

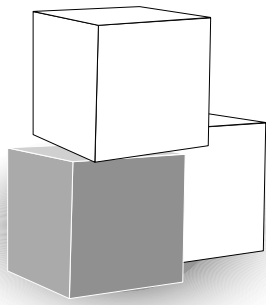
INFORME de  
SITUACIÓN de la  
ATENCIÓN  
TEMPRANA









**Coordina el trabajo:**  
Inés Guerrero

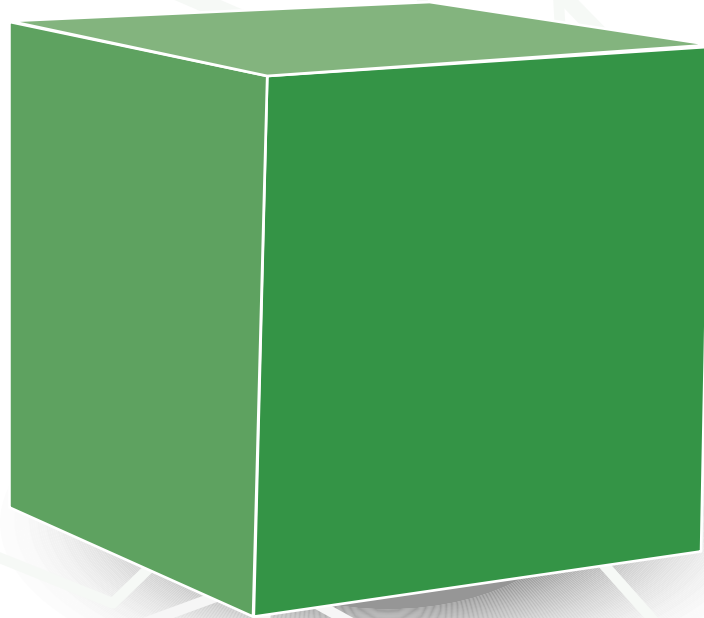
**Autoría del informe:**  
Javier Muñoz Bravo  
Rocío Moreno García  
Inés Muñoz García

**Edita:**  
Plena inclusión España  
Madrid  
Mayo 2024  
Avenida General Perón, 32. Planta 1  
Código postal 28020. Madrid  
info@plenainclusion.org  
www.plenainclusion.org



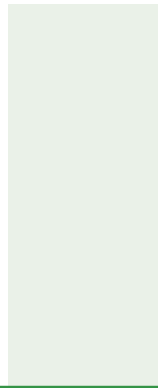
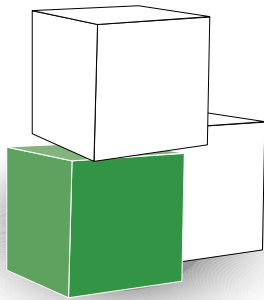
# Índice

	1	Introducción	4
	2	Marco normativo	8
		2.1.La atención temprana en el derecho internacional	8
		2.2.La atención temprana en el ordenamiento jurídico español	11
	3	Resultados de la encuesta de Plena inclusión	24
	4	Conclusiones	38
		Anexo I	43
		Regulación de la Atención Temprana en las diferentes Comunidades Autónomas Españolas	
		Andalucía	43
		Aragón	46
		Asturias	50
		Canarias	52
		Cantabria	55
		Castilla La Mancha	57
		Castilla y León	60
		Cataluña	63
		Extremadura	65
		Galicia	68
		Islas Baleares	70
		Comunidad de Madrid	72
		Comunidad Valenciana	76
		Navarra	78
		Región de Murcia	80
		País Vasco	83
		La Rioja	86
		Anexo II	89
		Encuesta de Plena inclusión a sus entidades federadas	



1.

# INTRODUCCIÓN



En el centro de la filosofía, las políticas y las prácticas de la atención temprana están todos los niños y niñas y las familias. Por eso, en este documento que muestra la situación de los centros y servicios de Atención temprana que forman parte del movimiento asociativo nuestro agradecimiento va dirigido a ellos en primer lugar. No en vano las familias son la base de nuestro movimiento asociativo, por todo lo que nos han enseñado a lo largo de los años, cómo nos ayudan a cuestionar nuestras certezas y estar dispuestas a compartir lo valioso de la experiencia vital, y más en esos primeros años de desarrollo, cruciales para construir comunidades en las que todos y todas tengamos las mismas oportunidades y que dan sentido a nuestro trabajo.

El objetivo de este trabajo es visibilizar la necesidad y urgencia en el desarrollo de un Sistema Nacional de Atención Temprana que la garantice como un derecho subjetivo, universal, público y gratuito, tal y como recoge en su marco conceptual la [hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España](#).

Este derecho no implica sólo a los niños y niñas con alguna discapacidad o riesgo de su desarrollo y sus familias, sino que nos interpela a toda la sociedad y contribuye al bienestar de toda la infancia.

La transformación es un proceso de ámbito internacional en el campo de la discapacidad intelectual o del desarrollo y cuenta con una base importante de conocimiento basado en la ciencia, la evidencia y la experiencia, pero además es un proceso derivado de la convención de los derechos de las personas con discapacidad y que por tanto tiene impacto en las políticas públicas.

Plena inclusión, movimiento asociativo español en favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias, inició ya en el año 2013 diferentes proyectos para avanzar en la transformación de sus centros y servicios hacia servicios centrados en la persona y en sus familias, orientados a la plena ciudadanía en comunidades diversas. Los centros de Atención Temprana fueron uno de los primeros servicios en “subirse a este tren”, algo que dice mucho del carácter de los y las profesionales y las familias que los componen, que encontramos siempre en continua revisión de sus prácticas y repensando fórmulas para garantizar los mejores resultados y el mayor bienestar para los niños y niñas y sus familias.

Muestra de esta resiliencia y capacidad de adaptarse a las necesidades cambiantes del entorno, se visibilizó en el período de confinamiento debido a la situación de pandemia de la COVID-19, en las que se adoptaron medidas para seguir generando espacios donde acompañar a las familias en su día a día.

Otra prueba del compromiso de Plena inclusión con toda la infancia es el Plan Estratégico que fue aprobado en 2022, denominado [“Ganamos en Comunidad”](#). Este plan, identifica 11 nuevos retos para el movimiento asociativo, cinco de ellos resultan especialmente relevantes para garantizar el derecho a la Atención Temprana de calidad: el relacionado a que cada familia importa, que nuestra dignidad necesita de la comunidad (ética de la interdependencia), el reto de la personalización; en sociedad, en política y en el mundo y el reto de impulsar la innovación y la investigación.

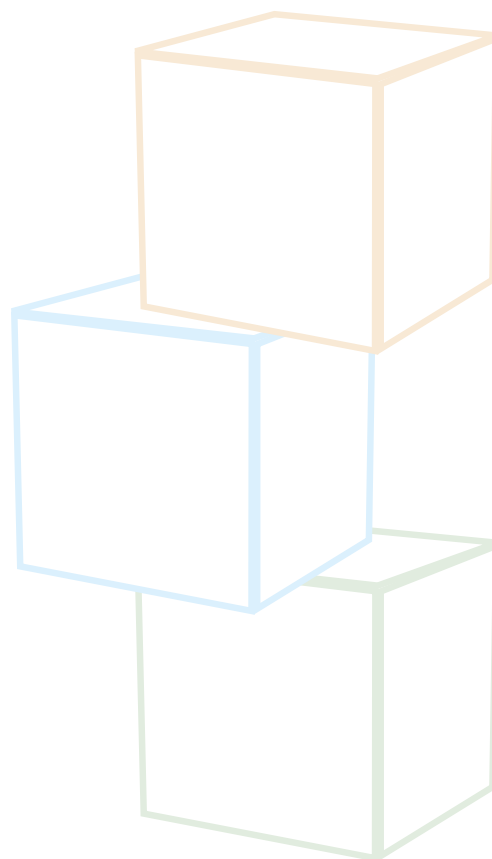
Tal y como decía Javier Tamarit en el documento de [Apoyos 2030](#):

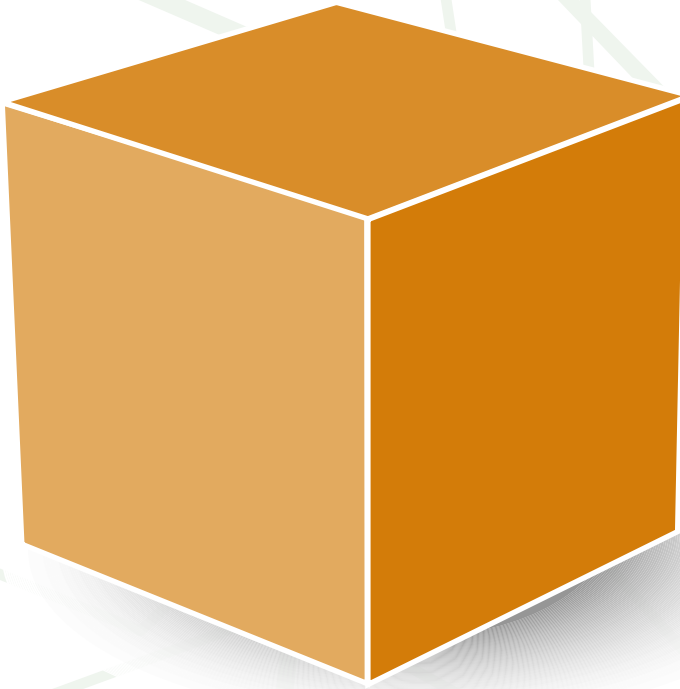
*“Las buenas comunidades, con el único límite de los derechos, la ética, la dignidad y la justicia, abrazan la diversidad, son acogedoras y amables, resilientes, inclusivas, emprendedoras y activistas de bienestar comunitario, accesibles, curiosas, proactivas, solidarias y socialmente cohesionadas”*

La atención a la primera infancia constituye la primera parada en la construcción de esas buenas comunidades, los recursos comunitarios, sistemas de capacitación familiar para la crianza, con oportunidades, relaciones afectivas positivas y diversas, espacios educativos inclusivos. Las profesionales del Atención temprana y las familias ya están caminando hacia esas buenas comunidades, pero es necesario que las Administraciones Públicas y el resto de la sociedad nos unamos a ellas en su viaje, porque el destino merece la pena.

Enrique Galván.

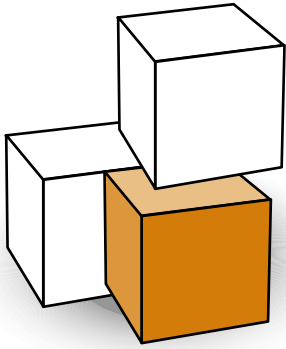
Director de Confederación Plena inclusión España





**2.**

**MARCO  
NORMATIVO**



## 2.1. La atención temprana en el derecho internacional

Dentro del Derecho Internacional, existen dos textos normativos que están relacionados con la Atención Temprana (AT): la Convención de los Derechos del Niño (1989)<sup>1</sup> y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006)<sup>2</sup>.

 En la **Convención sobre los derechos del niño** el artículo 23 señala que,

*“los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad. Así mismo se reconoce el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y que se debe asegurar, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación [...] de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él”*

En el mismo artículo la Convención señala que,

*“En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste [...] será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible”*

 Por su parte, en la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** destacan los artículos 24 y 26.

Artículo 24. Educación

*“1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:*

---

1. [Enlace](#)  
2. [Enlace](#)



- a)** *Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;*
- b)** *Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;*
- c)** *Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.*

**2.** *Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:*

- a)** *Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;*
- b)** *Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;*
- c)** *Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;*
- d)** *Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;*
- e)** *Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.*

**3.** *Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad.”*

## Artículo 26. Habilitación y rehabilitación

**“1.** *Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:*

- a)** *Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;*
- b)** *Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.*

**2.** *Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.*

**3.** *Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.”*



Por otra parte la AT (“intervención temprana”) aparece directamente mencionada en dos observaciones generales de los **Comités de Naciones Unidas**. En la Observación General núm. 9 sobre “Los derechos de los niños con discapacidad” (2007)<sup>3</sup> del Comité de los Derechos del Niño, se dice:

*“Las políticas sanitarias deben ser amplias y ocuparse de la detección precoz de la discapacidad, la intervención temprana, en particular el tratamiento psicológico y físico, [...] Por consiguiente, el Comité recomienda que los Estados Partes establezcan sistemas de detección precoz y de intervención temprana como parte de sus servicios de salud, junto con la inscripción de los nacimientos y los procedimientos para seguir el progreso de los niños diagnosticados con una discapacidad a una edad temprana. Los servicios deben estar basados tanto en la comunidad como en el hogar y ser de fácil acceso. Además, para una transición fácil del niño hay que establecer vínculos entre los servicios de intervención temprana, los centros preescolares y las escuelas.*

*Después del diagnóstico, los sistemas existentes deben ser capaces de una intervención temprana, incluidos el tratamiento y la rehabilitación, proporcionando todos los dispositivos necesarios que permitan a los niños con discapacidad llegar a todas sus posibilidades funcionales [...] estos artículos deben ofrecerse gratuitamente, siempre que sea posible, y el proceso de adquisición de esos servicios debe ser eficiente y sencillo, evitando las largas esperas y los trámites burocráticos.”*

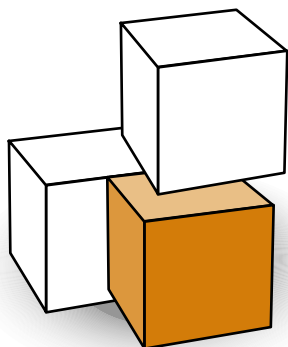
A su vez, en la Observación General núm.4 sobre el derecho a la educación inclusiva (2016)<sup>4</sup> del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se dice:

*“Los Estados partes deben adoptar medidas eficaces para proporcionar servicios de habilitación y rehabilitación en el sistema educativo, incluidos servicios de atención de la salud, ocupacionales, físicos, sociales, de asesoramiento y de otra índole [...] Dichos servicios deben comenzar en la etapa más temprana posible, basarse en una evaluación multidisciplinar de las capacidades de los alumnos y apoyar la máxima independencia, autonomía, respeto de la dignidad, capacidad física, mental, social y vocacional plenas, y la inclusión y participación en todos los aspectos de la vida. El Comité subraya la importancia de apoyar el desarrollo de la rehabilitación basada en la comunidad que permite la pronta detección y alienta el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias.*

*Se debe introducir un marco legislativo y normativo amplio [...] Un marco coherente destinado a la identificación temprana, la evaluación y el apoyo necesarios para que las personas con discapacidad puedan prosperar en entornos de aprendizaje inclusivos. Las intervenciones en la primera infancia pueden ser especialmente valiosas para los niños con discapacidad, ya que sirven para mejorar su capacidad de beneficiarse de la educación y promueven su matriculación y asistencia escolar [...] se insta a los Estados partes a que garanticen el acceso al desarrollo del niño en la primera infancia, a atención y a educación preescolar que sean de calidad, y ofrezcan apoyo y capacitación a los padres y los cuidadores de los niños pequeños con discapacidad. Si la identificación de los niños con discapacidad y el apoyo que reciben tiene lugar a una edad temprana, aumentará la probabilidad de que realicen una transición sin trabas a los entornos de educación inclusiva de preprimaria y primaria. Los Estados partes deben asegurar la coordinación entre todos los ministerios, autoridades y órganos competentes, así como las organizaciones de personas con discapacidad y otros asociados no gubernamentales”.*

3. [Enlace](#)

4. [Enlace](#)



## 2.2. La atención temprana en el ordenamiento jurídico español

La AT implica la intervención de tres grandes sectores que son competencia de las Comunidades Autónomas; sanidad, educación y servicios sociales. De esta forma la normativa sobre este derecho está fragmentada, sujeta a diferentes títulos competenciales y con diferentes niveles de protección. La regulación de la AT se produce fundamentalmente en el ámbito autonómico ya que el Estado solo tiene competencias para dictar la legislación básica de sanidad y educación, pero no en servicios sociales.

Presentamos en primer lugar la normativa de carácter estatal.

Desde el ámbito educativo la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su redacción dada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, LOMLOE, incluye entre los principios de su artículo 1 la equidad, que garantice la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, la inclusión educativa, la igualdad de derechos y oportunidades, también entre mujeres y hombres, que ayuden a superar cualquier discriminación y la accesibilidad universal a la educación, y que actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad, de acuerdo con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en 2008, por España.

La misma Ley indica que en la etapa de educación primaria se pondrá especial énfasis en garantizar la inclusión educativa, en la atención personalizada, en la prevención de las dificultades de aprendizaje y en la puesta en práctica de mecanismos de refuerzo tan pronto como se detecten estas dificultades. Por otra parte, la escolarización del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo deberá estar regida por los principios de inclusión y participación, calidad, equidad, no discriminación e igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo y accesibilidad universal para todo el alumnado.

Para impulsar la equidad del sistema educativo, se fortalecen los objetivos y las actuaciones que deben llevar a cabo las Administraciones educativas ante las personas, grupos, entornos sociales y ámbitos territoriales que se encuentren en situación de vulnerabilidad socioeducativa y cultural, a fin de eliminar las barreras que limitan su acceso, presencia, participación y aprendizaje. Con ello se quieren asegurar los ajustes razonables en función de las necesidades individuales y prestar el apoyo necesario para fomentar su máximo desarrollo educativo y social, de manera que todos puedan acceder a una educación inclusiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Fuera ya del ámbito educativo la **Ley 39/2006** de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, señala en su disposición adicional decimotercera:

*“Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de 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”*

El **Real Decreto Legislativo 1/2013**, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 13 dispone:

*“Se entiende por atención integral los procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado [...] Estos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno, considerando las adaptaciones o adecuaciones oportunas y los apoyos a la toma de decisiones y a la promoción de la autonomía personal”*

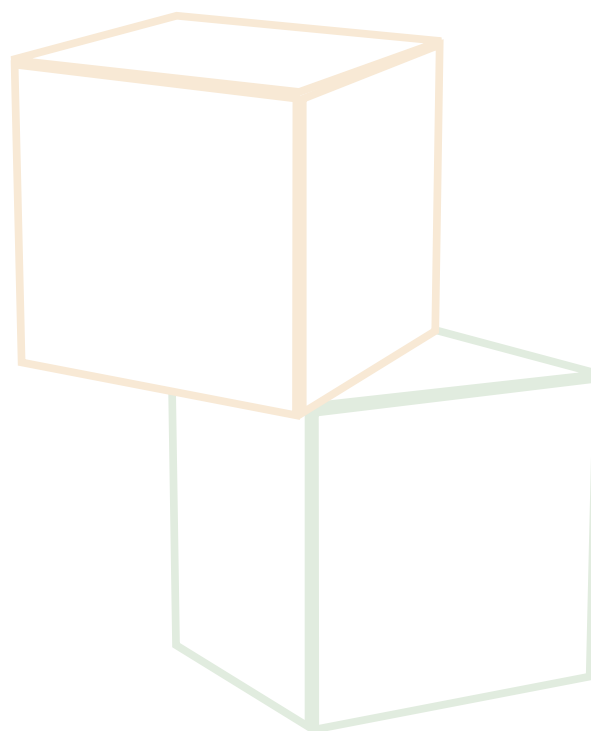
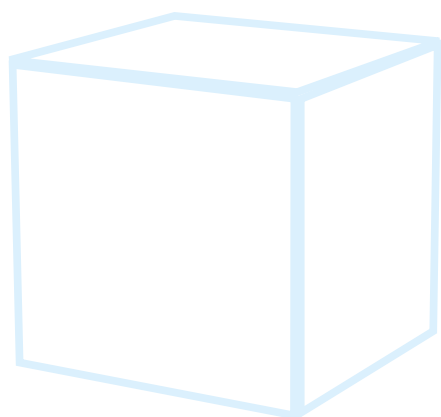
La AT se define en la **Resolución de 23 de abril de 2013**, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales. La resolución entiende por AT:

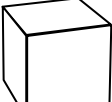
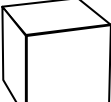
*“El conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo motriz, sensorial o cognitivo. De estas intervenciones, que deben tener un carácter integral, es responsable el ámbito educativo desde la escolarización de los niños (3 a 6 años), sin perjuicio de los acuerdos de gestión a los que se lleguen y han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, asegurando la coordinación de todos los servicios de apoyo e incluyendo la participación de la familia en el proceso”*

Por último destacamos la **Ley Orgánica 8/2021**, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, recoge expresamente el derecho a la AT hasta los 6 años en todo el territorio español en su artículo 12.5 Derecho a la atención temprana:

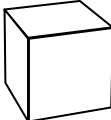
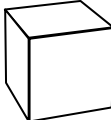
*“Las administraciones sanitarias, educativas y los servicios sociales competentes garantizarán de forma universal y con carácter integral la atención temprana desde el nacimiento hasta los seis años de edad de todo niño o niña con alteraciones o trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos en el ámbito de cobertura de la ley, así como el apoyo al desarrollo infantil”*

Tal y como se señalaba anteriormente en la actualidad, la regulación de la AT se lleva a cabo fundamentalmente en el ámbito autonómico. Por tanto, es imprescindible presentar brevemente la regulación de la AT en las distintas Comunidades Autónomas. Resultaría excesivamente prolijo detallar el contenido de la normativa de cada una de las CCAA por lo que se presenta a continuación la información esencial en la **Tabla 1 “Normativa que regula la AT en las diferentes CCAA españolas”**. En el **Anexo I** podrá encontrarse un resumen más detallado de la normativa en cada una de las CCAA.

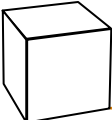
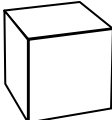


 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 2023 de 16 de febrero, por la que se regula la AT en la Comunidad Autónoma de Andalucía.</li> <li>□ Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.</li> <li>□ Orden de 13 de diciembre de 2016, por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana para su autorización.</li> <li>□ Decreto 129/2017, de 1 de agosto, de delegación de la competencia de la prestación de atención infantil temprana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en las Entidades Locales Andaluzas que se citan.</li> <li>□ Orden de 5 de julio de 2018, por la que se actualiza el anexo del Decreto 129/2017, de 1 de agosto, de delegación de la competencia de la prestación de atención infantil temprana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en las Entidades Locales</li> <li>□ Orden de 8 de septiembre de 2021, por la que se actualiza el anexo del Decreto 129/2017, de 1 de agosto, de delegación de la competencia de la prestación de atención infantil temprana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en las Entidades Locales Andaluzas que se citan.</li> <li>□ Orden de 10 de julio de 2018, por la que se regulan los criterios y el procedimiento para solicitar segunda valoración en el proceso de atención infantil temprana.</li> <li>□ Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social para la prestación de la Atención Infantil Temprana.</li> </ul>
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de AT de la Comunidad Autónoma de Aragón.</li> <li>□ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.*</li> <li>□ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.</li> <li>□ Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.</li> <li>□ Orden ECD/1167/2018, de 18 de junio, por la que se crean siete Equipos de Orientación Educativa de Atención Temprana de titularidad de la Comunidad Autónoma de Aragón.</li> <li>□ Orden CDS/490/2022, de 5 de abril, por la que se publica la Instrucción de la Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.</li> </ul>

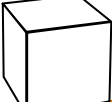
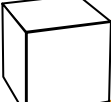
\* Se trata de normativa de ámbito estatal que aplica en todas las CCAA pero que únicamente se menciona explícitamente para las CCAA que no tienen una normativa autonómica específica para AT.

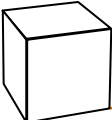
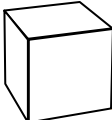
 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
<p>Aragón</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Orden CDS/24/2023, de 16 de enero, por la que se modifica la Orden CDS/950/2022, de 24 de junio, por la que se establecen los precios de las plazas contratadas o concertadas por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, en ejercicio de sus competencias en materia de acción concertada. - Orden CDS/864/2023, de 28 de junio, por la que se convoca el procedimiento de acción concertada para la prestación del servicio de Atención Temprana y prevención de la discapacidad mediante la puesta en marcha de Equipos Itinerantes en el contexto rural-comarcal en la Comunidad Autónoma de Aragón.</li> </ul>
<p>Asturias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Decreto 49/2001 de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales de la Administración del Principado de Asturias.</li> <li>□ Decreto 79/2002 de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.*</li> <li>□ Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.*</li> <li>□ Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales.*</li> <li>□ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.*</li> </ul>
<p>Canarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la Atención Temprana en Canarias.</li> </ul>
<p>Cantabria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley de Cantabria 2/2007 de Derechos y Servicios Sociales (Actualizada a 1-1-2023).</li> </ul>

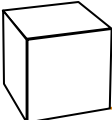
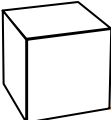
\* Se trata de normativa de ámbito estatal que aplica en todas las CCAA pero que únicamente se menciona explícitamente para las CCAA que no tienen una normativa autonómica específica para AT.

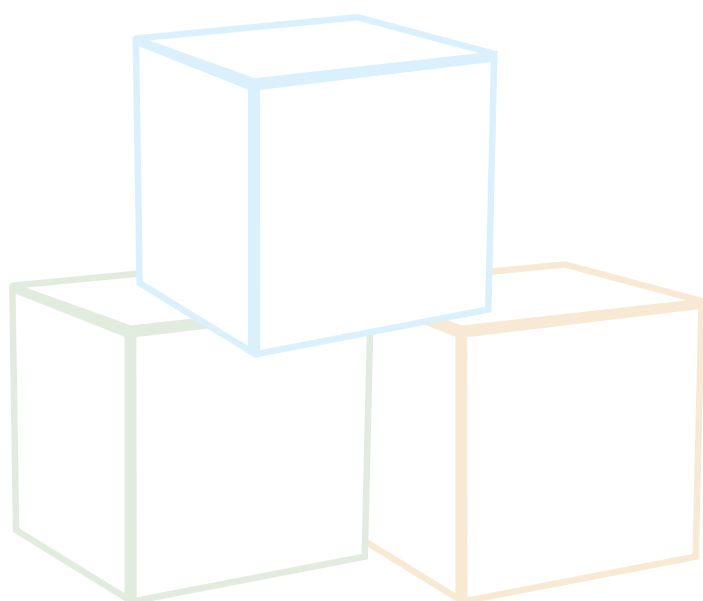
 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
Castilla La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha.</li> <li>□ Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha.</li> <li>□ Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha.</li> <li>□ Ley 2/2023, de 10 de febrero, de AT en Castilla-La Mancha. Esta Ley modifica, con efectos desde el 16 de marzo de 2023, los arts. 19.1 y 38 de la Ley 7/2014, de 13 de noviembre.</li> </ul>
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Decreto 53/2010 de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la AT en Castilla y León.</li> <li>□ Ley 16/2010 de 20 de diciembre de Servicios Sociales de Castilla y León.</li> <li>□ Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad.</li> <li>□ Decreto 58/2014 de 11 de diciembre por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León.</li> <li>□ Orden FAM/6/2018 de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.</li> </ul>
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 18/2003, de 4 de julio de Apoyo a las Familias.</li> <li>□ Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.</li> <li>□ Ley 12/2007, de 11 de octubre de Servicios Sociales, en su Anexo clasifica como servicio prestado en el Sistema Catalán de Servicios Sociales la Atención Precoz.</li> <li>□ Ley 12/2009 de 10 de julio de educación.</li> <li>□ Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.</li> <li>□ Decreto 45/2014, de 1 de abril, por el que se regulan los servicios de atención precoz.</li> </ul>



 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX).</li> <li>□ Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura.</li> <li>□ Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura.</li> <li>□ Decreto 225/2012, de 9 de noviembre, por el que se modifica el</li> <li>□ Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX).</li> <li>□ Decreto 122/2022, de 28 de septiembre, por el que se desarrolla la Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en el ámbito social, sanitario y sociosanitario en Extremadura.</li> </ul>
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia</li> <li>□ Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia.</li> <li>□ Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia.</li> <li>□ Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de Atención Temprana.</li> <li>□ Decreto 149/2013, del 5 de septiembre, en la que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.</li> <li>□ Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad en la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia sobre los criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas del plan de atención integral a menores de 3 años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollo.</li> </ul>
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.</li> <li>□ Decreto 85/2010, de 25 de junio por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Illes Balears.</li> <li>□ Decreto 35/2011, de 8 de abril por el que se crea el Centro Coordinador de Atención Temprana y Desarrollo Infantil de las Illes Balears.</li> </ul>

 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
<p>Comunidad de Madrid</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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.</li> <li>□ Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.</li> <li>□ Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.</li> <li>□ Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.</li> </ul>
<p>Comunidad Valenciana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales.</li> <li>□ Ley 12/2008, de 3 de julio, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana.</li> <li>□ Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.</li> <li>□ Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana.</li> </ul>
<p>Comunidad Foral de Navarra</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Decreto Foral 69/2008 por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales.</li> <li>□ Orden foral 317/2009.</li> <li>□ Decreto Foral 198/2019 por el que se regula la Red de Atención Temprana de Navarra.</li> <li>□ Orden Foral 94/2019 por la que se regula el Servicio de Atención Temprana del Departamento de Derechos Sociales.</li> </ul>
<p>Región de Murcia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la Atención Temprana en el ámbito de la Región de Murcia.</li> <li>□ Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.</li> <li>□ Orden por la que se aprueba el modelo de acuerdo de concierto social para la prestación del servicio de atención temprana.</li> <li>□ Resolución de la Dirección Gerencial del Instituto Murciano de Acción Social, por la que se establecen los importes por sesión de atención temprana.</li> <li>□ Resolución conjunta de la Dirección General de Personas con Discapacidad, la Dirección General de Atención a la Diversidad, Innovación y Formación Profesional y la Dirección General de Asistencia Sanitaria, por la que se dictan instrucciones sobre el baremo para la valoración de la necesidad de atención temprana y su aplicación.</li> </ul>

 Comunidad autónoma	 Normativa que regula la Atención Temprana
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.</li> <li>□ Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (página 52, ficha 2.7.4. .-Servicio de intervención social en atención temprana), <a href="#">enlace</a>.</li> <li>□ Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 125/2017 de 24 de octubre por el que se regula la prestación del Servicio Público de Atención Temprana, <a href="#">enlace</a>.</li> </ul>
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Orden 5/2009, de 15 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regulan los requisitos mínimos de los centros y servicios de desarrollo infantil y atención temprana (BOR nº 161, de 30 de diciembre de 2009).</li> <li>□ Orden 2/2010, de 11 de enero, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regula el procedimiento para la intervención de servicios sociales en atención temprana (BOR nº 6, de 15 de enero de 2010).</li> </ul>



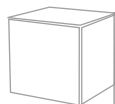
Resulta evidente que, pese a que las diferentes regulaciones autonómicas son similares, existen diferencias en la manera en que se están desarrollando los servicios de AT en las diferentes CCAA. Tanto es así que el Boletín Oficial del Estado del 10 de julio de 2023 publicó el acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la AT en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad.

En este acuerdo la AT se erige como un derecho que promueve un desarrollo infantil saludable. Mediante este acuerdo, la Administración General del Estado y las CC. AA, manifiestan su compromiso para la mejora de la AT en España.

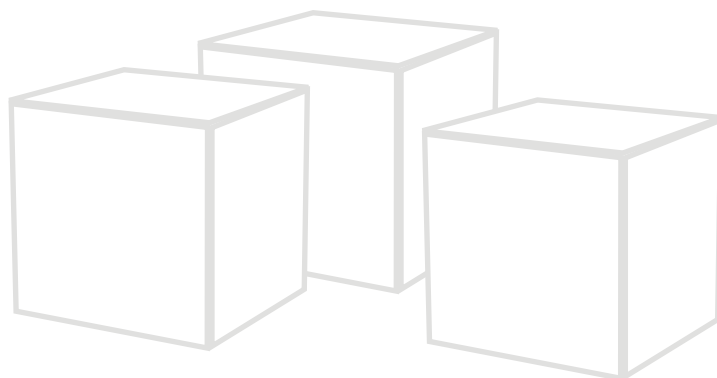
Según el marco conceptual definido en el acuerdo por AT se entiende:

*“el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de 6 años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta ágil, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante factores de riesgo o alteraciones (posibles o detectadas) para el desarrollo del niño o la niña”*

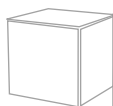
El documento define los principales objetivos de la AT, a saber:



- Promover el desarrollo holístico del niño y la niña;
- Prevenir posibles alteraciones o factores de riesgo y alteraciones del desarrollo, garantizando una respuesta global e integrada;
- Reforzar las capacidades, competencias y sensibilidad de las familias y los cuidadores principales en la comprensión y respuestas a las necesidades y demandas de cada niño o niña y sus ritmos evolutivos a lo largo de la primera infancia;
- Apoyar y mejorar las condiciones de vida y crianza;
- Optimizar la autonomía personal del niño y la niña, la inclusión social y el pleno disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones, introduciendo los mecanismos necesarios en cuanto a compensación, eliminación de barreras y adaptación a sus necesidades.



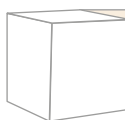
Asimismo, se establecen como principios generales los siguientes:



- La igualdad y no discriminación.
- La vida, supervivencia y desarrollo del niño y la niña.
- El interés superior del niño y la niña.
- La accesibilidad universal.
- La participación y escucha del niño y la niña en toda la toma de decisiones.
- La responsabilidad pública; calidad; agilidad; integralidad y globalidad.
- La proximidad y atención comunitaria.
- La colaboración y participación activa de las familias.
- La especialización profesional.
- El trabajo en equipos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios.
- La coordinación y colaboración de los sistemas de salud, servicios sociales y educación.
- La continuidad y el seguimiento de la atención y los sistemas implicados.

El acuerdo propone que; para garantizar el derecho a la AT se creará una Red de Atención Temprana de carácter universal, de responsabilidad pública y gratuita que se adapte y respete las diversas realidades y competencias territoriales. La red permitirá la vinculación, a partir de unos criterios comunes, de los sistemas de salud, educativo o servicios sociales, que han de trabajar de forma coordinada, y coordinarse, a su vez, con el resto de los profesionales implicados en el caso, según las necesidades que se precisen y en relación con los correspondientes equipos de atención temprana.

En el acuerdo se identifican ocho líneas de actuación para la mejora de la AT:



**Línea 1:**


Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias

- Entre los diferentes departamentos de cada comunidad y ciudad autónoma, en los ámbitos regionales, provinciales y locales.
- Entre los equipos y centros de AT y los profesionales del ámbito sanitario, social y educativo que intervengan en el nivel descentralizado territorial, facilitando espacios y tiempo para la formación de redes locales complementarias y sinérgicas.
- Entre los equipos y centros de AT, los profesionales de los tres ámbitos y las familias y/o personas cuidadoras.
- Entre las organizaciones sociales de discapacidad, de infancia y de familias, así como de profesionales de la atención temprana.

**Línea 2:**

Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias

- Mejorar los procesos de colaboración y participación activa de las familias, que contarán con la información, el acompañamiento y el apoyo en todo el proceso de AT, promoviéndose una atención centrada en el niño/niña y las familias.
- Las actuaciones de intervención temprana incidirán en los entornos de los/las niños/as para que les puedan ofrecer oportunidades de aprendizaje diarias y significativas.


**Línea 3:**

Planificar, dimensionar y articular fórmulas de financiación adecuadas para los equipos, centros y servicios de AT en función de la población a atender, teniendo en cuenta una base territorial y comunitaria bien definida.

**Línea 4:**

Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de AT

- Promover el acceso en igualdad de condiciones de todos los/las niños/as, independientemente de su lugar de residencia.
- Asegurar la accesibilidad universal a los procesos y servicios de AT.
- Simplificar al máximo los procedimientos de acceso, mediante protocolos ágiles y accesibles que reduzcan los obstáculos administrativos en el acceso a los servicios de AT.
- Reforzar la prevención en los ámbitos de atención primaria de sanidad y servicios sociales para iniciar el proceso de valoración e intervención en el menor tiempo posible.
- Reducir los tiempos de demora al máximo nivel posible desde la detección hasta el acceso efectivo a servicios integrales de AT.

**Línea 5:** Garantizar la valoración e intervención integral, cuidando que las actuaciones que se desarrollen sean:

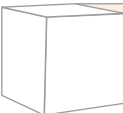
- Personalizadas, respetando la iniciativa e intereses de cada niño y de cada familia, en tanto sujetos activos y partícipes principales de dichos procesos, de su orientación y de la toma de decisiones sobre temas que les afecten.
- Estables, evitando discontinuidades en los profesionales de referencia que atienden al niño/niña y a la familia y favoreciendo la continuidad en la atención.



### Línea 6:

#### Mejorar la calidad de las actuaciones y servicios de la AT

- Desarrollar e implementar estándares de calidad comunes en el seguimiento del niño/a para una prevención, detección, valoración e intervención de calidad.
- Establecer estándares de calidad e indicadores para los centros, establecimientos, servicios y otros contextos donde se intervenga con el niño o la niña y su familia.
- Elaborar y utilizar instrumentos o guías dirigidos a los/as agentes comunitarios y demás profesionales que intervienen en la AT para identificar factores de riesgo y/o signos de alarma del desarrollo y garanticen la efectividad en la detección de alteraciones del desarrollo.
- Favorecer la estabilidad de los equipos profesionales para salvaguardar los procesos de vinculación con los/las niños/as y la construcción de alianzas y sinergias con las familias y las redes de recursos.



### Línea 7: Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las y los profesionales implicados en el proceso de AT

- Los/las profesionales que trabajen en AT tendrán formación de base y específica en AT, desarrollo infantil, calidad de vida familiar y/o acreditación de la experiencia laboral suficiente en los ámbitos sanitario, educativo o de servicios sociales.
- Inclusión dentro de los planes de formación continua y actualizada de los profesionales implicados en el proceso de prevención, detección, derivación y atención, de contenidos dirigidos al conocimiento del desarrollo evolutivo y de los signos de alerta en el desarrollo de las competencias motoras, sensoriales, comunicativas, de autorregulación, cognitivas y de socialización del niño y de la niña.

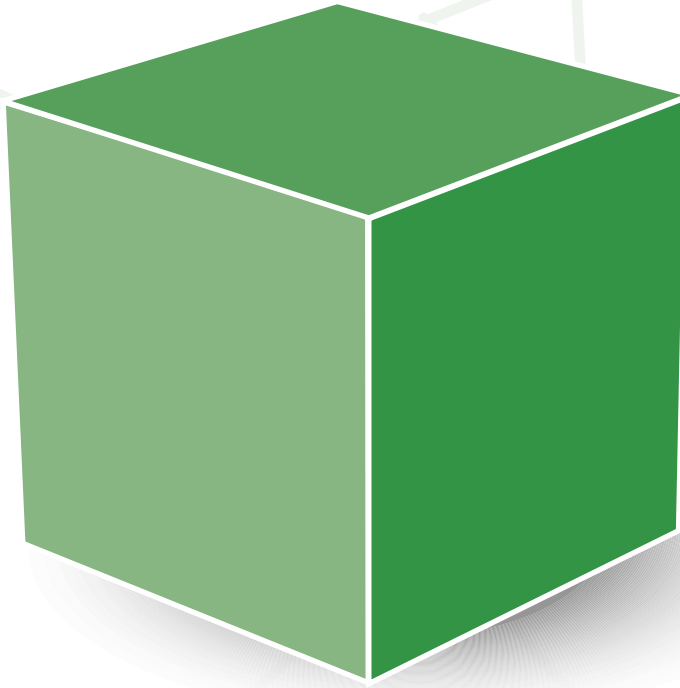


### Línea 8:

#### Optimizar los sistemas de información y registro

- Impulsar en todas las comunidades y ciudades autónomas un registro específico de AT que permita identificar unos datos mínimos respecto a la edad y situación de los niños y las niñas que son detectados, valorados y derivados a AT.
- Establecer un sistema de información y registro común interdepartamental e interinstitucional que integre toda la información relevante de cada caso y/o soportes documentales básicos compartidos.
- Definir unos indicadores de seguimiento y evaluación del proceso.

Hasta que el desarrollo de esta hoja de ruta devenga en resultados efectivos la realidad es que existen importantes diferencias en el desarrollo de los servicios de AT en las diferentes CCAA españolas.



# 3.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE Plena inclusión<sup>5</sup>

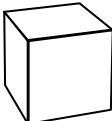
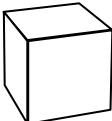
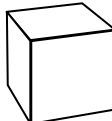
5. A la hora de interpretar los resultados debe tenerse en cuenta que la encuesta no tenía preguntas obligatorias, esto es, hay entidades que no han contestado a algunas preguntas por lo que es posible que la suma total de respuestas varíe de una pregunta a otra.



Para tener clara cuál es la situación de la AT a los niños y niñas con discapacidad intelectual en España, Plena Inclusión remitió en febrero de 2023 una encuesta a sus diferentes entidades federadas que cuentan con uno o más servicios de AT a través de la red de AT estatal compuesta por las federaciones y la confederación. En el Anexo II pueden revisarse todas las preguntas de la encuesta.

El objetivo de esta iniciativa fue conocer cuál es la realidad de la Atención Temprana en las distintas CCAA y sus localidades. El formulario enviado pretendía recoger la información sobre la situación de los centros y servicios que forman parte del movimiento asociativo de Plena inclusión, y también de aquellos que están adheridos al Proyecto de transformación “La atención temprana que queremos”, para poder conocer la situación actual de la AT y plantear acciones de incidencia, basadas en intereses comunes en el marco de la nueva ley de Familias.

Antes de desglosar los resultados de las entidades que participaron en la recogida de datos, indicamos el número de entidades, centros y servicios de Atención Temprana a los que apoya Plena inclusión en cada Comunidad Autónoma<sup>6</sup>.

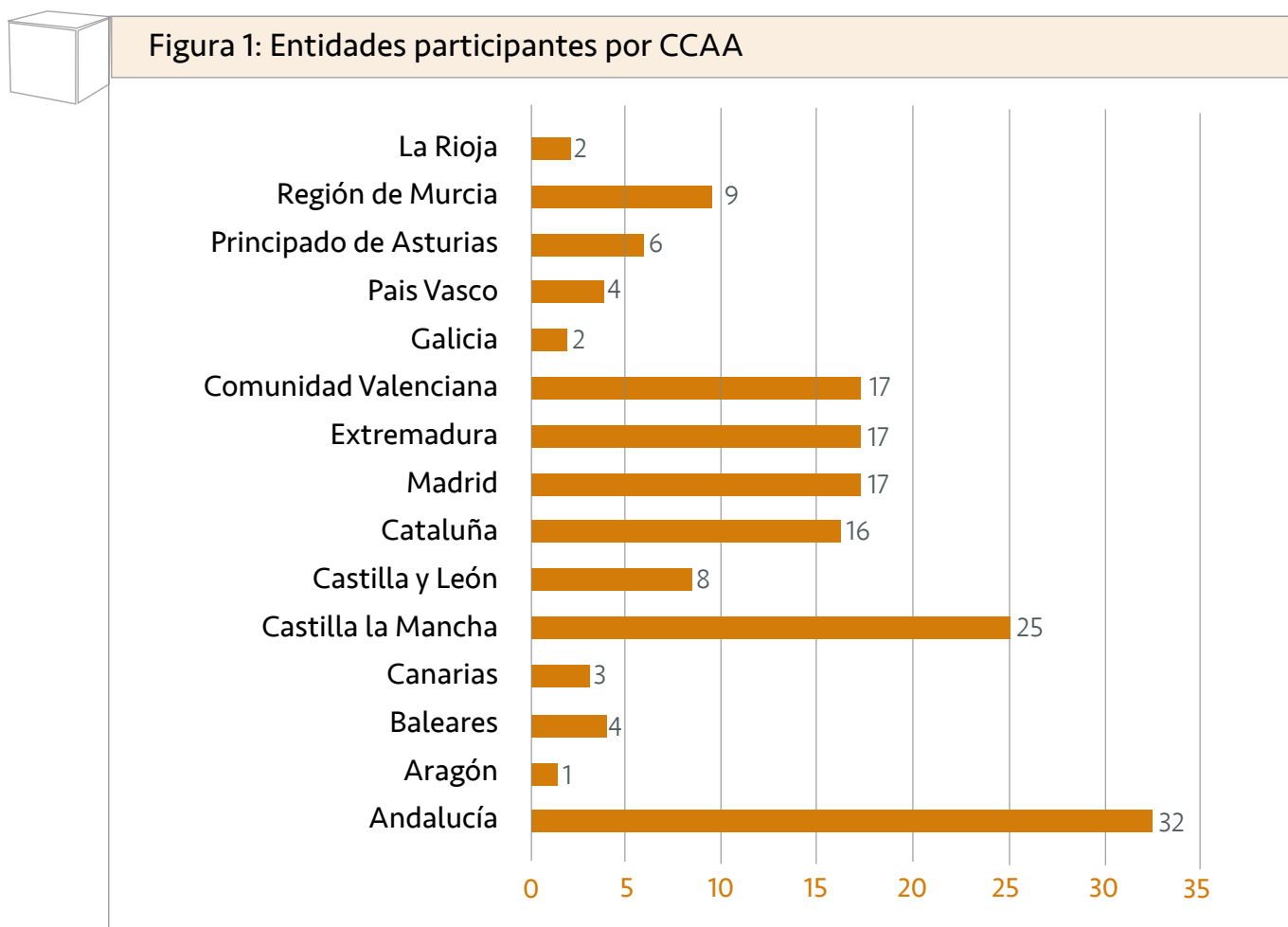
 Comunidad autónoma	 Número de centros y servicios federados	 Número de centros y servicios no federados a los que se acompaña
Andalucía	59	0
Aragón	0	1
Baleares	5	0
Canarias	6	1
Ceuta	0	0
Cantabria <sup>7</sup>	0	0
Castilla la Mancha	34	21
Castilla y León	8	0
Cataluña	21	1
Comunidad de Madrid	34	0
Comunidad Valenciana	22	61
Extremadura	16	0
Galicia	10	0
Principado de Asturias	3	0
Región de Murcia	17	0
La Rioja	1	0
Melilla <sup>8</sup>	0	0
Navarra	8	0
País Vasco	5	0

6. Se recoge información únicamente de las CCAA de las que se conoce el dato, a pesar de haber más federaciones autónomas que tienen centros y servicios federados.

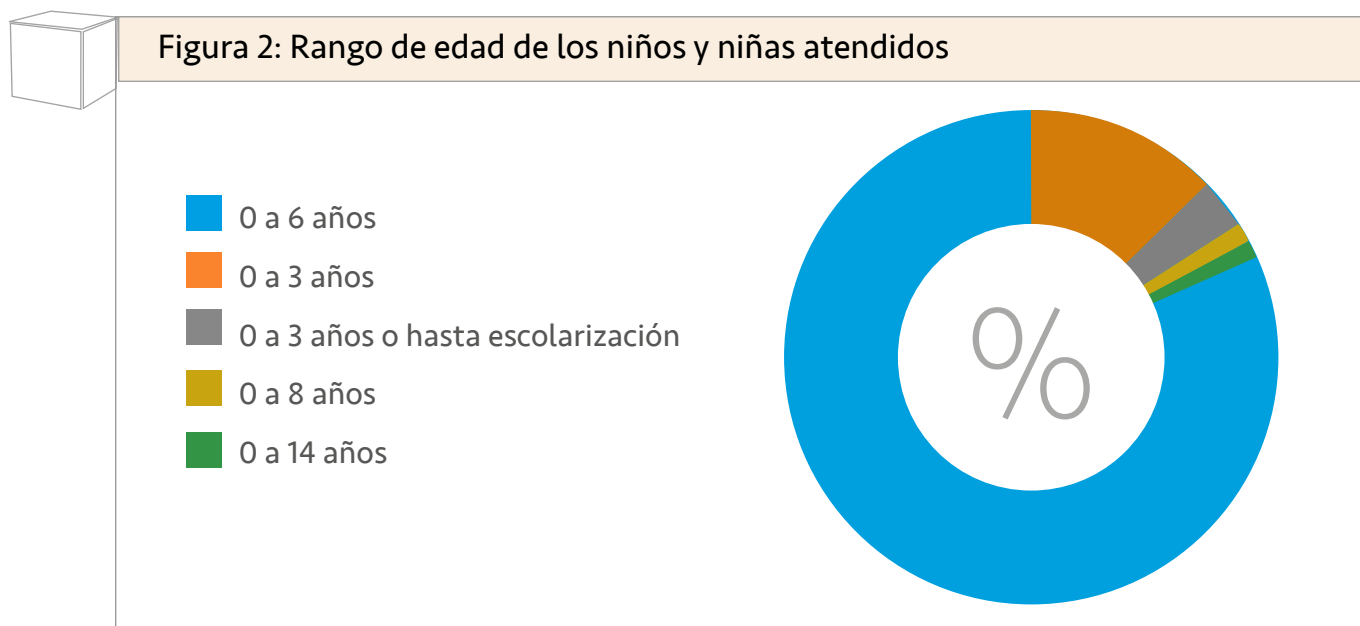
7. En el caso de esta CCAA, la Atención Temprana se asume completamente por la Administración en Centros Públicos, motivo por el cual no existen centros federados con Plena inclusión.

8. En el caso de esta CCAA, la Atención Temprana se asume completamente por la Administración en Centros Públicos, motivo por el cual no existen centros federados con Plena inclusión.

En la encuesta participaron entidades de 15 CCAA. En la Figura 1 se presenta la distribución de las entidades en las diferentes comunidades.



A la pregunta: **¿A qué rango de edad pertenecen los niños/as que apoyáis en vuestro servicio de Atención Temprana?** 133 entidades (81,6%) informaron que prestan servicios de AT a niños y niñas de 0 a 6 años, 19 entidades (12%) de 0 a 3 años, 6 entidades (4%) de 0 a 3 años o hasta la escolarización, 1 entidad presta servicios de 0 a 8 años y otra de 0 a 14 años. Los resultados se reflejan gráficamente en la figura 2.



La mayoría de las entidades presentan resultados homogéneos por CCAA respecto a las edades de atención tal y como puede verse en la Tabla 2. Sin embargo, llama la atención la situación de Castilla la Mancha<sup>9</sup>, Castilla y León y Asturias, comunidades en las que hay entidades en las que se trabaja con diferentes rangos de edad bajo una misma normativa autonómica que, en los tres casos, señala que la AT se dirige a niños y niñas de 0 a 6 años.



**TABLA 2:** Edades de los niños/as a los que se presta AT por CCAA

Comunidad autónoma	0 a 6 años	0 a 3 años	0 a 3 años o hasta la escolarización	0 a 8 años	0 a 14 años
Andalucía	31	0	0	0	1
Aragón	1	0	0	0	0
Baleares	4	0	0	0	0
Canarias	3	0	0	0	0
Castilla la Mancha	11	11	3	0	0
Castilla y León	1	3	3	0	0
Cataluña	16	0	0	0	0
Comunidad de Madrid	16	0	0	1	0
Extremadura	16	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	16	1	0	0	0
Galicia	2	0	0	0	0
País Vasco	4	0	0	0	0
Principado de Asturias	2	4	0	0	0
Región de Murcia	9	0	0	0	0
La Rioja	2	0	0	0	0

9. Cabe destacar que desde la aprobación de la Ley 2/2023, de 10 de febrero, de AT en Castilla-La Mancha, todos los centros de esta comunidad autónoma atienden a niños y niñas de 0 a 6 años.

El número medio de horas de trabajo de los y las profesionales contratados en los servicios de AT de las entidades participantes es de 33 horas semanales. Cataluña, Asturias y Galicia son las CCAA en las que menos horas trabajan de media estos profesionales tal y como puede verse en la Tabla 3.



**TABLA 3:** Número medio de horas de trabajo de los y las profesionales contratados

Comunidad autónoma		Comunidad autónoma	
Andalucía	33	Comunidad Valenciana	34
Aragón	33	Extremadura	33
Canarias	33	Galicia	25
Castilla y León	36	Islas Baleares	36
Castilla la Mancha	34	La Rioja	38
Cataluña	30	País Vasco	35
Comunidad de Madrid	34	Principado de Asturias	25
Navarra	35	Región de Murcia	35

En lo referente a la distribución por sexo de los trabajadores/as de AT, los resultados demuestran que se trata de un **sector altamente feminizado**. La media de las CCAA indica que el 91,4% de las trabajadoras del sector son mujeres. La feminización del sector se da en todas y cada una de las CCAA españolas.

En la Tabla 4 se muestran los resultados de la pregunta: **¿De qué Consejería/ ámbito depende vuestro servicio o centro de AT?**

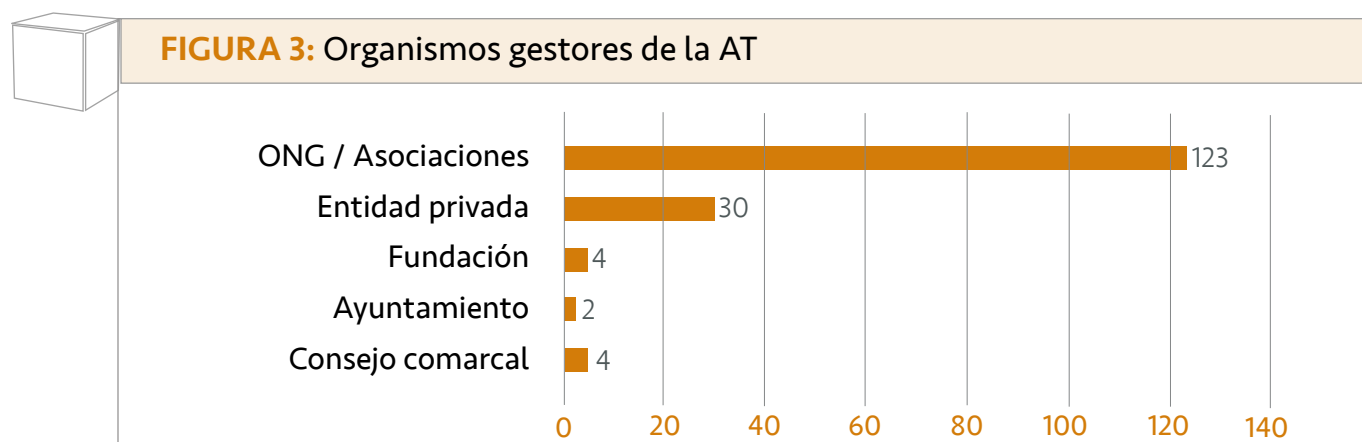
En 11 de las 16 CCAA la AT depende del ámbito social, en 1 del ámbito social/educativo, en 2 del ámbito sanitario y en otras dos del ámbito sanitario/social.



**TABLA 4:** Consejería responsable de la AT

Comunidad autónoma	Consejería responsable	Ámbito
Andalucía	Salud y consumo	Sanitario
Aragón	Bienestar Social y Familia	Social
Canarias	Sanidad, Bienestar Social, Igualdad, Infancia y Familias	Sanitario
Castilla y León	Familia e igualdad de oportunidades	Social
Castilla la Mancha	Bienestar Social	Social
Cataluña	Departamento de derechos sociales	Social
Comunidad de Madrid	Familia, Juventud y Asuntos Sociales	Social
Navarra	Derechos Sociales / Educación	Social / Educativo
Comunidad Valenciana	Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda	Social
Extremadura	Salud y Servicios Sociales	Sanitario / Social
Galicia	Consejería de cultura, educación y ordenación Universitaria; Sanidad y Trabajo y Bienestar	Social
Islas Baleares	Familia y asuntos sociales	Social
La Rioja	Salud y políticas sociales	Sanitario / Social
País Vasco	Igualdad Justicia y políticas sociales	Social
Principado de Asturias	Derechos sociales y bienestar	Social
Región de Murcia	Consejería de Política Social, Familias e Igualdad	Social

En la Figura 3 se muestran los resultados de la pregunta: **¿De qué organismo depende la gestión del centro o servicio de Atención Temprana?** Más del 75% de los servicios (125) son gestionados por una ONG/Asociación; 31 servicios (18,6%) los gestiona una entidad privada, 4 (2,4%) son gestionados por fundaciones, otros 4 por un consejo comarcal y 2 (1,2%) están gestionados por ayuntamientos.

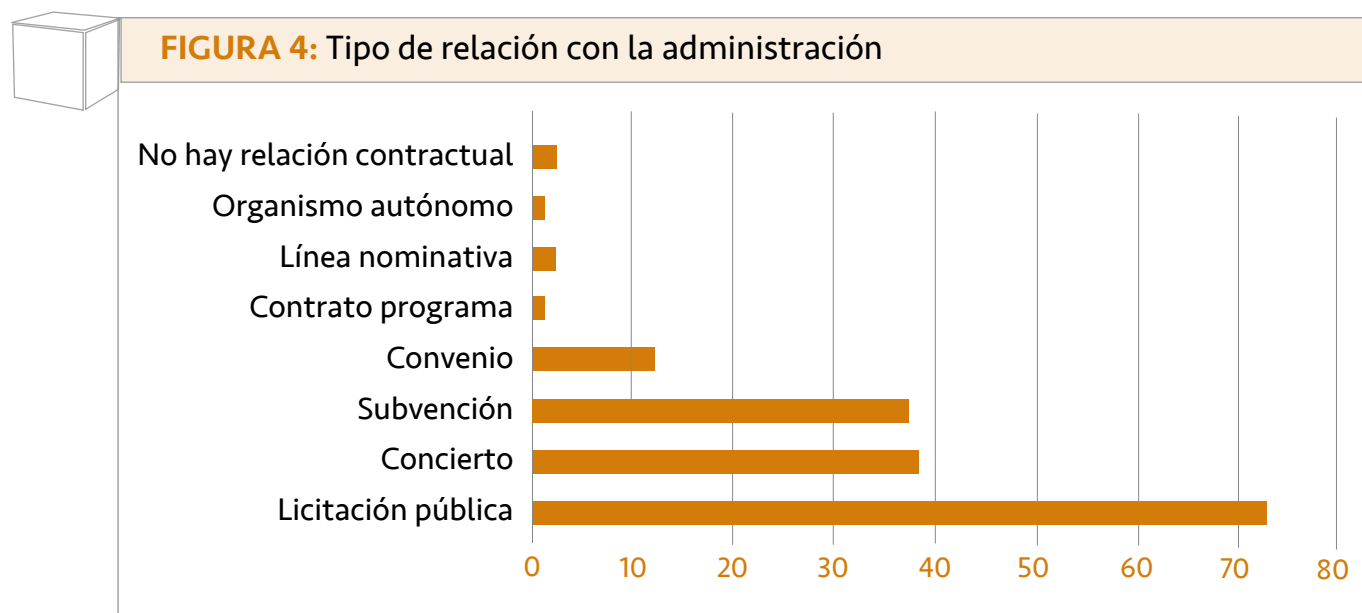


En todas las CCA la mayoría de los servicios de AT están gestionados por asociaciones u ONGs. Tan solo en Cataluña aparecen más entidades privadas que asociaciones/ONGs como gestoras de los servicios. En la Tabla 5 se muestra la distribución de los organismos gestores en las CCAA.

**TABLA 5: Organismos gestores de los Servicios de AT**

Comunidad autónoma	ONG/ Asociaciones	Entidad privada	Fundación	Ayuntamiento	Consejo comarcal
Andalucía	24	7	1	0	0
Aragón	0	1	0	0	0
Canarias	2	0	1	0	0
Castilla y León	4	3	1	0	0
Castilla la Mancha	20	5	0	0	0
Cataluña	6	9	0	1	0
Comunidad de Madrid	17	0	0	0	0
Navarra	1	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	13	0	0	1	3
Extremadura	13	4	0	0	0
Galicia	2	0	0	0	0
Islas Baleares	3	1	0	0	0
La Rioja	1	0	0	0	0
País Vasco	4	0	0	0	0
Principado de Asturias	4	1	1	0	0
Región de Murcia	9	0	0	0	0

Con relación a la pregunta: **¿Qué tipo de relación contractual mantiene la Administración pública con vuestro centro de Atención Temprana?** Se aprecia una mayor dispersión de las respuestas entre cuatro categorías de relación con la administración tal y como se muestra en la Figura 4.



El modelo de Licitación pública es el más común. Andalucía, Aragón, Madrid y La Rioja basan su modelo de AT en este tipo de relación con las entidades prestadoras de los servicios. Navarra, Extremadura y Murcia emplean el modelo de Concierto. Castilla la Mancha y Galicia basan su modelo en subvenciones y Castilla y León en convenios.

Resulta llamativo que, según los datos de la encuesta, hay CCAA que presentan varios modelos de relación con las entidades. En Cataluña, por ejemplo, las 16 entidades participantes reportaron 4 modalidades de relación contractual, siendo la licitación pública la más habitual con 9 entidades. Caso similar es el de la Comunidad Valenciana que para 17 entidades presenta más variedad contractual, siendo el concierto el modelo más común con 9 entidades

Las 4 Entidades de Islas Baleares se dividen a partes iguales entre la licitación pública y el concierto. Asturias presenta 4 entidades en el modelo de licitación y 2 en el modelo de subvención y el País Vasco divide a las 4 entidades que contestaron a esta pregunta entre tres modelos; subvención (1), convenio (2) y contrato programa (1).

Tal y como se comentaba anteriormente Extremadura sigue mayoritariamente el modelo del concierto, 12 de las 17 entidades participantes así lo acreditan, sin embargo, hay 5 entidades más repartidas entre la licitación (2) y la subvención (3).

Las respuestas a la pregunta: **¿Cada cuánto tiempo se renueva esa relación contractual?** presentan aún más variabilidad que las referidos al modelo de contrato en sí mismo. Tan solo 5 CCAA presentan periodos homogéneos de renovación, Canarias, Castilla la Mancha y Galicia renuevan los contratos anualmente, Madrid cada 2 años y Murcia cada seis años.

10. La información de La Rioja hace referencia a un total de 18 entidades, gestionadas por Asociaciones / ONGs y Entidades privadas.

El resto de CCAA tienen periodos de renovación diferentes según las entidades que van desde los periodos de renovación “variables” hasta los contratos indefinidos pasando por renovaciones anuales, bianuales, trianuales, cuatrianuales, quinquenales o cada nueve años. Dos entidades refieren no saber cada cuanto tiempo renuevan sus contratos.

Cataluña es la comunidad que presenta mayor variabilidad con seis periodos de renovación diferentes para 16 entidades, Extremadura presenta seis periodos para 17 entidades. De manera general puede decirse que los periodos de renovación son muy heterogéneos inter e intra CCAA.

La encuesta plantea la siguiente pregunta: **A la hora de justificación o facturación del servicio de las plazas contratadas/subvencionadas con tu Administración Pública, ¿que se tiene en cuenta?** Y solicita a las entidades participantes que responda a las opciones que más se ajusten a la realidad de su Comunidad Autónoma.

De nuevo las respuestas son muy heterogéneas. Para empezar, aparecen 12 categorías de respuesta, a saber:

- Número de horas de atención.
- Número de niños/as atendidos.
- Número de horas de atención y número de niños/as atendidos.
- Número y tipo de plazas.
- Número de sesiones asignadas a cada niño/a.
- Número de profesionales.
- Número de sesiones asignadas a cada niño/a y número de profesionales.
- Número de horas de atención y número de profesionales.
- Todas las anteriores.
- Sin criterio definido.
- No sabe, no contesta.
- No hay relación contractual y no es necesaria ninguna justificación.

Tan solo cuatro comunidades presentan una respuesta homogénea. Destaca Murcia en la que sus 9 entidades participantes confirman que para la justificación de la facturación del servicio se tiene en cuenta el número de sesiones asignadas a cada niño/a. Tanto en Navarra como en Aragón se indica que la justificación depende exclusivamente del número de horas de atención y en Madrid se emplea el criterio de número y tipo de plazas.

En el resto de CCAA hay diferencias entre las distintas entidades. En Andalucía veinticinco participantes informan de que la justificación depende del número de horas de atención, pero hay cuatro entidades que dicen justificar por el número de horas de atención y el número de niños/as atendido y otra más justifica según el número de sesiones asignadas. Por último, otras dos entidades andaluzas dicen justificar según todas las opciones.

Un ejemplo similar al de Andalucía es el de Castilla la Mancha. Trece entidades justifican por el número de niños/as atendidos, pero aparecen entidades en otras seis categorías de respuesta, entre ellas dos que afirman no saber el criterio de justificación y otras que afirman que no existe un criterio definido.

Para no hacer excesivamente farragosa la explicación de las respuestas a esta pregunta presentamos en la Tabla 6 el número de entidades participantes que se ubican en cada categoría de respuesta. En esta tabla se puede apreciar la dispersión de las respuestas.

**TABLA 6:** Justificación de la facturación del servicio

Horas de atención	42	Número profesionales	3
Niños/as atendidos	27	Niños/as atendidos, número y tipo de plazas	3
Niños/as atendidos y horas de atención	19	Horas de atención, número de profesionales necesarios	1
Número y tipo de plazas	26	Todas las anteriores	25
Sesiones asignadas a cada niño	10	No sabe / no contesta	4
Sin criterio definido	5	No hay relación contractual	1

La encuesta pregunta a los participantes sobre la existencia de una plataforma online para compartir datos con la administración. De nuevo existen importantes diferencias entre CCAA. Todas las entidades participantes de Aragón, Castilla y León, Navarra, La Rioja, Madrid y Murcia confirman que en su Comunidad existe una plataforma online. Por su parte, todas las entidades de Canarias, Galicia, Islas Baleares y Principado de Asturias coinciden en que su Comunidad no dispone de la misma. En el resto de CCAA aparecen contradicciones en las respuestas. La mayoría de las entidades de Andalucía (31/32 participantes), y País Vasco (3/4) afirman que existe una plataforma online, sin embargo, la mayoría de las entidades de Castilla la Mancha (21/25), Comunidad Valenciana (12/17)<sup>11</sup> y Extremadura (11/17), señalan que esta plataforma no existe, en Cataluña encontramos el mismo número de entidades que dicen si y no, 8.

La gran mayoría de las entidades participantes que contestan (156) confirman que la administración les solicita un registro de su trabajo, tan solo 7 entidades dicen no recibir esa solicitud, cuatro de ellas entidades catalanas. Cuando se pregunta por el tipo de registro solicitado puede decirse que prácticamente cada entidad presenta una documentación diferente, al menos así parece por la variabilidad de las respuestas recibidas. Hay entidades que presentan registros de actividad diaria, otras que presentan registros de actividad, semanales, mensuales, trimestrales o anuales. Hay entidades que presentan memorias de actividad, otras presentan hojas Excel, hojas de firmas de los padres o de los profesionales, informes clínicos, hojas de altas y bajas de usuarios, etc.... En resumen, es prácticamente imposible agrupar las respuestas de las entidades debido a su variedad.

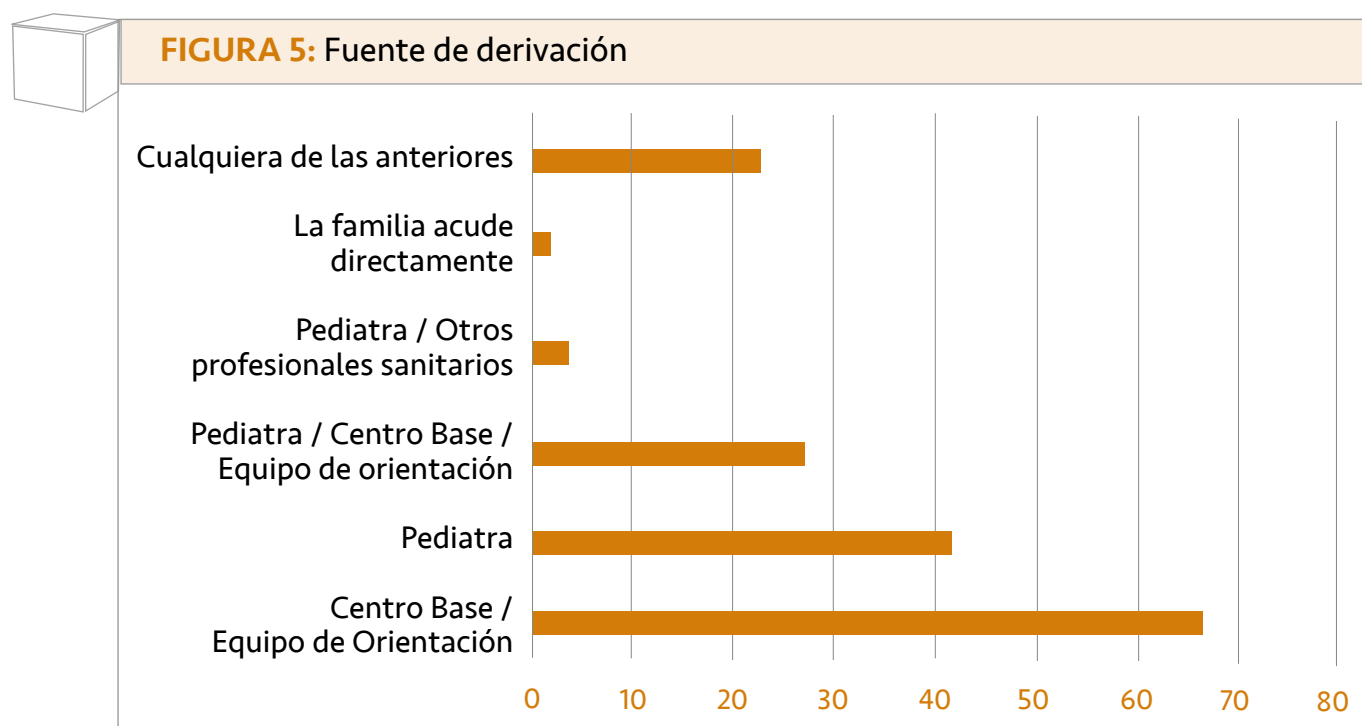
Algo similar ocurre cuando se pregunta cual la frecuencia con que la administración solicita esos registros. De nuevo son las entidades murcianas las que responden de manera homogénea ya que, según informan, deben presentar un registro mensual de asistencia y el resto de la información de manera anual. También en Madrid se da una respuesta casi unánime y se confirma el periodo bianual, tan solo dos entidades madrileñas informan de un periodo diferente y son aquellas que no tienen un acuerdo de prestación de servicios con la Comunidad de Madrid. El resto de las entidades informa de hasta 13 periodos distintos; la periodicidad mensual es la más habitual, 39 entidades

11. Actualmente, en la Comunidad Valenciana no existe una plataforma específica, aunque si se comparte la documentación justificativa en la carpeta ciudadana de GVA.



aportan este dato (además de las 9 entidades murcianas), 32 informan de un periodo diario, 16 de un periodo anual y 19 trimestral. Hay entidades que afirman que el periodo en el que se les solicitan los registros es de 4 años, variable, a demanda de la administración o, 5 entidades extremeñas, que solo presentan los registros cuando la administración inspecciona sus servicios de AT.

El cuestionario pregunta cual agente es el encargado de la derivación del niño/a al centro de AT. De manera general y tal y como se presenta en la Figura 5 la principal fuente de derivación de niños y niñas a los servicios de AT es el Centro Base u otros equipos de orientación de la administración. En segundo lugar, aparece el/la pediatra y en tercer lugar una combinación de ambas opciones. Es destacable que 29 entidades confirman que las familias pueden acudir directamente al servicio de AT.

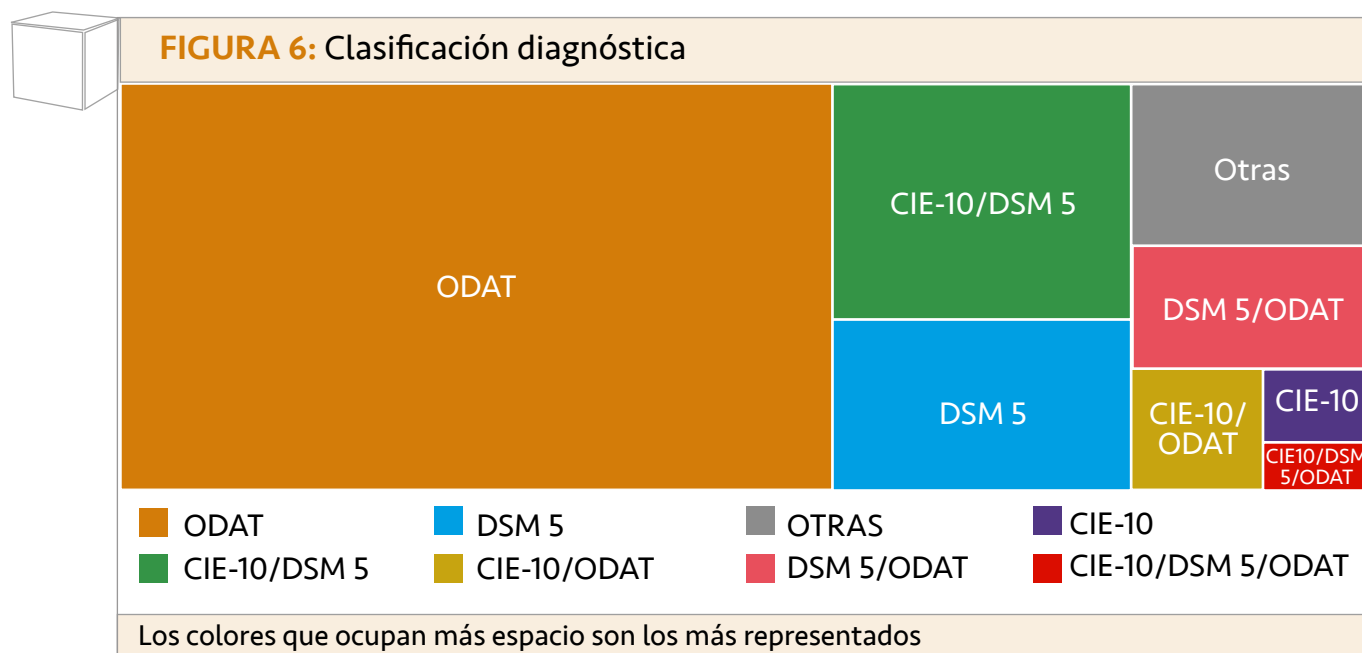


Respecto a la distribución de las respuestas por CCAA, de nuevo se aprecian diferencias inter e intracomunitarias. Las entidades murcianas presentan una respuesta homogénea e identifican a pediatría como la fuente de derivación. Igualmente ocurre con las entidades de las Islas Baleares y Aragón, todas confirman que los casos les son derivados por el centro base u otro equipo de orientación de la administración.

En Castilla y León, Madrid, Extremadura y País Vasco la opción mayoritaria, pero no única, es el centro base u otro equipo de orientación de la administración. En Andalucía, Comunidad Valenciana y Principado de Asturias, la opción mayoritaria es la de pediatría. 15 entidades catalanas por su parte confirman que en esa comunidad la derivación puede provenir de cualquiera de las opciones propuestas.

En respuesta a la pregunta: **¿Se utiliza una clasificación diagnóstica común en tu comunidad autónoma?** 100 entidades respondieron si, 32 respondieron no y 33 no contestaron o desconocían el dato.

La clasificación más utilizada es la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) seguida por la combinación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) tal y como puede apreciarse en la Figura 6.



En lo que se refiere a las clasificaciones diagnósticas aplicadas en las diferentes CCAA; Andalucía y Castilla y León emplean homogéneamente la ODAT. También esta clasificación es la que se emplea mayoritariamente en Baleares y Murcia aunque en esta última hay mucha dispersión en las respuestas.

La CIE es la más común en Cataluña, Canarias y Navarra en combinación con el DSM y la ODAT. Por otra parte, la combinación DSM/ODAT es la más empleada en la Comunidad Valenciana.

En Castilla la Mancha, Madrid, Extremadura, Galicia, La Rioja, País Vasco y Asturias la mayoría de las entidades no saben cuál es la clasificación que se emplea y aquellas que contestan a la pregunta presentan una enorme variabilidad.

La encuesta plantea a las entidades si según el perfil diagnóstico del niño/a, la Administración establece un número fijo de horas de atención. 117 entidades dicen que no, 46 responden si, respuesta mayoritaria en Andalucía y Murcia, y dos entidades no saben o no contestan a la pregunta.

A continuación, en la encuesta se plantea la siguiente pregunta: Según el perfil diagnóstico del niño/a, ¿la Administración establece unos tipos de atención (logopedia, fisioterapia...etc.)? 117 responden que no y 48 responden si.

Unánimemente las entidades de Murcia, Baleares y Aragón responden que sus administraciones si establecen tipos de atención según el perfil diagnóstico. Al contrario, desde Canarias, Castilla la Mancha, Navarra y Principado de Asturias se responde que no se establece tipo de atención por diagnóstico. El resto de las comunidades presenta respuestas afirmativas y negativas entre sus entidades primando aquellas que responden no.

Con referencia a los documentos en los que se recogen las intervenciones con los niños y/o sus familias el cuestionario realiza dos preguntas. La primera: ¿Cada niño cuenta con un documento que recoge el tipo de intervenciones que se llevan a cabo con la familia? (Por ejemplo, Plan de apoyo familiar). El 92% de todas las entidades responde que si.

A la segunda pregunta: **¿Cada niño/a cuenta con un documento que recoge el tipo de intervenciones que se llevan a cabo con el/ella?** (Por ejemplo, Programa Atención Individual) el 94% responde afirmativamente. Cabe destacar que de las 10 entidades totales que responden que no tienen un documento que recoja estas intervenciones 8 son de Castilla la Mancha.

Con relación al tipo de sesiones que se realizan en los centros o servicios de AT de las entidades participantes. La mayoría de las entidades realizan diferentes tipos de sesiones aunque hay algunas que afirman realizar solo un tipo, a saber:

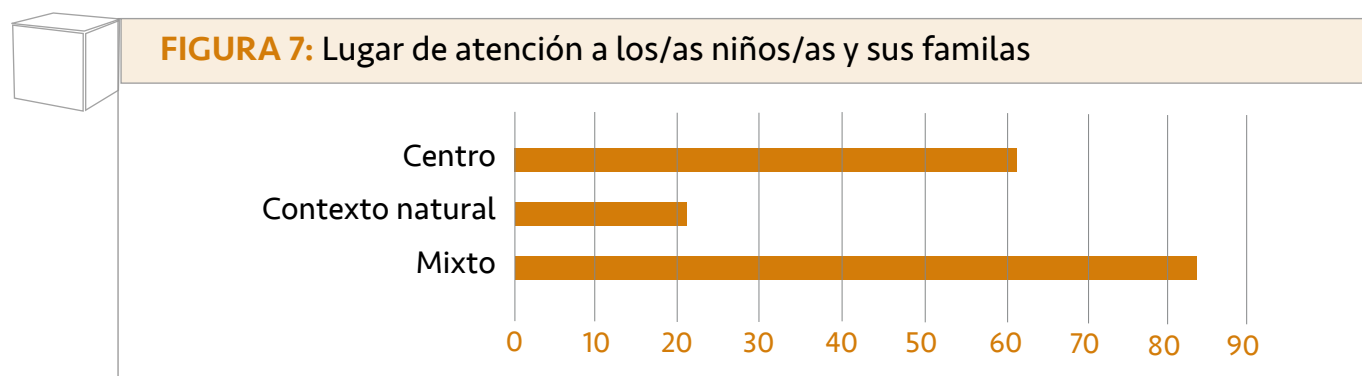
- 11 entidades solo refieren sesiones individuales junto a la familia.
- 6 entidades solo sesiones individuales con el niño/a.
- 5 entidades solo realizan sesiones grupales junto a las familias.
- 1 entidad solo realiza sesiones grupales junto a otros niños.

El resto de entidades realizan varios tipos de sesiones. 151 realizan sesiones individuales, bien solo con el niño/a, bien junto a la familia, bien combinando este tipo de sesiones, 82 entidades realizan sesiones grupales bien con la familia, bien con otros niños/as en combinación con las sesiones individuales. La variabilidad del tipo de sesiones es común entre las entidades de todas las CCAA.

Se cuestiona a las entidades sobre el lugar en el que se apoya a los niños/as y a sus familias. Hay tres categorías de respuesta: En el centro o servicio de AT; en los contextos naturales (domicilio, colegio, parque...) o mixto (tanto en el centro como en contextos naturales)

El modelo mixto es el más común seguido de la atención en el centro o servicio de AT. Por CCAA con excepción de aquellas en las que solo respondieron una o dos entidades, en todas aparecen diferentes opciones de atención.

En la Figura 7 se muestran las respuestas a cada categoría:

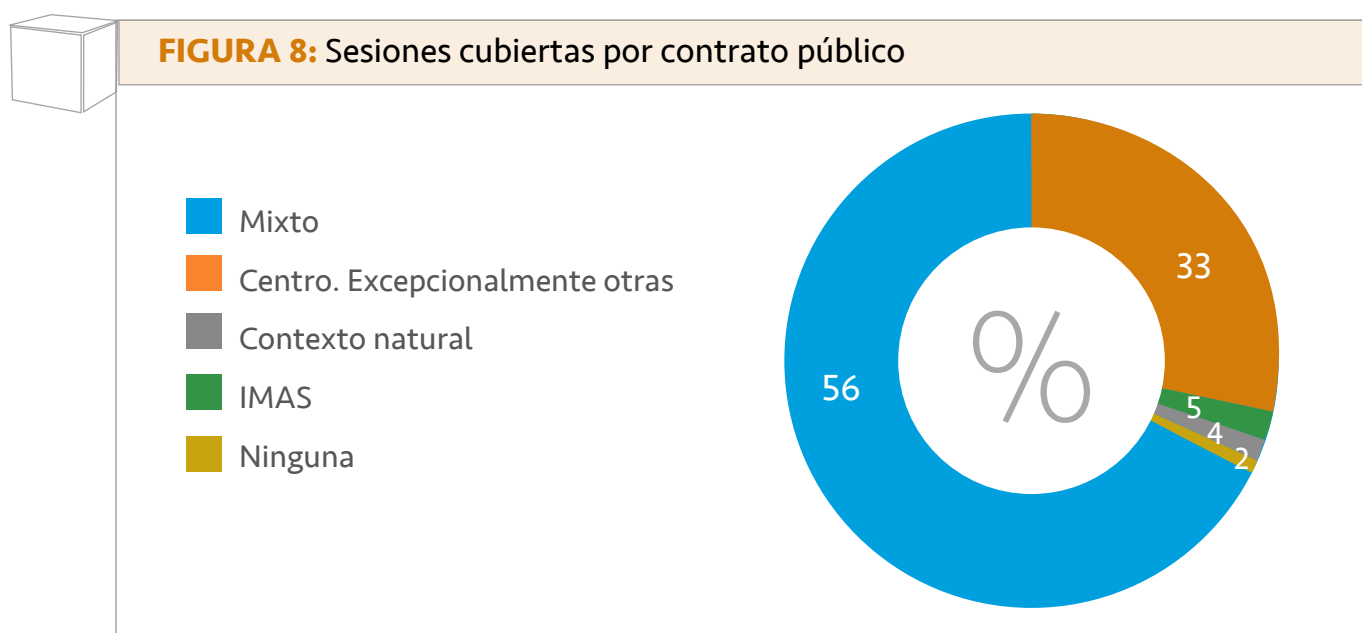


Con relación a las sesiones se plantea una nueva pregunta: **¿Cuáles de estas tipologías de sesión están cubiertas por vuestro contrato público?**

Básicamente las respuestas pueden agruparse en 5 categorías:

- Mixto. Las que realizamos en el centro o servicio de Atención Temprana, las que realizamos en contextos naturales (domicilio, colegio, parque...).
- Las que realizamos en el centro o servicio de Atención Temprana. Excepcionalmente otras.
- Las que realizamos en contextos naturales.
- Las que aparezcan en la resolución de Instituto Murciano de Acción Social (IMAS).
- Ninguna (0).

En la Figura 8 puede verse la distribución total de las respuestas.



De nuevo en la respuesta a esta pregunta se aprecian diferencias entre comunidades.

Obviamente todas las entidades murcianas respondieron que se cubren aquellas que aparecen en la resolución del IMAS<sup>12</sup>.

Por su parte todos los participantes de la Comunidad de Madrid indican que se cubren las sesiones que realizan en el centro o servicio de Atención Temprana y excepcionalmente otras fuera del mismo.

Las entidades de Navarra, Galicia, Baleares y La Rioja se incluyen en su totalidad en el modelo mixto.

El resto de CCAA presentan variabilidad interna con entidades que dicen incluirse en diferentes modelos incluyendo a cuatro cuyas sesiones no se cubren ya que no tienen contratos con la administración.

Se pregunta en el cuestionario cómo se hace partícipes a las familias en la práctica diaria. Prácticamente cada entidad aporta una respuesta diferente, pero coinciden en que mantienen a las familias implicadas e informadas. Muchas de ellas incluyen a las familias en las propias intervenciones individuales o grupales y prácticamente todas mantienen reuniones periódicamente con las familias, bien de manera programada bien a demanda de las familias o de los propios profesionales.

12. De las resoluciones revisadas por los autores se entiende que las sesiones cubiertas en la región de Murcia se inscriben dentro del modelo Mixto. [Enlace](#).

Se consulta a las entidades si en caso de apoyar a los niños y niñas y sus familias en el contexto natural cuál es la distancia máxima a la que se desplazan los profesionales. Las entidades que responden a esta pregunta lo hacen de manera muy variable. 51 entidades responden con una cifra de kilómetros de distancia a la que se desplazan los profesionales y lo hacen con un abanico que va desde los 2 hasta los 181 km. La distancia de 30 km es la más repetida con 12 entidades. 10 entidades explican que se pueden desplazar dentro de la comarca, 6 dentro de su localidad, 6 dentro de la provincia, dos en toda su comunidad autónoma y 12 plantean que no hay una distancia máxima fijada. Tres entidades plantean las respuestas no en kilómetros sino en minutos de desplazamiento 30, 45 y 50 minutos respectivamente. No se encuentra ningún patrón de respuesta intracomunitario, prácticamente cada entidad de cada comunidad responde de manera diferente.

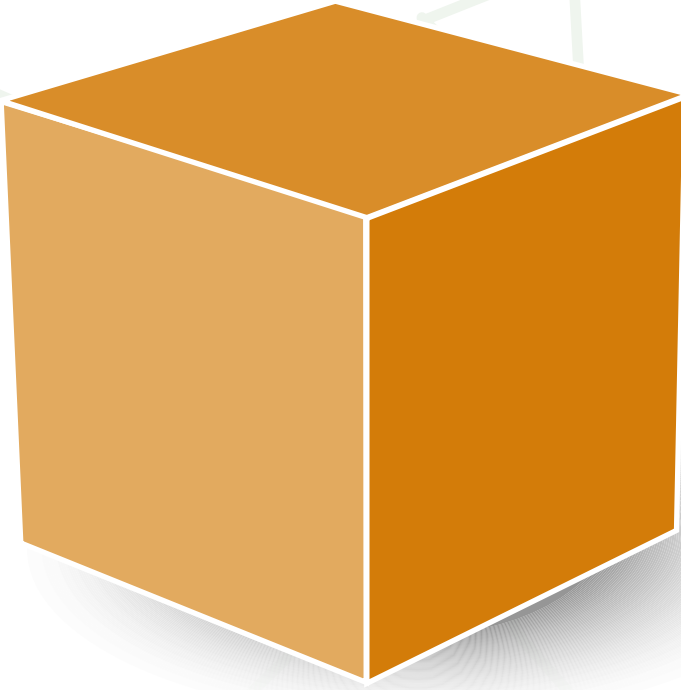
Cuando se pregunta si hay algún **criterio de distancia del domicilio familiar** al centro o servicio para la asignación de plaza, la mayoría de las entidades (75) responden que no, las que responden sí son 61 y las que no saben o no contestan 26. Tan solo País Vasco y Canarias responden unánimemente que no hay criterio de distancia a la hora de adjudicar la plaza, en el resto de las comunidades en las que hay varias entidades respondiendo se encuentran respuestas de los tres tipos.

Con relación a las acciones de prevención que se llevan a cabo desde las entidades, 124 dicen que si realizan este tipo de acciones y 38 dicen no.

**¿Qué tipo de acciones de prevención se llevan a cabo?** Básicamente cada entidad que lleva a cabo este tipo de acciones presenta una respuesta diferente. La mayoría de las acciones son charlas y formaciones en diferentes ámbitos y con diferentes poblaciones diana; familias, profesionales de la educación (fundamentalmente en educación infantil y primaria), profesionales de centros sanitarios y profesionales de servicios sociales. Hay también entidades que realizan acciones de prevención dirigidas a población general mediante charlas y conferencias o mediante la elaboración de materiales de difusión. Destacan algunas entidades que hacen prevención con grupos específicos de población, prevención prenatal en caso de que se hayan detectado dificultades en el desarrollo fetal, detección de dificultades y seguimiento en casos de niños/as prematuros y en casos de niños en riesgo social, y detección de síntomas de autismo y otros trastornos del desarrollo.

La mayoría de las acciones de prevención son charlas y formaciones en diferentes ámbitos y con diferentes poblaciones diana

Por último y con relación a los perfiles profesionales que trabajan junto a los niños/as y sus familias puede decirse que la triada profesional de psicólogo/a, fisioterapeuta y logopeda es la más frecuente y aparece en 127 de las entidades participantes. Muchas de estas entidades no solo cuentan con esos perfiles profesionales sino con otros más. Entre los perfiles profesionales más habituales están terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, maestros/as, pedagogos/as, psicomotricistas, estimuladores y técnicos en atención temprana.



**4.**

**CONCLUSIONES**

Revisando las normas internacionales puede decirse que existen dos grandes textos normativos relacionados con la AT, a saber:

- La Convención de los Derechos del Niño y,
- la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

En estos textos la AT se considera como un derecho de las personas con discapacidad que se desarrolla en los ámbitos educativo, sanitario y social. La AT tendría como objetivo el desarrollo de los/as niño/as en el periodo de 0 a 6 años, si bien las intervenciones deben continuar a partir de esa edad como parte de sus derechos a la educación, la salud y la participación social.

En lo relativo a la normativa que ordena la AT a **nivel nacional** existen tres grupos básicos de regulaciones.

- Regulación mediante una **ley específica** como es el caso de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha y la Región de Murcia.
- Regulación por **decreto**, como en el caso de Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, La Rioja y País Vasco.
- Regulación en el ámbito de los **Servicios Sociales** con los ejemplos de Comunidad Valenciana, Extremadura, Islas Baleares y Principado de Asturias.

Cada modelo regulatorio tiene sus ventajas e inconvenientes, obviamente las leyes específicas parecen integrar de manera más coherente normativas de distinto rango y adquieren fuerza normativa. Desde las mismas pueden desarrollarse decretos y órdenes y los correspondientes planes y protocolos. Debe señalarse que las leyes autonómicas existentes son muy recientes (2019, 2021 y 2023) y no están plenamente desarrolladas por lo que es necesario realizar un seguimiento de estas para ver cuál es su efecto sobre los servicios que reciben los niños/as que requieren de AT.

Independientemente del modelo regulatorio, de manera general en el campo autonómico nos encontramos con una normativa adecuada en la que las CCAA comparten algunos elementos básicos.

**De manera general** todas las CCAA entienden la AT como un **conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a sus familias y a la comunidad**. El objetivo de estas intervenciones es dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades provisionales 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 multidisciplinar de profesionales.

Así mismo todas las normativas autonómicas comparten los **principios básicos** más importantes:

- El interés superior del menor.
- La universalidad (todos los niños/as deben poder acceder cuando reúnan los requisitos y condiciones establecidos).
- Gratuidad en el acceso.
- Atención Integral (Ámbitos sanitarios, educativos y sociales).
- Calidad (debe cumplir los estándares esenciales de calidad).

El problema del desarrollo de la AT no parece entonces la normativa que la regula, aunque debiera armonizarse en todas las CCAA, sino que los contenidos de esa regulación no se cumplen. Esta disparidad normativa puede tener implicaciones negativas para la igualdad de oportunidades de los/as niños/as en función de su lugar de residencia lo que podría afectar a su desarrollo y su calidad de vida futura.

La **falta de homogeneidad** normativa y de la falta de cumplimiento de la misma se ve claramente reflejada en los resultados de la encuesta realizada por Plena inclusión a sus entidades federadas.

No existe una respuesta homogénea en ninguna de las respuestas ni siquiera en aquella en la que parecen coincidir todas las normativas y que indica que la AT debe dirigirse a niños/as de 0 a 6 años. En cuanto al rango de edades encontramos servicios que solo se dirigen al periodo de 0 a 3 años y otras que dicen intervenir hasta los 14.

El **número de horas** que dedican de media los profesionales también **es muy variable** con varias CCAA con dedicaciones por debajo de las 30h semanales.

En la mayoría de las CCAA los servicios de AT dependen de las consejerías de servicios sociales, pero también hay comunidades en las que depende de sanidad, en otras de educación y en algunas de dos ámbitos distintos.

Aunque en la mayoría de los casos los servicios de AT están gestionados por ONGs/Asociaciones, encontramos también un porcentaje significativo gestionado por entidades privadas y otros servicios gestionados por ayuntamientos, fundaciones o consejos comarcales. Esto puede explicar también las diferencias del número de horas que dedican los profesionales y quizá otras diferencias laborales que deben existir, pero sobre las que la encuesta no ha recabado información.

Los servicios de Atención Temprana están gestionados en su mayoría por ONGs y asociaciones, pero también por un porcentaje significativo de entidades privadas, ayuntamientos, fundaciones, etc

Las **respuestas** más heterogéneas y **dispersas** son las que tienen que ver con la **relación entre las entidades y la administración**. Las preguntas relativa al modelo de relación con la administración, el periodo de renovación de la relación contractual, la justificación de la facturación del servicio, la existencia de una plataforma online, la documentación requerida para justificar el servicio o los periodos en los que debe presentarse esta documentación presentan una muy llamativa variabilidad inter e intracomunitaria que requeriría de un análisis más profundo.

Algo similar ocurre con las respuestas más relacionadas con la práctica directa de la AT. De entrada, existen **variaciones sensibles respecto a las fuentes de derivación de los niños/as hacia la AT** y es llamativo que estas diferencias aparezcan dentro de las mismas CCAA. También hay diferencias en lo que se refiere a las clasificaciones diagnósticas aplicadas en las diferentes CCAA, resulta algo confuso que puedan emplearse varias clasificaciones dentro de una misma comunidad considerando que, en algunos casos, el diagnóstico condiciona a su vez los servicios y el número de horas de atención que se van a recibir.



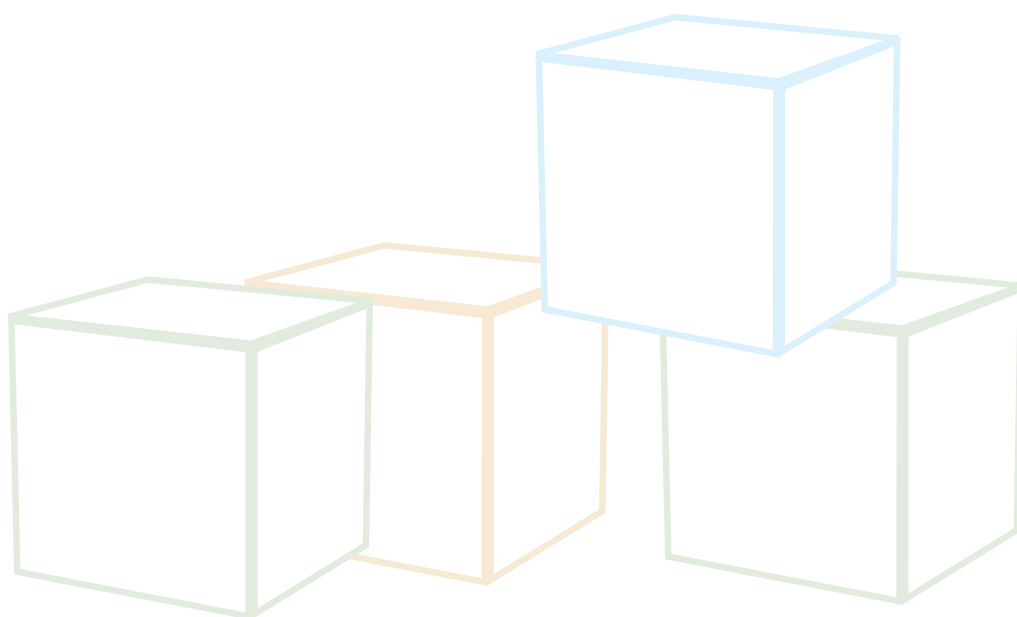
**El tipo de sesiones** que se realizan en los diferentes servicios de AT **es también muy variable**. Quizá esta variabilidad en el tipo de sesiones esté justificada por la diversidad de perfiles profesionales implicados en los servicios de AT. El lugar donde se realizan estas sesiones, qué sesiones cubre la administración, cómo se implica a las familias o la distancia a la que se puede acudir para atender a los niños/as, también ofrecen respuestas heterogéneas, algunas extremadamente variables, entre las instituciones participantes.

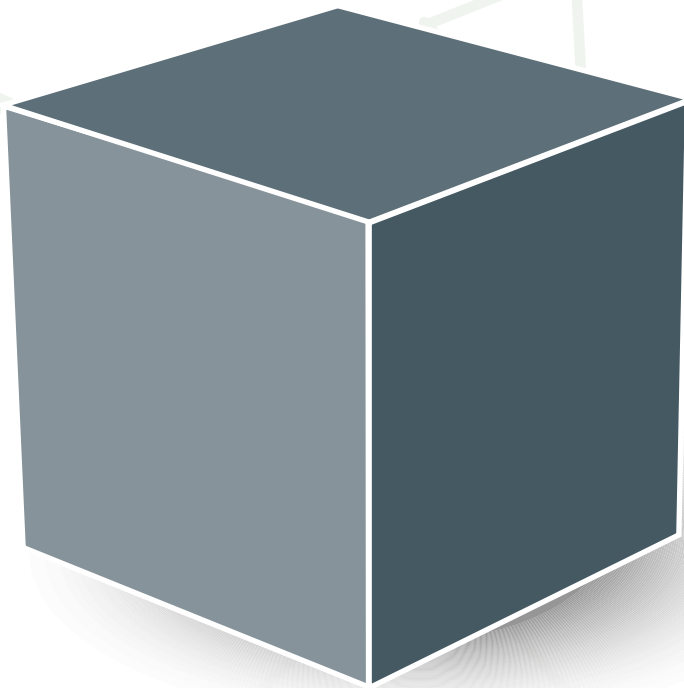
Los datos señalan la necesidad de avanzar hacia una armonización de los servicios de AT entre las CCAA y dentro de las mismas para evitar situaciones de desigualdad entre niños/as que, con condiciones de desarrollo similares, pueden no estar recibiendo los mismos apoyos.

**Debe asegurarse la coordinación** entre las distintas administraciones implicadas, especialmente entre las consejerías de una misma comunidad autónoma, y la coordinación entre las propias entidades prestadoras de los servicios. En este sentido la encuesta de Plena Inclusión puede ser de gran utilidad para evidenciar las diferencias y fomentar la comunicación entre las entidades implicadas para tratar de armonizar criterios.

De esta manera el acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la AT en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad del 10 de julio de 2023 debe ser un punto de inflexión que marque la diferencia y contribuya decisivamente a la homogeneización de los servicios de AT y a la mejora de la calidad de los mismos.

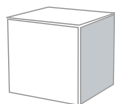
Será en cualquier caso imprescindible realizar un seguimiento del desarrollo del acuerdo y de su plasmación sobre la actividad de los servicios de AT. **La existencia de servicios de AT armonizados y de calidad es la única garantía** del respeto de los derechos de los niños y niñas con discapacidad intelectual y sus familias.





# ANEXO 1

Regulación de la Atención Temprana en las diferentes Comunidades Autónomas Españolas



## I. Regulación de la AT en **Andalucía**

Andalucía es una de las tres CCAA españolas que cuenta con una ley específica sobre AT. Se trata de la Ley 2023 de 16 de febrero, por la que se regula la AT en la Comunidad Autónoma de Andalucía<sup>13</sup>.

Esta Ley define la AT como el conjunto de intervenciones dirigidas a las personas menores de seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan las personas menores con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad de estas personas, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

La AT en la ley andaluza tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años, con trastornos en su desarrollo o riesgo de presentarlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de trastornos o secuelas añadidas, facilitando la inclusión familiar, escolar, social y la calidad de vida de las personas menores y sus familias. En los contextos familiar y social, el objetivo es fortalecer las competencias de las familias y su entorno.

La AT está orientada a la prevención y atención de los trastornos del desarrollo y del riesgo de presentarlos, y se rige por los siguientes principios de actuación:

- Interés superior de la persona menor.
- Universalidad
- Gratuidad. El coste de la prestación de los servicios de AT será a cargo de la Administración de la Junta de Andalucía. Dicha prestación no estará sujeta a contraprestación económica alguna por parte de las personas usuarias.
- Autonomía.
- Diálogo y participación.
- Igualdad de oportunidades.
- Globalidad y atención integral.
- Coordinación y colaboración.
- Proximidad. El sistema está organizado en torno a las necesidades de las familias, teniendo en cuenta los núcleos de población y la cercanía de los recursos de AT preferentemente al domicilio familiar, facilitando la accesibilidad del servicio a las familias, pudiendo incluir en determinados supuestos la prestación de servicios itinerantes o a domicilio.
- Sectorización.
- Especialización. Las personas profesionales deberán contar con la formación en las metodologías y herramientas relacionadas con la AT que cuenten con una reconocida evidencia científica y que vayan orientadas hacia la mejora de la calidad de vida de las personas menores y sus familias.

Se define entre los contenidos de la AT la coordinación de las actuaciones de los agentes implicados en la AT de los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales que participan en la prevención, detección, diagnóstico precoz e intervenciones necesarias para la atención de las personas menores con trastornos en el desarrollo, discapacidad, dependencia o riesgo de presentar alguna de estas situaciones. La Ley define las actuaciones de todos los recursos implicados en la red integral de AT a saber:

---

13. [Enlace](#).

- Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo
- Los recursos humanos o materiales en el ámbito educativo
- Los recursos existentes en el ámbito de los servicios sociales
- Los Equipos Provinciales de AT (EPAT)
- Los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT)

Los CAIT son las unidades asistenciales especializadas para llevar a cabo el tratamiento de intervención temprana de la persona menor, su familia y su entorno, y se constituyen como recursos descentralizados y especializados, compuestos por equipos interprofesionales que prestan servicios de AT dentro de un ámbito territorial.

Son centros de referencia para la realización del citado tratamiento de intervención temprana. No obstante, en función de las necesidades de la persona menor y su familia, así como de los objetivos terapéuticos, se podrán realizar estas intervenciones en otros contextos del entorno de las personas menores, incluyendo sus domicilios o centros docentes, previa valoración de los profesionales del CAIT.

Cada CAIT ha de contar, como mínimo, con un Equipo Básico de Intervención Temprana de composición interdisciplinar, que intervendrá directamente con la persona menor, la familia y el entorno. Estará compuesto por profesionales con la titulación y habilitación necesarias para el ejercicio en las áreas de Psicología, Logopedia y Fisioterapia. La Administración de la Junta de Andalucía garantiza la formación y actualización permanente de los profesionales implicados en la AT.

La participación de las familias se describe en el artículo 8 de la Ley; se procurará que las familias participen de manera activa en el proceso de mejora, autonomía personal e inserción social del que son protagonistas. Las familias han de cumplir el régimen de sesiones de AT recogidas en el Plan Individualizado de Intervención en AT; podrá valorarse la incorporación de las sesiones telemáticas para situaciones concretas.

En los supuestos de personas menores con factores de riesgo y patología confirmada, el procedimiento lo inicia las Unidades de Gestión Clínica y los Servicios de Neonatología

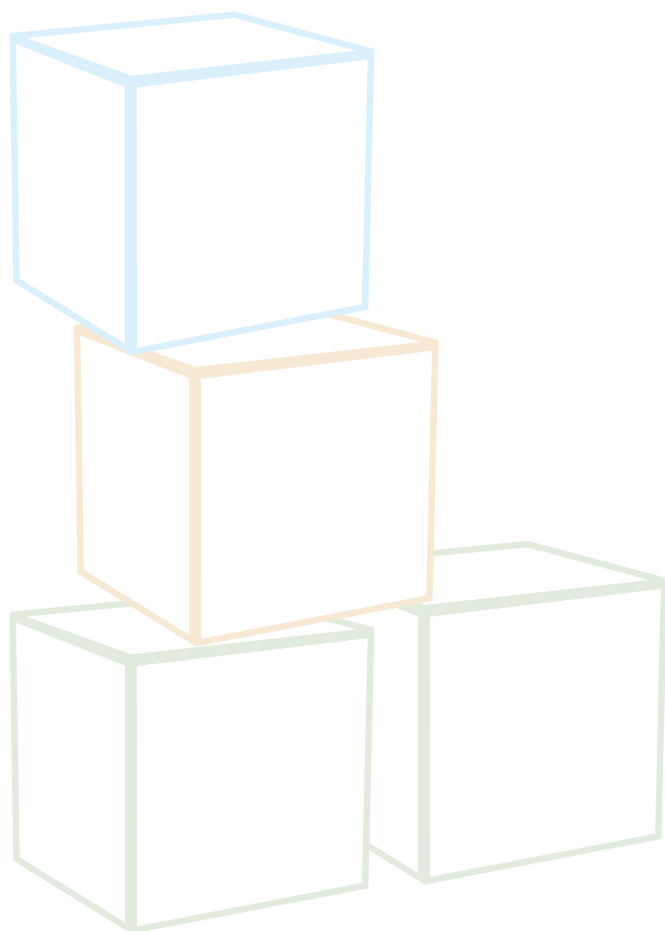
### **El Capítulo III de la Ley en sus artículos 22, 23 y 24 define los procedimientos de acceso y derivación a la AT:**

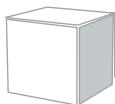
El procedimiento para el acceso a la atención e intervención temprana se podrá iniciar por las Unidades de Gestión Clínica de Pediatría Hospitalaria, por los Servicios de Neonatología o por Pediatría de Atención Primaria. Las Unidades de Gestión Clínica de Pediatría Hospitalaria y los Servicios de Neonatología iniciarán dicho procedimiento en los supuestos de personas menores con factores de riesgo o patología confirmada, que afecten al desarrollo psico neurosensorial, detectados de forma prenatal o perinatal. Por otra parte, se iniciará desde Pediatría de Atención Primaria en el supuesto de menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos detectados de forma posnatal.

Una vez iniciado el procedimiento se procederá a derivar a los menores y sus familias a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo. La derivación incluirá el diagnóstico inicial, la sospecha clínica o necesidad inicial detectada, teniendo en cuenta que los diagnósticos en AT revisten carácter dinámico, pudiendo sufrir modificaciones en función de la evolución de la persona menor.

El inicio de la intervención tendrá lugar en el plazo máximo de tres meses desde que se haya adoptado la decisión favorable a la intervención de la persona menor. Se asignará un CAIT en el plazo máximo de treinta días. Se asignará preferentemente, y siempre que la disponibilidad de las plazas así lo permita, el CAIT más cercano al domicilio familiar, sin perjuicio de que, en determinados trastornos del desarrollo, el criterio preferente para la derivación será la especialización del centro, aunque no sea el más cercano al domicilio familiar.

En lo referente a la evaluación y calidad de la AT la Ley establece que: las diferentes unidades participantes en las actuaciones de detección, evaluación, seguimiento e intervención deberán contar con un sistema integrado de gestión de la calidad que permita establecer una evaluación continuada de su actividad.





## II. Regulación de la AT en Aragón

La regulación de la AT en Aragón se basa en las siguientes normas:

- Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de AT de la Comunidad Autónoma de Aragón<sup>14</sup>
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón<sup>16</sup>
- Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón<sup>17</sup>
- Orden ECD/1167/2018, de 18 de junio, por la que se crean siete Equipos de Orientación Educativa de Atención Temprana de titularidad de la Comunidad Autónoma de Aragón<sup>18</sup>
- Orden CDS/490/2022, de 5 de abril, por la que se publica la Instrucción de la Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales<sup>19</sup>
- Orden CDS/24/2023, de 16 de enero, por la que se modifica la Orden CDS/950/2022, de 24 de junio, por la que se establecen los precios de las plazas contratadas o concertadas por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, en ejercicio de sus competencias en materia de acción concertada<sup>20</sup>
- Orden CDS/864/2023, de 28 de junio, por la que se convoca el procedimiento de acción concertada para la prestación del servicio de Atención Temprana y prevención de la discapacidad mediante la puesta en marcha de Equipos Itinerantes en el contexto rural-comarcal en la Comunidad Autónoma de Aragón<sup>21</sup>

Otras normas relacionadas con la regulación de la AT en Aragón serían la Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. Decreto 217/2000, de 19 diciembre, del Gobierno de Aragón, de atención al alumnado con necesidades educativas especiales, y Orden de 25 de junio de 2001, del Departamento de Educación y Ciencia, por la que se regula la acción educativa para el alumnado que presenta necesidades educativas especiales derivadas de condiciones personales de discapacidad física, psíquica o sensorial o como consecuencia de una sobredotación intelectual.

---

14. [Enlace.](#)

16. [Enlace.](#)

17. [Enlace.](#)

18. [Enlace.](#)

19. [Enlace.](#)

20. [Enlace.](#)

21. [Enlace.](#)

Si bien la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, ya regula los servicios para las personas con discapacidad en Aragón, se ha considerado necesario establecer una norma propia. En el artículo 14 (atención temprana) recoge que el Gobierno de Aragón garantizará el derecho a la atención temprana a los menores de seis años, entendida como un conjunto de intervenciones en materia sanitaria, educativa y social, que tiene por objeto dar respuesta a las necesidades que presenta esta población infantil con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno, potenciando sus capacidades y mejorando su calidad de vida, considerando su globalidad.

Además, destaca que las atenciones recibidas en el programa de atención temprana tendrán continuidad en los siguientes ciclos vitales de la infancia, realizando las intervenciones necesarias en el marco de los sistemas de protección social que resulten centrales en la atención de los menores, con el objeto de atender igualmente el objetivo de mantener la mejor inclusión social y eliminar barreras para las personas con discapacidad.

La Carta de Servicios de AT de Aragón<sup>22</sup> entiende por AT *“el conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico e intervención, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los menores con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos”*.

Según la Orden de 20 de enero de 2003, la detección y diagnóstico precoz se realiza desde todos los ámbitos; educativo, sanitario o social. Así, el programa de AT se centra en cuatro áreas: atención al niño, atención a la familia, atención a la escuela e intervención en el entorno. La atención se estructura con diferente intensidad: atención intensiva, atención regular y atención de seguimiento.

Los **valores** del programa de AT en Aragón son los siguientes:

- Responsabilidad pública en el control y ejecución del programa.
- Universalidad y derecho de acceso al servicio en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.
- Trabajo interdisciplinar y profesionales de alta cualificación y especialización.
- Participación de las familias, de las asociaciones y de los colectivos profesionales implicados.
- Equidad en la distribución geográfica de los recursos, buscando la cercanía de los centros de AT al lugar de residencia habitual del niño/a.
- Seguridad, eficacia, eficiencia y compromiso con la calidad en los servicios

**Prestaciones** del programa de AT de Aragón:

Los servicios del programa de AT son de naturaleza esencial y carácter gratuito según lo establece el Catálogo de Servicios Sociales de Aragón.

En primer lugar, se presta un servicio de valoración sobre la necesidad de AT en aquellas situaciones en las que los menores de seis años presenten, o puedan presentar, déficit en su desarrollo psicomotor. Actividades que comprende el servicio:

---

22. [Enlace](#).


- Detección de casos
- Valoración inicial de las necesidades del menor
- Diseño de un Plan Individual de Atención (PIA) y Dictamen de inclusión en el programa.

En segundo lugar, se presta tratamiento de AT propiamente dicho. Se trata de un servicio que proporciona prevención, rehabilitación y atención a los menores de 6 años que presentan o puedan presentar déficit en su desarrollo. Actividades que comprende el servicio:

- Realización de los tratamientos diseñados en el Plan Individual de Atención (PIA). (Evaluación neuropediátrica, evaluación médico-funcional y rehabilitadora, evaluación psicológica y psicoterapia, evaluación y trabajo social, estimulación, fisioterapia, psicomotricidad y logopedia)
- Seguimiento permanente de los programas de tratamiento recogidos en el PIA.

El gobierno de Aragón asume una serie de compromisos de calidad respecto al servicio de AT.

Estos compromisos, así como sus indicadores y modos de medición se presentan en la Tabla 1.

 <b>TABLA 1</b>		
Compromisos de calidad que se asumen, indicadores de calidad y modos de medición. Carta de servicios de AT de Aragón.		
Compromisos de calidad	Indicadores	Modos de medición
Impulsar a través de la sección de AT, al menos dos acciones anuales de sensibilización, prevención y detección precoz en colaboración con los sistemas educativo y sanitario	Número de reuniones o Jornadas de divulgación del programa con Salud, Educación y Servicios Sociales Generales	Registro de actividades de la Sección de AT de Servicios Centrales
Realizar la valoración inicial multiprofesional, en el Centro Base del IASS, en un plazo en el que, en ningún caso, se superen los 30 días naturales desde la fecha de presentación de la solicitud	Porcentaje de valoraciones realizadas en un plazo menor o igual a 30 días naturales	Registro Centros Base
Asegurar que el inicio del tratamiento, una vez realizado el dictamen de inclusión en el programa, no sea superior a 15 días naturales en el 80% de los casos y que en el 20% restante no exceda de 30 días naturales	Porcentaje de niños que inician el tratamiento en un plazo igual o menor a 15 días naturales, desde la fecha del dictamen de inclusión y porcentaje de niños que inician el tratamiento en un plazo mayor de 15 y menor de 30 naturales, desde la fecha del dictamen de inclusión	Registro de Centros Base
Revisar y ajustar el Plan Individual de Atención en el plazo marcado, en todos los casos	Porcentaje de casos revisados en el plazo establecido en su plan, Individual de Atención	Registro de Centros Base



<b>Compromisos de calidad</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Modos de medición</b>
Conocer la opinión y expectativas de los usuarios de los centros con periodicidad anual y asegurar que el 90% de los usuarios están satisfechos con el servicio	Porcentaje de usuarios satisfechos o muy satisfechos con el servicio	Encuesta anual de la Sección de AT del IASS
Aplicar un protocolo común, en el inicio del Programa, que garantice que el 80% de los usuarios están satisfechos con la acogida	Porcentaje de usuarios satisfechos con la acogida	Encuesta anual de la Sección de AT del IASS

Los niños/as susceptibles de recibir servicios de AT son identificados y derivados por circuitos de atención diferentes en función de su edad.

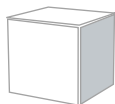
En la población infantil de 0 a 3 años habitualmente son los pediatras de atención primaria o médicos de atención primaria en zonas rurales donde se carece de pediatras. Existe un protocolo de colaboración desde los servicios de pediatría de atención primaria y especializada para la derivación de menores con trastornos del desarrollo o en situación de riesgo hacia el programa de AT.

En la población infantil de 3 a 6 años y escolarizada, suelen ser los Equipos de Orientación Educativa quienes lo hacen. De las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo motriz, sensorial o cognitivo es responsable el ámbito educativo desde la escolarización de los niños (3 a 6 años).

Los Centros de Atención a la Discapacidad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales son los encargados de decidir la necesidad y oportunidad de la intervención dentro de su red de centros. Para ello se basan en la coordinación técnica con el sistema de salud y educativo.

Para los casos identificados por los Centros de Atención a la Discapacidad con problemas o retraso en el desarrollo que precisen centros de AT, se inicia el tratamiento de forma inmediata.

Los Centros de Atención a la Discapacidad, después de valorar y analizar cada uno de los niños y niñas derivados, emiten un dictamen indicando la necesidad o no de incluir al niño o niña en el programa de AT. En caso favorable, propondrán un programa de intervención individualizado para cada uno de los casos. Para realizar el dictamen, así como para la elaboración de dichos programas de intervención individualizada los Centros de Atención a la Discapacidad solicitarán la colaboración e informes que consideren necesarios a los centros y servicios sanitarios, educativos y sociales.



### III. Regulación de la AT en Asturias

La regulación sobre AT en Asturias se basa en las siguientes normas:

- Decreto 49/2001 de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales de la Administración del Principado de Asturias.<sup>23</sup>
- Decreto 79/2002 de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.<sup>24</sup>
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.<sup>25</sup>
- Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales.<sup>26</sup>
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.<sup>27</sup>

En Asturias el Servicio de Atención Infantil Temprana es el conjunto de actuaciones de carácter interdisciplinar de prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos de desarrollo del niño/a en proceso de crecimiento y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso.

Los destinatarios del servicio son personas de entre 0 y 6 años con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, sus familias y entorno.

#### Los fines de este servicio son:

- Reducir los efectos del retraso madurativo, el riesgo biológico o el déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño/a.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño/a.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios asociados o producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Proveer en el entorno que rodea al niño/a de los apoyos necesarios que compensen las limitaciones y dificultades y favorezcan su integración familiar, escolar y social.

---

23. [Enlace.](#)

24. [Enlace.](#)

25. [Enlace.](#)

26. [Enlace.](#)

27. [Enlace.](#) Se trata de normativa de ámbito estatal que aplica en todas las CCAA pero que únicamente se menciona explícitamente para las CCAA que no tienen una normativa autonómica específica para AT.

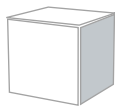
El Servicio de Atención Infantil Temprana presenta los siguientes **contenidos**:

- Valoración de las necesidades y potencialidades del niño/a y de la red informal de apoyos mediante la aplicación de instrumentos técnicos validados
- Elaboración e implementación del Plan de Autonomía Personal (PAP), con la participación y consentimiento de la familia, que contendrá intervenciones categorizadas según la intensidad de las mismas:
  - Actuación preventiva o de seguimiento: existencia de factores de riesgo biológico, psicológico, familiar o del entorno que precisan intervención y seguimiento periódico en el ambiente familiar y, en su caso, escolar
  - Apoyo psicosocial limitado: sesiones familiares y actividades grupales dirigidas a mejorar la comprensión de la realidad de su hijo/a y la adecuación del entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño/a
  - Apoyo intensivo o intervención terapéutica: sesiones individuales grupales destinadas a:
    - Desarrollo psicomotor
    - Desarrollo cognitivo
    - Desarrollo del lenguaje y la comunicación
    - Desarrollo de la autonomía y tratamiento de trastornos del procesamiento sensorial
    - Desarrollo del área social y afectiva
  - Apoyo a la familia, al entorno educativo y al entorno social
- Seguimiento y adaptación del PAP a la evolución de la situación, mediante el consenso con la familia

El Servicio de Atención Infantil Temprana es gratuito y presenta **dos modalidades**, una general y otra específica. En la **modalidad específica** se encuentran los siguientes programas:

- Programa de atención al déficit auditivo infantil (PADAI)
- Programa de cribado neonatal de detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas.
- Programa de AT de la ONCE

En cuanto a la derivación y requisitos de acceso la modalidad general requiere de un informe de derivación de pediatría de atención primaria y la modalidad específica necesita un informe de derivación desde otras especialidades hospitalarias.



## IV. Regulación de la AT en Canarias

Canarias cuenta desde 2019 con una Ley específica que regula la AT:

- Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la AT en Canarias.<sup>28</sup>

La Ley canaria define la AT como: el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 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 y las niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del menor, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Tal y como aclara la definición la ley se aplica a todos los menores de 6 años que residan o se encuentren transitoriamente en el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias con trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlos, así a como su familia y su entorno. Asimismo, la AT podrá prolongarse en quienes superen la edad prevista de 6 años, previo informe favorable del órgano competente.

Entre los **principios rectores** de la ley se encuentran los siguientes:

**Universalidad:** acceso al servicio de todas las personas que reúnan los requisitos establecidos en la ley.

**Gratuidad:** la prestación de los servicios de AT por las administraciones públicas canarias competentes no está sujeta a contraprestación económica alguna por parte de las personas usuarias, estando expresamente prohibido el copago.

**Diálogo, integración y participación:** la integración familiar, escolar y comunitaria del menor es un objetivo, pero a la vez un agente activo en su desarrollo. La colaboración con la familia es una actitud básica, desde el respeto a su cultura, valores y creencias. Se debe estimular a la familia a expresar sus necesidades, recibir información y participar activamente.

**Igualdad de oportunidades:** toda la población infantil de 0 a 6 años y sus familias tienen el mismo derecho de promoción y desarrollo, sean cuales sean sus capacidades, lugar de residencia, circunstancias familiares, sociales, económicas, religiosas o de cualquier otra índole, sin que quepa discriminación de ningún tipo.

**Responsabilidad pública:** las intervenciones en AT son responsabilidad de las administraciones públicas competentes en los términos establecidos en esta ley y la normativa sectorial aplicable, correspondiendo a las mismas destinar los recursos financieros técnicos y humanos necesarios para crear una red pública de AT de calidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.

**Globalidad y atención integral:** la intervención en AT tiene que ser global, teniendo en cuenta el desarrollo integral del menor. A tal efecto, en la planificación de la intervención se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del menor en todos los ámbitos, y no solo el déficit o discapacidad que pueda presentar. Abarcará todos los aspectos propios de cada individuo: psicomotores, sensoriales, perceptivos, cognitivos, comunicativos, afectivos y sociales, así como los relacionados con su entorno, familia, escuela, cultura y contexto social, integrando y coordinando las actuaciones de los sectores implicados.

28. [Enlace.](#)

**Planificación y coordinación:** actuación conjunta, integral, coherente y de optimización del sistema sanitario, el sistema educativo y los servicios sociales que intervienen en la atención integral de la AT al menor. Por ello, entre de los sistemas implicados, el sanitario, el educativo y los servicios sociales, se deben establecer mecanismos de coordinación en la intervención integral en AT con protocolos básicos de derivación e intercambio y registros de información.

**Proximidad:** el acceso a la AT debe ser inmediato y fácil para cualquier familia que sea susceptible de este servicio. Con el fin de evitar cualquier tipo de discriminación, los servicios de AT deben estar próximos a los ciudadanos.

**Sectorización:** el principio de sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación ajustada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat.

**Interdisciplinariedad y cualificación profesional:** el equipo de AT estará formado por profesionales de distintas disciplinas, expertos en los diferentes ámbitos que se abordan.

**Inclusión:** uno de los objetivos de mayor alcance pasa por potenciar el desarrollo del niño y de la niña en los distintos ámbitos de su vida. La integración familiar, escolar y comunitaria implica el respeto a su condición de sujeto activo y la aceptación de los modos alternativos de ser.

**Sostenibilidad:** para garantizar su permanencia en el tiempo, la intervención integral en AT deberá planificarse siguiendo criterios de sostenibilidad y eficiencia económicas. Prevención, promoción y protección del desarrollo infantil.

La ley establece **tres modalidades** de intervención, a saber:

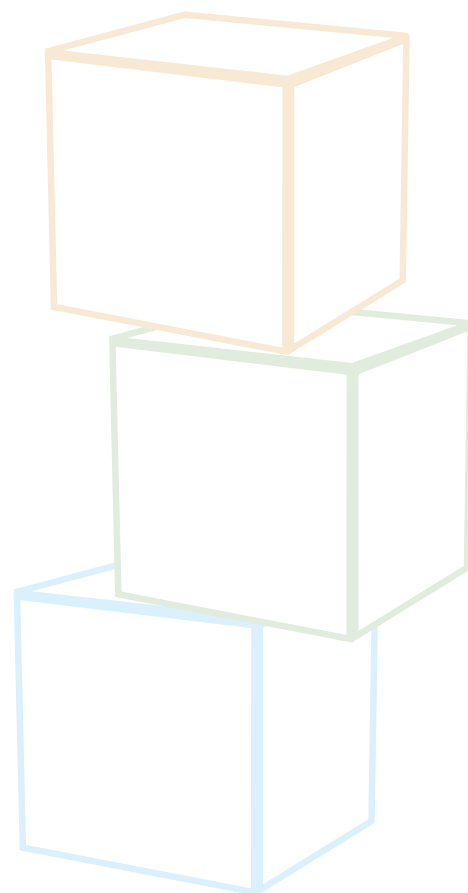
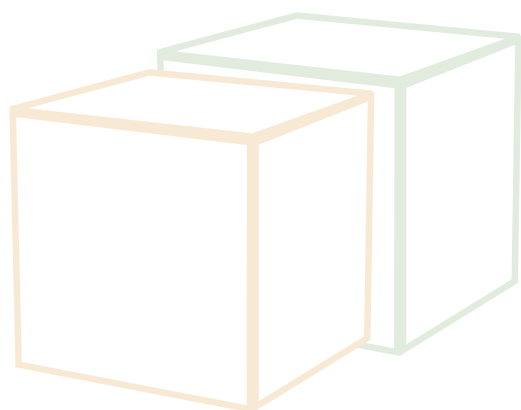
- Atención directa: es aquella que exige la participación activa e inmediata de los profesionales en la ejecución de las actuaciones que se haya determinado previamente, que son necesarias para la atención individualizada e integral del menor. Esta podrá llevarse a cabo tanto en los centros de tratamiento, como en los diferentes contextos naturales donde el menor se desenvuelve. Se consideran también atención directa las orientaciones y pautas que los profesionales dan a las familias como parte del proceso de intervención con el menor.
- Atención sociofamiliar: es aquella destinada a la familia de forma individual o en grupo para responder a necesidades más específicas detectadas en el proceso de evaluación previa del menor y su entorno familiar.
- Atención en el proceso de escolarización: es aquella dirigida a los menores que inician su escolarización y en la que es necesaria la coordinación entre los profesionales que han atendido al menor en el centro de tratamiento, los responsables de la prescripción y revisión de la intervención, complementándose con los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, de forma que se ofrezcan al menor y a su familia las medidas de apoyo necesarias en el proceso de incorporación al ámbito escolar.

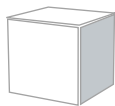
Se establece un protocolo de derivación a los servicios de AT. La derivación se hace directamente desde las unidades de gestión clínica o desde los servicios especializados, participando en el plan de atención al recién nacido de riesgo. Cuando la detección de los trastornos o riesgos sea en etapa postnatal, podrá realizarse directamente la derivación por el pediatra de atención primaria o por otros facultativos de atención especializada. Si la derivación se realiza desde centros educativos, servicios sociales o en el entorno familiar, deberá acudir al pediatra de atención primaria, a quien corresponde realizar la derivación.

Los servicios competentes en el conjunto de actuaciones en AT son prioritariamente salud, políticas sociales y educación, siendo imprescindible la colaboración y coordinación entre ellos.

Se definen las unidades de AT como recursos especializados, compuestos por equipos interprofesionales que prestan servicios de AT. Son responsables del proceso diagnóstico, funcional, etiológico, sindrómico, así como del tratamiento de atención/intervención temprana del menor de acuerdo con el Plan Individualizado de AT (PIAT).

El equipo básico de las unidades de AT será el formado por las siguientes disciplinas: psicología clínica/pedagogía/psicopedagogía, logopedia, psicomotricidad, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social y personal de administración. La formación de los profesionales de tratamiento directo, además de la titulación propia, deberá ser específica en intervención temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de postgrado específico y/o cinco años de experiencia profesional.





## V. Regulación de la AT en **Cantabria**

La regulación de la AT en Cantabria se basa en la siguiente ley:

- Ley de Cantabria 2/2007 de Derechos y Servicios Sociales (Actualizada a 1-1-2023).<sup>29</sup>

Se entiende por AT, según la página web de Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, *un servicio destinado a la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de las alteraciones del desarrollo de los niños/as entre 0 y 42 meses o los mayores de esta edad que no estén escolarizados, con alteraciones del desarrollo o riesgo de padecerlo.*

Su objetivo es potenciar las capacidades para evitar o minimizar el agravamiento de una posible deficiencia, con la finalidad de promover un desarrollo armónico y evitar cualquier menoscabo de la autonomía personal.

**Los requisitos** para su solicitud o derivación son que ha de ser derivado por profesionales del servicio de atención primaria o especializada de:

- El Servicio Cántabro de Salud
- Servicios Sociales
- Servicios educativos

El protocolo consiste en acudir al pediatra, quién proporcionará una cita de interconsulta para que se valore al niño/a en AT, aunque también puede ser derivado por especialistas del hospital, o los mismos profesionales del centro de salud.

Es destacable que los servicios de AT en Cantabria se ofrezcan desde Sanidad y no desde Servicios Sociales, como es habitual. Tanto el sistema de valoración como el tratamiento se realizan en el centro de salud correspondiente. En cada zona existe un equipo de AT, pero no en cada centro. Los Equipos de AT están ubicados en los Centros de Salud de Atención Primaria en:

- Santander
- Reinosa
- Torrelavega
- Laredo

La principal ventaja de que la AT esté en Sanidad es el tiempo: la valoración no tarda más de 15 días y el tratamiento no se demora.

El coste del servicio es gratuito y la prestación garantizada.

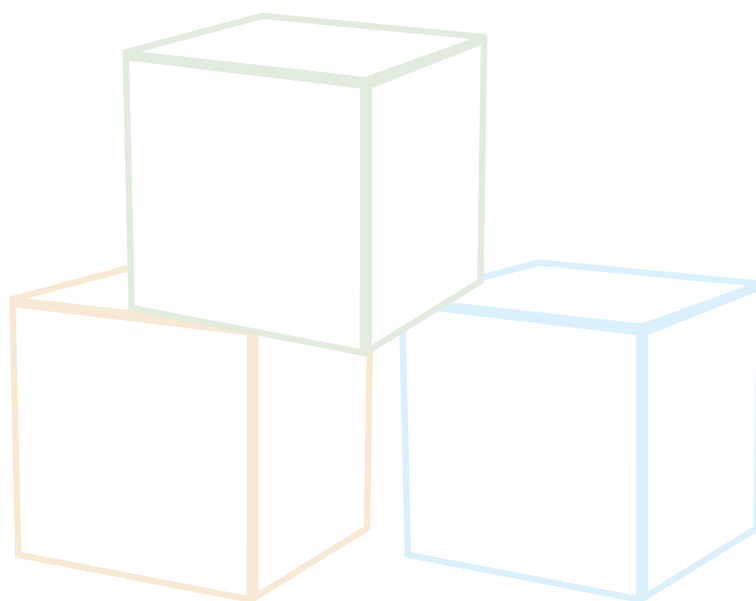
En cuanto a los criterios de calidad, el artículo V de la Ley de Cantabria 2/2007; Derechos de las personas en relación con los servicios sociales, especifica el derecho a recibir servicios de calidad, a conocer los estándares aplicables a estos efectos y a que se tenga en cuenta su opinión en el proceso de evaluación de los mismos. Además, la acreditación y la evaluación de centros y servicios obedecen a la preocupación por la gestión de servicios sociales con arreglo a criterios de calidad.

---

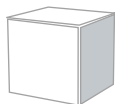
29. [Enlace.](#)

**Formación y especialización de los profesionales.** El título VI ordena a las administraciones a velar por la formación continua de los profesionales. Los equipos multiprofesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria estarán formados por profesionales cuyos perfiles correspondan con las necesidades sociales de la Zona Básica de servicios sociales.

**Coordinación con educación y asuntos sociales.** Educación cuenta con sus propios equipos de AT. Llegados al segundo ciclo de educación infantil (a los tres años), si existen apoyos suficientes con los que pueda tener una continuidad, el niño no sigue en AT de salud. Si sigue existiendo la condición de salud, continuarán en AT de salud.







## VI. Regulación de la AT en **Castilla La Mancha**

La regulación sobre AT en Castilla La Mancha se apoya en cuatro normas:

- Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha.<sup>30</sup>
- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla-La Mancha.<sup>31</sup>
- Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha.<sup>32</sup>
- Ley 2/2023, de 10 de febrero, de AT en Castilla-La Mancha.<sup>33</sup>

La Ley 2/2023 nace con el objetivo de que todos los niños y niñas de Castilla-La Mancha que lo precisen y sus familias, tengan garantizada la AT, **definida** esta como el **conjunto de intervenciones, dirigidas a los niños y niñas, a sus familias y al entorno, desde el nacimiento hasta los seis años, cuando presenten dificultades en su desarrollo o se aprecien factores de riesgo biológico y/o social para que dichas dificultades puedan aparecer.**

La AT en Castilla-La Mancha se concibe como un derecho universal y gratuito para todas las familias que lo requieran. Dicho derecho se materializa a través del Sistema Público de Servicios Sociales, en el periodo comprendido entre los 0 y los 6 años, con independencia de los apoyos que de forma complementaria proporcionen los sistemas sanitario y educativo.

En Castilla-La Mancha, son responsables en materia de atención a la infancia, las consejerías competentes en materia sanitaria, educativa y de servicios sociales, por lo que la Ley considera imprescindible la colaboración y coordinación entre ellas para el buen funcionamiento de los servicios de AT.

En cada provincia de Castilla la Mancha la consejería competente en materia de servicios sociales contará con un equipo de AT provincial que asumirá las competencias de coordinación con los servicios de AT de la red pública, en lo relativo a la valoración de la necesidad, derivación de la familia, inicio, seguimiento y finalización de las intervenciones. Debe señalarse que se entiende que forman parte de la Red Pública de servicios de AT aquellos que sean de titularidad pública, así como los de titularidad privada con los que la Administración establezca alguna forma de colaboración de las previstas en la normativa.

Se establece que los Centros de Desarrollo Infantil y AT de Castilla la Mancha contarán con un equipo de profesionales que tendrá carácter interdisciplinar y transdisciplinar para que la intervención pueda abarcar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada niño o niña y los aspectos de su entorno, en especial de la familia. Dicho equipo estará coordinado por uno de sus miembros, el especialista en apoyo familiar.

---

30. [Enlace.](#)

31. [Enlace.](#)

32. [Enlace.](#)

33. [Enlace.](#)

Con carácter general el equipo, estará compuesto, como mínimo, por **los siguientes profesionales**:

- a) Un especialista en apoyo familiar, con funciones de coordinación del equipo, con la titulación universitaria en Psicología, Pedagogía o Psicopedagogía, que será el encargado de realizar la primera acogida a las familias, así como de informar, orientar y asesorar a las mismas.
- b) Un especialista en desarrollo psicomotor, con la titulación universitaria en Psicología, Pedagogía, Psicopedagogía, Terapeuta Ocupacional, Maestro con la especialidad de Pedagogía Terapéutica o con el Master en AT.
- c) Un especialista en desarrollo neuromotriz, con la titulación universitaria en Fisioterapia.
- d) Un especialista en desarrollo del lenguaje y la comunicación, con titulación universitaria en Logopedia o, bien Maestro con la especialidad de Audición y Lenguaje.

Según el Decreto 3/2016, de 26/01/2016<sup>34</sup>, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable; para el servicio de AT se fija la siguiente intensidad: Grados I, II y III de dependencia un mínimo de seis horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

Esta Ley promueve un modelo de servicios de apoyo especializado, que pone el énfasis en el enfoque centrado en la familia, principal protagonista en el proceso de desarrollo y aprendizaje del niño o niña. Todo ello teniendo como referencia las prácticas validadas y recomendadas en AT.

El enfoque centrado en la familia se entiende como un conjunto de servicios de apoyo especializado, que pone el énfasis en la familia, principal protagonista en el proceso de desarrollo y aprendizaje del niño o niña. Todo ello teniendo como referencia las prácticas validadas y recomendadas en AT. Estas prácticas se llevan a cabo, de forma preferente, en los entornos naturales donde la familia se desenvuelve. Siendo así que, por "Entorno natural" la ley se refiere a los ambientes donde los niños y las niñas aprenden, juegan y participan con adultos y con otros niños y niñas, es decir, donde se produce el desarrollo humano como resultado de las interacciones que las niñas o niños mantienen con el entorno físico (espacio, equipo y materiales...), el entorno social (interacciones con hermanos, compañeros y familiares...) y el entorno temporal (secuencia y duración de las actividades y rutinas de cada día).

Se contempla en la Ley la tele intervención como una modalidad de intervención en AT mediante el uso de las tecnologías de la comunicación. Dicha modalidad de intervención será complementaria a la intervención presencial, sin sustituirla, y podrá ser utilizada cuando se considere necesario por parte de la familia en colaboración con el profesional de referencia, siempre que resulte adecuada para los objetivos que se estén trabajando.

---

34. [Enlace](#).

La prestación de los servicios de AT en Catilla la Mancha se regirá por los siguientes **principios rectores**:

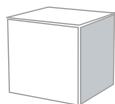
- Universalidad e igualdad de oportunidades.
- Gratuidad. Está expresamente prohibido el copago o la obligatoriedad de participar económicamente en las actividades o el mantenimiento de las instituciones, centros o entidades gestoras mediante cuotas.
- Atención individualizada.
- Transdisciplinariedad.
- Normalización.
- Descentralización.
- Prevención.
- Diálogo y autodeterminación.
- Participación activa e inclusión en el entorno familiar, escolar y comunitario de los niños y niñas.
- Prácticas basadas en la evidencia y la ética.
- Coordinación y corresponsabilidad entre las distintas consejerías que tienen atribuciones y responsabilidades en el ámbito de la atención a la población infantil.
- Sostenibilidad.
- Calidad.
- Accesibilidad Universal.
- Innovación Tecnológica.

En lo referente a la **formación de los profesionales** responsables de la atención la Ley 2/2023 establece lo siguiente:

La Administración autonómica establecerá medidas y programas para garantizar la especialización y la formación permanente de todos los profesionales integrantes de la Red Pública de servicios de AT con el fin de prestar un apoyo cualificado a las familias. Así mismo, desarrollará acciones de formación relacionadas con la AT, dirigidas a su personal.

Por otra parte; la Administración autonómica colaborará en el ámbito de sus competencias con las universidades para fomentar la inclusión de la formación en AT, en los programas formativos de los grados o formación universitaria equivalente de aquellas titulaciones ligadas a las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación y Ciencias Sociales, tales como Medicina, Psicología, Fisioterapia, Enfermería, Pedagogía, Logopedia, Magisterio, Terapia Ocupacional, Educación Social, Trabajo Social o cualquier otra disciplina universitaria de nueva creación que pueda vincularse a este área.

Con relación a la calidad de los servicios de AT se establece que la consejería competente en materia de servicios sociales promoverá un sistema de gestión de calidad que permita establecer una evaluación continuada de la intervención en los servicios de AT. Así mismo, y en coordinación con las entidades gestoras de los servicios de AT de la Red Pública, desarrollará e implantará indicadores de calidad de vida familiar que permitan evaluar el grado de consecución de los objetivos marcados para cada familia a la que se preste apoyo, así como el grado de satisfacción de las mismas. Además, las familias formarán parte activa de este proceso de evaluación y colaborarán, en su caso, en el diseño del mismo.



## VII. Regulación de la AT en **Castilla y León**

La regulación de la AT en Castilla y León se encuentra, básicamente, en **cinco normas**:

- Decreto 53/2010 de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la AT en Castilla y León.
- Ley 16/2010 de 20 de diciembre de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.
- Decreto 58/2014 de 11 de diciembre por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Orden FAM/6/2018 de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Castilla y León define la AT como un *“Conjunto de actuaciones dirigidas a niños y niñas de 0 a 6 años con discapacidad o con riesgo de padecerla por presentar trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos que comprende la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención que de forma coordinada se dirigen globalmente a la persona, a su familia y a su entorno. Tienen por finalidad potenciar la capacidad de desarrollo del menor y su bienestar, facilitando su integración en el ámbito familiar, escolar y social, así como su autonomía personal, dando respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan”* (anexo 1 del Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León). A su vez, en la web de los servicios sociales de la Junta de Castilla y León se especifica que *“La AT es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias y permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, consideran la globalidad del niño, y son planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”*.

Entre los **principios que rigen** la AT en Castilla y León se encuentran los de Universalidad (acceso al servicio de todos los que reúnan los requisitos y condiciones establecidos) y Gratuidad: (Cobertura del coste del servicio por la Administración de la Comunidad Autónoma).

Entre los **objetivos específicos** de la AT en esta comunidad se encuentra el de alcanzar estándares de calidad en la prestación del servicio de AT que incluya el desarrollo de planes de formación continua para los profesionales que trabajen en este ámbito. La evaluación de los resultados y las propuestas de mejora de las prestaciones de AT estará a cargo de Las Comisiones Técnicas Provinciales de AT.

Tal y como se refleja en la Orden FAM/6/2018 la AT en Castilla y León se encuentra dentro de los Servicios de Promoción de la Autonomía Personal.

Según esta orden la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal en el grado I de dependencia será la prevista en la normativa estatal que sea de aplicación. Sin embargo; la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal para los grados II y III de dependencia será de 6 horas mensuales en la modalidad de AT, salvo que por prescripción técnica corresponda una intensidad menor o mayor hasta un máximo de 8 horas mensuales.

Se reconocerá el servicio de promoción de la autonomía personal, en su modalidad de AT a los menores de seis años no escolarizados y a los que lo estén en el primer ciclo de educación infantil

Para los menores de 6 años, el servicio de promoción de la autonomía personal, en su modalidad de AT es compatible, en la intensidad que determine el equipo técnico de AT, con el servicio de ayuda a domicilio, con la prestación vinculada a dicho servicio y con la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, en el caso de menores con grado II ó III de dependencia. Para menores con grado I es compatible con el servicio de ayuda a domicilio que no tenga el carácter de prestación esencial según lo dispuesto en la Ley 16/2010, de 20 de diciembre de Servicios Sociales de Castilla y León.

El proceso de la AT en Castilla y León sigue las **siguientes fases**:<sup>35</sup>

- 1. Detección:** las dificultades en el desarrollo o situaciones de riesgo pueden ser detectadas por profesionales del ámbito sanitario (neonatólogos, pediatras, neurólogos...), educativo (psicólogos, educadores...), social (T. sociales...) o por la propia familia.
- 2. Derivación:** todo niño detectado, se derivará al Equipo de AT de la Gerencia Territoriales de Servicios Sociales, como organismo provincial de referencia competencial en la determinación de la Necesidad de AT.
- 3. Evaluación:** con posterioridad, el equipo de AT realizará una evaluación interdisciplinar del niño y su entorno, emitiendo un dictamen y un Plan Individual de Intervención donde se determinan los resultados de la evaluación y las medidas de intervención propuestas por el equipo.
- 4. Intervención:** realizada la evaluación se establece un programa único, global e individualizado que pretende dar respuesta no sólo a las necesidades del niño, sino también a las de la familia y entorno.
- 5. Revisiones del Plan Individual de Intervención:** de forma periódica el equipo de AT realizará revisiones para verificar los resultados del desarrollo plan de intervención y programar los cambios que procedan.
- 6. Alta o derivación: como consecuencia de una revisión se puede proponer el alta en el programa por diferentes motivos:** por razón de edad, por haber alcanzado los niveles adecuados de desarrollo o por ser derivado a otros servicios, fundamentalmente a los educativos cuando el niño es escolarizado.

En el Decreto 53/2010 de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la AT en Castilla y León se establece que los profesionales que intervengan en la AT de los sistemas de salud, servicios sociales y educación actuarán bajo los principios de coordinación y cooperación en la intervención, y que para el intercambio de información y derivación entre sistemas se elaborará un Protocolo de Coordinación de AT. Este protocolo se aprobó con fecha 26 de febrero de 2015.

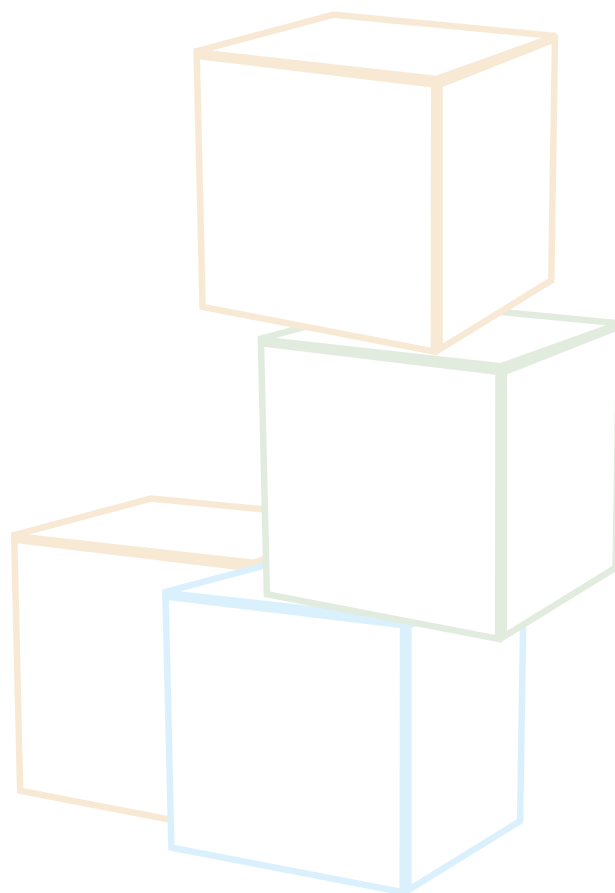
---

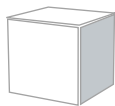
35. [Enlace.](#)

## ¿Qué intervenciones ofrece la AT en Castilla y León?

- Sesiones de intervención individuales o de grupo: con mayor o menor frecuencia, en función de las necesidades y recursos del niño y de su entorno familiar y social. Las medidas de intervención más frecuentes son Fisioterapia, Estimulación, Psicomotricidad, Logopedia y Seguimiento del desarrollo del niño.
- Coordinación con otros recursos sociales implicados: sanitarios, educativos y sociales fundamentalmente, con objeto de facilitar una intervención integrada e integral.
- Apoyo individual y grupal a las familias: para responder a las necesidades de las familias, se desarrollarán medidas de apoyo individual y grupal a familias mediante actuaciones de información, formación, autoayuda, respiro... o de cualquier otra índole que se considere de interés.

Las intervenciones se llevarán a cabo por el Equipo de AT de la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad y en sus dependencias en el caso de que la persona receptora del servicio resida en la capital de provincia o en su entorno. Si la localidad de origen está alejada de la capital de la provincia, el programa se desarrollará a través de Equipos Itinerantes a nivel ambulatorio o domiciliario, bien en su localidad o en su cabecera de Comarca. Estos equipos pertenecen a entidades colaboradoras sin ánimo de lucro, en Convenio de Colaboración con la Gerencia de Servicios Sociales, para la realización del Programa de AT en el ámbito rural.





## VIII. Regulación de la AT en **Cataluña**

La normativa que regula la atención precoz en Cataluña es la siguiente:

- Ley 18/2003, de 4 de julio de Apoyo a las Familias.<sup>36</sup>
- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.<sup>37</sup>
- Ley 12/2007, de 11 de octubre de Servicios Sociales, en su Anexo clasifica como servicio prestado en el Sistema Catalán de Servicios Sociales la Atención Precoz.<sup>38</sup>
- Ley 12/2009 de 10 de julio de educación.<sup>39</sup>
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.<sup>40</sup>
- Decreto 45/2014, de 1 de abril, por el que se regulan los servicios de atención precoz.<sup>41</sup>

La atención precoz tiene como objetivo incidir en los trastornos del desarrollo infantil y en las situaciones de riesgo que puedan provocarlos. Incluye actuaciones de carácter preventivo, detección, diagnóstico e intervención terapéutica, que tienen lugar desde el momento de la concepción hasta que el niño cumple los 6 años. Esta atención se hace desde diferentes ámbitos como puede ser el familiar, sanitario, educativo, social u otros. Esta atención se hace desde los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), los cuales se extienden por todo el territorio catalán y trabajan coordinados con el resto de dispositivos implicados en la atención de la primera infancia.

Los organismos responsables de regular este servicio son el Departament de Drets Socials y la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat.

El servicio va dirigido a los niños con trastornos en su crecimiento o con riesgo de sufrirlos, desde el momento de su concepción y, como máximo, hasta que cumplan los 6 años.

La solicitud la deben hacer los padres, tutores o guardadores de hecho del niño, y se puede solicitar en cualquier momento. No existen tasas para este trámite.

Para la solicitud, los niños deben sufrir trastornos en su desarrollo o estar en situación de riesgo de sufrirlos, desde el momento de la concepción y, como máximo, hasta que cumplan los 6 años.

### **Documentación necesaria:**

- Formulario de solicitud
- Informes o dictámenes emitidos por profesionales del ámbito de la salud, servicios sociales o educación.

---

36. [Enlace.](#)

37. [Enlace.](#)

38. [Enlace.](#)

39. [Enlace.](#)

40. [Enlace.](#)

41. [Enlace.](#)

La duración de los servicios será la que necesite cada niño y se extenderá hasta que las necesidades de atención las puedan cubrir los servicios de carácter general, ya sean educativos, sanitarios o sociales o, en todo caso, cuando se cumpla la edad de 6 años.

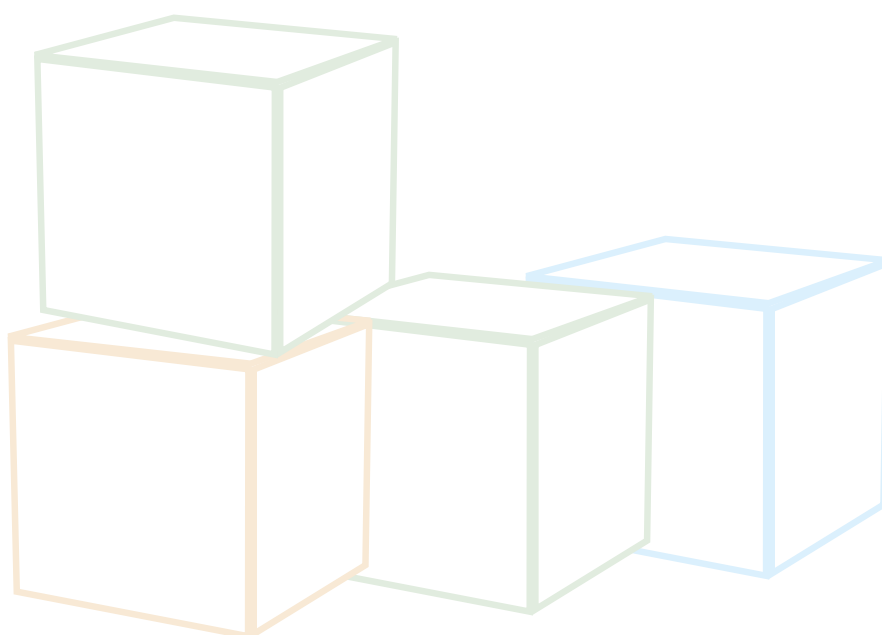
Excepcionalmente, el procedimiento se podrá iniciar de oficio por los CDIAP directamente o a partir de los servicios sanitarios, servicios sociales o servicios educativos/enseñanza.

### **Otra información:**

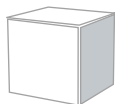
Se entiende por trastorno en el desarrollo la disfunción transitoria o permanente, ya sea de carácter neurológico, psicológico o sensorial, que presenta un niño en su proceso de maduración.

Se entiende por riesgo de sufrir un trastorno en el desarrollo el hecho de que un niño se encuentre en situación de carácter biológico, psicológico o social que dificulta su desarrollo.

Sin perjuicio del carácter universal de los servicios de atención precoz, se priorizará la atención a los niños menores de tres años y a los niños con afectación grave, de acuerdo con el criterio clínico de los profesionales del CDIAP. Se entiende por afectación grave aquella condición familiar, del entorno y/o del propio niño que repercute en alguna área de su desarrollo, de forma que queda comprometida, de forma significativa, su capacidad adaptativa y su relación con el entorno.







## IX. Regulación de la AT en Extremadura

Las legislaciones que recogen la AT en la comunidad de Extremadura son la siguientes:

- La AT de Extremadura se regula por el Decreto 151/2006, de 31 de julio.<sup>42</sup>
- En la Ley 4/2011, de 7 de marzo, de Educación de Extremadura, en su artículo 23 se recoge la prevención detección y AT y, además, en su artículo 93 se garantiza una programación para la detección y su atención.<sup>43</sup>
- En la Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura, su artículo 31 expone una serie de prestaciones garantizadas en los servicios sociales de atención especializada.<sup>44</sup>

Estas definen el servicio de AT como el *“conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, la familia y al medio, que tienen por objetivo atender, lo más rápidamente posible, 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.”*

Según la Asociación de Intervención Temprana Extremeña (AITE), la AT va dirigida a todos los niños entre 0 y 6 años que presentan cualquier trastorno en su desarrollo, sea de tipo físico, psíquico o sensorial, o con riesgo de padecerlo. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en AT deben considerar no sólo al niño sino también a la familia, la escuela y el medio en el que vive.

**Los objetivos** de la AT según la AITE son:

- Potenciar las capacidades y el bienestar del niño
- Posibilitar su autonomía personal y su integración en el medio familiar, escolar y social de la forma más completa posible

Además, Extremadura cuenta con el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD), cuya función es regular la AT en la comunidad. Entre sus **objetivos** se encuentran:

- Delimitar y definir de manera clara las prestaciones y servicios que deben proveer cada uno de los sistemas (sanitario y social) en materia de AT.
- Actualizar y concretar los perfiles asistenciales susceptibles de intervención.
- Determinar vías y mecanismos de cribado, derivación, acceso y seguimiento de las situaciones susceptibles de atención que se puedan presentar en los servicios sanitarios y sean derivadas a los servicios de atención a la discapacidad y a la dependencia del SEPAD.

---

42. [Enlace.](#)

43. [Enlace.](#)

44. [Enlace.](#)

□ Establecer mecanismos estables de coordinación entre los sistemas que garanticen la continuidad de la atención y la eficacia en el uso de los recursos en los tres niveles:

1. Coordinación interdisciplinar de los equipos de intervención
2. Coordinación de los diferentes servicios o dispositivos de AT
3. Coordinación interinstitucional

□ Mejorar la eficiencia y la agilidad del circuito asistencial, asegurando una adecuada coordinación entre los servicios.

El desarrollo de este servicio se lleva a cabo a través de programas individualizados en los que padres y profesionales establecen los objetivos a alcanzar y las estrategias para conseguirlos. Está formado por equipos de profesionales especializados en desarrollo infantil y AT que ponen en marcha dichos programas, en función de las necesidades de los niños, además de ofrecer información, asesoramiento e intervención en los diferentes aspectos que intervienen en el desarrollo.

El equipo multidisciplinar estará formado por diferentes profesionales encargados de las distintas áreas del proceso de desarrollo.

Este servicio tendrá lugar en los diferentes tratamientos y atención a los familiares en centros específicos de AT. Estos centros dispondrán de los medios necesarios para realizar las diferentes tareas llevadas a cabo por cada profesional.

Ha de seguirse un **proceso específico** para la solicitud del servicio de AT en Extremadura:

### 1. Detección.

Las dificultades en el desarrollo pueden ser detectadas por profesionales de distintos hábitos:

- Profesionales del ámbito sanitario
- Profesionales del ámbito educativo
- Profesionales del ámbito social
- Los mismos padres y madres

### 2. Derivación:

Una vez detectada la dificultad es necesario acudir a los equipos de profesionales especialistas en desarrollo infantil y AT que existan en base al lugar de residencia.

### 3. Intervención:

Dichos equipos serán los responsables de realizar el diagnóstico interdisciplinar del niño/a. El profesional escuchará las preocupaciones de los padres y recogerá todos aquellos datos que faciliten la intervención.

Se planificará la intervención más adecuada entre los profesionales y los padres contemplando aspectos dirigidos al niño/a, a la familia y al entorno.

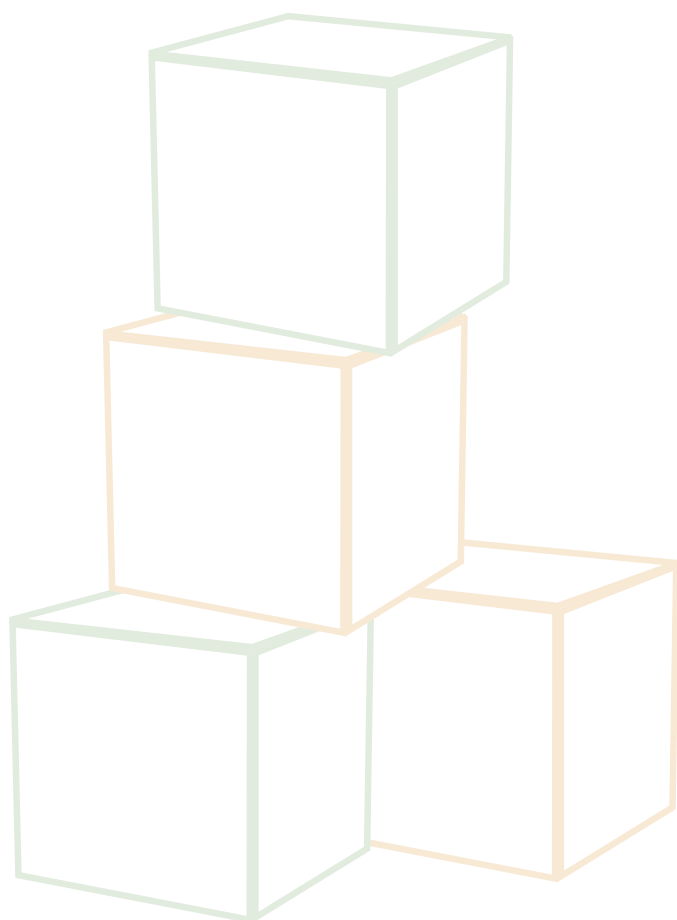
Se aplicará el programa de intervención en los distintos ámbitos llevando a cabo un seguimiento periódico del mismo; nuevamente la coordinación con profesionales de los distintos servicios implicados será fundamental para una adecuada información.

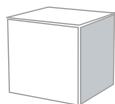
#### 4. Seguimiento:

En el momento de finalizar la intervención, sea por la edad (6 años), por haber alcanzado los niveles de desarrollo adecuados, o porque hay una derivación a otros servicios, el profesional de la AT ayudará a la familia a buscar nuevos recursos y adaptarse a la nueva situación, además de plantear una labor de seguimiento, al menos durante un tiempo determinado.

La intervención con las familias tiene como finalidad ayudar a los padres y madres en la adaptación a la nueva situación, ofrecer la posibilidad de comprenderla de modo global, evitando que consideremos el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño/a.

La Junta de Extremadura y la Consejería de Educación ofrecen la instrucción 23/2007 de 5 de septiembre, de la Dirección General de Calidad y Equidad educativa por la que se regula el funcionamiento de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica generales, equipos de AT y equipos específicos de atención a deficientes auditivos, de la comunidad autónoma de Extremadura, como criterio de calidad para valorar la atención.





## X. Regulación de la AT en Galicia

Las leyes que regulan la AT en Galicia son las siguientes:

- Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia, en donde la AT se aborda en términos de servicios sociales y educación.<sup>45</sup>
- Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de AT.<sup>46</sup>

Asimismo, esta se recoge en:

- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.<sup>47</sup>
- Decreto 229/2011, de 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia.<sup>48</sup>
- DECRETO 149/2013, del 5 de septiembre, que define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia y determina el sistema de participación de los usuarios sin financiación de costes propios.
- Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por el que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas para los planes de atención integral a los menores de edad de tres en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla y evaluación anual correspondiente al ejercicio 2012 de los resultados de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia situación de dependencia.<sup>49</sup>

La Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, no hace referencia expresa a la AT; no obstante, el artículo 14, 5 hace una referencia indirecta al señalar que a las personas con discapacidad les será de aplicación lo previsto en el artículo 25, apartados b), c), d) y f), de la Convención de derechos de las personas con discapacidad.

De manera concreta, la AT está regulada en Galicia por el Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de AT.

En este, y es esta la definición proporcionada por la Xunta de Galicia, se entiende la AT como un: *“conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno, y que tiene por objetivo dar respuesta lo antes posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y las niñas con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos, para facilitar el desarrollo de su autonomía personal y la inclusión social. Desde los servicios de AT se ofrecerá una intervención biopsicosocial que favorezca la adquisición o la recuperación de funciones y de habilidades personales y sociales de cara a la mejora de la autonomía, de la convivencia social y familiar y de la inclusión social”*.

45. [Enlace.](#)

46. [Enlace.](#)

47. [Enlace.](#)

48. [Enlace.](#)

49. [Enlace.](#)

La AT en Galicia es una competencia compartida por la Consellería de Política Social, la Consellería de Sanidad y la Consellería de Cultura, Educación y Ordenación Universitaria que, con sus equipos de intervención, forman la Red gallega de AT. Esta red dispone de unos equipos interprofesionales que, dependiendo del diagnóstico realizado, abordarán el caso desde una u otra especialidad del equipo.

La Xunta de Galicia ofrece un **protocolo** de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en AT.<sup>50</sup>

#### **Fase de detección:**

El artículo 4 del Decreto 183/2013 dispone que la atención especializada multidisciplinar debe seguir un modelo metodológico de actuación, en el que se incluye la detección precoz de los trastornos del desarrollo o de las situaciones de riesgo de padecerlos.

#### **Ámbito:**

Sistema de servicios sociales, educativo y sanitario (pediatría de atención primaria y de atención hospitalaria).

#### **Familias:**

En el caso de sospecha de necesidades relacionadas con el desarrollo, o de situación de vulnerabilidad que le pueda afectar negativamente al proceso evolutivo de la persona menor, los profesionales de los sistemas de protección, sanitario, social y educativo, y las familias deberán canalizar las situaciones detectadas a través de los servicios de pediatría. A través de los servicios de pediatría de atención primaria cuando la situación sea detectada en el ámbito comunitario por las propias familias, por profesionales de escuelas infantiles o de educación de primero o segundo ciclo, por los servicios sociales comunitarios o especializados, programas de educación familiar, recursos sanitarios de atención primaria y otros agentes de los diferentes sistemas. Y a través de los servicios de pediatría de atención hospitalaria cuando la detección tenga lugar en el ámbito hospitalario. En el sistema educativo la detección precoz del alumnado con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos que deba ser atendido por los servicios de AT se centrará en el alumnado del 2º ciclo de educación infantil.

#### **Fase de derivación:**

La regulación del acceso a los servicios de los tres sistemas implicados y las acciones que se desarrollarán, que conforme al Decreto 183/2013, se planificarán de forma coordinada, de conformidad con el protocolo de coordinación, intervención y derivación.

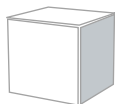
#### **Ámbitos:**

- Pediatría de atención primaria de salud y de atención hospitalaria - Familias
- Unidades de AT hospitalarias
- Centros y programas de desarrollo infantil y AT, del Sistema de servicios sociales
- Servicios de orientación educativa

A partir de la confirmación y derivación por los servicios de pediatría de un trastorno o retraso en el desarrollo se iniciará la valoración e intervención interdisciplinaria y transdisciplinaria. Esta valoración e intervención se realizará a través de las fases de acogida, valoración, intervención y evaluación y se desarrollará como una atención especializada multidisciplinar. Las actuaciones tendrán un carácter multidimensional y biopsicosocial mediante equipos interdisciplinarios especializados en desarrollo infantil de 0 a 6 años y estarán centradas en las personas; menores destinatarias y sus familias como sujetos activos de la intervención que tratan de facilitar su desarrollo personal y deben recibir una atención personalizada que se adecúe de forma flexible a sus necesidades.

---

50. [Enlace](#).



## XI. Regulación de la AT en las **Islas Baleares**

Baleares tiene una legislación muy breve basada en las siguientes normas:

- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.<sup>51</sup>
- Decreto 85/2010, de 25 de junio por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Illes Balears.<sup>52</sup>
- Decreto 35/2011, de 8 de abril por el que se crea el Centro Coordinador de Atención Temprana y Desarrollo Infantil de las Illes Balears.<sup>53</sup>

Baleares cuenta con un Servicio de Valoración y Atención Temprana (SVAP). La función de este servicio es detectar y dar atención, lo más rápido posible, a la población infantil, a la familia y al entorno que presenten trastornos de cualquier tipo en el desarrollo, o que tengan riesgo de padecerlo, con el fin de potenciar al máximo sus capacidades y su bienestar.

La inclusión de programas de AT viene determinada por factores de riesgo biológico, psicológico o social.

**La población destinataria** de los servicios de AT en Baleares sería la población infantil de 0 a 6 años residente en las Islas Baleares con:

- Retraso en cualquier área del desarrollo (motor, cognitivo, sensorial o conductual)
- Presencia de un trastorno del desarrollo o estar en riesgo de padecerlo.
- Niños de alto riesgo por varios antecedentes de salud o por determinados diagnósticos clínicos.

**El acceso al servicio** de AT se realiza a través de los profesionales del ámbito sanitario, educativo y social o por iniciativa de los padres o tutores.

**Qué servicios se ofrecen en Baleares:**

**a) Unidad de Diagnóstico Infantil y AT (UDIAP)**

Se trata de un equipo multiprofesional especialista en AT constituido por facultativos de las áreas:

- Cognitiva y psicológica.
- Comunicativa habilitadora y rehabilitadora.
- Motora funcional habilitadora y rehabilitadora.
- Social y comunitaria.

---

51. [Enlace.](#)

52. [Enlace.](#)

53. [Enlace.](#)

La UDIAP realiza las siguientes funciones:

- Valoración, orientación, seguimiento y/o derivación al Servicio de Desarrollo Infantil y AT (SEDIAP).
- Coordinación con los SEDIAP.
- Coordinación con los servicios sanitarios, educativos y sociales.
- Valoración y reconocimiento del grado de discapacidad.

**b) Servicio de Desarrollo Infantil y AT (SEDIAP)**

Equipo multiprofesional especialista en AT constituido por facultativos de las áreas:

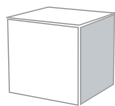
- Fisioterapia
- Logopedia
- Psicología
- Trabajo Social
- Otros que puedan ser considerados a criterio de la UDIAP

Los SEDIAP tienen como función prestar atención terapéutica interdisciplinaria y transdisciplinaria al niño y su familia. Sus funciones son:

- Realizar la intervención terapéutica interdisciplinaria en el niño y en su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica, de acuerdo con un Plan Individual de Atención Temprana (PIAT).
- Colaborar y cooperar con los servicios sociales, sanitarios, educativos y otros que desarrollen tareas en el ámbito de la prevención, la detección temprana y la intervención de los trastornos de desarrollo y situaciones de riesgo en la población infantil.
- Coordinarse con los centros y servicios de orientación (equipos de orientación educativa psicopedagógica generales y de atención temprana), con los dispositivos de salud que correspondan y con la Unidad de Diagnóstico Infantil y AT (UDIAP).
- Facilitar apoyo y acompañamiento a la familia, en la atención que promueve el desarrollo integral del niño. Las familias se comprometen con el SEDIAP a seguir las pautas establecidas y a asistir al tratamiento.
- No ofrecer atención cuando existan becas dirigidas a la misma intervención, y no priorizar la atención cuando exista apoyo educativo en las mismas áreas del desarrollo.

**c) Programa de Seguimiento de Prematuros (PSP):**

Seguimiento psicológico y fisioterápico a bebés prematuros menores o igual a 32 semanas de gestación y/o menores de 1.500 gr. de peso al nacer.



## XII. Regulación de la AT en la **Comunidad de Madrid**

Encontramos referencias a la AT en diferentes leyes y decretos de la Comunidad de Madrid.

- Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la AT en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de AT.<sup>54</sup>
- Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.<sup>55</sup>
- Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.<sup>56</sup>
- Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.<sup>57</sup>

En el ámbito educativo se encuentran referencias a la atención a la diversidad en el Decreto 36/2022, de 8 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece para la Comunidad de Madrid la ordenación y el currículo de la etapa de Educación Infantil.

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

En este decreto se entiende por AT *“el conjunto de intervenciones de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales dirigidas a la población infantil, a su familia y a su entorno, para dar respuesta, lo más inmediata posible, a las necesidades, transitorias o permanentes, que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”*.

Los destinatarios son los menores de seis años, con trastornos del desarrollo, discapacidad o riesgo de padecerla y/o dependencia, su familia y su entorno. Se contempla la posibilidad de que, en casos excepcionales, se podrá prolongar la permanencia del menor en el servicio de AT hasta su incorporación a la enseñanza obligatoria.

**Los fines** de la AT en Madrid son:

- Favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal.
- Eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de discapacidades añadidas.
- Facilitar la integración familiar y social y la calidad de vida.

---

54. [Enlace.](#)

55. [Enlace.](#)

56. [Enlace.](#)

57. [Enlace.](#)



A su vez los **objetivos específicos** de la AT en la Comunidad de Madrid son:

- Reducir los efectos de un déficit sobre el desarrollo global del menor.
- Evitar o reducir la aparición de discapacidades secundarias asociadas al trastorno de desarrollo y/o al riesgo de padecerlo.
- Optimizar el desarrollo del menor y su grado de autonomía, considerando al menor y a su familia como sujetos activos de la intervención y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del niño.
- Garantizar que cada niño cuente con una atención individualizada e integral.
- Proporcionar apoyo y procurar la satisfacción a las necesidades y demandas de la familia y el entorno.
- Alcanzar estándares de calidad en la prestación del servicio de AT que incluya el desarrollo de planes de formación continua para los profesionales que trabajen en este ámbito

La AT se fundamenta en los siguientes **principios** según señala el Decreto 46/2015, de 7 de mayo, en su artículo 3:

**Universalidad:** Acceso al servicio de todas las personas que reúnan los requisitos establecidos en el artículo anterior.

**Igualdad:** Ausencia de cualquier discriminación en el acceso al servicio.

**Responsabilidad pública:** Compromiso de los ámbitos implicados (sanitario, educativo y de servicios sociales) en proporcionar una AT de calidad en la Comunidad de Madrid.

**Coordinación:** Actuación conjunta, integral, coherente y de optimización de recursos entre las distintas Administraciones Públicas e instituciones que intervienen en la atención integral de la AT al menor.

**Atención personalizada e integral y de calidad:** Adecuación y correspondencia del servicio con las condiciones y necesidades particulares de cada uno de los destinatarios atendidos en su globalidad, atendiendo al “interés superior del menor” y su derecho a alcanzar el máximo desarrollo de sus posibilidades, su autonomía y su participación activa en la familia y en la comunidad.

**Intervención profesional interdisciplinar y cualificada:** Desarrollo de las actuaciones en el ámbito de la AT por profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales organizados o coordinados de forma interdisciplinar y/o transdisciplinar, con formación y especialización en el desarrollo biológico, psicológico y social de los menores de seis años.

**Participación:** Contribución activa, comprometida y responsable de las familias y del entorno en el desarrollo de los planes y programas de la AT fundamentales para el desarrollo del menor.

**Proximidad, descentralización y territorialización:** Acercamiento del servicio a las personas destinatarias, en la medida de lo posible.

La AT comprende las siguientes **actuaciones**:

- Prevención de situaciones de riesgo.
- Detección, por los sistemas implicados, de cualquier trastorno en el desarrollo del menor o de las situaciones de riesgo de padecerlas.
- Evaluación de las necesidades del menor, de su familia y de su entorno.
- Diagnóstico de los trastornos del desarrollo.
- Atención interdisciplinar o transdisciplinar del menor, de su familia y de su entorno.
- Orientación y apoyo a la familia y al entorno en el proceso de atención al desarrollo integral del menor.

- Coordinación de las actuaciones de las Administraciones Públicas y de los profesionales sanitarios, de servicios sociales y educativos, que participan en la prevención, detección precoz e intervención necesarias para la atención de los menores con trastornos en el desarrollo, discapacidad y/o dependencia o riesgo de padecerla.
- Seguimiento, evaluación y revisión, en su caso, de las actuaciones desarrolladas.

Las **modalidades** de AT son según el art. 7 del Decreto 46/2015, de 7 de mayo:

- **Atención directa:** Es aquella que exige la participación activa e inmediata de los profesionales en la ejecución de las actuaciones que se haya determinado previamente que son necesarias para la atención individualizada e integral del menor. Se consideran también atención directa las orientaciones y pautas que los profesionales dan a las familias como parte del proceso de intervención con el menor.
- **Atención sociofamiliar:** Es aquella destinada a la familia de forma individual o en grupo para responder a necesidades más específicas detectadas en el proceso de evaluación previa del menor y su entorno familiar.
- **Atención en el proceso de escolarización:** Es aquella dirigida a los menores que inician su escolarización y en la que es necesaria la coordinación entre los profesionales que han atendido al menor en el centro de tratamiento, las unidades responsables de la prescripción y revisión de la intervención y los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, de forma que se ofrezcan al menor y a su familia las medidas de apoyo necesarias en el proceso de incorporación al ámbito escolar.

Concretamente el Catálogo de servicios constituye el conjunto de actuaciones, prestaciones, recursos, tratamientos, ayudas y demás medios de atención dirigidos a los menores, a las familias y a su entorno, para la consecución de las finalidades y objetivos contemplados en el Decreto 46/2015. Los servicios se prestan en el ámbito sanitario, educativo y social. En el ámbito sanitario se prestarán los servicios en función de lo previsto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y de acuerdo con la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En el ámbito educativo se realizará la evaluación psicopedagógica de los menores que pudieran presentar necesidades educativas especiales para facilitar su detección precoz y su escolarización temprana. En el ámbito de los servicios sociales, podrán prestarse los servicios de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia, así como apoyo a la familia.

### **Procedimiento de acceso** a la AT en la Comunidad de Madrid:

Cuando los profesionales sanitarios públicos o los profesionales autorizados de la Red de Orientación educativa detectan que el menor tiene algún trastorno en el desarrollo o un riesgo de padecerlo, lo derivan al ámbito de los servicios sociales a través del Registro Único de AT.

Una vez realizada la derivación, las familias deben solicitar la valoración de la necesidad de AT al Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI) de la Comunidad de Madrid. El CRECOVI citará a la familia para efectuar la valoración. Allí serán atendidos por uno o varios miembros de los equipos interdisciplinarios de valoración infantil (formados por médico, psicólogo y trabajador social) en función de las necesidades del menor. Con la información aportada por los distintos profesionales, la comisión de valoración determina la necesidad o no de AT emitiendo el dictamen de necesidad de AT que contiene el diagnóstico, el tipo de tratamiento recomendado y el plazo de validez del mismo.

Una vez recibido el dictamen que confirma la necesidad de AT, para poder acceder a la plaza pública de atención temprana, las familias necesitan solicitar plaza en cualquier Centro de Atención de la red de centros de la Comunidad de Madrid a través de la sede electrónica. Tras realizar la solicitud, la familia entra en la Lista de Espera Oficial de la Comunidad de Madrid para acceder a plaza pública. Desde la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad se ponen en contacto con la familia cuando exista una plaza vacante que se adapte a sus necesidades.

Los profesionales de la Comunidad de Madrid cuentan con un Protocolo de Coordinación de AT<sup>58</sup>, aprobado por el pleno del Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil, es un documento dirigido a los profesionales que intervienen en la atención integral que se ofrece a los niños que precisan AT en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de presentar una visión completa del procedimiento de actuación en todas sus fases, desde la inicial de derivación hasta la fase final de intervención terapéutica.

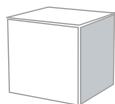
El protocolo incluye los mecanismos de coordinación entre los profesionales de la Consejería de Sanidad, Consejería de Educación, Universidades, Ciencia y Portavocía, Consejería de Familia, Juventud y Política Social, Centros de AT y Centros Base de atención a personas con discapacidad y contiene el catálogo de recursos públicos de AT en el ámbito sanitario, educativo y social.

En el protocolo, se puede encontrar el enlace al documento de información y orientación a las familias en materia de atención temprana, editado por la Comunidad de Madrid<sup>59</sup>, que recoge los pasos a seguir por la familia para completar la solicitud de plazas de atención temprana.

---

58. [Enlace](#).

59. [Enlace](#).



### XIII. Regulación de la AT en la **Comunidad Valenciana**

La AT en la C. Valenciana está regulada por las siguientes leyes:

- Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales.<sup>60</sup>
- Ley 12/2008, de 3 de julio, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana.<sup>61</sup>
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.<sup>62</sup>
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana.<sup>63</sup>
- Resolución conjunta de 17 de septiembre de 2021, de la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental y de la Dirección General de Inclusión Educativa, por la cual se establece el Protocolo de coordinación de profesionales para el desarrollo de la Atención temprana.
- Instrucción 3/2022, de fecha 29 de julio de 2022, para establecer el marco común de las actuaciones de intervención de Atención Temprana.
- Resolución de 19 de junio de 2023, conjunta de la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental y de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, por la cual se establece el protocolo para la coordinación en atención temprana.<sup>64</sup>
- Instrucción 5/2023, de fecha 27 de junio de 2023, para establecer directrices para la implantación y funcionamiento de las Unidades de valoración y seguimiento de la atención temprana (UVSAT), la coordinación con el programa de atención al desarrollo infantil (ADI) y determinadas modificaciones dentro del marco común para el acceso a los servicios y la prestación de atención temprana.

Según la página web de Generalitat Valenciana, se define la AT como *“el conjunto de actuaciones preventivas, de promoción e intervención en el desarrollo infantil dirigidas a la población menor de 6 años, a su familia y sus entornos, que ante posibles alteraciones del desarrollo o factores de riesgo que pudieran aparecer, garanticen una respuesta integral a sus necesidades, lo más pronto posible y coordinada, por parte de los sistemas de salud, servicios sociales y educación de la Comunitat Valenciana”*.

Se ofrece un servicio en el que pueden ser atendidos los niños/as de 0 a 6 años que hayan sido valorados de riesgo por los equipos correspondientes de los servicios de pediatría de los centros hospitalarios y de atención primaria de la Conselleria de Sanidad y por el servicio psicopedagógico del centro educativo.

---

60. [Enlace.](#)

61. [Enlace.](#)

62. [Enlace.](#)

63. [Enlace.](#)

64. [Enlace.](#)

Se realiza en centros específicos de atención ambulatoria que se componen de equipos de profesionales de carácter multidisciplinar, con titulación en sus correspondientes disciplinas y especialización en desarrollo infantil y atención temprana. Estos servicios se prestarán primordialmente en las instalaciones del propio centro, pero también se podrán realizar en el domicilio o en el centro educativo en función de las necesidades detectadas.

Es posible acceder a este recurso a través de los profesionales de los hospitales de referencia/ Centros de Atención Primaria o del Servicio Psicopedagógico del Centro Educativo. El acceso a los servicios de atención temprana se iniciará previa solicitud por parte del padre o la madre o del representante legal del niño o la niña, que irá dirigida a la Dirección Territorial de la Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda de la provincia en la que residan.

Los CAT's deberán efectuar **prestaciones** de asistencia integral y, como mínimo, las siguientes:

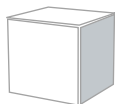
- Diagnóstico, tratamiento, orientación y seguimiento.
- Coordinación con los recursos comunitarios.
- Atención individual y familiar, dotando a los padres y a las madres de conductas estimuladoras educativas.
- Tratamiento fisioterapéutico especializado en caso de alteraciones neurológicas que puedan hacer prever una discapacidad motora.
- Tratamiento logopédico especializado en los supuestos de hipoacusia.

**Los objetivos** de la AT son los siguientes:

- Prevenir factores de riesgo y alteraciones del desarrollo.
- Evaluar las necesidades del niño y la niña, de su familia y entorno.
- Reforzar las capacidades, competencias y sensibilidad de la familia y los cuidadores principales de los niños y las niñas en la comprensión y respuesta a las necesidades y demandas de cada niño o niña y sus ritmos evolutivos.
- Planificar una intervención capaz de mejorar al máximo nivel posible el desarrollo y calidad de vida del niño y la niña y su familia.
- Promover la participación activa y voluntaria del niño y de la niña en las actividades de su vida diaria.
- Promover relaciones positivas, sensibles y de apego seguro apoyando y mejorando las condiciones de vida y crianza.

Asimismo, en la web se plantea un esquema con las distintas **etapas** de la AT:

- 1. Detección de alteraciones** del desarrollo o riesgo de que aparezcan, desde el ámbito educativo, social o familiar.
- 2. Acudir al pediatra** del sistema público valenciano para que confirme la sospecha y, en su caso, elabore el informe de AT que entregará a la familia.
- 3. Presentación de la solicitud** de AT por parte de los progenitores o representante legal del niño/a.
- 4. Valoración** de la idoneidad de la necesidad de intervención en AT, por el equipo de las unidades de valoración y seguimiento de la AT (UVSAT).
- 5. Emisión del informe técnico** de idoneidad y necesidad de AT con propuesta técnica favorable o desfavorable al inicio de la intervención.
- 6. Asignación del servicio** y resolución de inicio de la intervención.
- 7. Seguimiento** y, en su momento, propuesta de finalización de la AT por la UVSAT, en coordinación con el recurso de AT.
- 8. Resolución de finalización** del servicio de AT.



## XIV. Regulación de la AT en **Navarra**

Las siguientes leyes definen la AT en la Comunidad de Navarra:

- Decreto Foral 69/2008 por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales.<sup>65</sup>
- Orden foral 317/2009.<sup>66</sup>
- Decreto Foral 198/2019 por el que se regula la Red de Atención Temprana de Navarra.<sup>67</sup>
- Orden Foral 94/2019 por la que se regula el Servicio de Atención Temprana del Departamento de Derechos Sociales.<sup>68</sup>

La comunidad de Navarra ofrece el servicio de AT a niños de 0 a 3 años, a diferencia de otras comunidades autónomas. Se define como *“un servicio destinado a las actuaciones de prevención, evaluación e intervención, que se ofrece a niños y niñas de entre 0 y 3 años con trastorno en el desarrollo o con riesgo de padecerlo. El segundo ciclo (3-6 años) se atiende desde los centros educativos públicos o concertados”*.

Servicio dirigido a niños y niñas de 0-3 años y a sus familias, que cumplan los siguientes **requisitos**:

- Residir en Navarra.
- Presentar cualquier tipo de dificultad, alteración o trastorno en el desarrollo, o estar en riesgo de padecerlo.
- Compromiso familiar de aceptación del condicionado, horario y regularidad.

El servicio es integral, porque se realiza un trabajo en el que se interviene con las familias (desde sus propias competencias) y con el menor, en coordinación con pediatras, escuelas infantiles u otras personas que lo acompañan.

Se busca, por un lado, mejorar la evolución personal del menor reforzando las competencias familiares. Por otro lado, fomentar las propias capacidades del menor y su participación en el medio social.

### **Características:**

Es un servicio de carácter preventivo, por lo que no es necesario tener reconocido un grado de discapacidad. Es, además, un servicio integral, donde se coordinan las actuaciones de los sectores implicados: Salud, Educación y Servicios Sociales.

Es un servicio garantizado de atención ambulatoria, que se presta todos los días laborables del año, de lunes a viernes, en las siguientes localidades: Pamplona y Comarca, Zona Norte, Alsasua, Tafalla, Estella, Sangüesa y Tudela.

---

65. [Enlace.](#)

66. [Enlace.](#)

67. [Enlace.](#)

68. [Enlace.](#)

El programa se iniciará con la fase de acogida y primera valoración y con el diseño de un plan de atención personalizada que deberá contener necesidades de apoyo, objetivos, actividades a realizar e intensidad de las mismas.

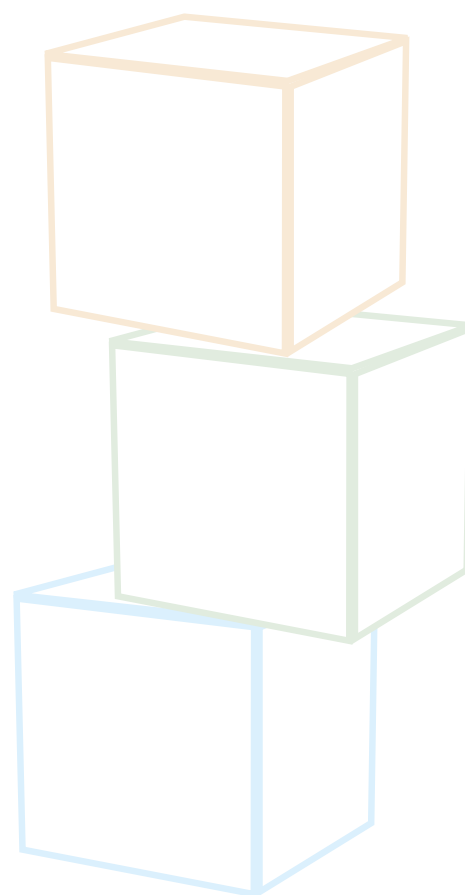
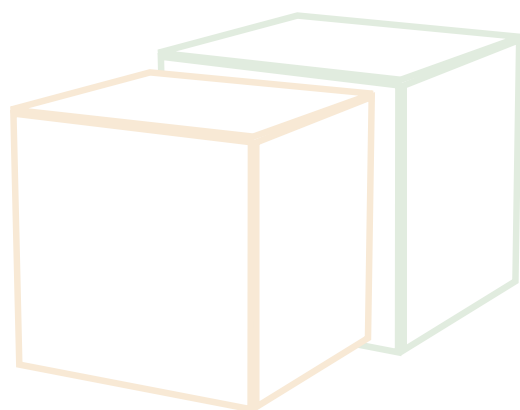
Se realizará, asimismo, un seguimiento del desarrollo evolutivo del niño o niña y de la situación familiar y de la intervención médica, psicológica y social, una vez cada seis meses.

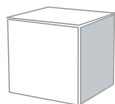
Este es un servicio gratuito y compatible con todos los servicios y ayudas.

### **Pasos del procedimiento:**

El reconocimiento del derecho conlleva la elaboración de un Programa de Intervención Individual que contendrá los objetivos y actuaciones necesarias derivados de la valoración individual.

El desarrollo de este programa se llevará a cabo por el Servicio de Atención Temprana a través de los Equipos de Zonas. Con carácter previo al inicio del servicio, se llegará a un acuerdo con la persona que ostente la tutela sobre contenidos y horario reservado y se firmará la aceptación del correspondiente condicionado. El inicio del servicio será efectivo en un mes.





## XV. Regulación de la AT en la **Región de Murcia**

Murcia cuenta con una ley específica que regula la prestación de la AT en la región:

- Ley 9/2022, de 29 de noviembre, de modificación de la Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.<sup>69</sup>

En dicha ley se entiende por AT el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 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 menores con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad de los menores, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Los **destinatarios** de la AT en Murcia son:

- Los niños de cero a seis años, con trastornos y alteraciones en su desarrollo o riesgo de padecerlos. Excepcionalmente, se prolongará la intervención, si las circunstancias así lo requieren, siempre y cuando la continuidad del tratamiento en las mismas condiciones permita establecer un pronóstico de mayor recuperación sobre otras alternativas. Esta excepcionalidad será por un período máximo de un año.
- Asimismo, la AT podrá prolongarse en quienes superen la edad prevista previo informe favorable del órgano competente.
- Serán también destinatarios de los servicios de AT los menores y sus familias hasta la finalización del curso escolar en el que cumpla los seis años.
- Aquellos alumnos y alumnas que estén recibiendo los servicios de AT y que deban permanecer un curso más en Educación infantil seguirán recibiendo servicios.

La AT tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad o el riesgo de padecerla, así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Los **objetivos específicos** de la AT en Murcia son:

- Reducir los efectos de un déficit sobre el desarrollo global del menor.
- Evitar o reducir la aparición de alteraciones asociadas a las propias alteraciones de desarrollo y/o al riesgo de padecerlo.
- Optimizar el desarrollo del menor y su grado de autonomía, posibilitando, de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social, y considerando al menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, así como a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del menor.
- Garantizar que cada menor cuente con una atención individualizada e integral.
- Proporcionar apoyo y procurar la satisfacción de las necesidades de las familias.
- Alcanzar estándares de calidad en la prestación del servicio de AT que incluya el desarrollo de planes de formación continua para los profesionales que trabajen en este ámbito.

69. [Enlace](#).



La **intervención integral** en AT en la Región de Murcia se rige por los siguientes principios:

- **Interés superior del menor.**
- **Universalidad:** el acceso al servicio de todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.
- **Gratuidad:** en la Región de Murcia la AT será gratuita para todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.
- **Igualdad y equidad.**
- **Atención personalizada, integral y continua:** Tanto los tratamientos habilitadores y rehabilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor se planificarán teniendo en cuenta la situación específica de cada menor y de su familia.
- **Diligencia y responsabilidad pública.**
- **Coordinación y cooperación:** la actuación conjunta, integral, coherente y de optimización de recursos entre las distintas administraciones públicas e instituciones, tanto públicas como concertadas, que intervienen en la atención integral de la AT de los menores.
- **Participación:** la contribución activa, comprometida y responsable de las familias y del entorno en el desarrollo de los planes y programas de la AT, así como de todos los agentes participantes, favoreciendo la información, orientación, apoyo y el asesoramiento a la familia.
- **Proximidad y sectorización:** los recursos para la intervención integral en AT deben estar próximos a la zona de referencia del entorno familiar, ser accesibles y organizarse en función de una red pública de centros que atiendan las necesidades de los menores y sus familias.
- **Interdisciplinariedad y cualificación profesional:** el desarrollo de las actuaciones en el ámbito de la AT por profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales organizados o coordinados de forma interdisciplinar y/o transdisciplinar, con formación específica o experiencia acreditada en AT, que será actualizada y evaluada.
- **Evaluación y calidad:** la organización de la AT será evaluada, y se establecerán criterios y sistemas basados en el modelo de calidad de vida, con indicadores que permitan conocer la calidad de las actuaciones.
- **Prevención:** la AT supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan algún trastorno en el desarrollo o alguna discapacidad.

Los **ámbitos** de actuación de la AT comprenden:

- Prevención de situaciones de riesgo biológico, psicológico y/o social.
- Detección, por los sistemas implicados, de cualquier retraso en el desarrollo del menor o de las situaciones de riesgo.
- Evaluación de las necesidades del menor, de su familia y de su entorno.
- Diagnóstico de las alteraciones del desarrollo.
- Atención interdisciplinar o transdisciplinar del menor, de su familia y de su entorno.
- Orientación y apoyo a la familia y al entorno en el proceso de atención al desarrollo integral del menor.
- Coordinación de las actuaciones de las Administraciones Públicas y de los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales que participan en la prevención, detección precoz e intervención necesarias para la atención de los menores con alteraciones en el desarrollo, dependencia y/o discapacidad o riesgo de padecerla.
- Seguimiento, evaluación y revisión, en su caso, de las actuaciones desarrolladas.

**Los profesionales** que intervengan en AT en Murcia actuarán bajo los principios de coordinación y cooperación en la intervención, el seguimiento, el intercambio de información y, si procede, la derivación de casos.

El procedimiento se inicia a partir de la solicitud de los padres o representantes legales del niño o la niña, cuando profesionales de los servicios sanitarios, educativos o sociales detecten que puede necesitar AT. La solicitud tiene que ir acompañada del informe de pediatría.

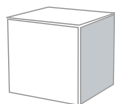
Una vez recibida la solicitud por la Dirección General de Personas con Discapacidad, el expediente llegará al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de AT (EOEP) de la Consejería de Educación al que corresponda realizar la valoración técnica de la necesidad de AT. Este EOEP contactará con la familia para realizar dicha valoración. Una vez emitido el informe de valoración, cuando proceda el reconocimiento del derecho al servicio de AT, la Dirección General de Personas con Discapacidad del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) resolverá el procedimiento, asignando las intervenciones y el Centro de Desarrollo Infantil y AT (CDIAT) que vaya a prestar el servicio, teniendo en cuenta como criterio prioritario la elección realizada por la familia.

Los profesionales que intervienen en AT deben trabajar bajo los principios de coordinación y cooperación en la intervención, el seguimiento, el intercambio de información y, si procede, la derivación de casos.

La coordinación interdepartamental de los distintos sistemas implicados se garantiza mediante la Comisión Regional de Coordinación en AT, adscrita a la consejería competente en materia de servicios sociales. Esta comisión es la responsable de aprobar y seguir el Protocolo de Coordinación de AT.

En lo referente a la **formación** de los profesionales implicados en la AR:

La Administración Pública murciana impulsará la formación de profesionales implicados en la AT. Se fomentarán centros de referencia para la formación en determinados trastornos del desarrollo, especialmente para profesionales vinculados a los CDIAT. La Administración educativa de la Región de Murcia adoptará las medidas necesarias para incluir en los planes de formación permanente del profesorado una formación inicial y continua en materia de AT y, se establecerán líneas de colaboración con las universidades de Murcia en el desarrollo de estrategias de formación en materia de atención a los trastornos del desarrollo.



## XVI. Regulación de la AT en el País Vasco

La regulación de la Atención Temprana en el País Vasco, aparece básicamente en dos normas:

- Ley 12/2008 de 5 de diciembre de Servicios Sociales.<sup>70</sup>
- Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.<sup>71</sup>
- DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (página 52, ficha 2.7.4. Servicio de intervención social en atención temprana).<sup>72</sup>
- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 125/2017 de 24 de octubre por el que se regula la prestación del Servicio Público de Atención Temprana.<sup>73</sup>

La AT se define como *“un conjunto de acciones coordinadas de carácter global e interdisciplinar, encaminadas a dar respuesta a las necesidades de niños y niñas de 0 a 6 años que presentan trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, y también a su familia y a su entorno. Comprenderá por tanto las acciones realizadas tanto desde los servicios sociales como desde el sistema de salud y el educativo.”*

Desde este punto de partida en el País Vasco se define que el sistema de salud tiene como objetivos el desarrollo y la atención a los programas de prevención de las deficiencias infantiles, el seguimiento de población en riesgo y la colaboración en las propuestas de intervención temprana.

La intervención del ámbito educativo se produce a partir de la escolarización de los niños y niñas. Todos los servicios educativos, presentes y futuros, recogidos en su cartera o presentación pública, responden al objetivo de garantizar el derecho a la educación y la igualdad de oportunidades de todos los alumnos y alumnas con necesidades específicas de apoyo educativo, entre los cuales se incluyen todos los que puedan necesitar una intervención temprana y sostenida en el tiempo.

En el ámbito de los servicios sociales, se desarrollan dos grandes grupos de actuaciones que pueden intervenir en la fase de AT. De un lado, las actuaciones en el ámbito de la protección a niños y niñas en riesgo de desprotección o en situación de desprotección, de otro lado, las actuaciones de promoción de la autonomía y atención a la discapacidad y a la dependencia en el marco normativo de la dependencia.

Atendiendo a criterios de funcionalidad y a la necesidad de un punto de referencia especializado, la función de coordinación de los sistemas implicados en la Comunidad Autónoma del País Vasco se articula en torno al Sistema Vasco de Servicios Sociales.

---

70. [Enlace.](#)

71. [Enlace.](#)

72. [Enlace.](#)

73. [Enlace.](#)

Se aclaran los **objetivos** del servicio de AT:

- Evitar o reducir la aparición de una deficiencia o déficit secundarios o asociados a un trastorno o situación de alto riesgo.
- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre la niña o el niño.
- Optimizar el desarrollo del niño o de la niña.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a las necesidades específicas.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño o la niña, tanto en el entorno humano –familia y otras personas cuidadoras habituales así como personal profesional–, como físico –domicilio familiar/institucional, escuela, centro de salud, medio hospitalario, servicios sociales, espacio público.

La AT se **estructura** funcionalmente en equipos de Valoración en Atención Temprana (EVAT) y en Equipos de Intervención en Atención Temprana (EIAT).

En el ejercicio de sus **funciones**, el Equipo de Valoración en AT actúa:

- Como responsable técnico de AT elevando al órgano que corresponda la propuesta técnica de atención correspondiente a cada niño o niña atendido.
- Como Equipo de Valoración de referencia para los Equipos de Intervención en AT.
- Está integrado por personas profesionales de los tres ámbitos que intervienen en la AT – sanitario, educativo y social– y está dimensionado conforme a las necesidades de cada territorio, incluyendo al menos:
  - Por parte de Salud, dos médicas o médicos de entre las siguientes especialidades: pediatría, neonatología, neuropediatría, rehabilitación o psiquiatría infantil.
  - Por parte de Educación, dos asesores o asesoras de necesidades educativas especiales.
  - Por parte de Servicios Sociales, una persona profesional de cada una de las siguientes disciplinas: medicina de rehabilitación, psicología clínica y trabajo social.

Además de con la cualificación académica propia de su disciplina, todas las personas profesionales del Equipo de Valoración contarán con formación y experiencia en AT, y trabajarán, con criterios de interdisciplinariedad, en la valoración, planificación, seguimiento y coordinación de las intervenciones.

Corresponde al Equipo de Valoración en AT elaborar, sobre la base de esa valoración de necesidades, un plan de atención personalizada que señale los objetivos generales en relación con el niño o la niña, su familia y su entorno, y especifique la modalidad terapéutica de intervención, su frecuencia, seguimiento y duración prevista. El plan recogerá el compromiso de actuación interdepartamental, con las actuaciones previstas, tanto para el Equipo de Intervención de Atención Temprana, como para otros agentes de la Atención Temprana del ámbito de salud, educativo o social. En la elaboración de dicho plan, se contará con la participación de los padres y madres, de conformidad con los principios de diálogo y participación y de voluntariedad y subsidiariedad de los servicios.

El EVAT también realizará propuestas para la mejora de la coordinación, de la atención y de la red de recursos.

Por su parte los Equipos de Intervención en Atención Temprana EIAT se dedican a la prestación de la atención terapéutica interdisciplinar al niño o niña, a su familia y a su entorno.

Los EIAT desarrollarán su labor en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana que deberán cumplir los requisitos de autorización y homologación regulados.

Están integrados por personas profesionales del ámbito biopsicosocial, con titulación en sus correspondientes disciplinas y especialización en AT. Ofrecen servicios de psicomotricidad, psicoterapia, fisioterapia, logopedia, trabajo social, psicopedagogía, psicología, terapia ocupacional, educación social y otros que puedan ser considerados adecuados para el desarrollo del niño o niña.

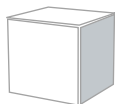
Cada EIAT cuenta con la colaboración de personas profesionales de los Sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales que, con la periodicidad necesaria, se reunirán con el personal técnico del Equipo, a efectos de conseguir una mayor interdisciplinariedad y coordinación en la atención a los niños y niñas de su zona de implantación.

Para recibir el servicio de los EIAT, los niños y niñas que presenten trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos deberán reunir los siguientes requisitos: Tener entre 0 y 6 años y precisar servicios en Atención Temprana de acuerdo con la valoración realizada por el EVAT

El acceso a este servicio será gratuito.

El acceso a la AT de responsabilidad pública se realizará previa solicitud por parte de los padres y las madres o, en su caso, representantes legales del niño o niña que requiera dicha atención. La detección precoz de situaciones susceptibles de acceder a la Atención Temprana se realizará desde cualquiera de los tres ámbitos implicados. Cuando a juicio de las personas profesionales se requiera la intervención de los Equipos Técnicos de Atención Temprana, indicarán a los padres y las madres o tutores del niño o de la niña, la conveniencia de realizar una solicitud en este sentido, para lo cual prepararán los informes de derivación correspondientes.





## XVII. Regulación de la AT en La Rioja

En La Rioja, la Atención Temprana se regula por el Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en Atención Temprana en La Rioja, donde se plantea desde un enfoque sociosanitario y educativo, concibiéndola como un espacio de intersección e interacción común de los sectores implicados, salud, educación y servicios sociales.

Además de:

- Orden 5/2009, de 15 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regulan los requisitos mínimos de los centros y servicios de desarrollo infantil y atención temprana (BOR nº 161, de 30 de diciembre de 2009).<sup>74</sup>
- Orden 2/2010, de 11 de enero, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regula el procedimiento para la intervención de servicios sociales en atención temprana (BOR nº 6, de 15 de enero de 2010).<sup>75</sup>

Según el apartado de servicios sociales del Portal del Gobierno de La Rioja, se define el servicio de atención temprana como: *“el conjunto de intervenciones que tienen por objeto dar respuesta, a las necesidades que presenta la población infantil de 0 a 6 años, con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos y sus familias, para prevenir o compensar las desventajas transitorias o permanentes. Los trastornos en el desarrollo o el riesgo de padecerlos pueden ser por déficit o retrasos del menor en su desarrollo motriz, cognitivo, sensorial del lenguaje y la audición, o por trastorno generalizado del desarrollo. La intervención en atención temprana considera el déficit o discapacidad que pueda presentar el menor, su momento evolutivo y sus necesidades en todos los ámbitos; para ello contempla a la persona en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos y psicosociales, así como los interpersonales relacionados con su entorno: familia y contexto social”*.

La atención temprana es un proceso integral, tiene carácter preventivo, asistencial y habilitador. Su finalidad última es conseguir todas las posibilidades en el desarrollo armónico del menor integrado en su entorno y lograr el máximo de autonomía posible.

Se planifica y lleva a cabo por un equipo interdisciplinar de profesionales, y se coordina con otros recursos de atención (ámbito educativo, sanitario,...).

La intervención en atención temprana se prestará mediante las sesiones que requiera el menor, a través de las diferentes modalidades de intervención: fisioterapia, psicología, logopedia, estimulación, psicomotricidad, lenguaje de signos y cualesquiera otras que sean adecuadas para su desarrollo.

Los **requisitos** para la solicitud de AT en La Rioja son:

- Tener residencia en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Tener el menor una edad comprendida entre los 0 a los 6 años de edad.
- Precisar la intervención de servicios sociales en atención temprana, de acuerdo a la valoración técnica determinada por la UDIAT (unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana del Gobierno de La Rioja).

74. [Enlace.](#)

75. [Enlace.](#)

La solicitud podrá presentarse en cualquiera de las Oficinas de Atención al ciudadano del Gobierno de La Rioja, en el registro auxiliar de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública, así como cualquiera de los medios previstos en el artículo sexto del Decreto 58/2004, de 29 de octubre, por el que se regula el Registro en el ámbito de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus Organismos Públicos, y en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Igualmente podrá presentarse a través de medios electrónicos de acuerdo con el artículo 14 de la citada Ley 39/2015.

El modelo de solicitud se iniciará a instancia del padre, madre o representante legal del menor. Cuando la solicitud se realice a través del representante legal, deberá acompañarse copia de la resolución judicial de incapacitación o cualquier otra documentación acreditativa de dicha condición.

Los **órganos responsables** de estos trámites son:

- Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores
- Servicio de personas con discapacidad

El servicio de intervención de servicios sociales en atención temprana concedido mediante resolución de la Dirección General competente, tendrá carácter universal y gratuito, y no estará sujeto a contraprestación económica por parte de las personas usuarias.

La intervención de servicios sociales en atención temprana será compatible con las intervenciones desde los sistemas de salud y educación, siempre que se ajusten a los protocolos de coordinación existentes entre los tres sistemas, y que exista una complementariedad entre los tratamientos recibidos por el menor y su familia, sin que pueda producirse en ningún caso una duplicidad de servicios.

Los **recursos** para el desarrollo de la intervención de servicios sociales en atención temprana, en La Rioja son:

- La unidad de desarrollo infantil y atención temprana de La Rioja, en adelante UDIAT, como recurso específico para la intervención de servicios sociales en atención temprana integrado en el Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia de la Consejería competente en materia de servicios sociales.
- Los centros y servicios de desarrollo infantil y atención temprana públicos o de titularidad privada que presten un servicio público.

En cuanto a la calidad del servicio, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueban el acuerdo por el que se establece la hoja de ruta para mejorar la atención temprana sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad.

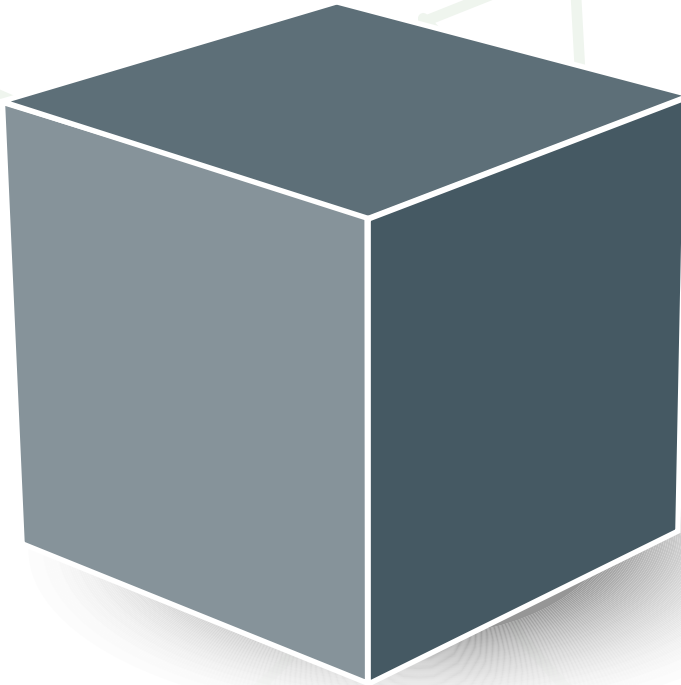
Con este acuerdo se pretende adoptar un marco común de trabajo con el objetivo de contribuir a la mejora de la universalidad, la responsabilidad pública, la equidad, la gratuidad y la calidad de la atención temprana. Para ello, se han diseñado unas **líneas de actuación** claves para la mejora de dicho servicio público:

- Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias.
- Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias.

- Planificar, dimensionar y articular fórmulas de financiación adecuadas para los equipos, centros y servicios de atención temprana en función de la población a atender, teniendo en cuenta una base territorial y comunitaria bien definida.
- Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana.
- Garantizar la valoración e intervención integral.
- Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las y los profesionales implicados en el proceso de atención temprana.
- Optimizar los sistemas de información y registro.







## ANEXO 2

Encuesta de Pena inclusión  
a sus entidades federadas

- ¿En qué Comunidad Autónoma se encuentra el servicio/centro de Atención Temprana en el que trabajas?
- ¿Cuál es el nombre de la entidad y/o servicio de Atención Temprana en el que trabajas?
- ¿Forma parte tu entidad o servicio del movimiento asociativo de Plena inclusión?
- ¿A qué rango de edad pertenecen los niños/as que apoyáis en vuestro servicio de Atención Temprana?
- ¿Cuántos/as profesionales trabajan en vuestro servicio o centro?
- ¿Cuál es el número de horas medio de los y las profesionales contratados?
- ¿Cuántos de esos profesionales son hombres?
- ¿Cuántas profesionales son mujeres?
- ¿De qué Consejería/ ámbito depende vuestro servicio o centro de Atención Temprana?
- ¿De qué organismo depende la gestión del centro o servicio de Atención Temprana?
- ¿Qué tipo de relación contractual mantiene la Administración pública con vuestro centro de Atención Temprana?
- ¿Cada cuánto tiempo se renueva esa relación contractual?
- A la hora de justificación o facturación del servicio de las plazas contratadas/subvencionadas con tu Administración Pública, ¿que se tiene en cuenta? Responde a las opciones que se correspondan con la realidad de tu Comunidad Autónoma.
- ¿Existe una Plataforma online en tu comunidad, a través de la cual se comparten datos con la Administración pública?
- ¿Qué documentación os solicita la Administración y a través de qué vías lo compartís con ella?
- Si es así, ¿de qué tipo es ese registro?
- Si es así, ¿con qué frecuencia os solicitan ese registro?
- ¿Qué agente es el encargado de la derivación del niño/a al centro de Atención Temprana?
- ¿Se utiliza una clasificación diagnóstica común en tu comunidad autónoma?
- Si has respondido sí, ¿Qué clasificación diagnóstica se utiliza?
- Según el perfil diagnóstico del niño/a, ¿la Administración establece un número fijo de horas de atención?
- Según el perfil diagnóstico del niño/a, ¿la Administración establece unos tipos de atención (logopedia, fisioterapia...etc.)?

- ¿Cada niño cuenta con un documento que recoge el tipo de intervenciones que se llevan a cabo con la familia? (Por ejemplo, Plan de apoyo familiar)
- ¿Cada niño/a cuenta con un documento que recoge el tipo de intervenciones que se llevan a cabo con el/ella? (Por ejemplo, Programa Atención Individual)
- ¿Qué tipo de sesiones realizáis en vuestro centro o servicio de Atención Temprana?
- En vuestra práctica diaria, ¿Cómo hacéis partícipes a las familias?
- ¿Cuáles de estas tipologías de sesión están cubiertas por vuestro contrato público?
- ¿Dónde se apoya a los niños/as y sus familias?
- En caso de apoyar a los niños y niñas y sus familias en el contexto natural ¿Cuál es la distancia máxima que se desplazan los profesionales al entorno?
- ¿Hay algún criterio de distancia del domicilio familias al centro o servicio para la asignación de plaza?
- ¿Se llevan a cabo acciones de prevención desde el Centro de Atención Temprana?
- Si es así, ¿Qué tipo de acciones de prevención se llevan a cabo?
- ¿Qué perfiles profesionales trabajan junto a los niños/as y sus familias?
- ¿Te interesaría saber algún dato más, de otras Comunidades Autónomas, que no hemos recogido en estas preguntas?
- Otras observaciones

