando hemos terminado de hacer la valoración y tenemos más o menos clara la situación, a las familias se les plantean las opciones que hay: «esto es lo que sería posible hacer y esto es lo que no sería posible hacer, ¿que puedes hacer?», y a veces «¿qué puedes pagar?», que es la peor pregunta, la que no me gusta hacer, ¿qué podéis pagar?

A la familia siempre se la tiene en cuenta porque evidentemente no tiene sentido... nosotros pensamos que cuando tú trabajas con una familia modificas las pautas de relación interna de todo el grupo. Un niño con discapacidad en una familia no es un niño con discapacidad en una familia, es una familia con un niño con discapacidad, es decir, el problema afecta a todo el mundo, y entonces hay que ponerse en el sitio y hay que saber qué pasa con los hermanos, etcétera, etcétera.

Nosotros no hacemos tratamiento. Evidentemente, la posibilidad de seguimiento no es tan fácil como cuando está en tratamiento el niño porque tienes todas las semanas para estar presencialmente allí, pero hacemos seguimientos a medio y largo plazo. No tengo ningún problema en llamar al CDIAT al que está yendo el niño; no tengo ningún problema en comunicarme con la escuela infantil a la que está asistiendo; no tenemos ningún problema en comunicarnos y ponernos de acuerdo con quien sea. Los diagnósticos son evolutivos y son corales, se hacen en función también de la información que vamos recibiendo de todo el mundo. Eso de que estamos fuera del mundo y que tenemos ahí un laboratorio extraño es absolutamente falso. Nosotros vamos a las escuelas infantiles, y me gustaría seguir yendo, porque el criterio de realidad que nos da la escuela infantil es muy importante, no estamos aislados en un despacho o viendo en un laboratorio a los niños.

Entonces, el tema es complejo, es complejo pero, evidentemente, intentamos atar todos los cabos. Ese niño que además estoy viendo que me ha mandado el pediatra pero estoy viendo que tengo dudas y necesito saber, no sé si tiene tal..., necesito saber si oye bien porque tengo serias dudas de que oiga bien, necesito saber si tiene un problema de salud, porque me da la impresión de que puede ser un síndrome de algún tipo porque tiene una serie de sintomatología equis, he visto una malformación en la boca y tengo que mandarlo a otros servicios sanitarios... Es decir, se hace lo que tiene que hacerse; no se coge, se hace un papel y se manda al crío a su casa, sino que se intenta dar un enfoque global, holístico, de todo el niño.

Es verdad que tenemos mucha experiencia, es verdad que son muchos años. Eso ayuda, es verdad, pero es verdad también que la demanda cada vez es mayor y los tiempos nos van comiendo, y sería bueno tener más tiempo, pero bueno... No sé si te he contestado.

Ahora, una cuestión distinta. Una valoración diagnóstica no es una valoración terapéutica. Aquí se ha dicho muchas veces que nosotros hacemos una valoración y después tal. No, no, la valoración nuestra no es terapéutica. Cuando el niño llega al CDIAT tiene que hacer una valoración para trabajar con él, una valoración de trabajo, valoración terapéutica, que es distinto porque tiene que organizar las sesiones de trabajo con objetivos concretos. Yo marco dónde está el problema, qué áreas hay que trabajar y cuánto tiempo, pero no digo cómo, ese es el trabajo del centro de tratamiento, eso es lo que tiene que hacer el centro de tratamiento.

Me ha preguntado la señora Abenza si los equipos tenemos interés en esta ley. Los equipos estaríamos encantados de que no nos dieran más jamones porque tenemos bastantes con los que tenemos. Quiero decir, ahora mismo el que venga o no venga..., es decir, como funcionarios que somos, si mañana la jefatura del servicio o la consejería nos dice que hay que hacer esto, lo vamos a hacer, como hemos hecho siempre lo que haya habido que hacer siempre, porque para eso estamos, pero es verdad que no es una historia que nosotros hayamos pedido, no lo hemos pedido; pero también es verdad que si nos viene tampoco vamos a decir que no lo hacemos, y lo haremos lo mejor posible. Hará falta formación. La formación se perdió en el año 2011 de golpe y porrazo. Teníamos formación continua todos los años varias veces (cursos, seminarios, actividades de todo tipo), con lo cual había una dinámica formativa muy interesante, incluso con publicaciones, que desapareció en el 2011 y no ha vuelto a tocarse. Hay que retomar la formación porque en la atención temprana la ciencia avanza que es una barbaridad. No podemos quedarnos parados en lo que sabíamos hace diez años ni hace cinco años, las neurociencias corren.



Voy cogiendo preguntas salteadas, si me permitís.

La información de los equipos sobre el proceso del decreto. Cada vez que yo he intentado preguntar por qué no debatimos el tema, desde Educación se me ha contestado siempre que esta es una iniciativa de Política Social, y entonces, como es cosa suya, aquí no tenemos nada que decir, lo que nos digan que hagamos haremos. No ha habido debate de la norma. Yo estoy pidiéndolo, de hecho yo creo que fui el único que presentó alegaciones cuando salió el primer borrador en la página de Transparencia y no sé si alguien más hizo alguna; pero bueno, el caso es que desde principio no hay ni interés ni desinterés, simplemente es un tema que está ahí y la gente lo aborda pero sin mayor preocupación.

El silencio administrativo que ha comentado antes el señor Carrera. Bueno, evidentemente a mí me parece sangrante que si la Administración falla por lo que sea (porque se le ha muerto un señor y no ha podido atender el servicio) no puedo derivar a una familia por silencio administrativo. Eso no puede ser, hay que buscar alguna solución decente, alguna salida digna para que ese problema se solucione, ya sea aplazar el tema, sea buscar otra vía, sea buscar un trámite de urgencia, pero hay que buscar soluciones.

Me ha preguntado también el señor Carrera sobre el procedimiento de Murcia. Bueno, ya he explicado un poquito el tema. A nosotros el pediatra, como he dicho antes, nos manda la derivación y los padres llaman por teléfono, y nos da igual que lo haya mandado el pediatra, que lo haya mandado el trabajador social, que lo haya mandado la escuela infantil o que lo hayan mandado porque su amiga que ha estado con nosotros piensa que es bueno para el hijo. Es decir, nosotros en principio, como no hay nada que lo regule, digamos que tampoco tenemos ninguna cortapisa en recibir a nadie. La nueva normativa supongo que pondrá sus propias cortapisas pero, bueno, en principio a nosotros niño que nos llega, niño que se atiende. Nunca se ha dejado de atender a nadie, jamás.

¿Por qué debe la orientación ser la que haga el diagnóstico? No sé, si al final queremos que exista un servicio público que haga un diagnóstico, alguien tendrá que hacerlo. Si Política Social está preparada para hacerlo con un servicio propio, hágalo, pero tendrá que sacar de la manga un montón de profesionales para que lo puedan hacer, y que tengan experiencia y antigüedad y preparación. Si es mejor ese servicio, a nosotros –estoy seguro que hablo en nombre de mis compañeros– nos va a dar exactamente igual, no nos va a doler. Lo que es importante es que lo que se haga se haga bien y que se haga con recursos. Es muy importante la cantidad de recursos que se pongan en marcha. Ahora mismo yo tengo aquí también (si les interesa se las puedo repartir) unas hojas con toda la normativa estatal en atención temprana, y todas tienen sus defectos. ¿Saben cuál es la que mejor funciona? La del País Vasco. ¿Por qué? Por dinero, porque tienen muchos recursos puestos en marcha, y, claro, así se hace cualquier cosa y sale bien. En fin.

Ayuntamientos y atención temprana. Ahí no sé si las competencias impropias, que me ha preguntado el señor Carrera. Yo ahí no quiero opinar, no sé si es cuestión de mi competencia, no entraré en ese contenido. Lo siento, pero creo que no es de mi competencia.

La formación. Ya creo que también he contestado, la formación es indispensable y necesaria. Yo de hecho en el documento que les he presentado propongo que cuando se ponga en marcha la norma se haga un plan intensivo en horas de trabajo, y completo, es decir, obligatorio para todos los profesionales que se incorporen al decreto..., perdón, a la ley (yo sigo todavía con la palabra «decreto» en la cabeza), no por nada, sino porque no porque todos los profesionales son muy competentes en sus ámbitos pero a ninguno de ellos en la actualidad se le ha pedido especialización para el acceso a ese puesto. Entonces, sería bueno que se actualizara. Cuando yo accedí sí pasé una oposición específica de atención temprana; hice una general, la de todos los equipos generales, más una específica de atención temprana. Ahora ese procedimiento no existe. Pero también es verdad que lo que yo sabía entonces no tiene nada que ver con lo que he aprendido con el tiempo. Ningún pediatra, ningún psicólogo, ningún profesional de un CDIAT sabe de entrada todo lo que tiene que saber para su puesto; se aprende en el trabajo, se aprende en el puesto de trabajo y se aprende formándose en el puesto de trabajo, con lo cual a mí no me da miedo ni a los compañeros les da miedo eso. Están dispuestos a formarse y a aprender si hace falta, estoy segurísimo.

Y no sé si me he dejado alguna... ¿Queda alguna pregunta sin responder?

Pues nada.

SR. MIRALLES GONZÁLEZ-CONDE (PRESIDENTE):

Juan, muchísimas gracias por las aportaciones, por enviar la documentación y todo aquello que le soliciten, porque todo es posible para mejorar la futura ley.

Muchas gracias. Termina la comisión.