

ATENCIÓN TEMPRANA. AGENTES INSTITUCIONALES Y NORMAS DE COORDINACIÓN.

DEMETRIO CASADO PÉREZ

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOS0).

demetrio.casado@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Atención temprana, coordinación, deficiencias, educación infantil, sanidad, servicios sociales.

RESUMEN

La atención temprana (AT), directa o indirecta, a niños de 0 a 6 años afectos o con riesgo de deficiencias incluye acciones de detección e intervenciones de los servicios sanitarios, sociales y educativos. Por esta circunstancia, la calidad de la AT requiere, además de la coordinación de los profesionales, la de los agentes institucionales de dichos ámbitos. El sector público puede y debe establecer esta coordinación mediante normas jurídicas. En el nivel nacional, sólo la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia incluye, en su disposición adicional decimotercera, una mención de la AT, sin referirse a su coordinación institucional. En cambio, son varias las comunidades autónomas que han regulado mediante normas jurídicas la procura de dicho objetivo, adoptando distintos enfoques, como los siguientes: la Comunidad de Madrid otorga un papel principal en la función coordinadora a su sistema de servicios sociales; en cambio, la de Andalucía ha optado por apoyarse sobre todo en su sistema sanitario.

KEYWORDS

Early Intervention, coordination, deficiencies, preschool education, health care, social services.

ABSTRACT

Direct or indirect Early intervention (EI) for children (aged 0-6) having, or being at risk of having, some kind of deficiency involves screening and diagnosis as well as educational, health care and social services. Thus, concerted action is necessary in order to provide good quality EI; not only among practitioners but also among institutional representatives. The public sector can and must set up that coordination through legal provisions. At state level, only Act No. 39/2006 of 14 December, on the promotion of personal autonomy and care of dependent persons makes reference to EI in its thirteen additional provision. It does not include however, the matter of Institutional coordination. By contrast, some autonomous communities have provided legal regulations in terms of institutional coordination. Different approaches can be observed. Madrid assigns the coordinating function mainly to social services whereas Andalucía relies mostly on the health care system.

1. OBJETO MATERIAL Y ENFOQUE.

El objeto material de esta exposición es la atención temprana (en adelante, AT) que se realiza en el sector público, por gestión directa o indirecta, de la cuál abordaré la coordinación de sus agentes institucionales. Tras reseñar el citado objeto, concretaré los términos de dicho enfoque.

La AT fue introducida y desarrollada en España, a comienzos del decenio de los 70 del pasado siglo, por entidades privadas y públicas prestadoras de servicios (Casado, 2006: 16-21). Al cabo de algunos años, los profesionales de dicho complejo prestacional, mediante el Grupo de Atención Temprana (GAT) y la Federación Estatal de Asociaciones Profesionales de Atención Temprana (FEAPAT) asumieron un papel importante en el diseño de la nueva línea de acción, que propondrían mediante el *Libro blanco de la Atención Temprana*, cuya primera edición data del año 2000; en esta exposición me serviré de la cuarta (2011), así como de otro documento reciente de la Federación (2018).

El Libro blanco adopta la siguiente definición de dicho complejo prestacional:

Se entiende por *Atención Temprana* el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (2011: p. 12) .

A mi parecer, el término “deficiencias”, en la acepción adoptada por la Organización Mundial de la Salud (2001: 13 y 14), es el más adecuado para denotar el objeto a afrontar, de modo rehabilitador o preventivo, por la AT.

El Libro blanco presenta como principal recurso prestacional de la AT los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), si bien hace la siguiente salvedad:

En determinadas comunidades o zonas geográficas, en función de su historia y recursos asistenciales, algunos colectivos de niños con trastornos específicos en su desarrollo son atendidos bien en CDIAT o en programas o unidades de Atención Temprana que están articulados con otros servicios o centros, como algunos centros de salud mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motrices y centros de atención a personas con deficiencia auditiva o visual. Todos ellos con características muy similares a las de los CDIAT. (2011: 23)

Tras los CDIAT, el *Libro blanco* expone el papel de los servicios sanitarios (pp. 27 a 33), sobre todo en asistencia obstétrica, neonatológica y pediátrica; tanto para la detección de

situaciones demandantes de AT, como para la provisión de algunos tratamientos. En esa parte de la obra (p. 32) se menciona la rehabilitación infantil, aludiendo a su plural ubicación institucional.

Seguidamente, la fuente que reseño aborda la rama de los servicios sociales (pp. 33 a 36), a los que atribuye importantes aportaciones “tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención en todos aquellos casos que lo requieran” (p. 33). Además de las intervenciones relativas a los niños, el Libro blanco asigna a los servicios sociales responsabilidades en la promoción del bienestar de sus familias y en su activación colaborativa.

En el curso de su desarrollo, la AT ha incluido en su método la participación de las familias (Gútiérrez y Ruiz, 2012: 108; Andrés, 2015: 13-15), y ha ampliado la acción de apoyo a las mismas (Sanz, 2017: 51-61).

El *Libro blanco* ofrece una amplia exposición de los papeles que deben jugar los servicios de educación, con aportaciones como estas: 1) detección de casos demandantes de AT y 2) cooperación al desarrollo e integración de los niños asistidos (pp. 37 y 38).

El sexto capítulo del *Libro blanco* se titula “Coordinación interinstitucional”, pero propone también dicha relación para el interior de las instituciones y para el ámbito de los profesionales (pp. 40 y 42). En el documento de 2018 de la FEAPAT se postula, como principio de actuación, que la AT sea “Interrelacionada, integrada en unidades funcionales locales, formadas por todos los dispositivos de atención a la infancia de los ámbitos de sanidad, educación y servicios sociales, asegurando el ‘continuum asistencial’” (2018: 14).

La coordinación interinstitucional y la interprofesional son factores clave de la calidad de la AT, y requieren un esfuerzo de reformas estructurales y de gestión extraordinario; véase la memoria de tesis doctoral de Patricia Grande (2011: 138 -212). Este artículo se limita a la coordinación entre las entidades públicas agentes de la AT de las tres ramas del bienestar que, según quedó indicado, señala el Libro blanco: sanidad, servicios sociales y educación. Como quedó dicho, la citada fuente describe también y antes de esos tres ámbitos a los CDIAT. Por mi parte, considero que, en la AT pública, dichos recursos son parte de organizaciones de alguna de las citadas ramas o están vinculadas a ellas por concertos y subvenciones. Finalmente, debo indicar que, de los diferentes medios utilizables en la práctica coordinadora, me limitaré a las normas jurídicas.

2. COORDINACIÓN DE LA AT A NIVEL NACIONAL.

Aun cuando el Estado español está muy descentralizado, entiendo que debo comenzar el examen de la acción coordinadora de la AT por el nivel nacional o central. Buscaré

disposiciones relevantes para dicho objetivo en leyes y reales decretos, de objeto sectorial y mixto. Anticipo que el resultado de la búsqueda será escaso.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud estableció el catálogo de prestaciones del mismo, siendo una de ellas la siguiente:

Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

En mi opinión, por racionalidad sanitaria y equidad, la AT debe estar incluida en la prestación de atención sociosanitaria, pero no parece que el tenor literal de la disposición transcrita lo posibilite.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), en su disposición adicional decimotercera, establece medidas de protección de menores de 3 años. Su tercer apartado se refiere a la AT:

En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para estos menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

En relación con dicho mandato, el citado Consejo Territorial –cuyo ámbito funcional fue ampliado a los Servicios Sociales- adoptó un acuerdo que se publicó –junto a la evaluación de la aplicación de la LAAD en 2012- mediante Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales.

En el apartado tercero del acuerdo se adoptan los principios de los Planes de Atención Integral a menores de tres años, entre los que se incluye el de “Coordinación”. En el anexo primero del acuerdo se desarrolla dicho principio en los siguientes términos:

4. Coordinación.

El sistema sanitario, el educativo y los servicios sociales están directamente implicados en la protección de los menores y deben establecer mecanismos de coordinación eficaces, para optimizar los recursos humanos y económicos.

Se debe evitar la fragmentación que puede darse como consecuencia de la intervención de múltiples agentes, entidades o profesionales y garantizar la continuidad del proceso: la detección, el diagnóstico, la derivación, evaluación, seguimiento y/o intervención son objetivos centrales en la coordinación de la protección a menores.

Esta coordinación conviene establecerla a través del oportuno marco normativo y asentarla sobre procesos y protocolos básicos de corresponsabilidad entre los agentes, servicios y colectivos de profesionales implicados en la atención a los menores de tres años y en el intercambio de información de contenido mínimo y básico para el conjunto del Estado.

Como quiera que el apartado 3 de la disposición adicional decimotercera de la LAAD se refiere a la atención temprana y rehabilitación de los menores de 3 años, considero que debería haberse utilizado esa terminología en el acuerdo del Consejo Territorial.

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) incluyó algunas disposiciones relevantes para al menos una parte de los destinatarios de la AT, pero no abordó el objetivo de la coordinación con los agentes sanitarios y de servicios sociales. Para el asunto que aquí interesa, ocurrió lo mismo con la Ley 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).

El artículo 12 de La LOE previó la educación infantil para los niños desde su nacimiento hasta sus seis años de edad y la asignó carácter voluntario.

Lo anterior significa que los agentes educativos sólo tienen posibilidad de hacer aportes a la AT en una parte de los casos que la requieran. Este comentario no implica, por mi parte, la propuesta de que se anticipe la escolarización infantil.

La LOE estableció los principios de la educación en su artículo 71; la LOMCE introdujo algunas modificaciones en sus apartados 1 y 2. En el 3 se asigna a las Administraciones educativas la responsabilidad de “identificar tempranamente las necesidades educativas específicas”, lo que, para algunos niños, puede ser un paso hacia la AT.

La LOMCE, mediante su artículo 59, añade al capítulo I del título II de la LOE, además de una sección cuarta sobre alumnado con dificultades específicas de aprendizaje, su artículo 79 bis sobre medidas de escolarización y atención. El apartado 3 del mismo dispone que la “identificación, valoración e intervención de las necesidades educativas de este alumnado se realizará de la forma más temprana posible”. Lo cual es, por supuesto, potencialmente interesante para aquellos que requieran AT.

Concluyo la búsqueda en el nivel nacional con el examen de una norma de objeto material mixto: la Ley General de derechos de las personas con discapacidad, cuyo texto refundido fue aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.

Su artículo 11 establece derechos y deberes sobre “Prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades”. El apartado 2 de dicho artículo dispone que “Las administraciones públicas competentes promoverán planes de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades...” Y el 3 especifica que “En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, incluida la salud mental infanto-juvenil...” Como puede verse, la ocasión era propicia para incluir de modo explícito la AT, mas no se hizo.

3. LA COORDINACIÓN DE LA AT EN EL NIVEL AUTONÓMICO.

Todas las Comunidades Autónomas (CC.AA) han asumido responsabilidades de provisión de la AT. La mayor parte de ellas han garantizado el acceso a la misma mediante normas jurídicas propias. En cuanto a la coordinación de la AT, se han producido opciones normativas muy diversas. Aprobaron decretos específicos sobre dicho objeto o incluyentes de disposiciones sobre el mismo: Andalucía, Islas Baleares, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid, País Vasco y La Rioja. La Comunidad Foral de Navarra cuenta con una orden reguladora de la AT que contiene algunas disposiciones relativas a la coordinación. Seguidamente reseñaré dos decretos que adoptan modelos de coordinación diferentes: el primero la pivota sobre los servicios sociales, en tanto que el segundo lo hace sobre la sanidad.

La Comunidad de Madrid abordó el objetivo de coordinación de los agentes de la AT mediante el Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la atención temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de atención temprana.

En la primera de sus disposiciones generales, la citada norma declara su objeto en estos términos:

Regular la actuación integral en atención temprana en el ámbito de la Comunidad de Madrid, delimitando las competencias de cada uno de los órganos y entidades en su ámbito de actuación (sanitario, educativo y de servicios sociales), así como los mecanismos de coordinación entre ellos, para mejorar la atención a los menores y rentabilizar y coordinar los recursos. (art. 1.1a)

El Decreto, en el apartado 2 de su artículo primero, adopta un concepto de AT acorde con el *Libro blanco*: “conjunto de intervenciones de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales dirigidos a la población infantil, a su familia y a su entorno...”.

En su artículo 7 –último de las disposiciones generales-, el Decreto 46/2015 regula las siguientes modalidades de intervención: atención directa, atención sociofamiliar y atención en el proceso de escolarización.

Tras las disposiciones generales, el Decreto aborda la “Coordinación, colaboración y cooperación”. En su artículo 8 establece, por una parte, que la actuación de los profesionales se realizará de acuerdo con los “principios de coordinación y de cooperación”; por otra, que se aprobará un protocolo de coordinación para “el intercambio de información y la derivación entre sistemas...”.

En su artículo 9, la norma que reseña establece la división de competencias, cuestión básica para regular la coordinación de los agentes institucionales públicos de la AT. Por conveniencia expositiva, transcribo y comento separadamente sus tres apartados.

a) Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad:

1º La realización de las actuaciones de promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con intervención de atención directa y/o sociofamiliar, de acuerdo con la normativa por la que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

2º La emisión, por parte de los servicios sanitarios implicados, del informe sanitario de derivación para la valoración de necesidad de atención temprana cuando se detecte que el menor es susceptible de beneficiarse de este tipo de atención.

3º La emisión del informe sanitario de derivación cuando se considere que el menor debe ser atendido por los Equipos de Orientación Psicopedagógica.

Me parece oportuno notar: 1) la remisión del Decreto a la normativa del Sistema Nacional de Salud y 2) la asignación a los servicios sanitarios de funciones de derivación, mas no de valoración.

b) Corresponde a la Consejería competente en materia de educación:

1º. La realización de actuaciones de detección y evaluación de las necesidades educativas del menor, así como de orientación y de coordinación con la familia, la comunidad educativa y el entorno.

2º. La emisión por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, ya sean Generales o de Atención Temprana, del informe de derivación para la valoración de necesidad de atención temprana cuando se detecte que el menor es susceptible de beneficiarse de este tipo de atención.

3º. La orientación, apoyo y coordinación con las familias para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.

4º. Una vez iniciada la escolarización obligatoria, facilitar la continuidad en el ámbito educativo de la atención recibida anteriormente a través de la Consejería competente en materia de asuntos sociales.

La AT se aplica a niños de 0 a 6 años, es decir, antes de la escolaridad obligatoria. Ello supone que en el medio escolar sólo se pueden detectar una parte de los casos de deficiencias y riesgos de las mismas demandantes de AT. Otra observación: como quiera que los tratamientos de AT se dispensan en régimen ambulatorio, su aplicación no comporta ruptura con la escuela.

c) Corresponde a la Consejería competente en materia de servicios sociales:

1º. La emisión del dictamen de necesidad de atención temprana en función de las necesidades del menor en aquellos casos en que proceda, siempre que el menor no tenga reconocida la situación de dependencia y un Programa Individual de Atención (PIA) que ya le haya permitido acceder a ese tipo de atención.

2º. La prestación de la atención individualizada e integral al menor, de acuerdo con el dictamen de necesidad de atención temprana o el PIA que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la situación de dependencia.

3º. La orientación y apoyo a las familias y al entorno.

4º. La derivación del menor a los Equipos de Orientación Psicopedagógica cuando vaya a producirse la escolarización a fin de garantizar la complementariedad en las medidas de apoyo y favorecer la incorporación al ámbito escolar.

Como quiera que los tratamientos de AT a los niños y los apoyos a sus familias se aplican, por lo general, durante varios años, los apartados 2º y 3º suponen la atribución de un papel muy destacado a la rama de los servicios sociales.

En relación con lo anterior, me parece oportuno llamar la atención sobre la siguiente disposición, a mí parecer, de contenido sociosanitario: “En el ámbito de los servicios sociales,

podrán prestarse los servicios de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia, así como apoyo a la familia”. (art. 11.4)

La medida más relevante para el objetivo de coordinación adoptada por el Decreto 46/2015 es la creación del Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI) (art. 12). El mismo cuenta con los siguientes componentes: Pleno, Comisión Técnica de Atención Temprana y Unidad de Valoración.

Al Pleno (art. 13), que está integrado por altos cargos de los ámbitos social, sanitario y educativo, se le asignan competencias y responsabilidades de nivel superior, como: la designación de miembros de la Comisión Técnica, la aprobación del protocolo de coordinación previsto en el artículo 8 -antes reseñado-, diseñar y promover las líneas estratégicas de acción, etc.

Considero oportuno aclarar que los cargos del ámbito social que forman parte del Pleno son los relacionados con la discapacidad, la atención temprana y/o la atención a la infancia y la dependencia (apartado 1a).

En el artículo 14 se establecen la composición y las funciones de la Comisión Técnica de Atención Temprana. Sus integrantes son representantes de las consejerías de servicios sociales, educación y sanidad. Sus funciones son las propias de un staff técnico del Pleno: elaborar las propuestas del protocolo de coordinación, las líneas estratégicas, la programación anual...

La Unidad de Valoración (art. 15) es un órgano administrativo con funciones que rebasan el ámbito que indica su denominación. Se le encomienda la valoración de la necesidad de atención temprana –y otras-; pero, además, se le asignan tareas de orientación a las familias y actividades formativas para las mismas y para los profesionales. Una vez más, el Decreto tiene en cuenta el importante papel de las familias en la AT.

La reseña anterior muestra que la Comunidad de Madrid optó por ubicar en su estructura de servicios sociales los órganos responsables de la coordinación los agentes de la AT, bien que asignando la responsabilidad máxima de dicha función a un órgano colegiado –el Pleno- integrado por directivos de las tres ramas de aquellos.

El Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía incluye en su objeto (art. 1): por una parte, la coordinación de las actuaciones de “los sectores sanitario, educativo y social”; por otra, la creación y regulación de los órganos intervinientes en la AT –pese a la, a mi parecer, apropiada denominación que adopta el Decreto andaluz, mantengo estas siglas-; y, finalmente, la creación de un sistema de información.

La “coordinación administrativa e interadministrativa” es adoptada como principio de actuación (art. 5 k).

Me parece muy relevante para la coordinación lo que dispone el Decreto en su artículo 10.1:

La Consejería competente en materia de salud elaborará y aprobará un Plan Integral de Atención Infantil Temprana que dé una respuesta intersectorial, interdisciplinar y multiprofesional, inserta en un modelo de intervención uniforme, centrado en la población infantil, familia y entorno.

En su artículo 11, el Decreto configura la Red de recursos de Atención Infantil Temprana y establece obligaciones de coordinación a sus componentes:

1. Integran la Red de Atención Infantil Temprana los siguientes recursos:

- a) Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- b) Las Unidades de Atención Infantil Temprana.
- c) Los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT).
- d) Los Equipos Provinciales de Atención Infantil Temprana (en adelante EPAT).

2. Estos recursos se coordinarán con aquellos otros que, desde el ámbito educativo y de servicios sociales contribuyan a la atención integral de la persona menor en los términos establecidos en este Decreto y en su posterior desarrollo.

En los artículos 12 a 15 se determinan las responsabilidades de los agentes orgánicos de la AT.

Artículo 12. Actuaciones en el ámbito sanitario.

Las actuaciones de Atención Infantil Temprana en el ámbito sanitario se realizarán a través de:

- a) Acciones preventivas sobre la población en general, dirigidas a evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.
- b) Acciones dirigidas a la detección, diagnóstico e intervención, sobre la población infantil.
- c) Acciones relativas a la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional y a la derivación a los CAIT, que se realizará en las Unidades de Atención Infantil Temprana, previstas en el artículo 13.

En dicho artículo 13, se regulan las Unidades de Atención Infantil Temprana, que se adscriben al Servicio Andaluz de Salud (apartado 1) y a las que se les asigna una amplia gama de objetivos y funciones (apartado 2): información a las familias, valoración de las necesidades de los menores y de la conveniencia de recibir los tratamientos de la AT, gestión de diagnósticos, orientación a las familias y derivación, en su caso, a los CAIT.

El artículo 14 establece las actuaciones en el ámbito educativo, a partir del segundo ciclo de la educación infantil: atención escolar personalizada, prevención y detección de factores de riesgo, escolarización adecuada y coordinación con los agentes de los otros ámbitos.

El artículo 15 determina las actuaciones de los servicios sociales, principalmente: detección de posibles casos y derivación a pediatría de atención primaria, prevención de factores de riesgo principalmente en el medio familiar, apoyos a las familias que lo requieran, valoración de las situaciones de posible discapacidad, valoración de posibles situaciones de dependencia en menores de 3 años y aseguramiento de la AIT en los casos que proceda, coordinación de los servicios sociales comunitarios con otros agentes de la AIT, promoción de acciones formativas para los profesionales de los centros de acogida residencial en prevención de “trastornos del desarrollo”.

El artículo 16 establece la previsión de un “Protocolo de coordinación entre las tres Consejerías competentes en salud, educación y políticas sociales”. Su elaboración y propuesta se encomienda a la Comisión Técnica y al Consejo de Atención Infantil Temprana -órganos adscritos a la Consejería sanitaria (arts. 23 y 27). El protocolo se aprobará “mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y políticas sociales”.

La actividad asistencial específica de la AT se encomienda a los CAIT (art. 17). Los mismos podrán ser públicos o privados; éstos con o sin ánimo de lucro. Su regulación y autorización se asigna a la consejería responsable de salud. He aquí una manifestación importante del destacado protagonismo sanitario en la AT de Andalucía.

Los Equipos Provinciales de Atención Infantil Temprana (art. 19) son órganos relevantes para la coordinación; están integrados por “tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales o Provinciales de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales...”.

El Decreto 85/2016 crea el Consejo de Atención Infantil Temprana, órgano colegiado con funciones técnicas relativas a la coordinación y cooperación de los agentes de la AT, al servicio de la Junta de Andalucía y dependiente de la Consejería competente en salud (arts. 23 y 24).

El Consejo de Atención Infantil Temprana cuenta con el apoyo de la Comisión Técnica de Atención Infantil Temprana, órgano también colegiado y dependiente de la Consejería competente en salud (art. 27).

Lo expuesto muestra que el Decreto 85/2016: 1) genera un bagaje importante de recursos normativos y orgánicos para la coordinación de los agentes institucionales de la AT; 2) asigna facultades a las tres consejerías protagonistas en las decisiones estratégicas pro coordinación; 3) concentra en la de salud los órganos colegiados con funciones técnicas relativas a la coordinación.

4. SUGERENCIAS.

Dedico este último apartado a formular algunas sugerencias sobre cambios normativos convenientes para mejorar la coordinación de los agentes institucionales públicos de la AT en España.

En nuestro Estado autonómico, los poderes centrales no tienen responsabilidades en la provisión de los componentes de la AT; por ello, no procede plantearse en este nivel la coordinación organizativa y procedimental. En cambio, sí resulta oportuna la coordinación en materia de normas sobre derechos y obligaciones concernientes a aportes sanitarios, de servicios sociales y de educación a la AT. Ello contribuiría a fijar las responsabilidades públicas en las tres ramas citadas, lo que es una condición previa importante para la coordinación en la gestión -que corresponde a las CC.AA.

Como indiqué en el apartado segundo, opino que sería deseable la inclusión explícita de la AT en la prestación de atención sociosanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobado mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad de dicho Sistema.

Dicha medida debería desarrollarse en la cartera de servicios del SNS, aprobada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Aparte de otras opciones, considero que dicho desarrollo debería realizarse explicitando la inclusión de los aportes sanitarios a la AT en los siguientes apartados del Anexo II, del citado Real Decreto: “5. Rehabilitación básica” y “6. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos”.

En mi opinión, la muy pobre situación del nivel nacional invita a estudiar si debe promoverse normas legales o reglamentarias correctoras. Por racionalidad económica, convendría encomendar ese trabajo a órganos existentes con responsabilidades próximas a la AT.

En el apartado segundo transcribí la disposición adicional decimotercera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), en la cual se establecen medidas de protección de menores de 3 años en situación de dependencia para “facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales”.

Desde el punto de vista de la coordinación de la AT, considero deseable que el límite de edad se amplíe hasta los 6 años.

Como quedó indicado en el apartado tercero, el nivel autonómico cuenta con un bagaje importante de normas jurídicas cuyo objeto único o compartido es la coordinación de la AT.

A partir de ese hecho, me parece deseable que se realice una evaluación independiente de la funcionalidad de dichas normas, la cual sería útil como referencia práctica para posibles mejoras normativas sobre coordinación de la AT y, sobre todo, para nuevas normas de dicho objeto a adoptar por CC.AA que aún no cuentan con ese recurso.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Andrés, C. (2015): La implicación de los padres en atención temprana y su repercusión en la práctica. En *Polibea*, nº 114, 13-18.

Casado, D. (2006): La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo (I). En *Polibea*, nº 78, 13-21.

Federación Estatal de Asociaciones Profesionales de Atención Temprana (2011): *Libro blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid. Recuperado de: <http://www.sis.net/documentos/ficha/516585.pdf>

Federación Estatal de Asociaciones Profesionales de Atención Temprana (2018): Atención Temprana. La visión de los profesionales. Edición digital. Recuperado de: <http://www.avap-cv.com/images/Documentos%20basicos/GAT-LA-VISI%C3%93N-DE-LOS-PROFESIONALES.pdf>

Grande Fariñas, P. B. (2011): *Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en atención temprana en la Comunidad de Madrid: la experiencia del programa marco de coordinación de Getafe*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación, Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/13202/1/T32836.pdf>

Gútiérrez, P. y Ruiz, E. (2012): Orígenes y evolución de la atención temprana. Una perspectiva histórica de la génesis de la atención temprana en nuestro país. Agentes, contextos y procesos. En *Revista de Psicología Educativa*, Vol. 18, nº 2, 107-122.

Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Sanz, M. J. (2017): Apoyos a los padres en la atención temprana infantil. En *Políticas Sociales en Europa*, nº 38-39, 51-61.

