

I PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (2024-2028)





ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco teórico	1
1.2. Marco normativo	4
1.2.1. Normativa Internacional y Europea	5
1.2.2. Normativa Nacional	6
1.2.3. Normativa Autonómica	7
2.- GOBERNANZA DE FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA	11
2.1. Definición del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía	13
2.2. Misión. Visión. Principios rectores del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía	13
2.3. Alineación estratégica	14
2.3.1. Planes internacionales	14
2.3.2. Nacional	15
2.3.3. Autonómico	16
2.3.4. Estrategias de I+D+I.	17
2.4. Metodología de elaboración del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía. Perspectiva de género y Gobernanza	18
3.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PARTIDA. DIAGNÓSTICO	23
3.1. Análisis epidemiológico. Población con trastornos del desarrollo o riesgo de desarrollarlo.	24
3.1.1. Datos Demográficos	24
3.1.2. Población diana	25
3.1.3.-Incidencia de los riesgos y trastornos del desarrollo	28
3.1.4.- Principales diagnósticos	29
3.2. ANÁLISIS DE RECURSOS. SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA	31
3.2.1. Organización de la Atención Temprana	31
3.2.2. Mapas de centros y servicios: Sistema de información MAPEA	32
3.2.3. Sistemas de Información del entorno de la Atención Temprana	32
3.3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA	33
3.4. PREVENCIÓN SECUNDARIA. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	34
3.4.1. Las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN)	34
3.5. PREVENCIÓN Terciaria. PROCESO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN ATENCIÓN TEMPRANA	36
3.5.1. Los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT)	36
3.5.2.- Presupuesto y coste de la atención temprana	38
3.6. ALTA POR CUMPLIMIENTO DE LOS 6 AÑOS DE EDAD	40
3.7. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS	41
3.7.1. EDUCACIÓN	42
3.7.2. SERVICIOS SOCIALES	43
3.7.3.- SALUD MENTAL	45
3.8. RECURSOS DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	45
4. ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS CIUDADANAS Y PROFESIONALES. CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO.	47
4.1. PROBLEMAS	48
4.1.1. Excesiva demora en el proceso de atención, valoración y tratamiento.	48
4.1.2. Aumento de la no idoneidad.	48
4.1.3. Deficiencias del Sistema Alborada.	48
4.1.4. El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades familiares.	49



4.1.5. Las desigualdades de género tienen consecuencias a todos los niveles: infradiagnóstico, feminización del personal y sobrecarga de las madres y las cuidadoras.	49
4.1.6. Respuesta inapropiada a casos de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).	49
4.1.7. Desactualización del sistema de financiación del concierto con los CAIT.	50
4.1.8. Inequidad territorial y socioeconómica en acceso e intervención.	50
4.1.9. Interrupción de la Atención Integral Temprana a los 6 años.	50
4.2. NECESIDADES	51
4.2.1. Suficientes efectivos profesionales para atender la demanda creciente.	51
4.2.2. Conocimiento detallado de las causas de las inequidades y desigualdades en el sistema de atención temprana.	51
4.2.3. Creación de órganos de coordinación.	51
4.2.4. Clasificación común para los diagnósticos de las distintas instituciones y organismos implicados.	51
4.2.5. Homogeneidad en la atención, nuevos servicios profesionales y evaluación de la calidad.	52
4.2.6. Programas estandarizados de formación para profesionales.	52
4.2.7. Incorporar a las familias de forma activa y protocolizada.	52
4.3. RETOS	52
4.3.1.- Atención al total de la población diana.	52
4.3.2.- Atención a los riesgos y primeras señales de alerta.	53
4.3.3.- Atención Integral.	53
4.3.4.- Atención Coordinada.	53
4.3.5.- Atención con perspectiva de género.	53
4.3.6.- Atención Adecuada.	53
4.3.7.- Atención Innovadora.	53
4.3.8.- Atención científica y de calidad.	53
5. ANÁLISIS DE POSIBILIDADES PARA LA ACCIÓN PÚBLICA. DAFO	54
5.1. DEBILIDADES	54
5.2. AMENAZAS	55
5.3. FORTALEZAS	56
5.4. OPORTUNIDADES	57
6. PRIORIDADES. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	58
6.1. Línea estratégica 1: Promoción y Prevención.	58
6.2. Línea estratégica 2: Gestión, intervención y coordinación	59
6.3. Línea estratégica 3: Gestión del conocimiento e innovación	61
7. PROGRAMAS Y MEDIDAS	62
7.1. Programas línea estratégica 1: Promoción y prevención	62
7.2. Programas línea estratégica 2: Gestión, intervención y coordinación	86
7.3. Programas línea estratégica 3: gestión del conocimiento e innovación.	105
8. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIATA-A	108
8.1. Órganos de seguimiento y evaluación	108
8.2. Herramientas de evaluación y seguimiento	109
8.2.1. Comunicación y coordinación.	109
8.2.2. Sistema de indicadores.	110
8.2.3. Sistema de información y participación	110
8.3. Panel de Indicadores	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ACRÓNIMOS	118
PERSONAS DEL PIAT-A	121
ANEXOS	123
Anexo I. Diagnóstico Definitivo	
Anexo II. Análisis de Grupos Focales.	
Anexo III. Análisis de entrevistas a profesionales.	

- Anexo IV. Análisis de encuestas a profesionales.
- Anexo V. Informe de las Jornadas Participativas.
- Anexo VI. Árbol de problemas.
- Anexo VII. Evaluación Ex ante.



1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

La atención temprana es una prioridad para la Junta de Andalucía, no solo por su impacto positivo en el desarrollo infantil, sino también por su contribución a la construcción de una sociedad más inclusiva y equitativa. Este **Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía** (en adelante PIAT-A) se presenta como una hoja de ruta para consolidar y expandir los esfuerzos actuales, asegurando que todos los niños y niñas de Andalucía tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial desde los primeros años de vida.

Atendiendo a la definición acuñada en el Libro Blanco de la Atención Temprana, se describe la **atención temprana** como:

El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos¹.

Esta definición sigue vigente, habiéndose mantenido desde su publicación en los textos normativos que se han ido aprobando a lo largo de la geografía española, como es el caso de la reciente **Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en nuestra Comunidad Autónoma²**.

Sostiene el referido Libro Blanco que las intervenciones en el ámbito de la atención temprana deben abordar la globalidad de la persona menor y ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, pertenecientes a diferentes sectores (Salud, Educación, Servicios Sociales) y niveles. Además, estas intervenciones requieren una adecuada estrategia de atención integrada que aseguren la continuidad de los cuidados y servicios.

Asimismo, en dicho texto se subraya que el desarrollo infantil es un proceso dinámico y extremadamente complejo, basado en la evolución biológica, psicológica y social de la persona menor. Los primeros años de vida son una etapa evolutiva crítica en la que se desarrollan habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, afectivas y sociales, esenciales para una interacción equilibrada con el entorno³. Esta evolución está condicionada por el proceso de maduración del sistema nervioso, variables genéticas y circunstancias ambientales que pueden interferir o modificar su curso evolutivo.

En los primeros 6 años de vida, el cerebro infantil tiene una enorme plasticidad, siendo más vulnerable a las experiencias adversas que pueden provocar alteraciones (no solo de origen biológico). Pero, por otro lado, también es capaz de responder a la estimulación desarrollando nuevas vías neuronales que evitan

¹Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID.

²Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

³Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID.



o amortiguan el impacto. Esto se conoce como plasticidad cerebral, resaltando la importancia crucial de la atención temprana, ya que la evolución del proceso dependerá en gran medida del momento en que se detecte el riesgo o trastorno y se aplique un plan de intervención especialmente dirigido a las necesidades de la persona menor, de su familia y del entorno donde se desarrolla.

Los niños y niñas necesitan un “*cuidado cariñoso y sensible*” para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, siendo indispensable para un crecimiento y desarrollo saludable. Estos cuidados que fomentan el apego y que contribuyen a alcanzar su máximo potencial de desarrollo, no solo promueven el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo, sino que también protege a las personas menores de los peores efectos de la adversidad. Produce además beneficios que se extienden a lo largo de la vida y a la siguiente generación, tanto en salud como en productividad y cohesión social⁴.

“Posibilitar que los niños y niñas alcancen su potencial evolutivo es un derecho humano y un requisito esencial para el desarrollo sostenible”⁵.

La atención temprana tiene como **finalidad** favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de la población infantil menor 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 familias⁶. En los contextos familiar y social, el objetivo es fortalecer las competencias de las familias y su entorno.

Son **objetivos específicos**⁷ de la atención temprana:

- a) Reducir y, en su caso, eliminar los efectos de una deficiencia o déficit sobre el desarrollo global de la persona menor.
- b) Considerar a la persona menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, debiendo ser esta última el principal agente impulsor de su desarrollo y grado de autonomía.
- c) Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- d) Garantizar que cada persona menor y su familia cuente con una atención personalizada, integral y de seguimiento acorde con el plan individualizado de intervención.
- e) Garantizar la calidad de la atención temprana, que incluya el desarrollo de planes de formación continua para las personas profesionales que trabajan en este ámbito, así como el establecimiento de criterios de calidad para los centros y entidades implicados.

⁴ UNICEF, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (2018) Cuidado cariñoso: y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano: resumen ejecutivo. GINEBRA.

⁵World Earth Organization (2020). Improving early childhood development: WHO guideline.

URL: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>

⁶Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

⁷Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.



- f) Evitar o reducir la aparición de alteraciones o desórdenes secundarios asociados a un trastorno del desarrollo.
- g) Proporcionar apoyo y facilitar los medios para cubrir las necesidades y demandas de la familia y su entorno, procurando el mayor grado de satisfacción de las personas usuarias.
- h) Potenciar el desarrollo de la persona menor y su grado de autonomía, considerando a la persona menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del niño o niña.

Por otro lado, la atención temprana participa en los tres niveles de prevención, comprendiendo diferentes actuaciones:

- A. Prevención primaria: se orienta a evitar las condiciones que pueden ocasionar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil .
- B. Prevención secundaria: se dirige hacia la detección precoz de cualquier trastorno en el desarrollo integral de la persona menor o de las situaciones de riesgo, la evaluación de sus necesidades, de las familias y del entorno, así como el establecimiento de un diagnóstico sindrómico, etiológico o funcional precoz e interdisciplinar.
- C. Prevención terciaria: se aplica a la atención inter o transdisciplinar de las personas menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, a sus familias y al entorno para atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato.

Se establecen como necesarias las actuaciones dirigidas hacia el apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento de las familias, así como la coordinación de los agentes implicados, el seguimiento, evaluación y revisión de las actuaciones realizadas y el desarrollo de planes de formación y proyectos de investigación que profundicen en los trastornos del neurodesarrollo y la forma de abordarlos.

El término **Trastornos del Neurodesarrollo** engloba a un conjunto amplio y heterogéneo de condiciones altamente prevalentes que tienen lugar en los primeros años de la vida, de origen multifactorial, curso crónico y que condicionan una desviación significativa de lo que se considera desarrollo óptimo, con los consiguientes costos personales, familiares y sociales⁸.

Se estima que en España un **10% de la población menor de 6 años** puede tener un trastorno del desarrollo o riesgo de producirse^{9,10,11}. Sin embargo, estas cifras epidemiológicas presentan variaciones según los países estudiados. EEUU, por ejemplo, describe una prevalencia de problemas del desarrollo

⁸ López I, Förster J. (2022) Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos .Rev Med Ed. Clin. Condes; 33(4) 367-378

⁹ Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. (2022) Atención temprana. Protoc diagn ter pediatr;1:65-73

¹⁰ Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2022) Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil. Primera edición.

¹¹ López I, Förster J. Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos (2022). Rev. Med Clin. Condes; 33(4) 367-378.



de un 13,8%¹², con un aumento progresivo de casos, especialmente del Trastornos del Espectro Autista (TEA en adelante)¹³, que son un grupo de trastornos neurológicos y del desarrollo que afectan la forma en que las personas interactúan con los demás, se comunican, aprenden y se comportan¹⁴. En todo el mundo se ha producido un gran aumento del número de personas diagnosticadas con TEA en los últimos decenios, pasando las estimaciones de prevalencia de un 0,04% en el decenio de 1970¹⁵, al 1-2% de la actualidad.

En cuanto a la **distribución por sexos** de los Trastornos del Neurodesarrollo, diferentes estudios describen diferencias sexuales, destacando un predominio masculino en su incidencia¹⁶. Muchas líneas activas de investigación están explorando posibles mecanismos, incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales^{17,18}. Además, habría que añadir el sesgo de género en la detección y diagnóstico^{19,20,21}. Diferentes estudios describen una posible infradetección de la presencia de un Trastorno del Neurodesarrollo en niñas^{22,23}, así como un diferente comportamiento de estos trastornos en función del sexo/género, sobre todo en el caso del TEA^{24,25,26}.

1.2. Marco normativo

La garantía del derecho a la atención temprana corresponde, en un Estado Social y Democrático de Derecho, a las Administraciones Públicas, como ya se refleja en el artículo 43 de la Constitución Española²⁷. La atención temprana es una medida preventiva fundamental para garantizar la salud de las personas menores y una forma de salvaguardar la protección y el bienestar de la población infantil, facilitando su desarrollo integral desde los primeros años de vida.

¹²Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD. (2011) Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008. *Pediatrics*; 127(6): 1034-1042.

¹³Centers for Disease Control and Prevention. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder [en línea].

URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

¹⁴Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Núm. 22-MH-8084S.

URL: <https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>

¹⁵Mapa interactivo de la prevalencia mundial de TEA: prevalence.spectrumnews.org. 2023. URL:

http://prevalence.spectrumnews.org/?min_yearpublished=&max_yearpublished=&yearsstudied_number_min=&yearsstudied_number_max=&min_samplesize=&max_samplesize=&min_prevalenceper10000=&max_prevalenceper10000=&studytype=&keyword=&timeline_type=published&meanincome=&education=

¹⁶Dan Bernard (2021). Sex differences in neurodevelopmental disorders. *Dev Med Child Neurol* Editorial

¹⁷Ahufinger N., i Aguilera M. (2022) El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 21(2),

¹⁸Ruggieri VL, Arberas CL. (2016) Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Rev Neurol*; 62 (Supl 1): S21-6

¹⁹Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. *Escritos de Psicología*, 11, 42-54

²⁰Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Álvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 281-294.

²¹Lai, MC. (2015) Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 54 (1):11–24.

²²Dan Bernard. Sex differences in neurodevelopmental disorders. *Dev Med Child Neurol*. 2021. Editorial.

²³Ahufinger N. Aguilera M. (2022) El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. *Revista Chilena de Fonoaudiología* 21(2).

²⁴Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Álvarez Álvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 281-294.

²⁵Ruggieri VL, Arberas CL. (2016) Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. *Rev Neurol*; 62 (Supl 1): S21-6

²⁶Lai, MC. (2015) Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 54 (1): 11–24.

²⁷Constitución Española, B.O.E. n. 311, 29 de diciembre de 1978



La Atención Temprana se erige como un derecho que promueve un desarrollo infantil saludable, un asunto que ha tenido su reflejo en desarrollos normativos y de política pública que se han emprendido, tanto desde las Comunidades Autónomas (CCAA) como en el ámbito estatal²⁸, a través de leyes y planes en cumplimiento de las recomendaciones de las normativas vertidas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas (ONU), UNICEF²⁹, UNESCO y la Unión Europea (UE).

1.2.1. Normativa Internacional y Europea

En el **ámbito internacional**, el reconocimiento del derecho de la población infantil a un pleno desarrollo físico, mental y social ha sido recogido en diferentes documentos tales como la **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En dicho documento se reconoce el derecho de los niños y niñas con discapacidad a disfrutar de una vida plena, a recibir la asistencia que se solicite y que sea adecuada a su estado, al de sus progenitores o personas cuidadoras, así como a tener acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento.

La **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)**³⁰ estableció un claro mandato a los Estados partes para que adoptaran todas las medidas necesarias para asegurar que toda la población infantil con discapacidad goce plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones.

También se inspira en los **Principios de la Carta Social Europea (1999)**³¹, la **Resolución del Parlamento Europeo sobre la Reducción de las desigualdades (2015)**³² en especial con respecto a la pobreza infantil, el **Pilar Europeo de Derechos Sociales (Gotemburgo 2017)**³³

Tiene en cuenta la **Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas (2013)**³⁴, da cumplimiento a la **Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de**

²⁸ Consejo interterritorial del sistema nacional de salud y al consejo territorial de servicios sociales y del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (2023). Propuesta de acuerdo por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. MADRID.

²⁹ UNICEF (2021) Diagnóstico de la situación de la infancia en España antes de la implantación de la Garantía Infantil Europea, Oficina Regional de UNICEF para Europa y Asia Central, Ginebra.

URL: <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org/eca/files/2021-11/Spanish%20Deep%20Dive%20Literature%20review%20ES.pdf>

³⁰ ONU (2016). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad y Alberto Anula (Grupo DILES). MADRID 2016. URL: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

³¹ Unión Europea (1999). Principios de la Carta Social Europea. BRUSELAS.

URL: https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dv/chartesocialedepliant-/CharteSocialedepliant-es.pdf

³² Unión Europea (2015). Resolución del Parlamento Europeo sobre la Reducción de las desigualdades. BRUSELAS.

URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015IP0401&from=RO>

³³ UE. Pilar Europeo de Derechos Sociales. GOTEMBURGO. 2017.

URL: https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSR-booklet_es.pdf

³⁴ UE. Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas. Bruselas. 2013

URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:059:0005:0016:ES:PDF>



junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea (GIE)³⁵ y las recomendaciones del Semestre Europeo para España (2023) que afectan a la infancia³⁶.

La **Garantía Infantil Europea (GIE)** es una Recomendación del Consejo de la Unión Europea aprobada el 14 de junio de 2021 por unanimidad por los Estados miembros cuyo objetivo es romper el ciclo de la pobreza infantil garantizando el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social a seis derechos o servicios básicos, entre los que se encuentra la salud, la educación y diferentes derechos sociales.

1.2.2. Normativa Nacional

La **Constitución Española**, en el artículo 39, establece como uno de los principios rectores de la política social y económica, la protección a la familia y a la infancia, exhortando a los poderes públicos a asegurar la protección integral de los hijos e hijas, recogiendo que la población infantil gozará de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. El artículo 43.1, por su parte, reconoce el derecho a la protección de la salud y, en su apartado 2, establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, reconociéndose, igualmente, en el artículo 49, el derecho de las personas con discapacidad a la atención especializada.

La **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, de modificación parcial del Código Civil y de la **Ley de Enjuiciamiento Civil**, señala como principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación a la población infantil, entre otros, el interés superior de la persona menor, su integración familiar y social, así como la prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** regula las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Asimismo, establece una Escala de Valoración Específica para las personas menores de 3 años.

La **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio** y la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, ha avanzado en la concreción del interés superior de la persona menor, facilitando criterios para su determinación y aplicación en cada caso, así como los elementos generales para la ponderación de estos criterios establecidos. Entre ellos, determina la necesidad de garantizar la igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad o cualquier otra característica o circunstancia relevante y también las garantías que han de ser respetadas en los procesos y pro-

³⁵ Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea. URL: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021H1004&from=EN>

³⁶ European Commission (2021). European Semester Documents for Spain. URL: https://ec.europa.eu/info/business-economy/euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eueconomic-governancemonitoring-prevention-correction/europeansemester/european-semester-your-country/spain/europeansemester-documentsspain_en



cedimientos que le afecten. Sigue diferenciando, como la ley a la que modifica, dos grandes grupos de necesidades educativas:

1. Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE).
2. Necesidades Educativas Especiales (NEE).

Las NEE son un subgrupo de las NEAE que hacen referencia a necesidades asociadas a la discapacidad.

La **Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación**, resalta la importancia de eliminar las barreras que limitan el derecho a la educación. Se impulsa la detección precoz de necesidades educativas especiales, la atención temprana y la educación inclusiva, con una mayor atención personalizada y con prevención de las dificultades de aprendizaje. Se regula la participación del alumnado y sus familias en el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas.

La **Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**, en su artículo 12.5, encomienda a las administraciones sanitarias y de servicios sociales competentes, además de a las educativas, garantizar de forma universal y con carácter integral la atención temprana.

1.2.3. Normativa Autonómica

El **Estatuto de Autonomía para Andalucía** garantiza la defensa de los derechos sociales, especialmente, en el ámbito de los sectores más débiles y vulnerables de la sociedad. En particular, dispone en su artículo 18.1, que las personas menores de edad tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para el bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes. A su vez, en su artículo 22.3, se determina que las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes, estableciéndose con arreglo a la ley los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de estos derechos.

El **Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas**, establece, en su artículo 28 bis, la implantación del Programa de Apoyo Familiar en Atención Temprana, para hacer frente a los problemas que plantea dentro de la familia el nacimiento de personas menores que presentan alteraciones en el desarrollo o riesgo de presentarlas.

La **Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía**, determina que en la enseñanza básica se recoge la necesidad de poner el énfasis fundamental en la atención a la diversidad del alumnado, la detección de las necesidades de aprendizaje tan pronto como se produzcan y la relación con las familias para apoyar el proceso educativo. Así, en su **artículo 114**, se dispone que la Administración de la Junta de Andalucía establecerá el conjunto de actuaciones dirigidas a la población



infantil de cero a seis años, a sus familias y al entorno, con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de presentarlo.

La **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía**, contempla en su **artículo 14**, al regular el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en nuestra Comunidad Autónoma, que, entre otras, las personas menores tendrán derecho a programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales. Igualmente, su **artículo 60.2.q)**, estableció como prestación de salud pública la atención temprana dirigida a la población infantil de cero a seis años afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de presentarlos.

El **Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía**, establece el marco para las actuaciones coordinadas en el ámbito sanitario, educativo y social, implicados en el desarrollo de acciones de atención infantil temprana, cuya finalidad será la de favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años con trastornos en su desarrollo, o en situación de riesgo de presentarlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de discapacidades añadidas, facilitando la integración familiar, social y la calidad de vida de las personas menores y sus familias.

La **Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**, en su **artículo 4.s)**, define la atención infantil temprana como el conjunto de intervenciones planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar dirigidas a la población infantil menor de seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenta la población infantil con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos. Igualmente, su artículo 17.1, reconoce el derecho a la atención infantil temprana de estas personas menores, contemplándose en su apartado 2, que el Sistema Sanitario Público Andaluz establecerá los sistemas y protocolos de actuación técnicos para una atención adecuada de las personas menores, indicándose por último en su apartado 3 que el modelo de atención infantil temprana debe contemplar, entre otras, la actuación coordinada de los sistemas públicos de salud, educación y servicios sociales, teniendo como finalidad la normalización, inclusión y la igualdad de oportunidades.

La **Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía**, tiene como objeto garantizar una protección a la infancia y adolescencia en el ámbito del territorio andaluz, estando basada en la promoción de los derechos y en la prevención, con especial atención a las situaciones de riesgo y a las personas menores en situación de mayor vulnerabilidad. La citada ley, en su artículo 41.1, establece que las Administraciones públicas de Andalucía fomentarán la crianza en el marco familiar de las niñas, niños y adolescentes, procurarán el pleno desarrollo de sus potencialidades a nivel psicofísico, emocional, ético y social, y velarán para que las familias dispongan de los recursos, medios y competencias necesarios. Asimismo, en el artículo 74.6, establece que entre las prestaciones de salud pública andaluza se garantizará una atención temprana infantil de calidad dirigida a la población infantil afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de presentarlos, con el fin de darles una respuesta ágil y adecuada.



La **Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía**, se presenta como un avance fundamental para la población infantil residente en nuestra Comunidad y sus familias, situando a Andalucía como la tercera de autonomía que cuenta una ley en esta materia, uniéndose así a Murcia y Canarias. Todo ello, en un contexto de inexistencia de una ley básica estatal que obligue al establecimiento de unas prestaciones mínimas en materia de atención temprana en todo el territorio nacional, la cual marcaría los mínimos a partir de los que avanzar en la legislación a desarrollar por la comunidades autónomas.

Este gran avance, supone dotar a nuestra Comunidad Autónoma de una herramienta, ahora ya con rango de ley, que genera una serie de derechos subjetivos, garantizando que las personas menores de seis años, con algún trastorno en su desarrollo o riesgo de presentarlo, así como sus familias, tengan garantizada, en condiciones de igualdad, la prestación de servicios de atención temprana y, por supuesto, que la misma sea de calidad conforme a los criterios de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas a quien va dirigida esta norma. Se otorga, además, un papel fundamental a las familias, que tienen la obligación de implicarse en los tratamientos, de acuerdo con los nuevos modelos y paradigmas que se imponen en la atención temprana.

Del mismo modo, la ley supone la ordenación de las actuaciones de atención temprana en Andalucía mediante el establecimiento de una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal y gratuito, que asegura las actuaciones en esta materia mediante la coordinación de todos los ámbitos implicados: sanitario, educativo y social. Además, incluye entre sus principios rectores, el interés superior de la persona menor y el trato acorde a la dignidad de la persona, estableciendo un sistema de garantías, por parte de la administración, para dar efectividad a estos derechos.

La ley determina, en su artículo 14, la composición de la **Red Integral de Atención Temprana** en Andalucía:

- a) Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN en adelante).
- b) Los recursos humanos o materiales en el ámbito educativo.
- c) Los recursos existentes en el ámbito de los servicios sociales.
- d) Los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT en adelante).
- e) Los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT en adelante).
- f) Otros que se determinen reglamentariamente.

Las USN, CAIT y EPAT son instrumentos claves en la prestación del servicio de atención temprana de Andalucía. En el artículo 18 se definen las **USN** como “dispositivos específicos para efectuar la valoración inicial, el diagnóstico sindrómico, etiológico clínico o funcional, el seguimiento, la orientación y la valoración de las necesidades de las personas menores con edades comprendidas entre cero y seis años, de sus familias y entorno, con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos por sus antecedentes



prenatales o perinatales o signos de alerta significativos en etapas posnatales”³⁷. Están constituidas por un equipo multidisciplinar de profesionales en el que se incluirán, como equipo básico: Profesionales con grado en Medicina o equivalente y especialización en Pediatría, y con grado en Psicología o equivalente, especialistas en Psicología Clínica. Además, se abre la posibilidad de incluir otros perfiles profesionales de diferentes áreas.

Por otro lado, en el artículo 19 se describen la composición de los **EPAT**, indicando que estos estarán conformados por tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales o Provinciales de las Consejerías competentes en el ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales.

Por último, en el artículo 20 se define los **CAIT** como “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 atención temprana dentro de un ámbito territorial”³⁸. Estos centros, como indica también dicha ley, deben contar, como mínimo con un Equipo Básico de Intervención Temprana, de composición interdisciplinar, integrado por profesionales de las áreas de Psicología, Logopedia y Fisioterapia. El equipo básico podrá ser complementado con otros perfiles profesionales.

³⁷Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

³⁸Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.



2.- GOBERNANZA DE FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA

En el último informe publicado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) en 2023³⁹, se concluye que pese a disponer de bases y principios semejantes, la articulación del sistema de Atención Temprana en las distintas Comunidades contempla una diversidad legislativa excesiva en cuanto a procedimientos, coberturas, ámbitos de actuación, características funcionales de la población atendida y también una organización estructural que no siempre permite reconocer las señas de identidad de la Atención Temprana.

Cada Comunidad Autónoma de España ha generado una normativa propia sobre atención temprana⁴⁰. También se han ido constituyendo diferentes órganos y grupos de trabajo de coordinación interterritorial.

En 2006, mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se crea el **Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** que promueve la adopción de un plan integral de atención para esta población menor de tres años en situación de dependencia. El él se contemplan las medidas a adoptar por las Administraciones públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar la atención temprana y la rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales. Esto da pie a la puesta en marcha de diferentes planes autonómicos destinados a menores de tres años donde se contemplan actuaciones específicas en la implantación y mejora de la atención temprana. Es su reunión de 4 de julio de 2013, se aprueba el Acuerdo sobre **criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas** de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

En junio de 2022 se constituyó el **Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana**, conformado por los Ministerios de Sanidad, Derechos Sociales y Agenda 2030, Educación y Formación Profesional, las Comunidades Autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), las Ciudades Autónomas, el Real Patronato sobre Discapacidad y la sociedad civil de la infancia y discapacidad, así como organizaciones de profesionales sobre esta materia con el compromiso para la mejora de la atención temprana en España sobre un **marco común** de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad dando lugar a la publicación el 28 de junio de 2023, del 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 atención temprana en España.⁴¹

El nuevo **Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana**, se crea como un espacio constructivo para el diálogo territorial y civil y con el ánimo de realizar propuestas técnicas que contribuyan a la mejora de

³⁹Bermejo Bueno I, Ponte Mittelbrunn J, Peña Segura JL, Alonso Ruegas S. (2023) La Atención Temprana en España. Información Autonómica 2021 – 2022. GAT - Primera edición. MADRID.

⁴⁰ Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID), 2023. Normativa sobre atención temprana. Estatal y autonómica (actualizada a 1 de abril de 2023). Madrid, 22 p. URL: <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/579386/>

⁴¹BOE Núm. 163 Lunes 10 de julio de 2023 .<https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>



la atención temprana. Para dar consecución a este objetivo general, ha estado trabajando en la consecución de documentos de consenso en cinco ámbitos temáticos fundamentales:

- Marco conceptual de la atención temprana.
- Criterios de detección y prevención comunes.
- Catálogo de prestaciones y servicios esenciales.
- Estándares de calidad de las prestaciones y servicios esenciales.
- Sistemas de información y coordinación.

Hasta la fecha, el Grupo Técnico de Trabajo, ha consensado un marco conceptual de la atención temprana, la metodología de trabajo y una hoja de ruta de mejora de la atención temprana cuyo desarrollo se llevará a cabo por este mismo grupo.

Se han identificado las siguientes líneas de actuación clave para la mejora de la atención temprana:

- **Línea 1:** Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias.
- **Línea 2:** Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias.
- **Línea 3:** 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.
- **Línea 4:** Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana.
- **Línea 5:** Garantizar la valoración e intervención integral, cuidando que las actuaciones que se desarrollen.
- **Línea 6:** Mejorar la calidad de las actuaciones y servicios de la atención temprana.
- **Línea 7:** Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las y los profesionales implicados en el proceso de Atención Temprana.
- **Línea 8:** Optimizar los sistemas de información y registro.

El presente Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía toma en consideración estas líneas de actuación para la mejora de la atención temprana y las incorpora para llevarlas a cabo.



2.1. Definición del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

La Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía, contempla en su artículo 13 la elaboración de un Plan Integral de Atención Temprana (PIAT-A) de forma conjunta con las Consejerías competentes en materia de servicios sociales y educación, con objeto de reducir el impacto de las alteraciones o trastornos en sus familias y entorno.

Con un marco temporal de 5 años, abordará la atención temprana de forma integral, e incluirá actividades dirigidas a la prevención primaria, secundaria y terciaria. Recoge, la citada ley, que su elaboración se realizará de forma participativa con intervención, entre otros, de las entidades locales, los agentes económicos y sociales más representativos, y otros agentes sociales implicados. Su aprobación se hará por acuerdo del Consejo de Gobierno.

Con su publicación se pretende orientar las políticas públicas de sensibilización, prevención, detección precoz, atención sociosanitaria, humanización, incorporación social e investigación, para ofrecer la mejor evidencia, resultados en salud y calidad en el abordaje integral de las personas menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlo, y además fortalecer la coordinación intra e interinstitucional, para optimizar el uso y gestión de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia a través de la intervención integral y coordinada y la implantación de un sistema innovador de cambio permanente basado en las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).

2.2. Misión. Visión. Principios rectores del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

MISIÓN: Establecer las actuaciones prioritarias, en los próximos cuatro años, para organizar, desarrollar, gestionar y evaluar la prestación del servicio de atención temprana en Andalucía, garantizando el derecho a recibir dicha atención a la población infantil menor de seis años que presenten trastornos del desarrollo o el riesgo de presentarlos, a sus familias y entorno en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

VISIÓN: Favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de los trastornos del desarrollo a través de su atención temprana, haciendo especial hincapié en la prevención y en las intervenciones cada vez más precoces, evolucionando hacia un planteamiento más coordinado entre administraciones que ofrezca una atención global e integrada orientada hacia modelos de calidad de intervención familiar.



PRINCIPIOS RECTORES

- a) Interés superior de la persona menor
- b) Globalidad y atención integral
- c) Capacitación y autonomía
- d) Coordinación y colaboración
- e) Diálogo y participación
- f) d) Equidad
- g) Enfoque de género
- h) Accesibilidad
- i) Eficiencia y calidad
- j) Sostenibilidad
- k) Transparencia
- l) Innovación

2.3. Alineación estratégica

2.3.1. Planes internacionales

El PIAT-A se alinea con las propuestas de la **Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** (2015)⁴². Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible. La salud tiene una posición central en la agenda a través del **ODS 3**, que está dedicado a «Vida sana y protección del bienestar». Igualmente, este plan se alinea con el **ODS 10** de «Reducir la desigualdad en y entre los países».

Igualmente se alinea con la **Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia (2021)**⁴³.

La Estrategia para la Igualdad de Género UE 2020-2025, presenta actuaciones y objetivos políticos para avanzar de forma sustancial hacia una Europa con mayor igualdad de género de aquí a 2025. La meta es una Unión en la que las mujeres, los hombres, los niños y las niñas, en toda su diversidad, dispongan de libertad

⁴² ONU (2015) Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). URL: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

⁴³ Unión Europea (2021) Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia. BRUSELAS. URL: https://commission.europa.eu/document/86b296ab-95ee-4139-aad3-d7016e096195_es



para seguir el camino que elijan en la vida, gocen de las mismas oportunidades para prosperar y puedan conformar y dirigir por igual la sociedad europea en la que vivimos.

2.3.2. Nacional

De la misma forma, el PIAT-A va en la misma senda que diferentes acciones nacionales dirigidas a mejorar el cuidado y bienestar de la infancia, así como la atención a las personas con discapacidad. Entre estos planes y estrategias, se referencian los siguientes:

El **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)**⁴⁴, aprobado por el Consejo en julio de 2022, establece, como medida 24, del ámbito 1 del Eje 2, el *“Desarrollo de un sistema integral de servicios de atención temprana que coordine acciones de sanidad, servicios sociales y educación, y que contemple un sistema de indicadores para el seguimiento, evaluación y mejora continua”*, y como medida 23 el *“Acuerdo en los Consejos Territoriales de Servicios Sociales y de Sanidad sobre qué servicios debe incluir la prestación pública de atención temprana, así como la calidad de los mismos, como base mínima e igualitaria para el conjunto del Estado”*; señalándose, como entidades responsables de ambas medidas, a los Ministerios de Derechos Sociales y Agenda 2030 y de Sanidad, así como a las CCAA.

La Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030, concebida para que el Estado español, a través de sus administraciones y poderes públicos, contribuya a hacer efectivos los derechos humanos de las personas con discapacidad y de sus familias.

El **I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad (2022-2026)**⁴⁵, encomienda a los Ministerios de Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030, el reconocimiento de la atención temprana como un derecho subjetivo de toda la población infantil. Se reconoce el objetivo de: *“crear y extender un sistema integral de atención temprana y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables”*; y se establecen dos medidas que *“se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”*: la de *“impulsar mecanismos de coordinación estatal en el ámbito de la Atención Temprana que fomenten, coordinen y unifiquen la respuesta integrada entre los ámbitos de la salud, los servicios sociales y la educación”*, de la que será responsable el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; y la de *“Consolidar y reforzar la Atención Temprana en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y avanzar en su coordinación con los servicios sociales y educativos”*, de la que serán responsables los Ministerios de Sanidad y Educación y Formación Profesional.

El **I Plan de acción estrategia española en Trastorno del Espectro del Autismo 2023-2027**. Cuenta con una dotación presupuestaria cercana a los 40 millones de euros para poner en marcha seis líneas de

⁴⁴ Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030).

URL: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

⁴⁵ I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad (2022-2026), 2021. MADRID.

URL: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/eu/derechos-sociales/discapacidad/docs/Plan_Bienestar_Saludable_PcDdef.pdf



acción, que abordan los objetivos de la Estrategia Española en TEA⁴⁶. Es de especial aplicación a la convergencia con el PIAT-A la Línea 2: Favorecer la detección y diagnóstico precoz, y el abordaje integral de la salud de las personas con autismo.

El **III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025**. Este Plan señala las principales líneas de intervención así como los objetivos estratégicos en los que se considera prioritario incidir en los próximos años para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo.

2.3.3. Autonómico

En el ámbito autonómico, el PIAT-A comparte líneas estratégicas con otro tipo de iniciativas y planes de la Junta de Andalucía, pudiendo destacar los siguientes:

El **IV Plan Andaluz De Salud**. Ya finalizado pero que se mantiene hasta la aprobación de la nueva estrategia de Salud Andalucía 2030.

El **Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2021)** tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que respeten la dignidad de las personas y sus derechos, que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente y unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales.

El **Plan Andaluz de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía (2023-2027)** destaca entre su prioridades la “Mejora de la atención a la salud infantil y adolescente” y establece como objetivo “incrementar la atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en especial en aquellos casos de mayor vulnerabilidad”, concretando en materia de atención temprana, el aumento de la cobertura hasta el 10% de la población de 0 a 6 años.

El **III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad (2021-2026)** tiene como finalidad articular una estrategia integral de intervención que produzca los cambios necesarios para que las personas con discapacidad puedan acceder en igualdad de oportunidades a los derechos, bienes y recursos existentes para toda la ciudadanía, haciendo posible la consecución de una mayor autonomía en todos los ámbitos de sus vidas.

El **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (2024-2028)**, dispone entre sus fines: fomentar la participación e implicación activa y significativa de las Administraciones Públicas en todas sus políticas y de la sociedad civil en el ámbito de la salud mental, así como impulsar la actividad investigadora y formativa en áreas de interés de este ámbito.

El **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (2023-2027)** tiene como misión principal mejorar la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia andaluzas, mediante la

⁴⁶ Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, 82 p. <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/506501/>



articulación de medidas y actuaciones sanitarias de prevención, promoción, atención, protección y recuperación de la salud, destacando entre sus retos el “refuerzo y ampliación de la Atención Temprana, avanzando hacia un modelo integral de abordaje de la adversidad infantil” y estableciendo como objetivo el “visibilizar la relevancia para el conjunto del ciclo vital, la adversidad en la infancia, particularmente en las primeras etapas hasta los 6 años, y con ello, reforzar los recursos y la calidad de la atención infantil temprana para las personas menores con trastornos del desarrollo o el riesgo de padecerlos.”

2.3.4. Estrategias de I+D+I.

La **S4Andalucía**⁴⁷ es la evolución de la **RIS3Andalucía**⁴⁸ para el nuevo periodo 2021-2027 e incorporará una nueva política en línea con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU⁴⁹ y sitúa la sostenibilidad como un elemento central de sus actuaciones. Es el instrumento básico de planificación, ejecución, desarrollo y evaluación de las actuaciones públicas en materia de Investigación, Innovación y Transición Industrial, Digitalización, Capacitación, Emprendimiento y Cooperación para la Especialización con una perspectiva transversal de Sostenibilidad y lucha contra el Cambio Climático, en el Marco Europeo de Cohesión 2021-2027⁵⁰.

La estrategia cuenta con unos entornos de especialización con unas áreas en las que se identifican oportunidades de futuro. Entre ellos nos interesa:

- E.1. Sociedad Inteligente, resiliente y saludable
- E1.S1. Salud y bienestar social

La **Estrategia de I+D+I de Andalucía (EIDIA) - Horizonte 2022-2027**, representa la apuesta decidida del Gobierno andaluz por la I+D+I como base del crecimiento económico en la región, un crecimiento competitivo, sostenible e integrador, sustentado firmemente en la ciencia y el conocimiento. La EIDIA está concebida como un documento guía para orientar las políticas públicas de I+D+I en la Comunidad en los próximos seis años, y es el instrumento de programación, coordinación, dinamización y evaluación que sustituye el anterior Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación - PAIDI 2020.

Su elaboración se ha abordado desde una perspectiva integradora, en línea con lo establecido en los principales planes y estrategias públicas regionales, nacionales y europeas en materia de ciencia e innovación, pero también en otros documentos que rigen distintas políticas sectoriales que inciden, en mayor o menor medida, en el avance de la I+D+I o se sustentan en él, como son la **Estrategia S4**

⁴⁷ Junta de Andalucía. Estrategia S4 Andalucía. SEVILLA. URL: <https://s4andalucia.es/>

⁴⁸ Junta de Andalucía. RIS3 Andalucía. SEVILLA.

URL: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Documento-Ris3-version-final-8-27-02-15.pdf>

⁴⁹ ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU - ODS. NEW YORK.

URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

⁵⁰ UE. Marco europeo de Cohesión 2021-2027. BRUSELAS.

URL: <https://femp-fondos-europa.es/fondos-europeos-2021-2027/el-marco-financiero-plurianual-2021-2027-y-la-politica-de-cohesion/>



Andalucía, la **Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020-2023**⁵¹, la **Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía - Horizonte 2027**⁵² o la **Estrategia de Compra Pública de Innovación, Estrategia Española de Desarrollo Sostenible 2030**⁵³ o el **Programa Horizonte Europa**⁵⁴.

El **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia** contempla un conjunto de medidas para el fortalecimiento de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación que han sido integradas en el **Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023**⁵⁵ y en la **Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación 2021-2027 (EECTI 2021-2027)**⁵⁶.

Entre esta estrategia aparecen los **Planes Complementarios de I+D+I**, configurados como una respuesta a la recomendación de la Comisión Europea de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, a través de la coordinación de las políticas de I+D+I entre la Administración General del Estado y las diferentes comunidades autónomas (CCAA) para la consecución de sinergias y la convergencia de sus respectivos planes y programas, utilizando modelos de programación y financiación conjunta, que establecen vínculos de planificación y programación entre los distintos niveles de la administración: regional, nacional y europea.

En este contexto, se priorizaron en el marco de la **EECTI 2021-2027** ocho áreas científico-técnicas de actuación y colaboración, entre la que se incluye la de **“biotecnología aplicada a la salud”**.

2.4. Metodología de elaboración del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía. Perspectiva de género y Gobernanza

El diseño y elaboración del PIAT-A se ha constituido siguiendo las directrices que el Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP en adelante) establece en su *“Manual de elaboración de planes estratégicos de políticas públicas en la Junta de Andalucía”* (IAAP, 2017) y con el asesoramiento y apoyo de la Oficina de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP.

Dichas directrices orientan la planificación estratégica, el enfoque para el establecimiento de metas y objetivos concretos y evaluables, la mejora del compromiso político y la facilidad para tomar decisiones sobre presupuestos evitando gastos innecesarios.

⁵¹ Consejería de Salud y Consumo. Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020-2023. 2019. SEVILLA.

URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/242274.html>

⁵² Junta de Andalucía. Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía, Horizonte 2027. SEVILLA URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/243591.html>

⁵³ Junta de Andalucía. Estrategia de Compra Pública de Innovación, Estrategia Española de Desarrollo Sostenible 2030. SEVILLA. URL: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds2030.pdf>

⁵⁴ Unión Europea. Programa Horizonte Europa. BRUSELAS. URL: <https://www.horizonteeuropa.es/>

⁵⁵ Junta de Andalucía (2020). Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. SEVILLA. URL: <https://www.ciencia.gob.es/Estrategias-y-Planes/Planes-y-programas/PEICTI.html>

⁵⁶ Junta de Andalucía (2020). Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación 2021-2027 (EECTI 2021-2027). SEVILLA. URL: <https://www.ciencia.gob.es/Estrategias-y-Planes/Estrategias/Estrategia-Espanola-de-Ciencia-Tecnologia-e-Innovacion-2021-2027.html?jsessionid=66455053FC617EB1552CFF28080FA290.2>



El proceso de planificación del PIAT-A se ha articulado en diferentes fases, diseñadas con el objetivo de lograr un plan evaluable y que responda realmente a los problemas, necesidades y retos identificados.

La perspectiva de género es otro de los principios rectores que guían la elaboración de PIAT-A. Siguiendo al IAAP, “La perspectiva de género supone considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de las mujeres y de los hombres, en las fases de planificación, ejecución y evaluación de todas las políticas.”

En la siguiente figura se pueden observar la trazabilidad de las fases seguidas.

Figura 2.4.

Fases de la elaboración del Plan Integral en Atención Temprana.



Fuente y elaboración: IAAP

Para la elaboración del PIAT-A de forma participativa y su posterior implantación y desarrollo, la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo de la Consejería de Salud y Consumo, nombra como Coordinadora del mismo a **doña Esther Garrido Sánchez** (BOJA núm. 59, de 28/03/2023).



Para la coordinación interna de la Junta de Andalucía en la fase de diagnóstico y en el resto de las fases posteriores, se han constituido diferentes órganos para trabajar en la formulación del Plan:

COMITÉ DIRECTIVO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA. Constituido por las personas responsables de las Secretarías Generales (SG) y Direcciones Generales (DG) de las diferentes Consejerías con obligaciones en el PIAT-A y que participarían con actuaciones en el desarrollo e implementación del Plan.

- Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional: D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
- Consejería de Salud y Consumo:
 - S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- Servicio Andaluz de Salud: D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- Consejería de Inclusión, Juventud, Familias e Igualdad.
 - D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - D.G. Personas con Discapacidad.
 - D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
- Consejería de Universidad, Investigación e Innovación: D.G. Coordinación Universitaria.

COMITÉ TÉCNICO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA. Participan el personal técnico experto de las anteriores SG y DG de las diferentes Consejerías implicadas.

- D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
 - Servicio de Orientación educativa y atención a la diversidad.



- S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Subdirección de estrategias y planes. Servicio de estrategias y planes.
 - Servicio de sistemas de información sectoriales.
- Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - Subdirección de inspección sanitaria.
 - Servicio de estadísticas sanitarias.
 - Servicio de autorización y acreditación de centros.
- D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - Servicio de Prevención.
- D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Servicio de atención sociosanitaria.
 - Dirección Programa de salud mental.
- D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
 - Servicio de planificación operativa.
- D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - Servicio de coordinación de la historia social única.
- D.G. Personas con Discapacidad.
 - Servicio de valoración y orientación.
- D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Servicio de prevención y apoyo a la familia.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
 - Área de dependencia y promoción de la autonomía.
- D.G. Coordinación Universitaria.



OFICINA TÉCNICA DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA. Formada por las personas responsables y profesionales del Servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC) y responsables de Planificación de la CSC.

GRUPO MOTOR. Personal técnico reducido de la Oficina Técnica del PIAT-A.

OFICINA DE APOYO DEL INSTITUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Personal técnico experto en preparación de planes y estrategias del IAAP.

En el **proceso de gobernanza** de las diferentes fases del diagnóstico se ha invitado a colaborar a:

- **Personas expertas externas** a los organismos de la Junta de Andalucía implicados, con extenso conocimiento y experiencia en Atención Temprana y planificación política, que colaboran puntualmente en los diferentes estudios y jornadas para el diagnóstico preliminar.
- **Personas expertas de reconocido prestigio**, sin ninguna implicación en la elaboración del plan, procedentes de diversos sectores y procedencias para formar parte del **Comité experto de evaluación ex ante**.
- **Agentes implicados e interesados:** Sector empresarial, profesionales, tejido asociativo, otras administraciones, etc.
- **Ciudadanía:** Familiares de niños y niñas afectados por la política y/o sus asociaciones representantes.



3.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE PARTIDA. DIAGNÓSTICO

El PIAT-A parte de un análisis de situación del proceso de Atención Temprana para detectar necesidades que sirvan como base para la definición de los objetivos y acciones⁵⁷.

Para su elaboración se ha seguido la metodología marcada por el IAAP basada en un proceso de construcción participativa donde dar voz a todos los agentes implicados (familias, profesionales de la atención temprana y de la atención primaria, informantes clave, sociedades científicas, asociaciones...) para favorecer la diversidad y enriquecer el diagnóstico de situación desde diferentes perspectivas, favoreciendo la cooperación, el consenso y la coordinación con el objeto de definir las principales líneas de actuación, áreas de intervención, acciones e indicadores para el seguimiento y la evaluación.

En primer lugar, se realizó un diagnóstico preliminar basándose en el análisis de los datos obtenidos del sistema de información y gestión Alborada, tomando como referencia los años 2017 y 2022. En 2017 se pusieron en marcha las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) tras la aprobación del Decreto 85/2016 de 26 abril, lo que supuso un cambio de paradigma en el procedimiento, vigente hasta la actualidad. Con la aprobación de la Ley de Atención Temprana en febrero de 2023, estas unidades pasaron a denominarse **Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN)**.

De igual forma, se toma el año 2022 al ser el último disponible con cierre de datos en diciembre a la fecha de la elaboración del diagnóstico preliminar. Sin embargo, los datos sobre la demora tanto de las USN como de los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) se han extraído de Alborada con fecha de 31 de diciembre de 2023. Esto tiene el objetivo de proporcionar una visión lo más actualizada posible que refleje los posibles impactos de las medidas que se están introduciendo para reducir los tiempos de espera.

De los datos obtenidos se extraen importantes conclusiones en cuanto a las desigualdades en la atención, tanto geográficas como temporales. Las distintas codificaciones diagnósticas de los trastornos por parte del personal que interviene en el proceso de Atención Temprana, origina un lenguaje diferente que genera confusión y limita la posterior realización de estudios epidemiológicos comparativos, dificultando la adecuada evaluación de la intervención realizada. El sistema de información y gestión Alborada no permite la interoperabilidad con otros sistemas, limitando la coordinación intra e intersectorial, así como la realización de una atención global y coordinada por todo el personal participante en la Atención Temprana.

Tras el análisis de esta situación de partida, se incorpora la percepción de profesionales, familias, informantes clave, ciudadanía, asociaciones y agentes sociales, lo que permite tener una visión ampliada desde distintos puntos de vista. Para ello se realizaron diferentes entrevistas, cuestionarios y grupos focales. Los informes completos sobre estas actividades puede consultarse en el anexo II.

⁵⁷ Acuerdo de 25 de abril de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2024-2028. BOJA. Número 81 - Martes, 2 de mayo de 2023.



3.1. Análisis epidemiológico. Población con trastornos del desarrollo o riesgo de desarrollarlo.

3.1.1. Datos Demográficos

Según datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), en 2022 se encontraban **empadronadas** en Andalucía 8.500.187 personas, de las cuales 427.402 eran **menores de 6 años**, constituyendo un 5,2 % del total de la población andaluza. La distribución por sexos guarda una proporción más o menos constante, con mayor porcentaje de niños, en torno al 51,4%, frente a un 48,5% de niñas.

Los indicadores demográficos relacionados con la población infantil denotan un descenso tanto de la **tasa bruta de natalidad**, que se situó en 7,33 nacimientos por cada 1000 habitantes, como de la de **fecundidad**, estando en 32,94 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, determinando estos valores un decrecimiento poblacional.

La **tasa de mortalidad infantil** de 2022 en Andalucía fue de 2,64 defunciones de niños y niñas menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, siendo mayor a la media española (2,60). Las causas principales de las defunciones registradas en menores de 1 año de ese periodo fueron, en primer lugar las afecciones perinatales, seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

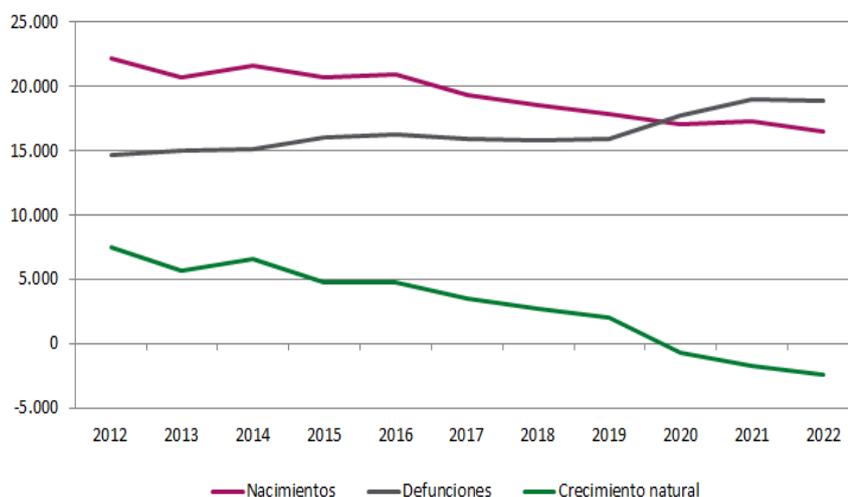
En cuanto a la **tasa de prematuridad**, **España tiene una de las tasas más altas de Europa (alrededor de un 7%)**, con mayor frecuencia de nacimientos prematuros entre las semanas 32 y 37. Definir el grado de prematuridad tiene gran importancia, ya que el riesgo de mortalidad y morbilidad, a corto y largo plazo, están estrechamente relacionadas con la edad gestacional y el peso al nacimiento.

Según los últimos datos publicados por el IECA, en Andalucía a lo largo de 2021 nacieron un total de 65.650 niños y niñas, de los cuales 4.055 fueron prematuros (6,17%), no figurando la edad gestacional en 10.004 alumbramientos. 172 nacieron antes de las 28 semanas, 403 entre las semanas 28 y 31, y 3.480 entre las 32 y 36 semanas.



Figura 3.1.

Evolución del crecimiento natural de la población andaluza en el tercer trimestre de cada año.



Fuente IECA. 2023.

Las **diferencias territoriales provinciales** también son una característica definitoria de la distribución poblacional⁵⁸. El 23,6% de menores de 6 años residía en la provincia de Sevilla y el 19,7% en la de Málaga, suponiendo entre las dos más del 43% del total de la población andaluza menor de 6 años. Por otro lado, mientras que en las provincias orientales (Jaén, Granada y Almería) al menos 1 de cada 4 personas reside en zonas rurales, en provincias como Sevilla, Cádiz o Málaga, solo lo hacen 1 de cada 10 habitantes, concentrándose los mayores núcleos de población en la franja costera y en el eje del Guadalquivir.

3.1.2. Población diana

Según distintas fuentes consultadas^{59,60,61}, la población con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, objetivo de la atención temprana, estaría en torno al 10%. La población diana total de Andalucía se puede cifrar en 42.740 niños y niñas menores de 6 años.

La proporción de la **población menor de 6 años** es similar en todas las provincias, situándose en torno al 5% (excepto Almería, con el 6%). No obstante, las provincias de Málaga y Sevilla son las que tienen mayor número absoluto de menores de 6 años, con 84.427 y 101.154 respectivamente, como puede observarse en la tabla 3.1.

⁵⁸ Del Valle C. (2005). El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. *Papers de demografia*. (255).

⁵⁹ Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. (2022) Atención temprana. *Protoc diagn ter pediatr.*;1:65-73

⁶⁰ Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2022). *Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil*. Primera edición.

⁶¹ López I, Förster J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Rev. Med Clin. Condes*; 33(4) 367-378.

**Tabla 3.1.**

Estimación de la población diana según provincia.

2022	Población total	Población < 6 años		Población Diana (10%)
		Total	% provincial	
ALMERÍA	740.534	44.531	6	4.453
CÁDIZ	1.246.781	60.613	4,8	6.061
CÓRDOBA	772.464	36.644	4,7	3.664
GRANADA	921.987	45.175	4,8	4.517
HUELVA	528.763	26.193	4,9	2.619
JAÉN	623.761	28.665	4,5	2.866
MÁLAGA	1.717.504	84.427	4,9	8.442
SEVILLA	1.948.393	101.154	5,1	10.115
ANDALUCÍA	8.500.187	427.402	5	42.740

Fuente: IECA 2022.

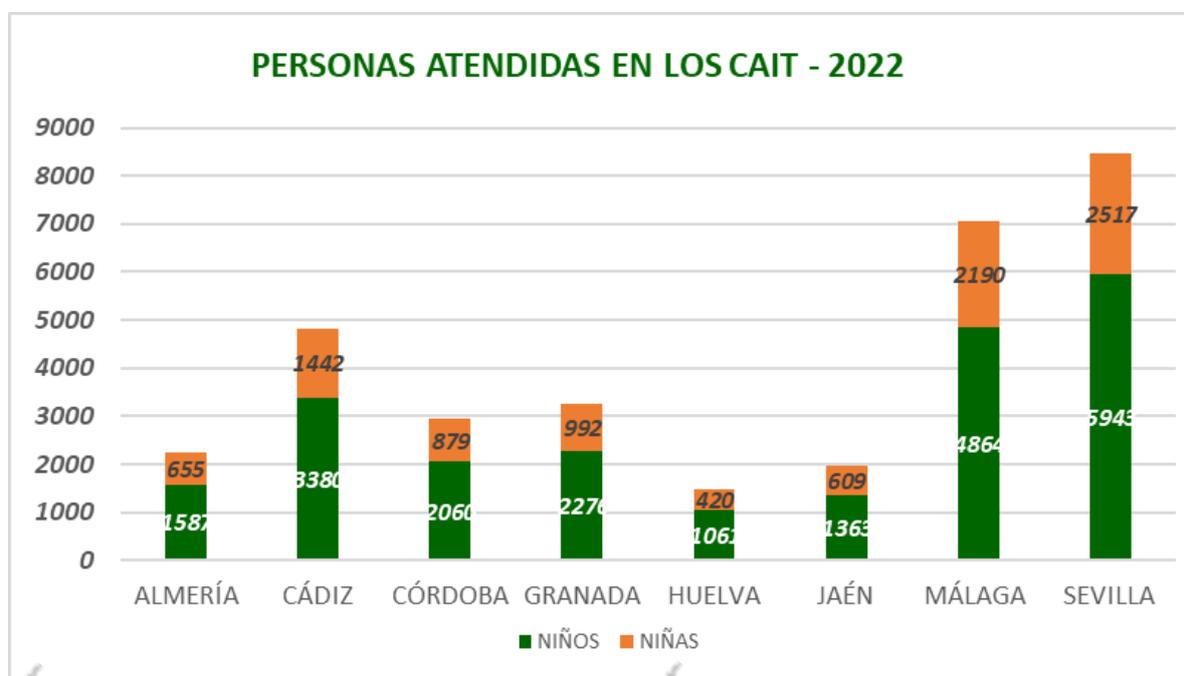
Según la **distribución por provincias**, Sevilla tiene más de una cuarta parte del total de niños (26.3%) y niñas (25.9%) atendidos en CAIT de toda Andalucía, con un total de 8.420 menores, siguiéndole en segundo lugar la provincia de Málaga.

La siguiente tabla muestra el número total de personas atendidas en CAIT desagregadas por sexo y provincia, describiéndose en todas ellas una desigual distribución entre niños y niñas.



Figura 3.2.

Número de personas atendidas en los CAIT con los datos desagregados por sexo y provincia.



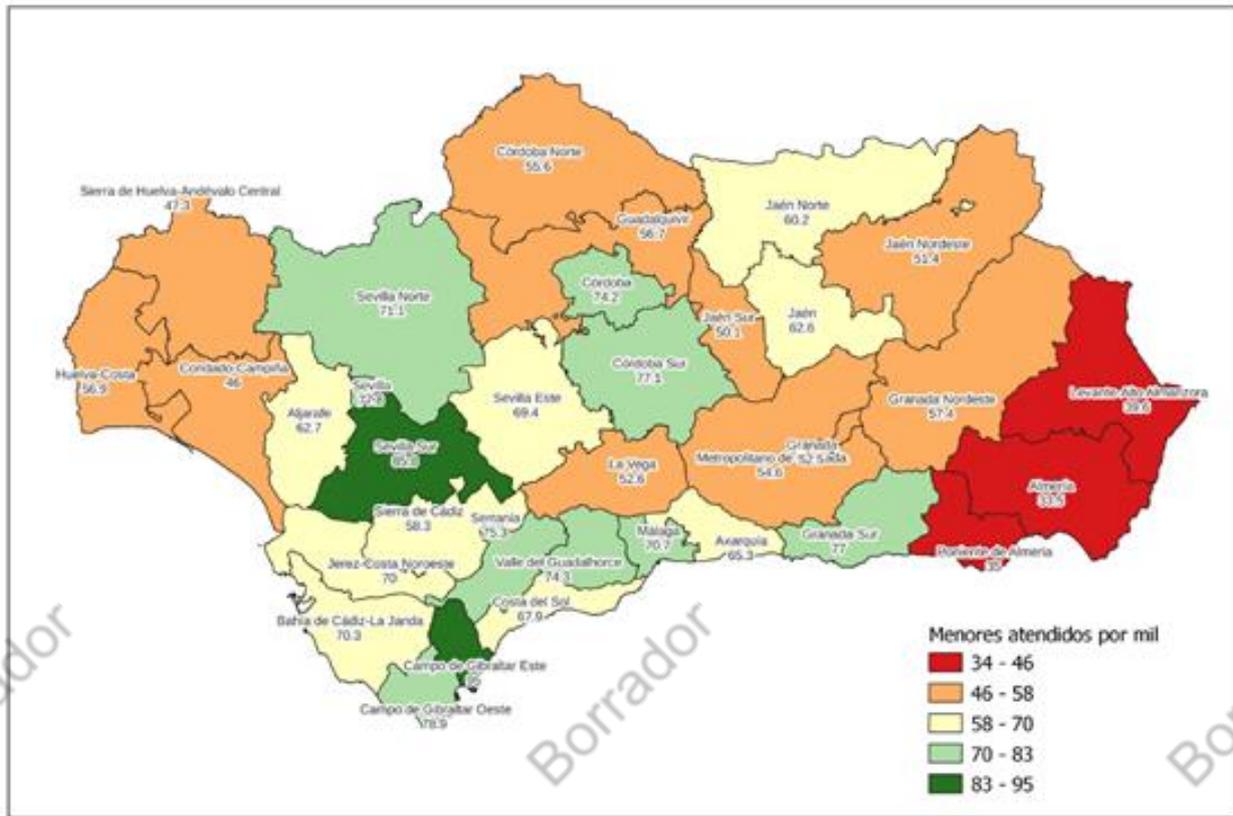
Fuente: Alborada. 2022.

Según la **distribución por distritos sanitarios**, la menor proporción de personas menores atendidas corresponde a la provincia de Almería (con menos del 50 % de la población diana) y en segundo lugar, la provincia de Huelva y las zonas rurales de interior. La mayor proporción está en el distrito Sevilla Sur y Campo de Gibraltar Este.



Figura 3.3.

Representación de la proporción de niños atendidos en Atención Temprana por cada mil menores de 0-6 años distribuidos por distrito sanitario.



Fuente: Elaboración propia del servicio de estadística sanitaria de la CSC.

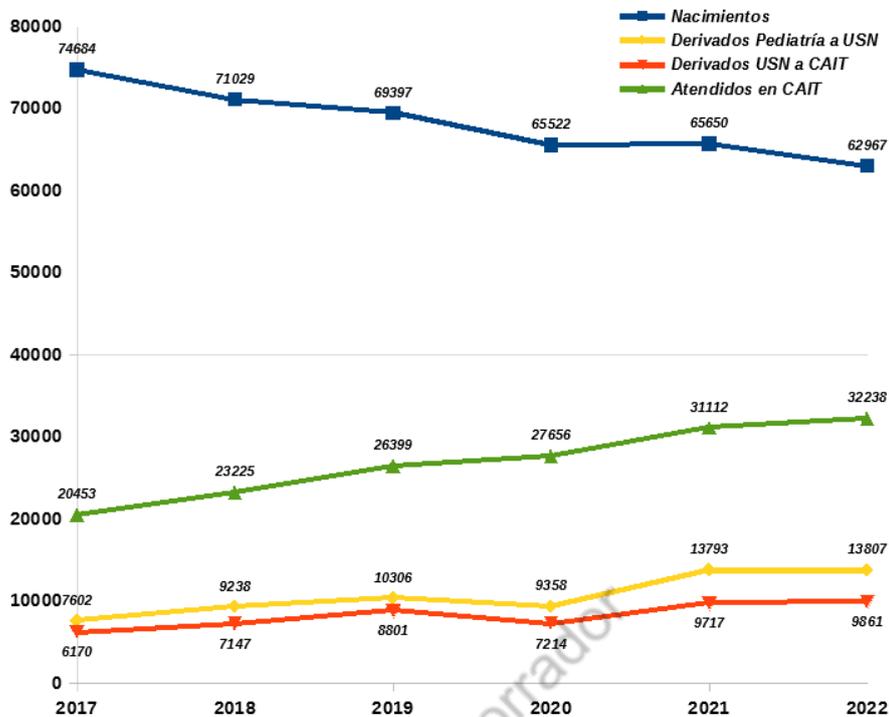
3.1.3.-Incidencia de los riesgos y trastornos del desarrollo

A pesar del descenso progresivo de la natalidad en Andalucía, se está generando una mayor demanda de atención por problemas de trastornos del desarrollo en menores de 6 años. En la siguiente gráfica se puede observar la tendencia ascendente de las derivaciones de menores a las USN y a los CAIT entre los años 2017 y 2022.



Figura 3.1.3.

Evolución de la natalidad y derivaciones a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y a los Centros de Atención e Intervención Temprana.



Fuente: Alborada

3.1.4.- Principales diagnósticos

En atención temprana, se utiliza la clasificación diagnóstica desarrollada por la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT), desarrollado por el Real Patronato de Discapacidad⁶². Esta clasificación organiza las situaciones de riesgo y los trastornos que pueden presentarse en niños y niñas de cero a seis años, sus familias y su entorno. Su aplicación permite establecer un conjunto mínimo básico de datos sobre Atención Temprana, estructurados en niveles y ejes. En la tabla 3.1.4. se describe dicha clasificación.

⁶² Real Patronato sobre Discapacidad. (2005). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**Tabla 3.1.4.**

Organización Diagnóstica de la Atención Temprana

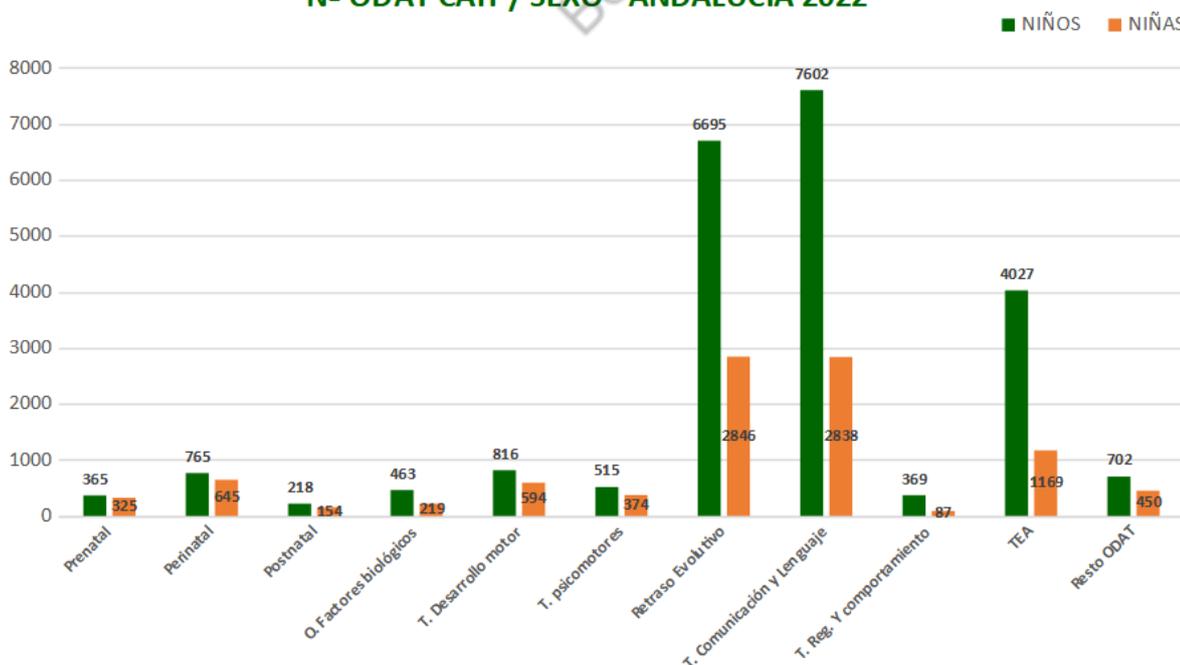
ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA			
NIVEL I Factores de riesgo	EJE 1 Factores biológicos de riesgo	EJE 2 Factores familiares de riesgo	EJE 3 Factores ambientales de riesgo
NIVEL II Trastornos Disfunciones	EJE 4 Trastornos del desarrollo	EJE 5 Factores familiares de riesgo	EJE 6 Entorno
NIVEL III Recursos	Dirigidos al niño	Dirigidos a la familia	Dirigidos al entorno.

Fuente: elaboración propia extraída de los datos del Real Patronato sobre Discapacidad.

En 2022, los trastornos del desarrollo con mayor prevalencia en Andalucía, de acuerdo a la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) establecida en los CAIT, fueron los **trastornos de la comunicación y el lenguaje** (32,3%), el **retraso evolutivo** (29,6%) y los **trastornos del espectro autista** (16,1%). Le siguen los **factores de riesgo perinatales** (4,3%) y los **trastornos motores** (4,3%). En la siguiente figura pueden observarse los datos absolutos de diagnósticos ODAT realizados en CAIT desagregados por sexo.

Figura 3.1.4.

Número de diagnósticos ODAT reconocidos de los CAIT en 2022 por sexo.

Nº ODAT CAIT / SEXO - ANDALUCÍA 2022

Fuente Alborada.



Es importante destacar las diferencias en la frecuencia de los diagnósticos principales codificados por pediatría, las USN y los CAIT. La prematuridad, considerada inicialmente como un factor de riesgo para el niño y la niña (Eje 1), puede evolucionar hacia un diagnóstico de trastorno del desarrollo (Eje 4) si se confirma con el tiempo. Esto explica la disminución de las cifras en los factores de riesgo a medida que se actualizan los diagnósticos.

Se considera “**No idoneidad**” los casos en los que la valoración por parte de la USN indica que la persona menor no presenta un trastorno del desarrollo susceptible de recibir intervención en CAIT. Los casos de “No idoneidad” han ido aumentando a lo largo de los años evaluados. Se destaca que el 21,5% de niñas derivadas a las USN en 2017 se consideraron “No idóneas” frente al 18,82 % de los niños. Estas cifras han seguido aumentando a lo largo de 2022, encontrando un 24,4% de niñas “No idóneas” frente al 20,2% de niños. Si se analizan los datos por provincia se comprueban grandes diferencias, siendo Sevilla la que menor porcentaje de no idoneidad tiene.

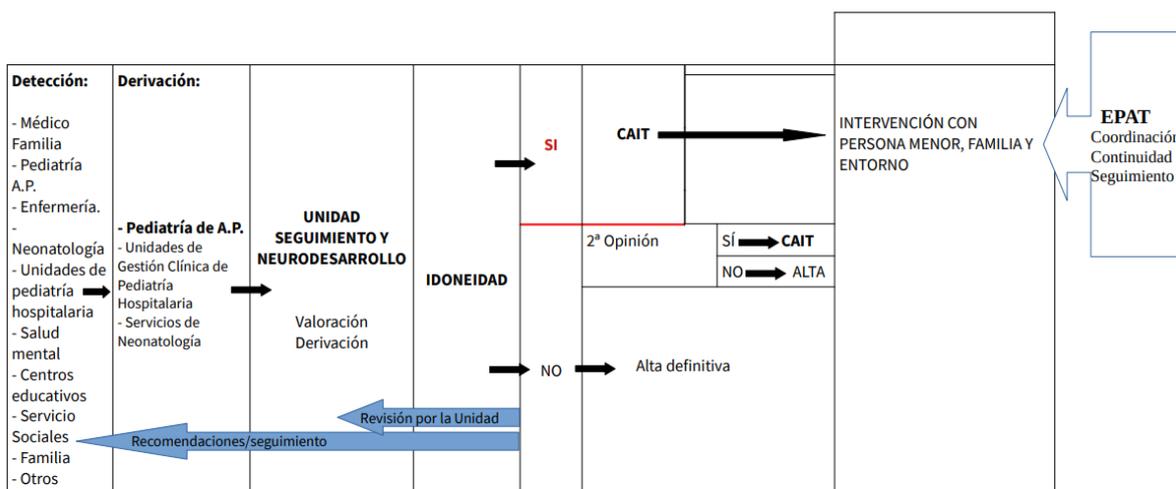
3.2. ANÁLISIS DE RECURSOS. SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

3.2.1. Organización de la Atención Temprana

La **Red de Atención Temprana** de Andalucía está integrada por los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, las **USN**, los **CAIT** y los **Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT)**. Estos recursos se coordinan con aquellos otros que, desde el ámbito educativo y de servicios sociales, contribuyen a la atención integral de la persona menor y su familia.

Figura 3.2.1

Diagrama de flujo de la prestación del servicio de Atención Temprana.



Fuente elaboración propia



3.2.2. Mapas de centros y servicios: Sistema de información MAPEA

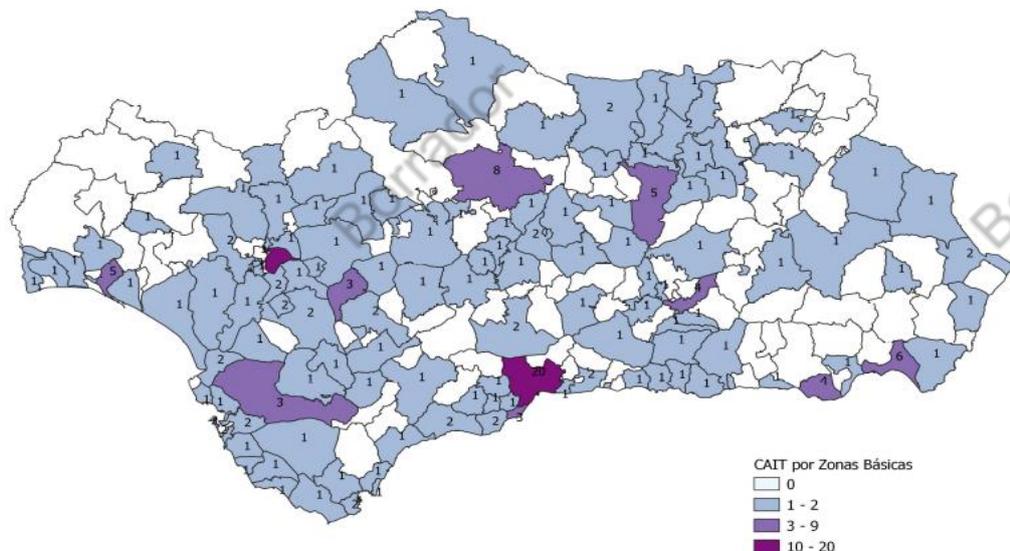
Para poder planificar y analizar la cobertura de la prestación de la atención temprana, se utilizan los **mapas de servicios y centros** que han sido integrados en el **sistema de información de mapas de GNOIDE**, gestionado por el Servicio de Estadísticas Sanitarias de la Consejería de Salud y Consumo. Permite observar la geolocalización actualizada de los CAIT por provincias, distritos sanitarios, zonas básicas de salud (ZBS) y municipios.

En la siguiente figura se representa la concentración de los CAIT mediante la intensidad del color en el mapa: cuanto más oscuro es el color, mayor es el número de CAIT. Esta distribución se alinea con las áreas más densamente pobladas del litoral y del eje del Guadalquivir, mientras que las zonas rurales y montañosas, con menor población, presentan un menor número de centros o ninguno.

Figura 3.2.2.

Mapas de Centros de Atención e Intervención Temprana geolocalizados por zona básica de salud.

- Zonas Básicas de Salud



Fuente: GNOIDE – MAPEA. Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Consumo. Junio 2023

3.2.3. Sistemas de Información del entorno de la Atención Temprana

El sistema **ALBORADA** es una herramienta de gestión e información en Atención Temprana que facilita la coordinación de todo el personal que interviene en el seguimiento de la población infantil con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos y sus familias. Facilita el trabajo en red de profesionales del Sistema Sanitario Público, de los CAIT y de los EPAT. Este sistema se encuentra en funcionamiento desde

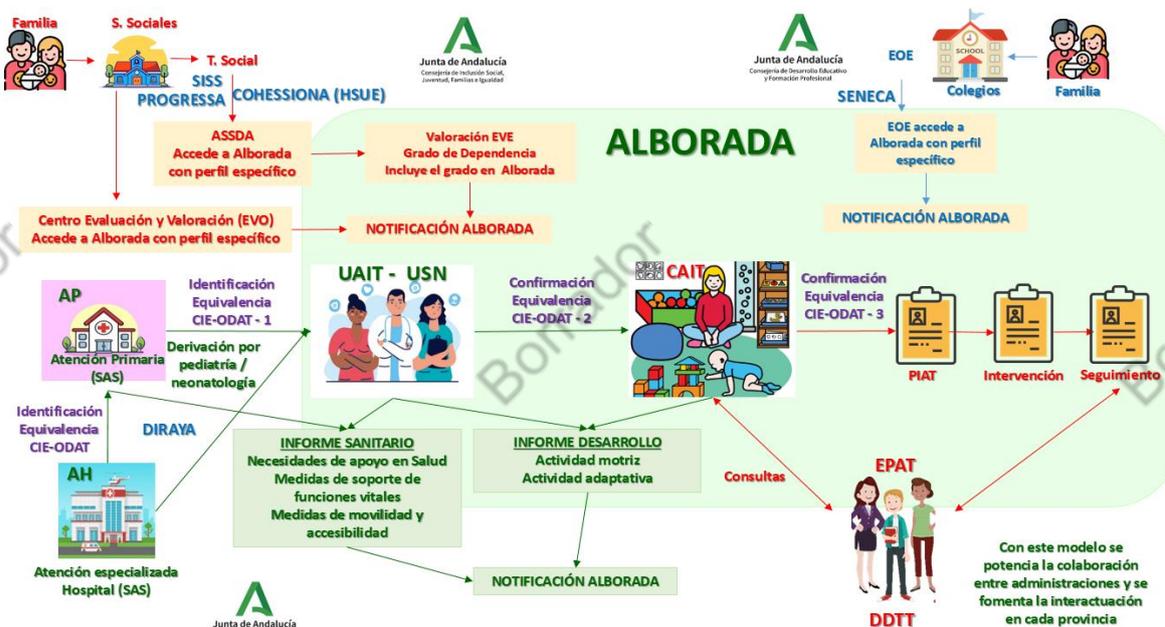


2011 y ha ido evolucionado hasta la actualidad adaptando sus funcionalidades a las nuevas casuísticas y a la legislación vigente⁶³.

La **finalidad** de este sistema de información es dar cobertura a todo el ciclo de la atención temprana, integrando toda la información necesaria en el mismo sistema y coordinando las actuaciones de los diferentes agentes que participan en el proceso. Las fases del proceso son: Gestión, Identificación, Derivación, Admisión, Intervención y Alta.

Figura 3.2.3.

Algoritmo de utilización de Alborada y otros sistemas de información de Salud, Educación y Servicios Sociales.



Fuente: Elaboración propia

3.3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA

En este apartado se incluye el conjunto de actuaciones preventivas de atención temprana dirigidas a la población en edad fértil, a menores de 0 a 6 años, sus progenitores y su entorno. Tienen como objeto evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil, disminuyendo los factores de riesgo biopsicosociales, que pueden afectar el normal desarrollo de los niños y las niñas y al bienestar familiar, potenciando actuaciones complementarias a otros programas que se estén llevando a cabo.

⁶³ Sagués Amadó A, Pons Tubío A, Alcázar Domínguez J, Jiménez Colorado A. Proyecto ALBORADA: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía. Ed. Fundación CASER. Madrid.



3.4. PREVENCIÓN SECUNDARIA. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La detección de alteraciones del desarrollo en niños y niñas de 0 a 6 años se realiza principalmente por parte de las familias, servicios sanitarios y centros educativos .

Con la identificación de las alteraciones se inicia el procedimiento de acceso al Sistema de Atención Temprana. Este acceso implica un flujo de identificación-valoración-derivación al CAIT, que conlleva al menos tres tiempos de espera:

- En atención primaria, para decidir si la persona menor requiere la valoración.
- Entre atención primaria y la valoración en las USN.
- Entre la valoración de la USN y la derivación al CAIT.

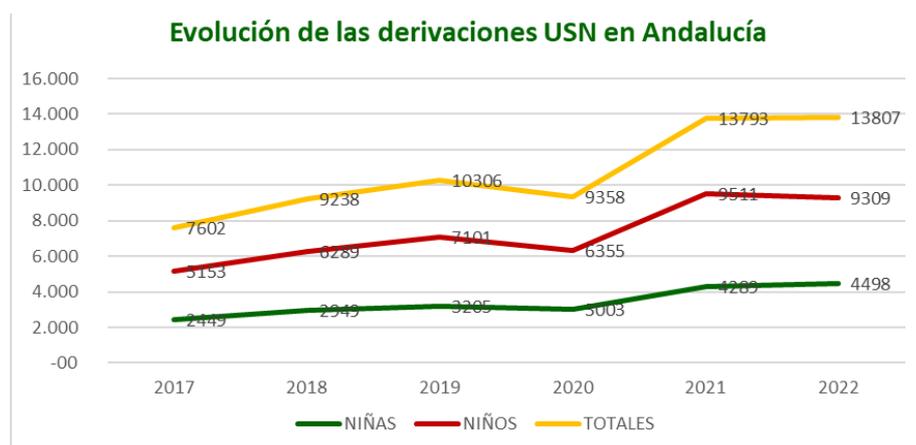
3.4.1. Las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN)

Una vez detectado el trastorno del desarrollo o el riesgo de presentarlo, el personal de Pediatría de Atención Primaria o de Medicina de Familia en funciones de Pediatría, realiza la oportuna **derivación a la USN** provincial para su valoración a través del sistema de información Alborada.

El número de las derivaciones ha ido aumentando de forma constante en todas las provincias, pasando de 7.602 menores en 2017 a 13.807 en 2022 en toda Andalucía. Estas cifras suponen un **incremento global del 81,62 %** pasando de una incidencia del 1,54% de la población menor de 6 años al 3,23% a final de 2022.

Figura 3.4.1.1

Incremento de derivaciones a las USN.



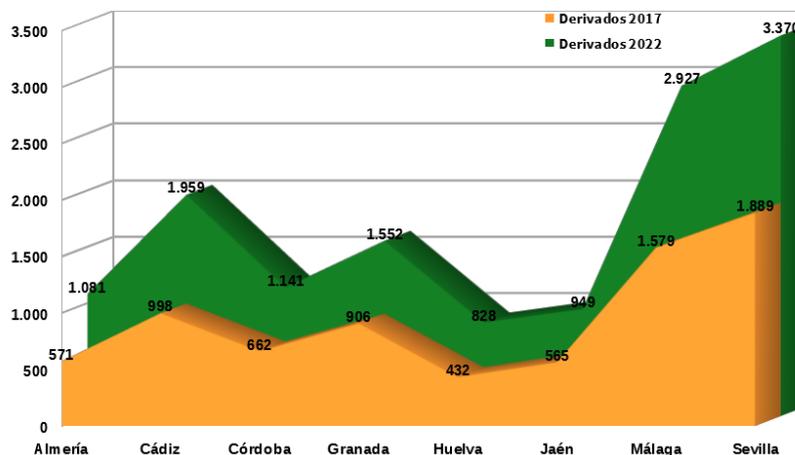
Fuente: Alborada

La distribución por provincias es desigual, tal y como se muestra en el siguiente gráfico. Sevilla tiene más de un 24 % del total de menores derivados de toda Andalucía, siguiéndole Málaga con un 20 %.



Figura 3.4.1.2.

Evolución derivaciones a USN en número absolutos.



Fuente: Alborada

El aumento global del 81,62% en número de derivaciones a USN no se ha acompañado de un incremento de profesionales para mantener el criterio de los **30 días en la valoración**⁶⁴. Esto ha generado, en 5 de las 8 provincias, **tiempos de espera excesivos**, lo que genera una gran insatisfacción por parte de profesionales y familias.

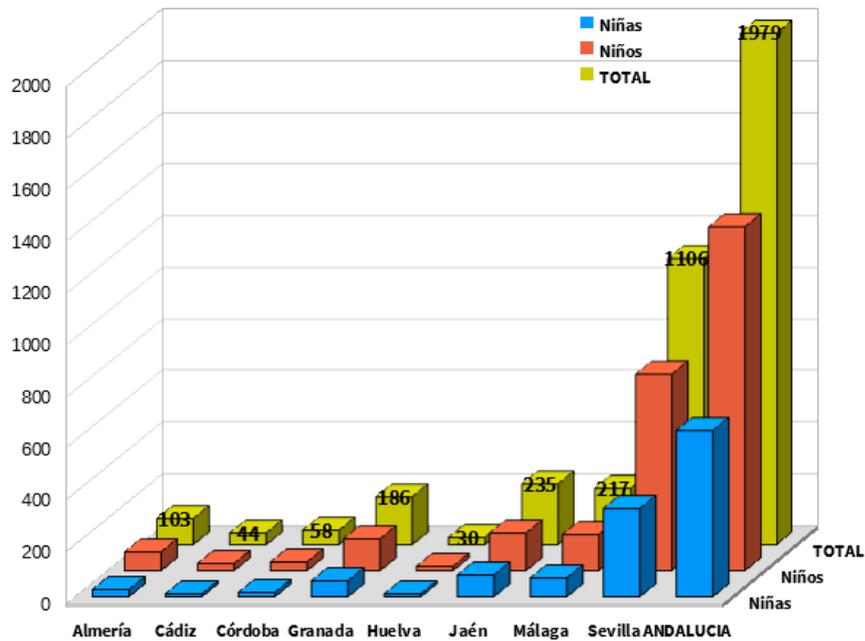
A fecha del cierre del diagnóstico preliminar, se ha analizado la demora en las diferentes USN tras la implantación del recurso de las continuidades asistenciales (trabajo realizado fuera de la jornada ordinaria), realizadas por diferentes profesionales de primaria, hospitalaria y USN. La implantación del recurso no se ha adaptado al criterio del número de derivaciones, por lo que ha tenido un resultado desigual por provincias. Como se observa en la siguiente figura, la media global de la demora en las USN es de 69 días, con un rango de 86 días en la provincia de Sevilla frente a los 7 de Cádiz. El número de menores aún pendientes de valoración oscila entre los 1.106 en Sevilla frente a los 30 en la provincia de Huelva.

⁶⁴ Recogido en el decreto 85/2016.



Figura 3.4.1.3.

Número de menores en lista de espera y media de días de espera en USN por provincia a 31/12/2023.



	AL	CA	CO	GR	H	J	MA	SE	ANDALUCIA
Días espera	54	7	16	60	60	73	23	86	69

Fuente: Alborada

3.5. PREVENCIÓN TERCIARIA. PROCESO DE TRATAMIENTO INTEGRAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

3.5.1. Los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT)

La intervención terapéutica con las personas menores, sus familias y el entorno se desarrolla y coordina en los CAIT.

Cada trastorno requiere de la intervención especializada de profesionales con determinada cualificación y habilidades técnicas, si bien es cierto que en la mayoría de los casos el abordaje recomendable precisa de un enfoque interdisciplinar. En este sentido, se detecta la necesidad de profundizar en el estudio de los planes individuales de atención que se diseñan, se implementan y se evalúan en los CAIT, en concreto acerca de lo referido a los recursos humanos dedicados.

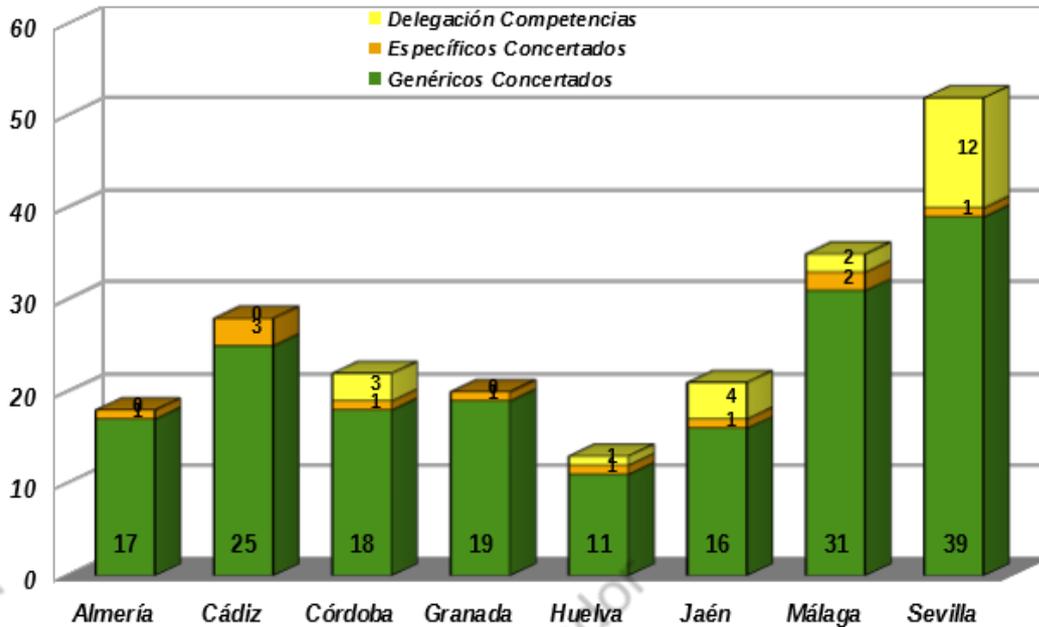
La gestión de estos CAIT se lleva a cabo en régimen de gestión directa, a través de delegación de competencias con las corporaciones locales, o en régimen de gestión indirecta a través de fórmulas contractuales.

La siguiente figura representa al número de CAIT desagregados por modelo de gestión y provincia.



Figura 3.5.1.1.

Número de CAIT por provincia y tipología en Andalucía, 2022.

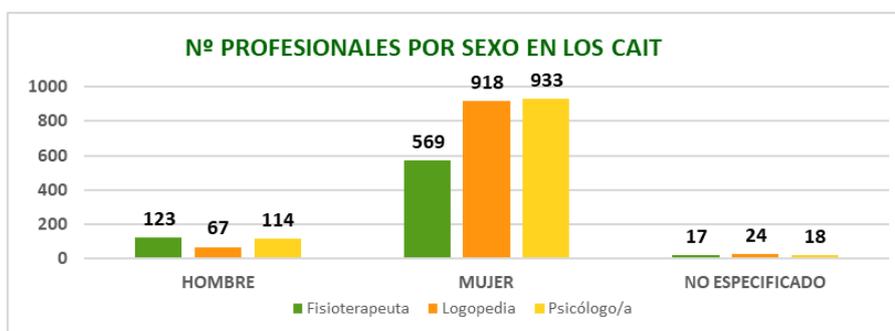


Fuente: Consejería de Salud y Consumo.

En Andalucía, el equipo básico de los CAIT está formado por profesionales de logopedia, psicología y fisioterapia. La realidad aportada por los datos habla de una feminización profesional en el sector de la atención temprana, con un 86,95% de mujeres y tan solo un 10,92% de hombres.

Figura 3.5.1.2.

Tipología, número profesionales de los CAIT por sexo en Andalucía.



Fuente: Alborada.



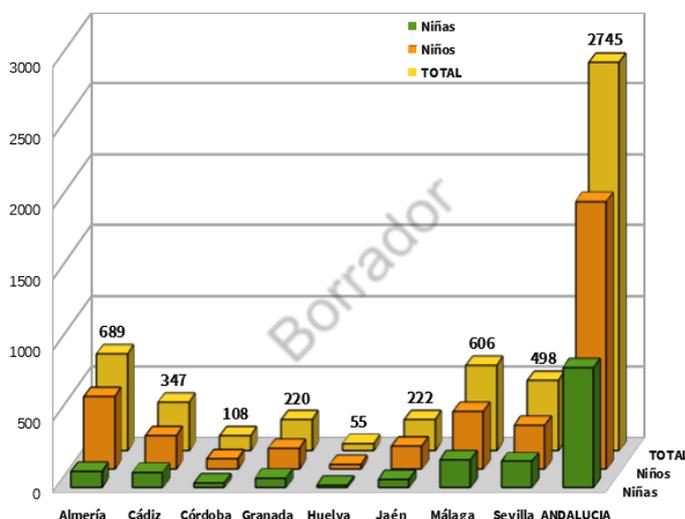
Demora en la atención en los CAIT

A pesar del incremento en los últimos años en la inversión destinada a la atención infantil temprana, a fecha 31 de diciembre de 2023, en Andalucía hay 2.745 menores (1.895 niños y 850 niñas) a la espera de ser atendidos en un CAIT, con una media de 119 días de espera. Este dato se presenta de forma muy desigual por provincias, destacando la provincia de Almería con una espera media de 233 días. El resto de provincias se mantiene por debajo de los **90 días** que marca la normativa vigente, aunque dentro de cada provincia, la situación de los diferentes CAIT es variable y exigiría un análisis detallado particular.

El siguiente gráfico describe, a fecha 31 de diciembre de 2023, el número total de menores, desagregados por sexo y provincia, que están a la espera de recibir intervención en CAIT.

Figura 3.5.1.2.

Datos de demora en los CAIT desagregado por provincia y sexo a 31 de diciembre de 2023



	AL	CA	CO	GR	H	J	MA	SE	ANDALUCIA
Días espera	233	89	36	81	54	94	83	78	119

Fuente: Alborada

3.5.2.- Presupuesto y coste de la atención temprana

La Consejería de Salud y Consumo ha **aumentado en casi un 27% su capacidad asistencial** en atención temprana tras la implantación del Concierto Social en 2021, en relación con el anterior sistema de acuerdos marco, incorporando nuevos lotes con sesiones a desarrollar, lo que ha propiciado la apertura de nuevos CAIT en localidades donde no existían y poder **acercar la atención a un mayor número de personas usuarias.**

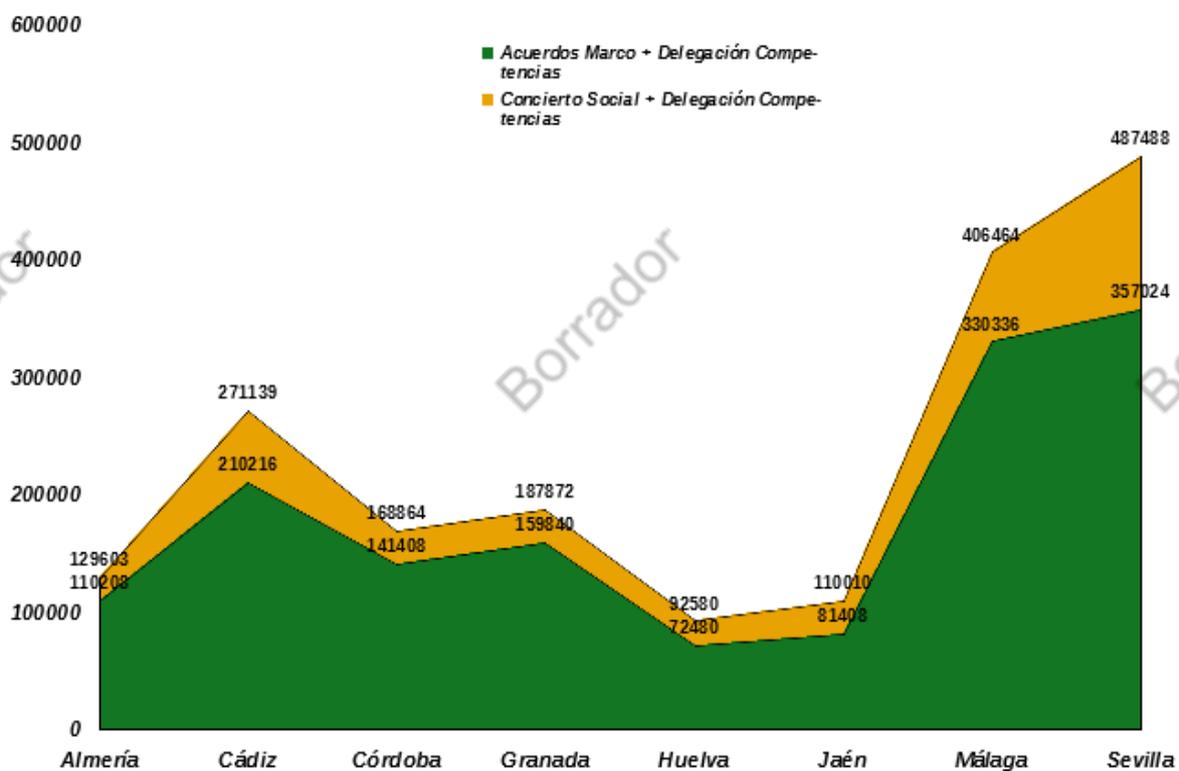


Además, se ha aumentado el precio de la sesión abonada para el servicio de atención temprana de 22 a 28 euros. A nivel presupuestario, la atención temprana ha experimentado un incremento del 70% en cuanto al crédito dedicado a la prestación de este servicio, que pasa de 30 millones de euros con los Acuerdos Marco y la Delegación de Competencias, a 51 millones con el Concierto Social y la Delegación de Competencias.

Todo ello supone un aumento anual de 391.100 sesiones respecto al modelo anterior, pudiendo atender una media de 4.076 menores más y llegando a 1.854.020 sesiones a desarrollar anualmente en toda Andalucía, con las que se ha atendido a más de 33.000 menores en el año 2022.

Fig. 3.5.2.1.

Incremento del número de sesiones del Acuerdo Marco al Concierto Social



Fuente: Elaboración propia



Tabla 3.5.2.2.

Resumen comparativo del modelo de acuerdos marco y concierto social con relación a las sesiones, personas menor atendida y presupuesto en atención temprana desde 2016 a 2022.

PROVINCIA	Sistema de Acuerdos Marcos + Delegaciones de Competencias (inicio 2016)			Sistema de Concierto Social + Delegaciones de Competencias (inicio 2021)			Aumento sesiones	Aumento menores	Aumento sesiones %	Aumento presupuesto%
	N.º Sesiones	*Menores	Presupuesto (€)	N.º Sesiones	*Menores	Presupuesto (€)				
ALMERÍA	110.208	1.148	2.417.193	129.603	1.350	3.628.884	19.395	202	17,59	50,12
CÁDIZ	210.216	2.190	4.590.612	271.139	2.824	7.591.892	60.923	634	28,98	65,37
CÓRDOBA	141.408	1.473	2.718.144	168.864	1.759	4.728.192	27.456	286	19,41	73,94
GRANADA	159.840	1.665	3.506.214	187.872	1.957	5.260.416	28.032	292	17,53	50,00
HUELVA	72.480	755	1.552.368	92.580	964	2.592.240	20.100	210	27,73	66,98
JAÉN	81.408	848	1.797.627	110.010	1.146	3.080.280	28.602	298	35,13	71,25
MÁLAGA	330.336	3.441	6.901.902	406.464	4.234	11.380.992	76.128	793	23,04	64,89
SEVILLA	357.024	3.719	6.954.758	487.488	5.078	13.649.664	130.464	1.360	36,54	93,26
ANDALUCÍA	1.462.920	15.237	30.438.821	1.854.020	19.313	51.912.560	391.100	4.076	26,73	70,54

Fuente: Elaboración propia. Nota= (*) - menores atendidos con una media de 8 sesiones mensuales)

3.6. ALTA POR CUMPLIMIENTO DE LOS 6 AÑOS DE EDAD

Cuando el niño o la niña cumplen 6 años, se procede al alta y finalización de la prestación de la atención e intervención temprana por razón de edad.

De acuerdo a la **Ley 1/2023, de 16 de febrero**, el cese de la prestación del servicio de atención temprana no implica la finalización del seguimiento ni de la intervención desde los ámbitos sanitarios, educativos y de servicios sociales, garantizando así la continuidad de la respuesta a las necesidades de la persona menor y su familia. En ambos casos, intervención y seguimiento, se elaborará un plan de atención al alta y se mantendrá la coordinación interdisciplinar.

En los grupos focales (Anexo II) se ha expresado la necesidad de garantizar esa continuidad en las terapias más allá de los 6 años. Se describe por parte de las familias un alto grado de incertidumbre en esta transición, ya que pierden los referentes y la orientación que recibían hasta entonces.

Se requiere afianzar los cauces de comunicación entre los distintos servicios que atienden a la población infantil menor y mayor de 6 años, para que esta continuidad se produzca efectivamente. Por otro lado, se enfatiza la importancia de aportar información y asesoramiento en las familias en el proceso de transición al alta. En las encuestas a profesionales realizadas para el **diagnóstico definitivo** (Anexo III) se señala que la información sobre ayudas y recursos es proporcionada por el colectivo de profesionales en un porcentaje inferior al 50%. El tipo de información facilitada es sobre recursos del ámbito educativo (46%), ámbito sanitario (44%) y de servicios sociales (29%).



3.7. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS

En Andalucía existe un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales. En la actualidad se está elaborando el Decreto que regula la constitución del **Consejo de Atención Temprana** y la **Comisión Técnica** tal y como marca la Ley de Atención Temprana.

A este respecto, en el informe de resultados de los Grupos Focales a las familias (Anexo II se concluye lo siguiente:

- No perciben que los sistemas de salud, educación y servicios sociales trabajen de forma unida y coordinada en la atención temprana, de tal modo que solo asocian al sistema a los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) obviando el resto de recursos disponibles en Salud (Unidades de Pediatría de Atención Primaria y Hospitalaria, otras especialidades hospitalarias, USN, Unidades de salud mental), Educación (Escuelas infantiles y guarderías, Colegios, Equipo de Orientación Educativa) y Servicios Sociales (Comunitarios, Equipo de Valoración y Orientación, Dependencia).
- Consideran que la Administración no ha sido capaz de desarrollar de forma efectiva los protocolos exigidos ni de informar adecuadamente sobre ellos a las familias interesadas.
- Además observan que, en muchas ocasiones, no existen las comunicaciones ni el intercambio de información suficientes entre el CAIT y los servicios médicos a los que acuden, tanto pediatría como otras especialidades.

Por otro lado, en el informe de resultados de la encuesta a profesionales (Anexo II) se recoge:

- La percepción de que la coordinación interna entre los miembros del equipo se realiza de forma frecuente en un 78%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la salud se realiza de manera frecuente en un 16%. Si se analizan las respuestas de las personas con una experiencia en atención temprana entre 5 y 10 años, este porcentaje sube hasta el 54%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la educación asciende al 37% de manera frecuente.

Este porcentaje se incrementa hasta el 47% entre profesionales que realizan funciones de tratamiento. Se registra también una diferencia significativa en función de que se tenga o no formación específica en atención temprana: el 42% de quienes sí la tienen se coordina de manera frecuente, mientras que para quienes no cuentan con formación, el porcentaje de coordinación frecuente baja al 25%.

- El 11% de profesionales considera que la coordinación con profesionales de Servicios Sociales y de otros ámbitos es muy baja.

Finalmente, en las entrevistas realizadas a las personas informantes clave (Anexo II):



- Se ha manifestado una falta de coordinación entre los diferentes recursos existentes en el sistema de Atención Temprana. Refieren la ausencia de un sistema institucionalizado de coordinación en el que se establezcan protocolos de coordinación y comunicación entre recursos y profesionales.

- Por otra parte, perciben una falta de comunicación por parte de la Administración, en un contexto en el que esperan recibir de esta directrices, protocolos y, en definitiva, una comunicación fluida entre ambas partes.

3.7.1. EDUCACIÓN

A lo largo del curso 2021/2022 estuvieron matriculados en Educación Infantil en Andalucía un total de 325.352 niños y niñas, presentando NEAE 27.987 menores, lo que supone un 8,6% del total de matriculados. Los diagnósticos de mayor relevancia se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 3.7.1.

Alumnado matriculado en Educación Infantil – Prevalencia según tipo de NEAE. Andalucía, curso 2021-22.

Diagnósticos de mayor prevalencia	N
Retrasos evolutivos graves o profundos	9.390 (33,5%)
Trastornos graves del lenguaje	6.613 (23,6%)
Dificultades de aprendizaje por lenguaje	2.597 (9,3%)
TEA	1.223 (4,4%)

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

En la actualidad, no es posible establecer un cruce de datos entre los sistemas de información Séneca (Educación) y Alborada. En Séneca se cuenta con el **NIE (Número de Identificación Escolar)**, que es el asignado a cada alumno o alumna desde el inicio de escolarización y Alborada utiliza el **NUHSA (Número Único de Historia de Salud en Andalucía)**.

Según datos extraídos de Alborada, a lo largo de 2022 fueron derivados a CAIT un total de 20.736 personas menores que cumplían los 3 años en dicho periodo (los nacidos en 2019), siendo esta la población potencial para la realización del dictamen de escolarización correspondiente antes de su ingreso en el segundo ciclo de educación infantil.

Según se recoge en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, “los EOE cumplimentarán, a través del sistema de información Alborada, el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT) de cada uno de los alumnos y alumnas cuyos informes previos a la escolarización fueron trasladados por los CAIT donde son atendido. A esta información podrá acceder el EPAT y el CAIT donde sea atendido cada alumno y alumna”. Son pocos profesionales de los EOE quienes pueden acceder al Sistema de información Alborada, por lo que en la práctica esta instrucción tiene dificultades para llevarse a cabo. Por otro lado, la clasificación diagnóstica difiere en los términos que se emplean en Educación y Atención Temprana, quedando recogido en la siguiente tabla las equivalencias entre los mismos.

**Tabla 3.3.**

Protocolo de trastornos del desarrollo compartido EDUCACIÓN/CAIT.

GRUPO	DICTAMEN/CENSO NEE	ODAT
Trastornos graves del desarrollo	Retrasos evolutivos graves o profundos Trastornos graves del desarrollo del lenguaje Trastornos graves del desarrollo psicomotor	4.g.g
Discapacidad visual	Baja visión	4.b.c
Discapacidad intelectual	Discapacidad intelectual moderada Discapacidad intelectual grave Discapacidad intelectual profunda	4.f.b 4.f.c 4.f.d
Discapacidad auditiva	Hipoacusia Sordera	4.c.f; 4.c.g 4.c.h
Trastornos de la comunicación y del lenguaje	Afasia Trastornos específicos del lenguaje Disartrias	4.g.i 4.g.g 4.g.d
Discapacidad física	Lesiones de origen cerebral	4.a.a
Trastornos del Espectro Autista	Autismo Síndrome de Asperger Síndrome de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	4.k

Fuente: Decreto 29/04/2016

En las entrevistas de los **grupos focales**⁶⁵, a pesar de lo indicado en la ley, los padres y madres de menores de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo o el riesgo de presentarlos, perciben falta de apoyo a las necesidades que requieren sus hijos e hijas en las escuelas infantiles y colegios, sobre todo, la ausencia de personal de apoyo o especializado.

3.7.2. SERVICIOS SOCIALES

En lo que respecta al seguimiento de las **personas menores sujetas a medidas de protección**, incluidas en el Sistema de Atención Temprana, no existe registro que las recoja a nivel provincial ni autonómico. En la actualidad, el sistema de información que incluye los datos de estas personas en el sistema de protección, es el SISS, que se está modificando y en el futuro se llamará GESTIONA. Este nuevo sistema se integraría con la Historia Social Única que se está desarrollando desde Servicios Sociales.

Los **Servicios Sociales Comunitarios** y los **Equipos de Tratamiento Familiar (ETF)** realizan el seguimiento y pueden tramitar la solicitud para su valoración y posterior inclusión en el Sistema de Atención Temprana a través de los cauces establecidos (mediante pediatría de atención primaria).

⁶⁵ Oficina Técnica del PIAT (2023). Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA



Los **Equipos Técnicos de las Delegaciones Territoriales** del **Servicio de Protección de Menores** y del **Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias** pueden también recoger la información de las personas menores derivadas y atendidas.

Las familias que participaron en los **grupos focales**⁶⁶ manifestaron desconocer los servicios que les pueden ofrecer desde Servicios Sociales.

DEPENDENCIA

Los datos correspondientes a la población andaluza menor de 6 años en situación de dependencia indican que el número de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia ha experimentado una evolución notable, desde el año 2017 hasta el año 2022. Durante este período de seis años, se ha observado un aumento constante en el número de solicitudes presentadas en esta franja de edad.

Se destaca que, de entre todos los servicios y prestaciones de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en su gran mayoría, las personas en situación de dependencia con edades comprendidas entre 0 y 6 años acceden a la **prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF)**. Supone un respaldo económico a las familias que cuidan de estos menores en su propio hogar y un apoyo valioso para las familias que les ayuda a cubrir los gastos derivados de su cuidado y atención.

Aunque los datos expuestos indican que los reconocimientos de la prestaciones de la dependencia crecen año a año, las familias entrevistadas⁶⁷ indican la falta de información respecto a estas prestaciones, quién tiene derecho a ellas, dónde y cómo se solicitan, etc.

DISCAPACIDAD.

La solicitud de **grado de discapacidad** se realiza a instancia de parte y se dirige a los **Centros de Valoración y Orientación** de personas con discapacidad. Existe un centro en cada provincia donde trabajan varios equipos. Los **Equipos de Valoración y Orientación** (EVO) están constituidos por profesionales de medicina, psicología y el trabajo social.

En la actualidad, no es posible realizar un cruce de datos con Alborada de forma automatizada para saber si los niños y niñas que están siendo atendidos en AT tienen reconocido algún grado de discapacidad. La dificultad radica en que no se dispone de un identificador común para ambas bases de datos, ni funcionan de forma interoperativa. En muchos casos, los EVOS integran un código propio que no es posible relacionar automáticamente.

⁶⁶ Oficina Técnica del PIAT (2023). Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA.

⁶⁷ Oficina Técnica del PIAT (2023). Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA.



3.7.3.- SALUD MENTAL

Al igual que ocurre en Atención temprana, existe un continuo aumento de la demanda en los dispositivos de Salud Mental.

A lo largo de 2022 se han valorado en los servicios de Salud Mental de Andalucía un total de 5.137 niños y niñas menores de 6 años. De ellos, 3.053 (59,43%) acuden también a los servicios de atención temprana, de los que 2.370 (77,63 %) son niños y 683 (22,37 %) son niñas. Si se analiza respecto al total de niños y niñas que acudían a CAIT a lo largo de 2022, constituyen un 9,47 %.

Analizando los datos por sexo y edad, se comprueba que la mayor demanda se produce en niños de 4 años (30,53%) y de 3 años (25,91%).

TABLA 3.7.3.

Distribución provincial de la población de 0 a 5 años atendidos en atención temprana y salud mental.

Edad	Sexo	Total	Porcentaje
1	Niños	12	0,3
	Niñas	10	0,3
2	Niños	258	8,4
	Niñas	91	2,9
3	Niños	791	25,9
	Niñas	249	8,1
4	Niños	932	30,5
	Niñas	243	7,9
5	Niños	377	12,3
	Niñas	90	2,9
Total Resultado	Ambos sexos	3.053	100

Fuente: Elaboración propia.

Analizando la distribución por edades, sexos y diagnósticos, el mayor porcentaje corresponde a niños de 4 y 3 años que tienen el diagnóstico de **Trastorno Generalizado del Desarrollo** (13,13% y 10,71% respectivamente).

3.8. RECURSOS DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN



Existen recursos formativos a través de instituciones públicas pero, sobre todo, los desarrollados por asociaciones y federaciones de familiares de personas con discapacidad, las asociaciones de profesionales del sector y las Universidades de Andalucía.

En la encuesta realizada a profesionales (Anexo II), estos indican que su empresa nunca (28%) o alguna vez (44%) le ha ofrecido formación continua en Atención Temprana, frente a un 14% que manifiesta que frecuentemente se la ofrecen. Se han identificado diferencias por ámbito de trabajo, un 19% de profesionales de Atención Primaria han afirmado no recibir nunca formación, lo que se eleva al 28% en profesionales de los CAIT.

Se observan también diferencias entre las principales funciones que realiza el personal y la formación continua en Atención Temprana. La función de detección y diagnóstico es la que agrupa al mayor número de profesionales (63%) que afirman recibir formación a veces, mientras que entre el personal que se dedica al tratamiento, esta cifra es del 42%.

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a los informantes clave (ver Anexo II), se ha destacado la necesidad de formación continua y reciclaje permanente. Exponen que esta actualización de conocimientos debería dirigirse no solo al personal sanitario, sino también al personal de los centros educativos e incluso a las familias, considerados actores destacados para una óptima intervención con los y las menores. Además, solicitan que la administración autonómica desarrolle cursos de especialización que incluya tanto herramientas específicas para acompañar a las familias en el duelo inicial o el estrés emocional que supone el afrontamiento de la noticia, como formación más técnica a los propios familiares que les permita continuar y reforzar las intervenciones en sus contextos naturales.

Todo ello orienta a la necesidad de un programa de formación de calidad que permita mejorar y homogeneizar la prestación de servicios en todo el territorio.



4. ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS CIUDADANAS Y PROFESIONALES. CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO.

Del análisis del diagnóstico preliminar se obtienen como principales **conclusiones** que:

- Existe un aumento progresivo en la demanda a los servicios de atención temprana a lo largo de los años analizados. A pesar del aumento de los recursos (tanto humanos como económicos) aún no se llega a atender al total de la población diana, existiendo grandes desigualdades provinciales que habrá que analizar en profundidad.
- Se observa también un aumento en la prevalencia de trastornos del desarrollo en el sexo masculino respecto al femenino. Las diferentes características y el desconocimiento de la presentación de los signos y síntomas en las niñas pueden estar contribuyendo a su infradetección.
- Los diagnósticos ODAT más prevalentes son en primer lugar los trastornos del lenguaje y la comunicación, a los que le siguen el retraso evolutivo y el Trastorno del Espectro del Autismo. Se mantienen estables en el tiempo los factores de riesgo biológicos pre, peri y posnatales. Existen amplias diferencias en la codificación ODAT tanto entre profesionales de atención primaria y atención temprana como a nivel provincial. A su vez, tampoco se usa el mismo sistema de diagnóstico en otros servicios intervinientes en la atención temprana, como salud mental o educación, creando confusión e incertidumbre.
- Las familias son, en su mayoría, las que detectan con mayor frecuencia las primeras señales de alerta en el desarrollo. Estas son, en ocasiones, minusvaloradas por parte de profesionales tanto del sistema sanitario, educativo o social que atienden a la población infantil. Esto genera gran cantidad de estrés y ansiedad familiar, así como un retraso en el acceso al sistema de atención temprana.
- La demora para la valoración por parte de las USN y la posterior atención en CAIT es señalada, tanto por parte de las familias como el colectivo profesional, como el mayor problema existente en la atención temprana.
- Alborada no permite la interoperabilidad con los sistemas de otros servicios, limitando la coordinación y el traspaso de información, que es demandada tanto por las familias como por profesionales, dificultando la atención integral.
- Las familias están implicadas, en su gran mayoría, en la intervención y valoran muy positivamente las actuaciones que se realizan desde los CAIT, pero reclaman mayor presencia, participación y formación para su capacitación.

Tras el análisis del diagnóstico preliminar, las encuestas a profesionales, las entrevistas semiestructuradas a grupos focales de familias, las entrevistas a informantes clave y las conclusiones de las jornadas participativas, se identifican los principales problemas, retos y necesidades:



4.1. PROBLEMAS

4.1.1. Excesiva demora en el proceso de atención, valoración y tratamiento.

- Las familias, principales detectoras de las señales de alerta en el desarrollo, tienen dificultades para acceder al sistema de atención temprana cuando el personal que les atiende **no reconoce** estas alertas.
- Existen **problemas de infradiagnóstico** en base a la insuficiencia de recursos, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de Atención Temprana.
- Existen **listas de espera** en algunas USN saturadas en las que no se han ampliado los recursos humanos, lo que provoca retrasos en las valoraciones para determinar la idoneidad de recibir intervención en CAIT.
- A pesar del incremento en los últimos años en la inversión destinada a la atención temprana, existen menores a la espera de poder ser atendidos en CAIT, existiendo **variabilidad interprovincial**.

4.1.2. Aumento de la no idoneidad.

- A pesar del descenso progresivo de la natalidad, se ha incrementado el número de menores derivados a las USN desde Pediatría de Atención Primaria y desde las USN a los CAIT. Los casos de **“No idoneidad”** han ido **aumentando** a lo largo de los años evaluados, participando en la saturación de los recursos.
- El número de personas menores consideradas “No idóneas” obliga a **estudiar las causas** (especialmente en las niñas) y establecer un programa de formación específico dirigido a profesionales de Atención Primaria sobre trastornos del desarrollo derivables a atención temprana.

4.1.3. Deficiencias del Sistema Alborada.

- En la actualidad, el sistema de información ALBORADA no permite el **acceso** a todos los **documentos** que se generan, ni permite la **interoperabilidad** con ningún otro sistema en tiempo real (Salud mental, registro de hipoacusias, metabolopatías o enfermedades raras, SENECA, PROGRESSA...).
- No se dispone de un **identificador común** entre los diferentes sistemas.
- Aunque existen protocolos de coordinación entre Educación y Salud, actualmente el acceso a Alborada desde el ámbito educativo, solo está disponible para coordinadores de los Equipos de Orientación Educativa y personal del EPAT de las Delegaciones Territoriales.
- El personal de los CAIT percibe Alborada más como un instrumento de control y fiscalización por parte de la administración que como una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación. No se percibe su utilidad para mejorar la calidad del servicio ni para obtener datos de interés.



4.1.4. El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades familiares.

- Se ha detectado una elevada **implicación** de las familias en el tratamiento pero reclaman mayor presencia y participación en las sesiones de **intervención**.
- Las familias ponen de manifiesto que en todos los CAIT no se realizan de manera sistemática actuaciones de **apoyo integral**, atención emocional, capacitación, orientación y empoderamiento a las familias.
- No existe apoyo ni protocolo de acompañamiento a la familia en la etapa pre y perinatal desde las unidades neonatales, sobre todo, en la fase de duelo perinatal.

4.1.5. Las desigualdades de género tienen consecuencias a todos los niveles: infradiagnóstico, feminización del personal y sobrecarga de las madres y las cuidadoras.

- Está reconocido en los diferentes estudios un **predominio** de niños con trastorno del desarrollo sobre niñas. Muchas líneas activas de **investigación** están explorando posibles mecanismos, incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales que justifiquen esas diferencias. La proporción entre niños y niñas atendidos en CAIT estaría siguiendo este patrón.
- El porcentaje de “No idoneidad” continúa aumentando a lo largo de los años, especialmente en las niñas. Esto obliga a estudiar las causas para valorar un posible sesgo de género.
- Se detectan posibles **lagunas en el conocimiento** de patrones de evolución y manifestaciones clínicas de los trastornos del desarrollo según el sexo, manifestando la necesidad de una investigación más profunda sobre el tema.
- Se plantea si existe una **perspectiva androcéntrica** con sobrerrepresentación de varones en las muestras para los estudios de investigación y el uso de instrumentos diagnósticos.
- Las **mujeres** son mayoritariamente las que acompañan a las personas menores a las sesiones de intervención y ejercen el papel de cuidadoras. Esta **responsabilidad** adicional puede generar estrés y agotamiento, afectar su salud mental y física, y reducir sus oportunidades de desarrollo profesional y personal. Además, la carga de cuidado puede limitar el tiempo disponible para la formación y la educación continua, lo que agrava la **desigualdad** de género en el ámbito laboral. Las mujeres también pueden enfrentar dificultades para encontrar empleo flexible o a tiempo parcial que se ajuste a las necesidades de cuidado, lo que puede perpetuar la dependencia económica y la inequidad salarial.

4.1.6. Respuesta inapropiada a casos de Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).

- **Incremento** de los casos de TEA. Actualmente es el tercer diagnóstico más atendido en CAIT, con una prevalencia actual del 1%. Esto requiere centrar esfuerzos en la atención a este trastorno y la coordinación con otros servicios como Salud Mental, Educación y Servicios Sociales.



- Se deben atender los **motivos de preocupación** de la familia en el desarrollo de sus hijos e hijas, sin minusvalorar las expresiones de habilidades comunicativas o de interacción social.
- Se utilizan nomenclaturas diferentes para definir el mismo diagnóstico entre los diferentes servicios, creando una gran confusión entre profesionales y familias.
- La población infantil que es atendida en Salud Mental y atención temprana conjuntamente y que tienen sospecha o diagnóstico confirmado de TEA no disponen, de forma general, de un **diagnóstico clínico y funcional común**.
- Se destaca la diferencia en la atención a menores con TEA según se realice en un centro generalista o específico. En los centros específicos, el número de sesiones es mayor, lo que puede generar desigualdades en comparación con los centros generalistas.

4.1.7. Desactualización del sistema de financiación del concierto con los CAIT.

- Los CAIT expresan que el sistema de **registro** por sesiones (UMAT) no se adapta a la diversidad de servicios que prestan los CAIT. Solo se paga la intervención y hay muchas otras tareas que se realizan que no tienen repercusión en el coste. Esta situación hace inviable los CAIT pequeños con pocas plazas concertadas.
- De la misma forma, refieren un exceso de carga burocrática y fiscalización.
- La dotación presupuestaria que ha aumentado en casi un 27% su capacidad asistencial en atención temprana tras la implantación del Concierto Social en 2021, es insuficiente.

4.1.8. Inequidad territorial y socioeconómica en acceso e intervención.

- Existencia **desigualdades** en el acceso a los servicios, sobre todo en las **zonas rurales**.
- No se identifica o no se atiende con facilidad a **población vulnerable** (diversidades culturales, nivel socioeconómico bajo, zonas de necesidad de transformación social...).
- La distribución por provincias es desigual.

4.1.9. Interrupción de la Atención Integral Temprana a los 6 años.

- No se dispone de un sistema de control y seguimiento de la **continuidad** asistencial para conocer qué ocurre con la atención coordinada de las personas usuarias después de los 6 años.



4.2. NECESIDADES

4.2.1. Suficientes efectivos profesionales para atender la demanda creciente.

- Para disminuir la demora en la valoración y poder dar una respuesta a las familias en el plazo establecido, según recoge la Ley de Atención Temprana, se necesitaría adecuar los recursos en función de la demanda a las diferentes USN y CAIT a nivel provincial. Urge adecuar la ratio de personal a la demanda en aquellas USN y CAIT saturados en la actualidad.

4.2.2. Conocimiento detallado de las causa de las inequidades y desigualdades en el sistema de atención temprana.

- Existen desigualdades de género, socioeconómicas y geográficas que obligan a realizar un estudio más detallado de las posibles causas, para garantizar de forma homogénea la intervención en todos los CAIT de Andalucía.

4.2.3. Creación de órganos de coordinación.

- Se necesita constituir el **Consejo y la Comisión técnica de Atención Temprana** tal y como exige la Ley 1/2023, de 16 de febrero, así como distintas mesas técnicas para resolver las incidencias del día y que participen en el asesoramiento, elaboración y actualización de protocolos.
- Se demanda la existencia de **profesionales referentes** que acompañen a las familias en todo el proceso, que apoye en las transiciones y que de soporte a las familias con mayores dificultades, fortaleciendo el trabajo social que se realiza con ellas.

4.2.4. Clasificación común para los diagnósticos de las distintas instituciones y organismos implicados.

- Se necesita establecer un registro con lenguaje común que permita la comparativa de la prevalencia e incidencia de trastornos del neurodesarrollo, tanto a nivel internacional, nacional y autonómico.



4.2.5. Homogeneidad en la atención, nuevos servicios profesionales y evaluación de la calidad.

- Se requiere la elaboración de modelos y protocolos flexibles de atención e intervención en atención temprana, que atiendan al complejo biopsicosocial, y que sean homogéneos en todos los CAIT de Andalucía.

4.2.6. Programas estandarizados de formación para profesionales.

- Se hace necesario coordinar y homogeneizar los contenidos de Atención Temprana que se incluyan en los planes de estudio de Psicología, Fisioterapia, Logopedia, etc..., crear profesionales especialistas en Atención Temprana y que los másteres sean de calidad contrastada y certificada.
- Se demanda estandarizar la formación continuada tanto a profesionales como familias.
- Se detecta la necesidad de incorporar formación en herramientas específicas que atiendan a los diferentes momentos evolutivos de la población infantil y sus familias.

4.2.7. Incorporar a las familias de forma activa y protocolizada.

- Se necesita desarrollar e impartir programas de formación y guía a las familias para facilitar el conocimiento del trastorno del desarrollo y facilitar su capacitación como agentes activos en la intervención.
- Se precisa establecer un protocolo de actuación común, con modelos centrados en las familias, en todos los CAIT que disminuya las desigualdades en la prestación del servicio.

4.3. RETOS

4.3.1.- Atención al total de la población diana.

Todas las personas de 0 a 6 años y sus familias que presentan problemas y preocupaciones evolutivas en algún momento de su desarrollo, serán atendidos por el sistema, alcanzado al 10 % de la población de esa franja de edad.



4.3.2.- Atención a los riesgos y primeras señales de alerta.

Las familias y los equipos profesionales de salud, educación y servicios sociales tendrán conocimiento de las primeras señales de alerta de la existencia de un trastorno del desarrollo que permita una intervención en la totalidad de la población diana.

4.3.3.- Atención Integral.

Abordaje de la atención desde todos los ámbitos (Salud, Educación y Servicios Sociales) para dar respuesta a las necesidades de la persona menor y sus familias, empoderándolas y capacitándolas para que sean parte activa en la intervención de sus hijos e hijas en entornos naturales.

4.3.4.-Atención Coordinada.

Una coordinación intra e intersectorial adecuada, flexible, rápida, tanto interna como externa, de todos los agentes que forman parte del sistema de atención temprana (Salud, Educación y Servicios Sociales).

4.3.5.- Atención con perspectiva de género.

Conocimiento y valoración de los diferentes modos de presentación de los trastornos del desarrollo en los distintos géneros, visibilizando las expresiones en el género femenino, para ofrecer la intervención más adecuada. Atención específica y acompañamiento a las personas cuidadoras de los menores, fomentando la incorporación activa de la figura masculina en la intervención, favoreciendo un reparto equitativo de las tareas de la estimulación y cuidado.

4.3.6.-Atención Adecuada.

Profesionales suficientes para atender a la demanda creciente, con una retribución adecuada y con facilidades para la conciliación.

4.3.7.-Atención Innovadora.

Un sistema innovador y en permanente cambio hacia la mejora que aproveche los avances tecnológicos y científicos.

4.3.8.-Atención científica y de calidad.

Una producción científica interdisciplinar, de calidad y de excelencia, al servicio de la Atención Temprana.



5. ANÁLISIS DE POSIBILIDADES PARA LA ACCIÓN PÚBLICA. DAFO

El Comité Técnico de elaboración del plan, compuesto por profesionales de todos los servicios de la Junta de Andalucía implicados, partiendo del documento diagnóstico, ha analizado las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del contexto de la organización para abordar los problemas, necesidades y retos identificados.

El **análisis DAFO** (Debilidades – Amenazas - Fortalezas - Oportunidades) es una herramienta de análisis estratégico. Conjuga el estudio de las fortalezas (o "puntos fuertes") y debilidades (o "puntos débiles") del Sistema de Atención Temprana con el estudio de las oportunidades y amenazas de su entorno, con objeto de definir una estrategia.

La síntesis de las aportaciones de las personas participantes en este ejercicio ha sido llevada a cabo por el Área de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP.

5.1. DEBILIDADES

Las debilidades son los aspectos negativos internos, que dependen de la organización, para los que existen importantes márgenes de mejora.

Deficiencias del sistema de información y registro (Alborada): acceso, interoperabilidad, seguridad.

Demoras en la atención.

Falta de coordinación institucional interna y externa.

Desactualización o deficientes de procesos asistenciales.

Malestar de las familias ante la interrupción del servicio a los 6 años.

Limitada capacidad de respuesta de la red de atención temprana.

Insuficiente formación de las y los profesionales.

Fuga de profesionales a otros servicios o CCAA.

Deficitaria organización de profesionales dentro de la administración competente.

Desigualdades territoriales y posibles inequidades en la atención.

Rigidez y debilidad del sistema de concierto con los CAIT.



Descontento de profesionales de los CAIT con sus condiciones laborales.

Financiación insuficiente de los CAIT.

Falta de univocidad en el diagnóstico.

Ausencia de perspectiva de género.

5.2. AMENAZAS

Las amenazas son los problemas, obstáculos o limitaciones externos que pueden impedir o limitar el desarrollo del sector. A menudo se encuentran fuera del área de influencia de la organización.

Inexistencia de un marco de actuación estatal e interregional.

Resistencias de las administraciones.

Resistencia a la incorporación y uso de las nuevas tecnologías.

Viabilidad del plan.

Baja implicación de algunas familias.

Incertidumbre económica.

Desigualdades de género en las familias.

Aumento de la demanda asistencial.



5.3. FORTALEZAS

Las fortalezas son los aspectos positivos internos que dependen de la organización o el país, sobre los cuales se puede construir pues en el futuro.

Estandarización de la atención.
Alta implicación de profesionales .
Existencia de un marco legislativo autonómico actualizado que reconoce la universalidad y gratuidad del servicio.
Satisfacción con los CAIT.
Enfoque participativo en el diagnóstico.
Una estructura y red definida y amplia de atención temprana.
Contar con un sistema de gestión e información de atención temprana.
Tener un programa de formación especializada.
Buena valoración de la calidad asistencial.
Reorganización del sistema para la mejora continua.
Movilización comunitaria de apoyo a la problemática.
Compromiso y liderazgo político para la mejora y la innovación.
Establecimiento de estructuras de coordinación en la elaboración del Plan que generan predisposición de los agentes implicados a colaborar (comité técnico y directivo).
Un modelo andaluz potente y desarrollado.
Incremento presupuestario.
Sistema de concierto que ha permitido la incorporación de grandes entidades.



5.4. OPORTUNIDADES

Las oportunidades son las posibilidades externas positivas de las que en su caso puede sacarse provecho en el contexto de las fortalezas y debilidades existentes en ese momento. Se desarrollan fuera del área de influencia de la organización.

Disponibilidad de fondos externos.

Sensibilidad social e institucional creciente hacia la atención temprana.

Incorporación de las nuevas tecnologías para la mejora del sistema.

Avances científicos que aporten calidad a la atención.

Posibilidad de incorporar sistemas de seguimiento complementario.



6. PRIORIDADES. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El objetivo estratégico del presente plan es orientar las políticas públicas de sensibilización, prevención, detección precoz, atención sociosanitaria, humanización, incorporación social e investigación para ofrecer la mejor evidencia, resultados en salud y calidad en el abordaje integral de las personas menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlos, así como fortalecer la coordinación intra e interinstitucional, para optimizar el uso y gestión de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia a través de una intervención integral y coordinada y la implantación de un sistema innovador de cambio permanente basado en las tecnologías de la información y comunicación.

El diagnóstico, realizado con colaboración y participación de todos los agentes implicados en la Atención Temprana ha aportado la base para establecer las líneas estratégicas y las prioridades del PIAT-A.

6.1. Línea estratégica 1: Promoción y Prevención.

Esta línea estratégica incluye, por una parte, el conjunto de actuaciones que ayudan no solo a prevenir la aparición de un trastorno del desarrollo, sino modificar su avance y atenuar sus consecuencias, poniendo el énfasis tanto en los factores desencadenantes como en las poblaciones de riesgo.

Por otra parte, abarca las actuaciones que convergen con otros planes y programas, que hacen referencia a la parentalidad positiva, los cuidados centrados en el desarrollo, la identificación y prevención de las experiencias adversas en la infancia, la promoción de un “cuidado cariñoso y sensible”. Este tipo de acciones no solamente van dirigidas a la persona menor, sino que se extienden al entorno familiar y comunitario.

En la tabla siguiente se especifican las prioridades junto a los objetivos estratégicos, indicadores de contexto y la fuente de los datos de partida.



Tabla 6.1.1.

Prioridades, objetivos estratégicos, indicadores de contexto y datos de partida de la línea estratégica 1 del PIAT-A.

PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	DATOS DE PARTIDA/ FUENTE/AÑO
P1.- Sistematización de la detección de las primeras señales de alerta de TEA en los ámbitos familiares, de salud, de educación y en los servicios sociales.	OE.1.1.- Aumentar un 25% la detección temprana de la población menor de 3 años con señales de alerta TEA .	1.- Porcentaje de menores de 3 años derivados desde las USN con diagnóstico ODAT de TEA, en relación al número total de menores de 6 años derivados desde la USN con diagnóstico ODAT de TEA / edad / sexo / año .	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año
P2.- Atención al total de la población diana (10 % de la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlos).	OE.2.1.- Incrementar la detección precoz en menores de 2 años con factores de riesgo de trastornos del desarrollo y las primeras señales de alerta en los niveles asistenciales de pediatría de atención primaria y hospitalaria.	1.- Tasa interanual de menores de 2 años derivados a las USN sobre el total de menores de 6 años derivados a las USN / sexo/año / provincia .	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año
	OE.2.2.- Incrementar la atención en los servicios de AT desde un 7,5% hasta el 10% de la población total menor de 6 años.	1.- Tasa interanual de personas menores de 6 años atendidos en CAIT respecto al total de población menor de 6 años / año/ sexo /provincia.	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año
P5.- Respuesta adecuada a las necesidades familiares y promoción de la toma de decisiones compartida en el proceso de intervención.	OE.5.1.- Conseguir que el 100% de las familias que se encuentran en el sistema de atención temprana reciban la atención especializada, concreta y específica para cada caso.	1.- Numero de actuaciones de capacitación familiar, empoderamiento o apoyo/ CAIT/ año/ provincia (MUESTREO UMAT FAMILIAS). 2.- Porcentaje de las familias que reciben UMAT específico sobre el total de familias atendidas en CAIT/ año/ provincia.	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año

6.2. Línea estratégica 2: Gestión, intervención y coordinación

Esta línea hace referencia al ajuste de los procesos y procedimientos utilizados en atención temprana para optimizar los recursos, ofrecer una atención verdaderamente coordinada, mejorar la calidad de las intervenciones y tomar decisiones orientadas a lograr una adecuada evolución de la población menor objeto de atención temprana y una mayor satisfacción para su familia y entorno.



Tabla 6.1.2.

Prioridades, objetivos estratégicos, indicadores de contexto y datos de partida de la línea estratégica 21 del PIAT-A

PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	DATOS DE PARTIDA/ FUENTE/ AÑO
P3.- Disminución de la demora en el proceso de atención temprana.	OE.3.1. Reducir los días de respuesta en las fases del proceso de atención temprana a un plazo inferior a 30 días, para la valoración en las USN desde la derivación, y a un plazo inferior a 90 días si se considera la idoneidad, para el inicio de la intervención en CAIT.	1.- Porcentaje de casos de menores derivados a la USN con cita para valoración > 30 días/ N° total de menores derivados a las USN/sexo/provincia/ año. 2.- Porcentaje de casos con cita para inicio de la intervención superior a >90 días/ N° de casos totales de inicio de la intervención/ sexo/ provincia / año. 3.- Media de días de demora USN/ año/ sexo / provincia. 4.- Media de días de demora CAIT/ año/ sexo /provincia.	Datos de partida: ALBORADA/ 2023 Fuente: ALBORADA/año
P4.- Ajuste de los profesionales a la demanda existente.	OE.4.1.- Ajustar los recursos humanos de las USN y los CAIT a la variación de la demanda.	1.- Ratios menores atendidos en USN y CAIT/ número de profesionales / Tipo de profesional/ año/ provincia.	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año
P6.- Coordinación de las actuaciones para el acompañamiento a la transición de la Atención posttemprana a los mayores de 6 años.	OE.6.1.- Conseguir que el 100% de los menores dados de alta por edad en AT tengan el registro en su PIAT e Informe de alta, de los recursos disponibles para dar una continuidad en la atención.	1.- Número de Programas Individualizados de Intervención (PII) registrados de menores que son dados de alta por edad frente al número total de menores que son dados de alta por edad/ sexo/ provincia. 2.- Número de menores de 6 años dados de alta por edad con registro de modalidad de escolarización frente al número total de menores que son dados de alta por edad/ año/ sexo/ provincia. 3.- Número de menores de 6 años dados de alta por edad, con registro del grado de discapacidad frente al número total de menores que son dados de alta por edad / año / sexo / provincia. 4.- Número de menores de 6 años en AT valorados en dependencia y con grado de dependencia/ número total menores dados de alta por edad / año / sexo / provincia.	Datos de partida: ALBORADA/ 2022 Fuente: ALBORADA/año
P7.- Homogeneidad en la atención, nuevos servicios profesionales, y evaluación de la calidad.	OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la AT reduciendo el número de quejas e irregularidades.	1.- Número de quejas al año, por tipo de servicio/ provincia. 2.- Porcentaje global de satisfacción de la calidad del servicio por parte de las familias. 3.- Porcentaje de CAIT que hayan pasado un procedimiento validado de evaluación de la calidad de la atención temprana / número de CAIT / provincia / año.	Datos de partida: Quejas recibidas en el servicio de Atención Temprana. Fuente: APP de calidad.
P8.- Establecimiento de una coordinación interna y externa, adecuada, flexible y rápida, de todos los agentes y organismos que forman parte del sistema de atención temprana. P9.- Creación y puesta en marcha de los órganos de coordinación y participación previstos en la Ley 1/2	OE.8.1. Mejorar la calidad de la atención incrementando la comunicación, la participación y la coordinación de todos los organismos y agentes implicados en la atención temprana.	1.- Número de herramientas de intercambio de información interadministrativa o interoperable implantado a través de ALBORADA/ SENECA/ PROGRESSA/ DIRAYA. 2.- Satisfacción media anual con la comunicación, coordinación y participación de los diversos agentes y organismos del sistema de AT (valorado por todos ellos). 3.- Creación del Consejo de Atención Temprana (CAT). Nuevo Decreto. 4.- Creación de la Comisión Técnica de Atención Temprana (CTAT). Nuevo Decreto.	Datos de partida: No existen. Fuente: 1. Informe anual de interoperabilidad de la Jefatura AT 2024. 2. APP de Calidad. 3 y 4.- Sí/ NO.



6.3. Línea estratégica 3: Gestión del conocimiento e innovación

Esta línea incluye el cambio de modelo hacia prácticas centradas en la familia que permitan su capacitación y participación activa, con un sistema orientado a la calidad y a la aplicación de programas innovadores de reconocida evidencia científica.

Tabla 6.1.3.

Prioridades, objetivos estratégicos, indicadores de contexto y datos de partida de la línea estratégica 3 del PIAT-A

PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	DATOS DE PARTIDA/ FUENTE/ AÑO
<p>P10.- Formación y guía a las familias que forman parte del sistema de atención temprana y recualificación de profesionales del sistema.</p>	<p>OE.10.1.-Desarrollar competencias en los profesionales y en las familias implicadas en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo.</p>	<p>1.- Porcentaje de profesionales/ familias que autovaloran un aumento de competencias.</p>	<p>Datos de partida: No existen Fuente: -Encuesta satisfacción a profesionales/ familias. -APP de calidad.</p>
<p>P11.- Promoción de un sistema innovador que se nutra de los avances tecnológicos y científicos.</p> <p>P12.-Reforma/perfeccionamiento del sistema de información de la atención temprana y mejora en la conexión y operabilidad con otros sistemas de información.</p>	<p>OE.11.1. Implantar un sistema único de información para el expediente de cada menor que se pueda operar y consultar por cualquier persona profesional implicada en su atención.</p>	<p>1.- Desarrollo e implantación de la nueva versión de ALBORADA V.2. 2.- Existencia de un sistema único de información. 3.- Número de proyectos y programas innovadores complementarios al sistema de información/ año.</p>	<p>Datos de partida: No existen. Fuente: 1 y 2.- Sí/NO. 3.- Informe de I+D+i de la Jefatura de AT - 2024, Número de proyectos innovadores / año.</p>



7. PROGRAMAS Y MEDIDAS

Una vez que se han definido las prioridades y los objetivos estratégicos, es necesario concretar las acciones que se van a llevar a cabo para su consecución. Para ello, y siguiendo la metodología dispuesta por el IAAP, los servicios de la administración que forman parte de los Comités directivo y técnico del PIAT-A elaboran los programas que permitan implementar el presente Plan integral.

Se ofrece un resumen de los Programas presentados, que se encuentran completos en el Anexo IV, Fichas de programas.

7.1. Programas línea estratégica 1: Promoción y prevención

Prioridad 1: Sistematización detección señales Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)

PROGRAMA 1:

Formación a profesionales del Sistema Sanitario Público y de la red de atención temprana sobre señales de alerta de Trastorno del Espectro del Autismo en menores de 3 años.

Centro directivo responsable:

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.1.1.: Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Cualificar a los profesionales de la atención primaria que atienden a la población de 0 a 6 años (pediatras, médicos de familia en función de pediatría y enfermería de pediatría) y profesionales de la red de atención temprana (Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, Centros de Atención e Intervención Temprana) en la detección precoz de señales de alerta que de Trastornos del Espectro del Autismo.



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Programa con perspectiva de sensibilización y formación dirigido a profesionales de la red de atención primaria y temprana que trabajan con menores de 6 años sobre las primeras señales que nos alertan de la posible existencia de un Trastorno del Espectro del Autismo en menores de 3 años. Se realizará con sesiones de teleformación, síncronas y asíncronas, y tutorías para facilitar al alumnado la atención a consultas, foros, etc. Para su impartición se contará con la participación de IAVANTE, la Escuela Andaluza de Salud Pública / Instituto de Salud de Andalucía.
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un paquete pedagógico de teleformación sobre señales de alerta de la posible existencia de un Trastorno del Espectro del Autismo a través de cursos en línea o sesiones presenciales con la impartición de varias ediciones anuales. • Repositorio de vídeos, trípticos, herramientas de detección y enlaces WEB que faciliten su consulta rápida y de fácil acceso desde los equipos de trabajo para los profesionales del sistema sanitario público que atiende a la población menor de 6 años.
POBLACIÓN DESTINATARIA	Menores entre 0 y 3 años que presentan señales de alerta para la posible existencia de un Trastorno del Espectro del Autismo.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	Profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz y red de atención temprana que atienden a población infantil menor de 6 años.
AGENTES IMPLICADOS	Centros de Atención e Intervención Temprana / Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo / Unidades de pediatría de atención primaria
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cursos impartidos por año y ámbito (Servicios de Salud, Centros de Atención e Intervención Temprana) • Número de participantes /sexo/provincia/ año.



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Incremento del porcentaje de menores de 3 años derivados a CAIT con diagnóstico de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) de Trastorno del Espectro del Autismo respecto al total de menores con dicho diagnóstico derivados a CAIT/ sexo / año / provincia (2023: 60%). Incremento en el conocimiento de los profesionales de Servicios de Salud y de los Centros de Atención e Intervención Temprana que atienden a población infantil menor de 6 años, de los primeros signos de alerta en TEA en menores de 3 años, tras la realización de alguna de las actividades formativas propuestas. Medición a través de encuesta estandarizada pre y post formación
TEMPORALIZACIÓN	Sept 2025 - Sept 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	10.000 €
ORIGEN DE LOS FONDOS	Consejería de Salud y Consumo



PROGRAMA 2:

Formación a profesionales del Sistema de Atención y Protección a la Infancia sobre señales de alerta de Trastorno del Espectro del Autismo en menores de 3 años.

Centro directivo responsable:

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.1.1.: Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta de Trastornos del Espectro del Autismo.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Aumentar la detección de casos basados en la identificación de los signos y señales del TEA en menores de 3 años, en situación de riesgo y desprotección, mediante la formación a profesionales implicados en el Sistema de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>El programa consiste en el desarrollo de acciones formativas que faciliten a los profesionales implicados en el Sistema de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia, la identificación temprana de indicios de señales de alerta de la posible existencia de un trastorno del espectro autista en menores de 3 años en situación de riesgo y/o vulnerabilidad. Así mismo, se formará a los profesionales sobre los cauces y los sistemas de derivación a través de pediatría de Atención Primaria, Servicios de Neonatología y Unidad de Gestión Clínica hospitalaria al Sistema de Atención Temprana de Andalucía, coordinando las actuaciones necesarias.</p> <p>Al objeto de conocer los resultados posibles asociados a estas acciones formativas se realizará un análisis anual previo al desarrollo del programa de los datos registrados en el sistema de información Alborada para establecer el número actual de menores atendidos en el Sistema de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia, diagnosticados de trastorno del espectro autista, para poder comparar de forma anual si ha habido cambios</p>



<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis previo: situación de partida de la población menor de 3 años incluida en el Sistema de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia derivada y/o atendida en Atención Temprana y con diagnóstico TEA. 2. Realización de actividades formativas dirigidos a profesionales del Sistema de Atención y Protección a la infancia y adolescencia en contacto con menores de 3 años en situación de riesgo y/o desprotección (acogimiento familiar, prevención, protección, etc.) sobre cauces de derivación al sistema de atención temprana.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Menores entre 0 y 3 años en situación de riesgo y/o desprotección con signos y señales de alerta de TEA.</p> <p>Profesionales del Sistema de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia (Servicios de Protección de menores, Entidades Locales, entidades colaboradoras con el Acogimiento familiar, centros de protección de menores...).</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<p>Profesionales del Sistema de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia que recibe la formación indicada.</p>
<p>AGENTES IMPLICADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería de Salud y Consumo (Servicio Andaluz de Salud: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, Centros de Atención e Intervención Temprana). • Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud, D.G. Servicios Sociales: Servicios Sociales Comunitarios, D.G. Discapacidad: Centro de Valoración y Orientación). • Entidades Locales (SS.SS.CC, Equipos tratamiento Familiar). • Instituto Andaluz de Administración Pública.



INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Número y porcentaje de profesionales formados en detección de Trastornos del Espectro del Autismo desagregados por sexo/año/ provincia. • Existencia de un informe anual de la formación impartida: SÍ/NO. • Elaboración de la Programación didáctica de la formación: SÍ/NO. • Realización de una memoria anual de actuación del programa de los equipos de tratamiento familiar: SÍ/NO. • Número y tipo de formación impartida desagregada por sexo / año / provincia. • Número y porcentaje de profesionales que mejoran sus conocimientos para detectar los signos y señales de alerta de TEA/ sexo (cuestionario pre-post)
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Número de menores de 0 a 3 años derivados anualmente a pediatría detectados por los Equipos de Tratamiento Familiar y/o por el sistema de protección de menores para valoración de la necesidad de atención temprana.
TEMPORALIZACIÓN	2026 - 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	1.200 € por curso
ORIGEN DE LOS FONDOS	Plan de Formación Instituto Andaluz de Administración Pública



PROGRAMA 3:

Identificación de señales de alerta de Trastorno del Espectro del Autismo en alumnado de 0 a 6 años.

Centro directivo responsable:

Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. Dirección General de Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.1.1.: Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta de Trastornos del Espectro del Autismo.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Prevenir, detectar, identificar, valorar y atender las necesidades específicas del apoyo educativo del alumnado con TEA en edades comprendidas entre 0-6 años mediante el diseño y difusión de un protocolo por parte de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>Se considera como un principio general de atención a la diversidad y a las diferencias individuales la detección e identificación temprana de las necesidades educativas del alumnado que permitan adoptar las medidas más adecuadas para garantizar su éxito escolar, facilitando, en el caso de la educación infantil, la coordinación de cuantos sectores intervengan en la atención de este alumnado.</p> <p>La detección temprana de las necesidades debe orientarse en función de la edad y el momento evolutivo del alumnado, en base a la observación de posibles indicios relacionados con el aprendizaje y el desarrollo, desde una perspectiva colaborativa entre los distintos agentes implicados.</p> <p>Con el programa se persigue establecer un marco de intervención integral, basado en la coordinación y colaboración de los diferentes sectores, educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de las personas menores de seis años que presenten trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos, así como la intervención sobre su familia y entorno para fortalecer sus competencias.</p> <p>El programa consiste en diseñar y difundir un protocolo que aborde las condiciones de escolarización del alumnado que presente necesidades educativas especiales, incluyendo al alumnado de 0 a 6 años con trastorno del espectro del autismo. Con ello se pretende la</p>



	<p>puesta en marcha de aquellas acciones, medidas, planes y programas que garanticen su acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo. Este protocolo se elaborará de forma coordinada por profesionales del sistema sanitario y educativo, en colaboración asociaciones y federaciones del trastorno del espectro del autismo.</p>
<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un Protocolo para la prevención, detección, identificación, valoración y atención a las necesidades específicas del apoyo educativo del alumnado, entre el que se encuentra el alumnado con TEA en edades comprendidas entre 0-6 años. Este diseño sería realizado por la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. • Difusión del citado Protocolo a los agentes implicados de los distintos sectores: educativo, sanitario y social. Esta difusión se llevaría a cabo por la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional. • Formación para los agentes implicados en el sector educativo. Esta formación sería impartida por los Centros de Profesorado.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos dentro del espectro del autismo.</p> <p>Profesionales del sistema educativo del ciclo de Educación Infantil, de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (pediatras, personal médico de familia en función de pediatría, enfermería) con atención sanitaria a menores de 6 años y profesionales de los Servicios Sociales.</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales del sistema educativo del ciclo de Educación Infantil que reciben la formación y el protocolo. • Profesionales facultativos de atención primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (pediatras, personal médico de familia en función de pediatría, enfermería) con atención sanitaria a menores de 6 años que reciben la formación y el protocolo.



AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional (Profesionales del sistema educativo: Equipos de Orientación Educativa Especializados, profesionales de los Equipos de Orientación Educativa, profesorado y Equipos Directivos) • Consejería de Salud y Consumo (Servicio Andaluz de Salud: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, Centros de Atención e Intervención Temprana). • Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud, D.G. Servicios Sociales: Servicios Sociales Comunitarios, D.G. Discapacidad: Centro de Valoración y Orientación).
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Protocolo: SÍ/NO. • Número de sesiones informativas sobre el Protocolo a profesionales de Salud, Educación y Servicios Sociales/año/provincia. • Grado de conocimiento sobre el protocolo en los profesionales de Salud, Educación y Servicios Sociales (Encuesta pre-post formación).
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Número y porcentaje de incremento respecto a anualidades anteriores de casos detectados con respecto a la población infantil total. <p>Número de casos atendidos con respecto a la población infantil total</p>
TEMPORALIZACIÓN	2025 - 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste económico
ORIGEN DE LOS FONDOS	



PROGRAMA 4:

Identificación de señales de alerta de Trastorno del Espectro del Autismo en menores de 3 años por los Servicios Sociales Comunitarios.

Centro directivo responsable:

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.1.1.: Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta de Trastornos del Espectro del Autismo.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	<p>Aumentar el número de casos detectados a través de la identificación de señales de alerta TEA en menores de 3 años a través de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía.</p>
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	<p>El programa persigue aumentar la identificación de señales de alerta TEA en menores de 3 años a través de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía.</p> <p>Para ello se impartirán acciones formativas orientadas a la detección de señales de alerta TEA en menores de 3 años, dirigidas a profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios.</p> <p>Desde la Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente se gestiona el Plan de Formación en Servicios Sociales Comunitarios, financiado por el Instituto Andaluz de Administración Pública. Dicha formación de carácter interadministrativo se dirige a los equipos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía. En dicho plan existen cursos en los que se podrían implantar módulos dirigidos a la sensibilización entre los equipos profesionales para la detección de señales de alerta de trastorno del espectro del autismo en menores de 3 años en casos de intervención con familias. Por ejemplo, en el curso “Parentalidad Positiva y evaluación de la recuperabilidad familiar”.</p>



<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los cursos desarrollados anualmente a través del Plan de Formación en Servicios Sociales Comunitarios, con el objetivo de analizar la posible inclusión de contenido sobre detección de señales de alerta de trastornos del espectro autista en menores de 3 años. • Inclusión de contenido sobre detección de señales de alerta TEA en menores de 3 años en aquellos cursos incluidos en el Plan de Formación que estén relacionados con el programa que nos ocupa. • Realización de las actividades formativas. • Evaluación de las actividades formativas.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Familias con menores de 3 años de Andalucía.</p> <p>Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía.</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<p>Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía que reciben la formación.</p>
<p>AGENTES IMPLICADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía. • Instituto Andaluz de Administración Pública
<p>INDICADORES DE REALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de acciones formativas realizadas con inclusión de contenido sobre detección del trastorno del espectro del autismo / año. • Porcentaje de profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios que reciben acciones formativas sobre el trastorno del espectro del autismo por sexo/ año / provincia. • Número de profesionales que han mejorado su conocimiento sobre las señales de alerta de trastorno del espectro del autismo en menores de 3 años / sexo / año (encuesta).



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de menores de 3 años atendidos en los Servicios Sociales Comunitarios que son derivados a pediatría por posibles señales de alerta del TEA por provincia / año.
TEMPORALIZACIÓN	2025 - 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos del Instituto Andaluz de Administración Pública dirigidos a financiar el Plan de Formación en Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía.

PROGRAMA 5:

Información a las familias sobre señales de alerta de Trastorno del Espectro del Autismo en menores de 3 años.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.1.1.: Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta de Trastornos del Espectro del Autismo.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Informar y aportar el conocimiento básico a las familias para la detección de señales de alerta de trastorno del espectro autista en menores de 3 años.
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Desarrollo de un paquete pedagógico amigable y accesible con lenguaje claro y conciso, con perspectiva de género, dirigido a las familias andaluzas con menores de 3 años que explique las primeras señales de alerta sobre la desviación del desarrollo típico que orientan hacia la posible existencia de un trastorno del espectro autista. Este



	<p>paquete pedagógico se compone de sesiones grabadas de unos 10 -15 minutos de duración orientadas a diferentes familiares (progenitores, hermanos/as, abuelos/as) y ajustadas a diferentes edades, además de cursos en línea, videos, trípticos, repositorio de herramientas y otros enlaces web de interés. El paquete pedagógico podrá ser consultado a través de plataformas o aplicaciones ya existentes como Ventana abierta a las familias u Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía.</p>
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Paquete pedagógico compuesto de: Curso en línea/Videos/Trípticos /Enlaces WEB/ Repositorio de consulta en línea de herramientas publicadas y validadas de libre disposición (Instituto de Salud de Andalucía) • Difusión del paquete pedagógico a través del espacio de atención temprana en la web de la Consejería de Salud y Consumo, compartido con la aplicación <i>Ventana Abierta a las Familias</i> • Difusión del paquete pedagógico a través del <i>Observatorio de la Infancia de Andalucía</i> (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad)
POBLACIÓN DESTINATARIA	Menores de 0 a 3 años con señales de alerta de TEA y familias.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	Familias andaluzas con menores entre 0 y 3 años.
AGENTES IMPLICADOS	Profesionales de los Centros de Atención e Intervención Temprana, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN), Pediatras, Federación y Asociaciones de trastorno del espectro autista.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cursos impartidos a las familias sobre señales de alerta del Trastorno del Espectro Autismo / año • Número de participantes en los cursos/sexo/provincia/año • Número herramientas publicadas y validadas que se incorporan en las aplicaciones Ventana abierta a las familias u Observatorio de la Infancia y Adolescencia. • Puesta en marcha de la plataforma digital de formación e información: SÍ/NO. • Número de visitas a la plataforma- paquete pedagógico /año.



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Incremento en la derivación desde las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo a Centros de Atención e Intervención Temprana de menores de 3 años con diagnóstico principal de TEA, según la Organización Diagnóstica de Atención Temprana por provincia/sexo/edad/año. Incremento en el conocimiento de los primeros signos de alerta en TEA en menores de 3 años por parte de las familias, pre y post formación /sexo (Encuesta estandarizada a las familias)
TEMPORALIZACIÓN	Septiembre 2025 – Diciembre 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	20.000 €
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos propios de la Consejería de Salud y Consumo



Prioridad 2: Atención a la totalidad de la población diana con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos (10 % de la población menor de 6 años)

Objetivo Estratégico E.2.1. Incrementar la detección precoz en menores de 2 años con factores de riesgo de trastornos del desarrollo y las primeras señales de alerta en los niveles asistenciales de Pediatría de atención primaria y hospitalaria.

PROGRAMA 6:

Programa de actualización de los Procesos Integrados de Atención Temprana.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.2.1.: Incrementar la detección precoz en menores de 2 años con factores de riesgo de trastornos del desarrollo y las primeras señales de alerta en los niveles asistenciales de pediatría de atención primaria y hospitalaria.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Identificar precozmente los recién nacidos de riesgo alto y medio (A) y B) tras su alta hospitalaria para la derivación a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, así como los que presenten alteraciones sensoriales o motoras.
- Actualizar los Procesos Asistenciales Integrados de Seguimiento del recién nacido de riesgo y Trastornos Sensoriales
- Implementar los nuevos procesos asistenciales actualizados.



<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>Tras la publicación de los Procesos Asistenciales Integrados de Seguimiento del recién nacido de riesgo, se hace necesario una revisión y actualización, basada en la evidencia científica. El programa consiste en el análisis y actualización de los Procesos Asistenciales Integrados de Atención Temprana, o la elaboración, en su caso, de nuevos protocolos para la atención al recién nacido de riesgo y los trastornos sensoriales de estos. Para ello se constituirán grupos de trabajo intradisciplinarios entre personal de las Unidades de Gestión Clínica de pediatría hospitalaria, Servicios de Neonatología, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y pediatría de atención primaria.</p> <p>Se realizará una campaña de información y distribución para su implementación y seguimiento por parte de los profesionales de la red asistencial pública de Andalucía.</p>
<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un grupo experto de trabajo para actualizar los procesos asistenciales de recién nacido de riesgo y trastornos sensoriales. • Implementación de los Procesos Asistenciales Integrados actualizados o los protocolos en su caso, en las Unidades de Gestión Clínica de pediatría hospitalaria, Servicios de Neonatología, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y pediatría de Atención Primaria. • Elaboración de un Plan de comunicación.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Menores entre 0 y 6 años y sus familias, y específicamente, menores de 0 a 2 años.</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<p>Profesionales de las Unidades de Gestión Clínica de pediatría hospitalaria, Servicios de Neonatología, las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y pediatría de Atención Primaria.</p>
<p>AGENTES IMPLICADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Gestión Clínica de pediatría hospitalaria. • Servicios de Neonatología. • Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo. • Pediatría de Atención Primaria
<p>INDICADORES DE REALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Procesos Asistenciales Integrados actualizados.



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de recién nacidos dados de alta en las Unidades de Neonatología que tienen registro de su grado de riesgo por sexo / año / provincia (muestreo). • Porcentaje de menores de dos años con hipoacusia congénita que son atendidos en Centros de Atención e Intervención Temprana antes de los 6 meses por sexo / año / provincia (muestreo).
TEMPORALIZACIÓN	Septiembre 2025 – Diciembre 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido
ORIGEN DE LOS FONDOS	

PROGRAMA 7:

Formación en Atención Temprana de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centro directivo responsable:

Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.2.1.: Incrementar la detección precoz en menores de 2 años con factores de riesgo de trastornos del desarrollo y las primeras señales de alerta en los niveles asistenciales de pediatría de atención primaria y hospitalaria.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar los conocimientos sobre atención temprana del personal facultativo (pediatras, medicina de familia en función de pediatría, enfermería) del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) con actividad asistencial con menores de 6 años en Atención Primaria. • Conseguir que al menos un 25% de profesionales facultativos del SSPA con actividad asistencial con menores de 6 años en Atención Primaria, reciban formación sobre factores de riesgo y señales de alerta de trastornos del neurodesarrollo
-------------------------------	---



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	<p>Actividad formativa dentro del Programa “Impulso a la Formación Continuada de los profesionales sanitarios de Andalucía”. Específicamente, esta actividad va dirigida al colectivo profesional del Sistema Sanitario Público Andaluz que atienden a menores de 6 años (pediatras, medicina de familia en función de pediatría y enfermería). Los temas a tratar en el programa formativo serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del desarrollo evolutivo de 0 a 6 años. • Factores de riesgo y señales de alerta de trastornos del neurodesarrollo con perspectiva de género. • La Atención Infantil Temprana en Andalucía. • Valoración y procedimientos seguidos en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo. • Criterios de derivación a los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Trabajo desarrollado por profesionales de los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Diferencias entre sexos en la valoración y diagnóstico de los trastornos del neurodesarrollo.
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades formativas sobre atención infantil temprana dirigidas a profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz que atienden a menores de 6 años (pediatras, medicina de familia en función de pediatría y enfermería)
POBLACIÓN DESTINATARIA	Menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	Profesionales facultativos de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (personal de pediatría, de medicina de familia en función de pediatría, enfermería) con atención sanitaria a menores de 6 años.



AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> Equipos directivos y Unidades de Formación de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria y Área de Gestión Sanitaria, y de Servicios Centrales del Sistema Andaluz de Salud. Profesionales de Atención Primaria y de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo que participan como docentes en las formaciones.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades formativas relacionadas con la atención e intervención temprana realizadas por Distrito Sanitario/Área de Gestión Sanitaria/ año.
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de profesionales facultativos de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz con atención sanitaria a menores de 6 años que han realizado la actividad en relación con el total de profesionales de cada categoría por Distrito Sanitario/Área de Gestión Sanitaria, por provincia, sexo y año. Satisfacción hacia la actividad formativa de los profesionales facultativos de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz participantes.
TEMPORALIZACIÓN	2024 - 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos propios



Prioridad 2: Atención a la totalidad de la población diana con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos (10 % de la población menor de 6 años)

Objetivo Estratégico E.2.2.: Incrementar la atención en los servicios de atención temprana desde un 7,5 % hasta el 10% de la población menor de 6 años.

PROGRAMA 8:

Programa de optimización de los recursos del Concierto Social.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.2.2.: Incrementar la atención en los servicios de atención temprana desde un 7,5% hasta el 10% de la población total menor de 6 años.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Optimización de los recursos de los Centros de Atención e Intervención Temprana mediante la actualización de Concierto Social.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>Actualización del Concierto Social con los Centros de Atención e Intervención Temprana. Se realizará mediante el análisis de las condiciones de dicho concierto, incrementando medidas de optimización de los recursos de los que se dispone, introduciendo en los pliegos las cláusulas de flexibilización (aumento del número de lotes en una misma localidad, incorporación de nuevas zonas y áreas de influencia, etc.) y disposición equitativa de los lotes ofertados. Para ello se realizará un análisis previo de las necesidades, demanda existente, tiempo de espera, recursos disponibles y distribución geográfica. Posteriormente se realizará una actualización del sistema de información y gestión económica-administrativa del Servicio de Información de Atención Temprana (Alborada) que permita el seguimiento de las actuaciones realizadas.</p>



PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la situación del concierto actual y su grado de ejecución. • Actualización de los pliegos del concierto y mejora en la distribución de las sesiones ofertadas en los lotes. • Actualización del sistema de información y gestión económica-administrativa de seguimiento y control de los contratos con los Centros de Atención e Intervención Temprana.
POBLACIÓN DESTINATARIA	Menores entre 0 y 6 años que acuden a Centros de Atención e Intervención Temprana.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Equipos Provinciales de Atención Temprana. • Servicios Centrales de la Consejería de Salud y Consumo. • Delegaciones Territoriales de Salud y Consumo
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atención e Intervención Temprana. • Equipos Provinciales de Atención Temprana. • Servicios Centrales de la Consejería de Salud y Consumo. • Delegaciones Territoriales de Salud y Consumo
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de mejoras para la flexibilización de la cobertura en los pliegos del Concierto Social: SÍ/NO. • Actualización del sistema informático de gestión: SÍ/NO • Realización de Mapas de cobertura de oferta-demanda: SÍ/NO
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de la cobertura de la atención en Centros de Atención e Intervención Temprana de menores de 6 años /sexo/edad/año sobre la base de 2022 (2022: 7,54%)
TEMPORALIZACIÓN	Septiembre 2024 – Diciembre - 2027



PRESUPUESTO ESTIMATIVO	5.000 €
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos propios

Prioridad 5: Respuesta adecuada a las necesidades familiares y promoción de la toma de decisiones compartida en el proceso de intervención.

Objetivo Estratégico E.5.1.: Conseguir que el 100% de las familias que se encuentran en el sistema de atención temprana reciban la atención especializada, concreta y específica para cada caso.

PROGRAMA 9:

Programa de familia participativa y activa en los Centros de Atención e Intervención Temprana.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.5.1.: Conseguir que el 100 % de las familias que se encuentran en el sistema de atención temprana reciban la atención especializada concreta y específica como población diana del mismo.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Capacitar a las familias de la población menor que recibe atención temprana para que sea agentes fundamentales en el proceso de intervención en los diferentes contextos naturales participación, así como empoderarlas en la búsqueda de los recursos y apoyos necesarios.
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Este programa consiste en la implantación en los distintos centros de Atención e Intervención Temprana de modelos de intervención



familiar, cuya filosofía, difiere del modelo basado en un enfoque clínico y de prestación ambulatoria, situando a la familia como el eje principal del desarrollo de la persona menor. Se busca empoderar a la familia, conociendo sus capacidades, necesidades y recursos para mejorar las interacciones con sus hijos o hijas, así como involucrarlas tanto en la toma de decisiones basadas en la información como en la intervención.

Para ello se utilizarán diferentes herramientas de capacitación familiar, como acciones formativas dentro de la Escuela de Familias y Apoyo Mutuo, la participación activa dentro de las sesiones de intervención en los Centros de Atención e Intervención Temprana, así como la instauración de modelos de Buenas Prácticas de participación familiar.

Se implantará la figura de la persona coordinadora del programa, la cual guiará a la familia en el proceso de atención al menor, orientándola, acompañándola y proporcionando información basada siempre en la evidencia, así como será el encargado de la coordinación con otros profesionales del Sistema de Atención Temprana.

PROYECTOS A DESARROLLAR

- Análisis de modelos de participación familiar.
- Búsqueda de buenas prácticas y herramientas para el estímulo y fomento de la participación familiar en los procesos de atención y cuidado.
- Herramientas basadas en las nuevas tecnologías de la comunicación y la información de apoyo a atención y cuidado terapéutico en Atención Temprana.
- Refuerzo terapéutico en casa – propuestas de actuaciones.
- Validación de programas y herramientas en caso de necesidad.
- Creación de Escuelas de familia y apoyo mutuo.
- Implementación en los Centros de Atención e Intervención Temprana de las buenas prácticas elaboradas.

POBLACIÓN DESTINATARIA

Menores entre 0 y 6 años que acuden a Centros de Atención e Intervención Temprana y familias.



POBLACIÓN BENEFICIARIA	Profesionales de los Centros de Atención e Intervención Temprana y familias de los menores entre 0 y 6 años que reciben atención temprana.
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Profesionales de los Equipos Provinciales de Atención Temprana.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	Porcentaje de Unidades de Medida de Atención Temprana (sesiones) destinados a la atención familiar / año / provincia.
INDICADORES DE RESULTADOS	Grado de satisfacción de las familias..
TEMPORALIZACIÓN	Septiembre 2025– Diciembre - 2027
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido.
ORIGEN DE LOS FONDOS	



7.2. Programas línea estratégica 2: Gestión, intervención y coordinación

Prioridad 3: Disminución de la demora en el proceso de atención temprana.

Objetivo Estratégico E.3.1. : Reducir los días de respuesta de las fases del proceso de atención temprana a un plazo inferior a 30 días, para la valoración en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN) desde la derivación, y a un plazo inferior a 90 días si se considera la idoneidad, para el inicio de la intervención en Centros de Atención e Intervención Temprana.

PROGRAMA 10:

Grupo de trabajo de profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo para definición de competencias.

Centro directivo responsable:

Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.3.1.: Reducir los días de respuesta de las fases del proceso de atención temprana a un plazo inferior a 30 días, para la valoración en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo desde la derivación, y a un plazo inferior a 90 días si se considera la idoneidad, para el inicio de la intervención en Centros de Atención e Intervención Temprana.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Definir las competencias y objetivos de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y sus efectivos, para la valoración del desempeño profesional. • Ajuste del tiempo medio de respuesta a los 30 días establecidos en el marco legal.
-------------------------------	--



<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>Ante la ausencia de una definición de competencias desarrolladas por las USN, se detecta la necesidad de identificarlas y concretarlas. Para ello se realizará la constitución de un grupo de trabajo de profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo en el que estén representadas todas las provincias y las 2 categorías profesionales que forman el equipo básico (personal de pediatría y psicología clínica). En este grupo, tras la realización de un análisis de la situación inicial, se establecerán las líneas prioritarias de actuación y se trabajarán diferentes temas orientados a concretar y aunar actuaciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un listado mínimo de material y test/escalas a disponer en cada consulta en la Unidades de Seguimiento y Desarrollo. • Homogeneización de protocolos de consulta. • Consenso sobre criterios de derivación a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo con definición de la cartera de servicios de Atención Temprana. • Propuesta de mejoras en la organización y funcionamiento de las Unidades de Seguimiento y Desarrollo para conseguir una disminución del tiempo medio de respuesta. • Diseño de modelos de agenda diferenciados.
<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de grupo de trabajo de profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo para definir sus competencias profesionales y criterios de evaluación. • Homogeneización de las actuaciones dentro de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Menores de 6 años con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos, que son atendidos en las Unidades de Seguimiento y Desarrollo.</p> <p>Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<p>Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.</p>



<p>AGENTES IMPLICADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Andaluz de Salud (Servicio de Planificación Operativa). • Direcciones de Distritos Sanitarios y Área de Gestión Sanitaria. • Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Desarrollo que forman parte del grupo de trabajo.
<p>INDICADORES DE REALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de un Informe de situación inicial de las Unidades de Seguimiento y Desarrollo: SÍ/NO. • Constitución de Grupos de trabajo: SÍ/NO. • Definición de prioridades en las líneas de trabajo: SÍ/NO. • Elaboración de propuestas: SÍ/NO. • Creación de un protocolo consensuado de criterios de derivación a la Unidades de Seguimiento y Desarrollo. SÍ/NO • Existencia de una propuesta consensuada de Organización Diagnóstica de Atención Temprana que podrían ser derivados directamente al Centro de Atención e Intervención Temprana: SÍ/NO. • Existencia de un listado mínimo consensuado de material y test/escalas a disponer en cada consulta de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo: SÍ/NO. • Existencia de un protocolo consensuado de consulta para todas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo: SÍ/NO. • Existencia de un documento consensuado que defina las competencias y objetivos de los profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo para la valoración del desempeño profesional: SÍ/NO. • Existencia de un modelo de agenda diferenciada: SÍ/NO.
<p>INDICADORES DE RESULTADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de competencias, objetivos e indicadores para la valoración del desempeño profesional en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo: SÍ / NO. • Porcentaje de ajuste del tiempo medio de respuesta a los 30 días establecidos en el marco legal/ provincia/ año.



TEMPORALIZACIÓN	2024 -2025
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido.
ORIGEN DE LOS FONDOS	

Prioridad 4: Ajuste de los profesionales a la demanda existente.

Objetivo Estratégico E.4.1.: Ajustar los recursos humanos de las USN y los CAIT a la variación de la demanda

PROGRAMA 11:

Ajuste de recursos humanos para las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.

Centro directivo responsable:

Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.3.1.: Reducir los días de respuesta de las fases del proceso de atención temprana a un plazo inferior a 30 días, para la valoración en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo desde la derivación, y a un plazo inferior a 90 días si se considera la idoneidad, para el inicio de la intervención en Centros de Atención e Intervención Temprana.

OE.4.1.- Ajustar los recursos humanos (pediatras, psicólogos sanitarios, logopedas y terapeutas ocupacionales) de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo a la variación de la demanda.

OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la Atención Temprana reduciendo el número de quejas e irregularidades.

OE.10.1.- Desarrollar competencias en los profesionales y en las familias implicadas en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo.



<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir las competencias y objetivos de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y sus efectivos, para la valoración del desempeño profesional. Ajuste del tiempo medio de respuesta a los 30 días establecidos en el marco legal.
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>El Programa se enmarca en el Pacto del Servicio Andaluz de Salud y las organizaciones sindicales que forman parte de la Mesa Sectorial de Sanidad para la mejora de la Atención Primaria y Comunitaria y del modelo de carrera profesional del personal, firmado el 2 de junio de 2023. En el apartado 12 del Pacto se indica lo siguiente:</p> <p><i>“a. Revisión de la cobertura asistencial de la rehabilitación (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y logopedas).</i></p> <p><i>i. De estas categorías se revisarán y actualizarán las competencias y cartera de servicios antes del 31 de diciembre de 2023.</i></p> <p><i>ii. Se procederá por el Servicio Andaluz de Salud a la dotación progresiva, de las plazas necesarias de A2 sanitarios en los Centros de Salud, dependientes de Servicio Andaluz de Salud, la dotación de las mismas se consolidará en los próximos presupuestos. El número de Fisioterapeutas a incorporar será de 570, además de 200 terapeutas ocupacionales y 150 logopedas, que se incorporarán, antes del 31/12/2024, estando incorporados el 50% antes del 30/6/2024.”</i></p> <p>Consiste, pues, en la incorporación de nuevos perfiles profesionales a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo para ajustar los recursos humanos a las necesidades de la demanda en el periodo 2024-2028. Se procederá a crear un grupo de trabajo que realice el análisis previo de la ratio menores atendidos/ número de profesionales para la optimización de las incorporaciones, definiendo las competencias de las nuevas categorías profesionales. Así mismo, el Servicio de Planificación Operativa del Servicio Andaluz de Salud se encargarán de diseñar un itinerario formativo para los nuevos efectivos.</p>



PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución de un grupo de trabajo para definir cartera de servicios de logopedas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, funciones y competencias de estos profesionales en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo. • Diseñar un plan de formación en Atención Temprana para estos profesionales. • Gestionar la contratación de 19 logopedas, 11 fisioterapeutas y 11 terapeutas ocupacionales para las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
POBLACIÓN DESTINATARIA	<p>Menores de 6 años con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos, que son atendidos en las Unidades de Seguimiento y Desarrollo.</p> <p>Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.</p>
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<p>Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.</p>
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Andaluz de Salud (Servicio de Planificación Operativa). • Direcciones de Distritos Sanitarios y Área de Gestión Sanitaria. • Profesionales de las Unidades de Seguimiento y Desarrollo que forman parte del grupo de trabajo.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución de grupo de trabajo: Sí / NO. • Diseño e implementación del plan de formación: Sí / NO.
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Número de logopedas incorporados/ periodo (2024/2028) / provincia. • Número de fisioterapeutas incorporados/ periodo (2024/2028) / provincia. • Número de terapeutas ocupacionales incorporados/ periodo (2024/2028) / provincia.
TEMPORALIZACIÓN	<p>2024 -2028</p>



PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Capítulo I Presupuesto SAS
ORIGEN DE LOS FONDOS	SAS

Prioridad 6: Coordinación de las actuaciones para el acompañamiento a la transición de la Atención postemprana a la población que cumple 6 años.

Objetivo Estratégico E.6.1. : Conseguir que el 100% de los menores dados de alta por edad en Atención Temprana tengan el registro en su Plan Individualizado de Intervención e Informe de Alta de los recursos disponibles para dar una continuidad en la atención.

PROGRAMA 12:

Programa de transición al alta por edad en Atención Temprana.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.6.1.: Conseguir que el 100% de las personas menores dadas de alta por edad en Atención Temprana tengan el registro en su Plan Individualizado de Intervención e Informe de alta de los recursos disponibles para dar una continuidad en la atención.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Dar continuidad en la atención a la población atendida en los Centros de Atención e Intervención Temprana que es dada de alta por edad y mantienen trastornos del desarrollo.
-------------------------------	---



<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>El sistema de atención temprana cubre la atención a menores con trastornos del desarrollo hasta los 6 años, fecha en la que se les da de alta por edad. Para acompañar a la población menor y sus familias en esa etapa de transición, se hace necesario disponer de toda la información sobre la intervención realizada, los recursos educativos-sociales con los que pueden contar al alta, facilitando a las familias y profesionales el cambio de equipo responsable.</p> <p>El programa consiste en aunar la información disponible a ese respecto en el sistema de información Alborada, para que sea accesible a todo el personal que atiende a las personas menores de 6 años y sus familias, facilitando la elaboración del Plan de Alta de Atención Temprana. Este Plan establecerá recomendaciones y objetivos de trabajo y será facilitado a las familias cuando las personas menores atendidas cumplan los 6 años y sean dados de alta por edad.</p>
<p>PROYECTOS A DESARROLLAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un sistema de información a las familias sobre las ayudas, subvenciones, programas etc. que les pueden apoyar en esta etapa de transición al alta por edad. • Incorporación en Alborada del Plan de Alta de Atención Temprana dentro de los registros de los Planes de Intervención y Atención Temprana de las personas menores de 6 años que van a ser dados de alta por edad. • Coordinación de los Servicios responsables del área de atención temprana de las Consejerías correspondientes de los ámbitos de salud, educación y servicios sociales mediante la potenciación del intercambio de información en esta etapa, impulsando la utilización del SIAT. • Elaboración de un protocolo para la comunicación a la familia y profesionales sobre los pasos a seguir en la etapa de transición y alta.
<p>POBLACIÓN DESTINATARIA</p>	<p>Menores atendidos por los servicios de Atención Temprana y son dados de alta por edad.</p>
<p>POBLACIÓN BENEFICIARIA</p>	<p>Menores atendidos por los servicios de Atención Temprana y son dados de alta por edad.</p>



AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos Provinciales de Atención Temprana. • Centros de Atención e Intervención Temprana. • Unidades de Seguimiento del Neurodesarrollo. • Equipos de Orientación Educativa de los Centros de Educación Infantil. • Equipos de Valoración de Discapacidad y Dependencia de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un protocolo de actuación e intercambio de información en ALBORADA: SÍ / NO. • Elaboración del protocolo para la comunicación a la familia y profesionales sobre los pasos a seguir en la etapa de transición y alta: SÍ / NO.
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de satisfacción de las familias al alta (Encuesta). • Porcentaje de menores dados de alta por edad con registro del Plan de Alta en el SIAT / año / sexo / provincia (muestreo)
TEMPORALIZACIÓN	2025 -2027
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido.
ORIGEN DE LOS FONDOS	



PROGRAMA 13:

Atención integral a personas con discapacidad o trastornos del desarrollo y sus familias tras su alta en el Servicio de Atención Temprana.

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

O.E.6.1.: Conseguir que el 100% de las personas menores dadas de alta por edad en Atención Temprana tengan el registro en su Plan Individualizado de Intervención e Informe de alta de los recursos disponibles para dar una continuidad en la atención.

OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la Atención Temprana reduciendo el número de quejas e irregularidades.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Proporcionar a las familias y profesionales de la población menor dada de alta por edad en CAIT, con algún tipo de discapacidad o trastorno del desarrollo, la información necesaria para que tras su alta puedan acceder a los diferentes recursos existentes para mayores de 6 años, con el objeto de dar continuidad coordinada a su atención.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>El proyecto establece un cauce de coordinación entre los servicios de Atención Temprana y los recursos disponibles para niños y niñas mayores de 6 años con algún tipo de discapacidad o trastorno del desarrollo. Consiste en un servicio de apoyo sociofamiliar que incluye proyectos de atención integral y ayuda mutua, destinados tanto a la población infantil mayor de 6 años con discapacidad o trastorno del desarrollo, como a las personas que los cuidan.</p> <p>Este servicio será proporcionado por diversas entidades asociativas con experiencia y solvencia en este ámbito. Los Centros de Atención e Intervención Temprana, de forma previa al alta, contactarán con dichas entidades para facilitar la transición desde Atención Temprana a los servicios que van a dar continuidad en la atención de esta población infantil, aportando, igualmente, toda la información a las familias sobre los recursos disponibles.</p>



PROYECTOS A DESARROLLAR	<p>Apoyo económico a proyectos de atención integral a personas con discapacidad o trastornos del desarrollo próximas a salir del sistema de atención temprana por alta por edad; así como a las personas que las cuidan y a sus familias, gestionados por entidades asociativas a través de la convocatoria anual de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, para proyectos de ayuda mutua y atención integral a personas vulnerables en el ámbito de la salud.</p>
POBLACIÓN DESTINATARIA	<p>Población mayor de 6 años de Andalucía con discapacidad o trastornos del desarrollo y sus familias/personas cuidadoras.</p>
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<p>Población mayor de 6 años de Andalucía que deja de ser usuaria de los Centros de Atención e Intervención Temprana y presenta alguna discapacidad o trastorno del desarrollo, así como sus familias/personas cuidadoras.</p>
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades asociativas integradas en federaciones del ámbito de la discapacidad. • Centros de Atención e Intervención Temprana.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Número de proyectos subvencionados por año / provincia. • Publicación de convocatoria que incluye el servicio de apoyo sociofamiliar...SI/No • Número y porcentaje de menores dados de alta por edad en Centros de Atención e Intervención Temprana, con discapacidad o trastornos del desarrollo o sus familias/personas cuidadoras que reciben algún recurso gestionado por el servicio de apoyo sociofamiliar / año / provincia/sexo. • Número y porcentaje de familias de menores con discapacidad o trastornos del desarrollo dadas de alta por edad en los Centros de Atención e Intervención Temprana, que reciben algún tipo de atención sociofamiliar por parte de entidades asociativas integradas en federaciones del ámbito de la discapacidad/año/provincia/sexo. • Porcentaje de menores con discapacidad o trastornos del desarrollo atendidos por el servicio de apoyo sociofamiliar, al alta por edad en los Centros de Atención e Intervención Temprana/año/provincia/ sexo.



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de familias/personas cuidadoras que autoperceben que ha mejorado la información que tenían tras recibir algún recurso gestionado por el servicio de apoyo sociofamiliar / año / provincia/sexo/parentesco (encuesta). Grado de satisfacción de las familias (encuesta).
TEMPORALIZACIÓN	2025 -2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	23.000 €
ORIGEN DE LOS FONDOS	Autofinanciado. Programa 41 D.

Prioridad 7: Homogeneidad en la atención, nuevos servicios profesionales y evaluación de la calidad.

Objetivo Estratégico E.7.1. : Aumentar la satisfacción de las familias hacia la atención temprana reduciendo el número de quejas y reclamaciones.

PROGRAMA 14:

Evaluación de la calidad en Atención Temprana

Centro directivo responsable:

Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la Atención Temprana reduciendo el número de quejas e irregularidades.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Reducir el número de quejas en Atención Temprana, analizando sus causas y evaluando la calidad percibida por las familias.
-------------------------------	--



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	<p>El programa consiste en la implementación de una aplicación móvil que aloja el “Inventario de Calidad en Centros de Atención e Intervención Temprana” orientado a la recogida de información sobre la calidad percibida por parte de las familias de las personas usuarias de los Centros de Atención e Intervención Temprana, permitiendo a la Consejería de Salud y Consumo evaluar los servicios prestados. La información contenida en las encuestas cumplimentadas por las familias aportará los indicadores relacionados con criterios establecidos de efectividad, beneficio y satisfacción. El análisis de los datos extraídos en las sucesivas encuestas realizadas a través de la aplicación, favorecerá la introducción de mejoras en el sistema de atención temprana, así como el mantenimiento de aquellos aspectos que estén aportando valor a los centros.</p>
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema anual de evaluación de la satisfacción dirigido a las familias a través de la aplicación móvil que aloja el “<i>Inventario de Calidad en Centros de Atención e Intervención Temprana</i>”. • Revisión anual de los libros de quejas, reclamaciones y agradecimientos en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y Centros de Atención e Intervención Temprana y elaboración de una memoria de los resultados y medidas adoptadas.
POBLACIÓN DESTINATARIA	<p>Familias de la población menor de 6 años atendidas en Atención Temprana.</p>
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<p>Familias de la población menor de 6 años atendida en el Servicio de Atención Temprana.</p>
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atención e Intervención Temprana. • Equipos Provinciales de Atención Temprana. • Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema de evaluación anual de la satisfacción: Sí / NO



INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Número y porcentaje de quejas y reclamaciones en Atención Temprana / año / provincia. • Número y porcentaje de agradecimientos en Atención Temprana / año / provincia. • Número y porcentaje de quejas o reclamaciones atendidas y solucionadas / año / provincia. • Número y porcentaje de agradecimientos en Atención Temprana / año / provincia respondidos. • Grado de satisfacción de las familias en relación a las variables reflejadas en el inventario.
TEMPORALIZACIÓN	2024 -2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	13.636,94 €
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos de la CSC.

PROGRAMA 15:

Escuela de familias en atención temprana

Centro directivo responsable:

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la Atención Temprana reduciendo el número de quejas e irregularidades.

OE.10.1.- Desarrollar competencias en profesionales y familias implicadas en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.



OBJETIVOS DEL PROGRAMA	Mejorar las competencias de familiares y personas cuidadoras en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	<p>Implantación de un programa formativo dirigido a las familias, que se desarrollará en las Unidades de Neonatología de la red hospitalaria pública de Andalucía y en los Centros de Atención e Intervención Temprana. En el programa se abordarán diferentes temáticas relacionadas con el desarrollo de los niños y niñas menores de 6 años, como parentalidad positiva, cuidado cariñoso y sensible, atención a la prematuridad, mejora de la atención y la accesibilidad a las personas con trastornos del desarrollo, corresponsabilidad, etc.</p> <p>A través de sesiones grupales prácticas, herramientas digitales pregrabadas o talleres en línea, se facilitará la información necesaria para mejorar la capacidad de afrontamiento familiar en las diferentes situaciones que pueden afectar al desarrollo de sus hijos e hijas, permitiendo compartir experiencias, proporcionando apoyo emocional o facilitando pautas para sobrellevar las posibles dificultades en la familia derivadas de la situación.</p>
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un programa formativo dirigido a familias de atención temprana con diferentes recursos para su capacitación y desarrollo de habilidades parentales, potenciando la corresponsabilidad (Escuela de Familias). • Campaña de captación de las familias desde las Unidades de Neonatología de los hospitales de la Red Sanitaria Pública de Andalucía y/o desde los Centros de Atención e Intervención Temprana para su participación en los talleres o sesiones grupales que se realicen en la Escuela de Familias.
POBLACIÓN DESTINATARIA	Familias y personas cuidadoras de menores de 6 años con trastornos en su desarrollo que acuden a los Centros de Atención e Intervención Temprana.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	Número de familias y personas cuidadoras de menores de 6 años con trastornos en su desarrollo o riesgo de tenerlo que acceden al programa formativo.



AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Familias de las personas menores atendidas en los Servicios de Neonatología y en los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Profesionales de los Servicios de Neonatología y de los Centros de Atención e Intervención Temprana.
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Unidades de Neonatología que colaboran en el programa formativo/año/provincia. • Porcentaje de Centros de Atención e Intervención Temprana que colaboran en el programa formativo/ año/provincia. • Número de grupos formativos que se ponen en marcha/ año. • Porcentaje de familias de menores atendidos en la Red de Atención Temprana, que participan en alguna actividad del programa formativo / año/provincia. • Diseño del Programa de formación a familias en Atención Temprana: SÍ / NO.
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de personas cuidadoras que mejoran sus competencias en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo. • N.º de personas familiares que mejoran en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo.
TEMPORALIZACIÓN	2025-2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Fondos propios
ORIGEN DE LOS FONDOS	Autofinanciado.



Prioridad 8: Establecimiento de una coordinación interna y externa, adecuada, flexible y rápida de todos los agentes y organismos que forman parte del sistema de atención temprana.

Objetivo Estratégico E.8.1. Mejorar la calidad de la atención incrementando la comunicación, la participación y la coordinación de todos los organismos y agentes implicados en la atención temprana.

PROGRAMA 16:

Reducción del absentismo en atención temprana.

Centro directivo responsable:

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo
Servicio de Atención Temprana.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

OE.8.1. Mejorar la calidad de la atención incrementando la comunicación, la participación y la coordinación de todos los organismos y agentes implicados en la atención temprana.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Reducir en un 5% el absentismo en atención temprana de la población infantil menor de 6 años en situación de especial vulnerabilidad, que presenta un trastorno en su desarrollo o riesgo de tenerlo.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>En un entorno donde los recursos son limitados, es esencial maximizar la utilización de las citas disponibles para atender al mayor número de personas posible. El absentismo en este ámbito tiene diferentes repercusiones. Por un lado, es un gasto innecesario de recursos que no redundará en una mejora de la atención y que desperdicia una cita que podría haber sido aprovechada por otra persona. Por otro lado, el absentismo interrumpe la atención a la población menor con trastorno del desarrollo, dificultando obtener unos resultados óptimos. Para evitarlo se proyectó la realización de una serie de actuaciones coordinadas entre los agentes implicados en atención temprana, servicios sociales comunitarios y centros educativos para prevenir/reducir el absentismo en la población infantil especialmente vulnerable, derivada por pediatría para su valoración por parte de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y, en caso de idoneidad, derivada al Centro de Atención e Intervención Temprana para intervención. El programa se basa en el diseño y aplicación de un protocolo de coordinación entre pediatría de atención primaria, profesionales de la red de atención temprana y servicios sociales comunitarios para: la identificación de la población de riesgo que falta de manera reiterada a las citas, tanto</p>



	<p>en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, como en los Centros de Atención e Intervención Temprana; la realización de la valoración y el abordaje familiar al objeto de concienciar e implicar a la familia, creando un compromiso que permita la participación activa de ésta y la asistencia de la persona menor de acuerdo con su Plan Individualizado de Intervención en atención temprana; así como la detección de posibles casos de negligencia familiar.</p>
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un protocolo de actuación, coordinado por las Delegaciones Territoriales a través del EPAT, entre pediatría de atención primaria, profesionales de la red de atención temprana y servicios sociales comunitarios para favorecer la asistencia de las personas menores que faltan repetidamente a las citas de las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo o de los Centros de Atención e Intervención Temprana. • Difusión y aplicación del protocolo en toda la red de atención temprana.
POBLACIÓN DESTINATARIA	<p>Población infantil menor de 6 años con trastorno en el desarrollo o riesgo de tenerlo y sus familias.</p>
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<p>Población infantil menor de 6 años con trastorno en el desarrollo o riesgo de tenerlo y sus familias.</p> <p>Profesionales del EPAT, USN, CAIT y Pediatría de Atención Primaria.</p>
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatras de atención primaria. • Trabajadores sociales comunitarios. • Profesionales de la red de atención temprana: Equipos Provinciales de Atención Temprana, Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo y Centros de Atención e Intervención Temprana (coordinador/a o profesional de referencia del menor).
INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del protocolo: SI/NO • Aplicación del protocolo: SÍ / NO • Porcentaje de menores inscritos en el protocolo/año/sexo/provincia.



INDICADORES DE RESULTADOS	Reducción un 5% el absentismo, tanto en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, como en los Centros de Atención e Intervención Temprana.
TEMPORALIZACIÓN	Enero-Diciembre 2026
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	Sin coste añadido
ORIGEN DE LOS FONDOS	Consejería de Salud y Consumo

Prioridad 10: Formación y guía a las familias que forman parte del sistema de atención temprana y recualificación de profesionales de dicho sistema.

Objetivo Estratégicos 10.1: Desarrollar competencias en el personal profesional y en las familias implicadas en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.

Para la consecución de este objetivo se desarrollan los programas, ya descritos, que se relacionan a continuación :

Programa 1: Formación a profesionales sobre señales de alerta TEA en menores de 3 años.

Programa 2: Formación a profesionales del Sistema de atención y protección a la infancia sobre señales de alerta TEA en menores de 3 años.

Programa 3: Identificación de señales de alerta TEA en alumnado de 0 a 6 años por profesionales de la Educación.

Programa 4: Identificación de señales de alerta TEA en menores de 3 años por profesionales de Servicios Sociales Comunitarios.

Programa 5: Información a las familias sobre señales de alerta TEA en menores de 3 años.

Programa 7: Programa de formación en Atención Temprana para profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.

Programa 9: Programa de familia participativa y activa en los Centros de Atención e Intervención Temprana.

Programa 16: Programa de escuela de familias en atención temprana.



7.3. Programas línea estratégica 3: gestión del conocimiento e innovación.

Prioridad 11: Promoción de un sistema innovador que se nutra de los avances tecnológicos y científicos.

Prioridad 12: Reforma y perfeccionamiento del Sistema de Información de Atención Temprana y mejora de la conexión y operabilidad con otros sistemas de información

Objetivo Estratégico 11.1: Implantar un sistema único de información para el expediente de cada menor que se pueda operar y consultar por cualquier persona profesional implicada en su atención.

PROGRAMA 17:

Sistema de información en atención temprana.

Centro directivo responsable:

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Objetivos Estratégicos a los que contribuye:

OE.8.1. Mejorar la calidad de la atención incrementando la comunicación, la participación y la coordinación de todos los organismos y agentes implicados en la atención temprana.

OE.11.1. Implantar un sistema único de información para el expediente de cada menor que se pueda operar y consultar por cualquier persona profesional implicada en su atención.

<p>OBJETIVOS DEL PROGRAMA</p>	<p>Actualizar el sistema de gestión e información utilizado en el Sistema de Atención Temprana de la Junta de Andalucía (ALBORADA), para permitir la interoperabilidad con otros sistemas de información de la Junta de Andalucía, y dar una respuesta coordinada y una atención integral a la población menor de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, facilitando el trabajo en red de los distintos profesionales que intervienen.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA</p>	<p>El programa pretende actualizar el sistema de gestión utilizado en el Servicio de Atención Temprana (ALBORADA) procediendo a su actualización o a la creación de un nuevo sistema. En este proceso se incorporarán los mecanismos de interoperabilidad necesarios para su combinación con otros sistemas de gestión de la Administración Pública de Andalucía como SÉNECA (Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional), PROGRESA, COHESSIONA y GESTIONA (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad) y DIRAYA (Servicio Andaluz de Salud). Así mismo, también se</p>



	<p>valorará la inclusión de: nuevas tecnologías como la Inteligencia Artificial. Para ello se seguirán los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar junto al Servicio de Atención Temprana un Plan de Sistemas de Información para los objetivos estratégicos formulados. • Identificar las tareas que podrán realizarse con recursos internos y externos (contratos). • Especificar el alcance de los contratos necesarios y redactar los pliegos necesarios para la contratación. <p>Realizar el seguimiento de los contratos y proyectos para asegurar que se consiguieren los objetivos planificados.</p>
PROYECTOS A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del actual SIAT o construcción del nuevo. • Construcción de los mecanismos de interoperabilidad de los sistemas, incluyendo los procesos de gobierno del dato (ALBORADA, SÉNECA, PROGRESA, GESTIONA, COHESSIONA, DIRAYA). • Identificación de proyectos de aplicación nuevas tecnologías o tecnologías emergentes como Inteligencia Artificial.
POBLACIÓN DESTINATARIA	Población menor de 6 años de Andalucía.
POBLACIÓN BENEFICIARIA	<p>Menores entre 0 y 6 años que acuden a los Centros de Atención e Intervención Temprana.</p> <p>Profesionales que atienden a población menor de 6 años en Andalucía.</p>
AGENTES IMPLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia Digital de Andalucía. • Secretaría General de Humanización Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.



INDICADORES DE REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Número de sistemas de información desarrollados o actualizados. • Número de pliegos de contratación completados y enviados a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Consumo. • Número de contratos ejecutados. • Número de proyectos y programas innovadores complementarios al sistema de información / año.
INDICADORES DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Número de herramientas de intercambio de información interadministrativa o interoperable implantado a través de ALBORADA, SÉNECA, PROGRESA, GESTIONA, COHESSIONA y/o DIRAYA. • Desarrollo e implantación de la nueva versión de ALBORADA v2: SÍ / NO. • Creación de un sistema único de información: SÍ / NO.
TEMPORALIZACIÓN	2024 - 2028
PRESUPUESTO ESTIMATIVO	5 Millones de Euros
ORIGEN DE LOS FONDOS	Fondos propios de las Consejerías de Salud y Consumo; Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad; Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional / FEDER



8. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIATA-A

Como se ha referido previamente, el desarrollo de este Plan Integral incluye la participación de otras administraciones de la Junta de Andalucía y las hace corresponsables tanto de la ejecución de los programas y actuaciones programados, como del seguimiento y evaluación de los mismos con el fin de verificar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos.

Es necesario mencionar que antes de que el Plan tomara su forma definitiva, se realizó un informe de evaluabilidad por parte del grupo de apoyo del IAAP, lo que permitió asegurar que este Plan Integral de Atención Temprana fuese realmente evaluable, es decir, se han tenido en cuenta los datos relevantes e imprescindibles para establecer las medidas y acciones necesarias para cumplir los objetivos propuestos siguiendo las líneas estratégicas pertinentes. Igualmente, este informe de evaluabilidad ha permitido adecuar los recursos existentes garantizando que las necesidades, objetivos e indicadores son coherentes.

Por otra parte, un grupo de personas expertas realizaron una evaluación ex-ante lo que permitió el ajuste de los programas a la realidad, aumentando la probabilidad de ser eficaces (conseguir los objetivos propuestos) y eficientes (balance entre los resultados y los costes)⁶⁸.

8.1. Órganos de seguimiento y evaluación

El **Comité Directivo de Evaluación y Seguimiento** está formado por las Secretarías Generales (SG) y Direcciones Generales (DG) de las diferentes Consejerías con obligaciones en el PIAT-A y que participan con actuaciones en el desarrollo e implementación del Plan. Es el órgano encargado de tomar las decisiones respecto a las posibles modificaciones que hayan de hacerse teniendo en cuenta el desarrollo del PIAT-A, en base a los informes que irá aportando regularmente el Comité Técnico. Se reunirá una vez al año, de forma ordinaria, pudiéndose reunir de forma excepcional, siempre que las circunstancias lo requieran y sea convocado por el Centro Directivo responsable, en este caso, la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo

Sus principales funciones incluyen el análisis de los informes de seguimiento y evaluación aportados por el Comité Técnico, aprobar las modificaciones y mejoras que deriven de los informes técnicos y coordinar las actuaciones que se deban implementar para continuar con el desarrollo y mejora del Plan Integral de Atención Temprana.

El **Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación** está formado por el personal técnico experto de las Secretarías y Direcciones Generales de las diferentes Consejerías implicadas. Cada uno de estos organismos es responsable de la ejecución de los Programas, medidas y/o actuaciones que hayan propuesto y, por ende, del seguimiento y evaluación de los mismos. Para ello establecerá con la Oficina Técnica los cauces de coordinación necesarios para hacerle llegar los informes al menos, una vez al

⁶⁸Manual de elaboración de planes estratégicos de políticas públicas en la Junta de Andalucía. IAAP



semestre, en la reunión a la que serán convocados y en la que informarán del desarrollo de cada uno de los Programas asignados, aportando los datos ofrecidos por los indicadores de resultados y de realización.

La **Oficina Técnica de Seguimiento y Evaluación** está formada por las personas responsables y profesionales del Servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC) y responsables de Planificación de la CSC, además de aquellas personas expertas que puedan ser llamadas puntualmente para aportar su conocimiento sobre la materia específica o sobre la evaluación de planes de salud. Las personas integrantes de la Oficina Técnica tendrán que desarrollar las siguientes funciones:

- Diseño de las herramientas para la recogida de datos, disponiendo al menos, de una matriz de recogida de información de los indicadores de resultados y de contexto previstos en el PIAT-A.
- Coordinar y establecer el calendario para la recogida sistemática de la información.
- Analizar los datos y la información recogida, elaborando los informes correspondientes, incluyendo las propuestas de modificación y mejora que se hayan planteado, y que se harán llegar a los Comités Técnico y Directivo en tiempo y forma establecidos.
- Coordinar las aportaciones y actuaciones técnicas de los diferentes órganos implicados en el Plan, así como de otros agentes o entidades que puedan estar involucrados en la implementación de las medidas y programas que se estén desarrollando.
- Proporcionar al IAAP, como órgano de coordinación, la información general para el sistema de seguimiento y evaluación de las políticas públicas de la Junta de Andalucía.

8.2. Herramientas de evaluación y seguimiento

Con el fin de asegurar la correcta y completa recogida de información, su análisis pormenorizado, la elaboración de los informes correspondientes, su publicación y difusión, la Oficina Técnica establecerá los siguientes instrumentos y herramientas de evaluación:

8.2.1. Comunicación y coordinación.

La Oficina Técnica se reunirá, al menos, cada tres meses, no solo para ejecutar y desarrollar los programas que tenga asignados en el PIAT-A, sino para analizar la recogida de datos e información que vaya recibiendo del resto de organismos con programas o solicitarlos en caso de demora. Las comunicaciones se realizarán preferentemente a través del correo electrónico; y las reuniones de los Comités Técnico y Directivo las preparará y convocará telemáticamente, de forma prioritaria, en los plazos que ya se han mencionado, es decir, cada seis y cada doce meses, respectivamente.



8.2.2. Sistema de indicadores.

Los indicadores son la principal fuente de datos para el seguimiento y evaluación del PIAT-A. Además del establecimiento de los **indicadores de resultado** (que permiten valorar en qué medida se están logrando los objetivos estratégicos fijados) **y de realización** (que indican cómo y de qué forma se están ejecutando los programas) que se han ido señalando en cada uno de los Programas y acciones establecidos y que se pueden encontrar claramente definidos en las Fichas del Anexo IV, también se han señalado los **indicadores de contexto** (e **impacto**), que permiten delimitar las líneas base o el contexto del que se parte y hacia donde se debe llegar. En este caso, los datos que se han establecido como base son los consignados en el Sistema de Información de Atención Temprana, Alborada, correspondientes al año 2022, puesto que cuando se inició la recogida de datos para la información de partida y el diagnóstico, los únicos disponibles con cierre anual completo correspondían a dicho año, al igual que los datos de población recogidos del IECA. Los datos de demora en USN y CAIT corresponden al año 2023. Para determinados objetivos estratégicos, los datos indicadores de contexto se recogerán a través de encuestas estandarizadas previas a la acción o ejecución del programa.

8.2.3. Sistema de información y participación

El derecho a la información pública y a la participación de la ciudadanía en los asuntos públicos que les afectan se regularon en la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía. Con el fin de garantizar estos derechos, desde la Oficina Técnica del PIAT-A se adquieren los compromisos siguientes:

- Habilitar un **enlace específico**, dentro de la página web de la Consejería de Salud y Consumo, para el Plan Integral de Atención Temprana, que incluirá, además del propio Plan, el Diagnóstico, los estudios y herramientas de recogida de datos complementarios, los informes de las entrevistas, grupos focales y cuestionarios, los informes de seguimiento semestrales y de evaluación anuales, etc.
- Habilitar el mismo enlace a través del **Portal de transparencia** de la Junta de Andalucía
- Organizar unas **Jornadas** de presentación del PIAT-A
- Promover la **difusión** del PIAT-A a través del portal “Ventana abierta a la Familia”, de la Consejería de Salud y Consumo y de otros medios y dispositivos disponibles, como son los Sistemas de Información de Atención Temprana, de Educación (Séneca), Servicios Sociales (CohesSiona) y Salud (Diraya)
- Establecimiento de redes de contacto con **profesionales y expertos** mediante la divulgación del correo electrónico del Servicio de Atención Temprana, para recoger sus posibles aportaciones al Plan y a las evaluaciones periódicas del mismo.



- Establecimiento de contactos con familias **beneficiarias** para solicitar sus valoraciones sobre el desarrollo del Plan e incluirlas en los informes de seguimiento y evaluación.

8.3. Panel de Indicadores

Tabla 8.3.

Panel de indicadores

PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	VALORES DE REFERENCIA/FUENTE/AÑO	PERIODICIDAD
P1.- Sistematización de la detección de las primeras señales de alerta de TEA en los ámbitos familiares, de salud, de educación y en los servicios sociales.	OE.1.1.- Aumentar un 25% la detección temprana de los menores de 3 años con señales de alerta TEA.	1.- Porcentaje de menores de 3 años derivados desde las USN con diagnóstico ODAT de TEA, en relación al número total de menores de 6 años derivados desde la USN con diagnóstico ODAT de TEA/ edad/ sexo/ año.	Valor ref.: 60 % < 3 años con ODAT TEA (respecto a todos los derivados con ODAT TEA). Fuente: ALBORADA/ 2023	Anual
P2.- Atención al total de la población diana (10 % de la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlos).	OE.2.1.- Incrementar la detección precoz en menores de 2 años con factores de riesgo de trastornos del desarrollo y las primeras señales de alerta en los niveles asistenciales de pediatría de atención primaria y hospitalaria.	1.- Porcentaje de menores de 2 años derivados a las USN sobre el total de menores de 6 años derivados a las USN / sexo/año / provincia.	32,66 % * Fuente: ALBORADA / 2022 * Tabla desagregada en Anexos	Anual
	OE.2.2.- Incrementar la atención en los servicios de AT desde un 7,5% hasta el 10% de la población total menor de 6 años.	1.- Porcentaje de menores de 6 años atendidos en CAIT respecto al total de población menor de 6 años / año / sexo / provincia.	7,54 % Fuente: ALBORADA 2022 * Tabla desagregada en Anexos	
P5.- Respuesta adecuada a las necesidades familiares y promoción de la toma de decisiones compartida en el proceso de intervención.	OE.5.1.- Conseguir que el 100% de las familias que se encuentran en el sistema de atención temprana reciban la atención especializada, concreta y específica para cada caso.	1.- Numero las actuaciones de capacitación familiar de empoderamiento o de apoyo / CAIT / año / provincia (MUESTREO UMAT FAMILIAS). 2.- Porcentaje de las familias que reciben UMAT específico sobre el total de familias atendidas en CAIT / año / provincia.	1. 2. Fuente: ALBORADA 2022	



PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	DATOS DE PARTIDA/FUENTE/AÑO	PERIODICIDAD
P3.- Disminución de la demora en el proceso de atención temprana.	OE.3.1.- Reducir los días de respuesta en las fases del proceso de atención temprana a un plazo inferior a 30 días, para la valoración en las USN desde la derivación, y a un plazo inferior a 90 días si se considera la idoneidad, para el inicio de la intervención en CAIT.	<p>1.- Porcentaje de casos de menores derivados a la USN con cita para valoración > 30 días/ N° total de menores derivados a las USN/sexo/provincia/ año.</p> <p>2.- Porcentaje de casos con cita para inicio de la intervención superior a >90 días/ N° de casos totales de inicio de la intervención/ sexo/ provincia / año.</p> <p>3.- Media de días de demora USN/ año/ sexo / provincia.</p> <p>4.- Media de días de demora CAIT / año / sexo / provincia.</p>	Fuente: ALBORADA / 2023	
P4.- Ajuste de los profesionales a la demanda existente.	OE.4.1.- Ajustar los recursos humanos de las USN y los CAIT a la variación de la demanda.	<p>1.- Ratios menores atendidos en USN y CAIT/ número de profesionales / Tipo de profesional/ año/ provincia.</p>	Fuente: ALBORADA / 2022	
P6.- Coordinación de las actuaciones para el acompañamiento a la transición de la Atención postemprana a los mayores de 6 años.	OE.6.1.- Conseguir que el 100% de los menores dados de alta por edad entre los 5 y 6 años en AT tengan el registro en su PIAT e Informe de alta, de los recursos disponibles para dar una continuidad en la atención.	<p>1.- Número de Programas Individualizados de Intervención (PII) registrados de menores que son dados de alta por edad frente al número total de menores que son dados de alta por edad/ sexo /provincia.</p> <p>2.- Número de menores de 6 años dados de alta por edad con registro de modalidad de escolarización frente al número total de menores que son dados de alta por edad / año / sexo / provincia.</p> <p>3.- Número de menores de 6 años dados de alta por edad, con registro del grado de discapacidad frente al número total de menores que son dados de alta por edad / año / sexo / provincia.</p> <p>4.- Número de menores de 6 años en AT valorados en dependencia y con el grado de dependencia frente al número total de menores que son dados de alta por edad / año / sexo / provincia.</p>	Fuente: ALBORADA / 2022	



<p>P7.- Homogeneidad en la atención, nuevos servicios profesionales, y evaluación de la calidad.</p>	<p>OE.7.1.- Aumentar la satisfacción de las familias hacia la AT reduciendo el número de quejas e irregularidades.</p>	<p>1.- Número de quejas al año, por tipo de servicio/ provincia. 2.- Porcentaje global de satisfacción de la calidad del servicio por parte de las familias. 3.- Porcentaje de CAIT que hayan pasado un procedimiento validado de evaluación de la calidad de la atención temprana / número de CAIT / provincia / año.</p>	<p>1, 2 y 3.- Fuente: Nueva encuesta anual de satisfacción y calidad en la atención a las familias y profesionales de la jefatura de AT - 2024 (APP Calidad).</p>	
<p>P8.- Establecimiento de una coordinación interna y externa, adecuada, flexible y rápida, de todos los agentes y organismos que forman parte del sistema de atención temprana.</p> <p>P9.- Creación y puesta en marcha de los órganos de coordinación y participación previstos en la Ley 1/23, de 16 de febrero.</p>	<p>OE.8.1. Mejorar la calidad de la atención incrementando la comunicación, la participación y la coordinación de todos los organismos y agentes implicados en la atención temprana.</p>	<p>1.- Número de herramientas de intercambio de información interadministrativa o interoperable implantado. 2.- Satisfacción media anual con la comunicación, coordinación y participación de los diversos agentes y organismos en el sistema de AT (valorado por todos ellos). 3.- Creación del Consejo de Atención Temprana (CAT). Nuevo Decreto. 4.- Creación de la Comisión Técnica de Atención Temprana (CTAT). Nuevo Decreto.</p>	<p>1.- Fuente: Nuevo informe anual de interoperabilidad de la Jefatura AT – 2024. 2.- Fuente: APP de Calidad. 3 y 4.- SI/NO.</p>	



PRIORIDAD	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES DE CONTEXTO	DATOS DE PARTIDA/FUENTE/AÑO	PERIODICIDAD
<p>P10.- Formación y guía a las familias que forman parte del sistema de atención temprana y recualificación de profesionales del sistema.</p>	<p>OE.10.1.- Desarrollar competencias en los profesionales y en las familias implicadas en la atención a menores de 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlo.</p>	<p>1.- Porcentaje de profesionales / familias que auto valoran un aumento de sus competencias.</p>	<p>1.- Fuente: Encuesta de satisfacción y auto valoración a profesionales. 2.- Fuente: APP de calidad.</p>	
<p>P11.- Promoción de un sistema innovador que se nutra de los avances tecnológicos y científicos.</p> <p>P12.- Reforma y perfeccionamiento del sistema de información de la atención temprana y mejora en la conexión y operabilidad con otros sistemas de información.</p>	<p>OE.11.1. Implantar un sistema único de información para el expediente de cada menor que se pueda operar y consultar por cualquier persona profesional implicada en su atención.</p>	<p>1.- Desarrollo e implantación de la nueva versión de ALBORADA V.2. 2.- Existencia de un sistema único de información. 3.- Número proyectos y programas innovadores complementarios al sistema de información / año.</p>	<p>1 y 2.- SI/NO. 3.- Informe de I+D+i de la Jefatura de AT – 2024. N° de proyectos innovadores / año.</p>	



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahufinger N., Aguilera M. (2022). El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 21(2).
- Bermejo Bueno I, Ponte Mittelbrunn J, Peña Segura JL, Alonso Ruelas S. (2023). *La Atención Temprana en España. Información Autonómica 2021 – 2022. GAT - Primera edición. MADRID.*
- Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD. (2011). Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997–2008. *Pediatrics*; 127(6): 1034-1042.
- Centers for Disease Control and Prevention. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder [en línea]. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Alvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 281-294.
- Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID), 2023. Normativa sobre atención temprana. Estatal y autonómica (actualizada a 1 de abril de 2023). Madrid, 22 p. URL: <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/579386/>
- Consejo interterritorial del sistema nacional de salud y al consejo territorial de servicios sociales y del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (2023). Propuesta de acuerdo por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. MADRID.
- Consejo de Gobierno (2023). Acuerdo de 25 de abril de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2024-2028. BOJA. Número 81 - Martes, 2 de mayo de 2023.
- Constitución Española, B.O.E. n. 311, 29 de diciembre de 1978.
- Dan Bernard (2021). Sex differences in neurodevelopmental disorders. *Dev Med Child Neurol* Editorial.
- Del Valle C. (2005). El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. *Papers de demografia*. (255).
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Núm. 22-MH-8084S. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>
- European Commission (2021). European Semester Documents for Spain. URL: https://ec.europa.eu/info/business-economyeuro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eueconomic-governancemonitoring-prevention-correction/europeansemester/european-semester-your-country/spain/europeansemester-documentspain_en



- Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2022). Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil. Primera edición.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID.
- Junta de Andalucía. Estrategia S4 Andalucía. SEVILLA. URL: <https://s4andalucia.es/>
- Junta de Andalucía. Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía, Horizonte 2027. SEVILLA URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/243591.html>
- Junta de Andalucía. RIS3 Andalucía. SEVILLA. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Documento-Ris3-version-final-8-27-02-15.pdf>
- Lai, MC. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 54 (1): 11–24.
- Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.
- López I, Förster J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. Rev. Med Clin. Condes; 33(4) 367-378.
- Mapa interactivo de la prevalencia mundial de TEA: prevalence.spectrumnews.org. 2023. URL: http://prevalence.spectrumnews.org/?min_yearpublished=&max_yearpublished=&yearsstudied_number_min=&yearsstudied_number_max=&min_samplesize=&max_samplesize=&min_prevalenceper10000=&max_prevalenceper10000=&studytype=&keyword=&timeline_type=published&meanincome=&education=
- Oficina Técnica del PIAT (2023). Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA.
- ONU (2015). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). URL: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>
- ONU (2016). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad y Alberto Anula (Grupo DILES). MADRID 2016. URL: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU - ODS. NEW YORK. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. (2022). Atención temprana. Protoc diagn ter pediatri.;1:65-73.
- Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). URL: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf



- Real Patronato sobre Discapacidad. (2005). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea. URL: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021H1004&from=EN>
- Ruggieri VL, Arberas CL. (2016). Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol; 62 (Supl 1): S21-6.
- Sagués Amadó A, Pons Tubío A, Alcázar Domínguez J, Jiménez Colorado A. Proyecto ALBORADA: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía. Ed. Fundación CASER. Madrid.
- UE. Marco europeo de Cohesión 2021-2027. BRUSELAS. URL: <https://femp-fondos-europa.es/fondos-europeos-2021-2027/el-marco-financiero-plurianual-2021-2027-y-la-politica-de-cohesion/>
- UE. Pilar Europeo de Derechos Sociales. GOTEMBERGO. 2017. URL: https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSR-booklet_es.pdf
- UE. Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas. Bruselas. 2013. URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:059:0005:0016:ES:PDF>
- Unión Europea (1999). Principios de la Carta Social Europea. BRUSELAS. URL: https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dv/chartesocialedepliant-/CharteSocialedepliant-es.pdf
- Unión Europea (2015). Resolución del Parlamento Europeo sobre la Reducción de las desigualdades. BRUSELAS. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015IP0401&from=RO>
- Unión Europea (2021). Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia. BRUSELAS



ACRÓNIMOS

- **AAEE** – Atención Especializada de Salud.
- **AAPP** – Atención Primaria de Salud
- **ACD** - Andalucía Compromiso Digital.
- **ACSA** - Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.
- **AP** – Atención Primaria de Salud.
- **ASSDA** - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.
- **AT** – Atención Temprana.
- **CAIT** - Centros de Atención e Intervención Temprana.
- **CCAA** - Comunidades Autónomas.
- **CDEFPP** - Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.
- **CDIAT** – Centro de Detección e Intervención de Atención Temprana.
- **CED** - Consejería de Educación y Deporte
- **CERMI** - Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad.
- **CIE** – Clasificación Internacional de Enfermedades.
- **CIF** - Clasificación Internacional Funcionamiento.
- **CISJFI** - Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.
- **CSC** - Consejería de Salud y Consumo.
- **CUII** - Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.
- **CVO** - Centro de Valoración y Orientación.
- **DG** - Dirección General.
- **DGPD** - Dirección General de Personas con Discapacidad.
- **DGSPPOF** - Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
- **DI** – Discapacidad Intelectual
- **DT / DDTT** - Delegación Territorial.
- **EASP** - Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **EDD** - Estancia Diurna de Personas con Discapacidad.
- **EDTO** - Estancia Diurna con Terapia Ocupacional.
- **EECTI** – Estrategia Española de Ciencia Tecnología e Innovación.
- **EELL** - Entidades Locales.
- **EGC** - Enfermería Gestora de Casos.
- **EIDIA** – Estrategia de I+D+i de Andalucía.
- **EOE** - Equipos de Orientación Educativa.
- **EPAT** - Equipos Provinciales de Atención Temprana.
- **EPES** - Empresa Pública de Emergencia Sanitaria.
- **ETF** – Equipos de Tratamiento Familiar.
- **FAISEM** - Fundación pública andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental.
- **FEAFES** - Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- **GAT** - Federación Nacional de Asociaciones Autonómicas de Profesionales de Atención Temprana.
- **GRUSE** - Grupos Socioeducativas en Atención Primaria.
- **IAAP** – Instituto Andaluz de Administración Pública.
- **IAM** - Instituto Andaluz de la Mujer.
- **IATA** – Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas.
- **IECA** - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.
- **IMSERSO** - Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- **INE** - Instituto Nacional de Estadística.



- **IPREM** - Indicador Público de Renta de efectos Múltiples.
- **LAPAD** - Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- **LSE** - Lenguaje de Signos Español.
- **NEAE** - Necesidades Educativas de Atención Especial.
- **NEE** - Necesidades Educativas Especiales.
- **NTIC** - Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación.
- **ODAT** - Organización Diagnóstica de Atención Temprana.
- **OMS / WHO** - Organización Mundial de la Salud.
- **ONCE** - Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- **PAI** - Proceso Asistencial Integrado.
- **PAIDI** - Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación.
- **PIA** - Proyecto de Intervención Social.
- **PIAT** - Programa Individual de Atención Temprana.
- **PIATA** - Plan Integrado de Atención Temprana de Andalucía.
- **PRL** - Prevención de Riesgos Laborales.
- **PSLT** - Promoción de la Salud en los lugares de trabajo.
- **RDSM** - Retraso Global del Desarrollo.
- **RELAS** - Red de Acción Local en Salud
- **RPM** - Retraso Psicomotor.
- **SAAD** - Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia
- **SAD** - Servicio de Ayuda a Domicilio.
- **SAS** - Servicio Andaluz de Salud.
- **SAT** - Servicio Andaluz de Teleasistencia.
- **SG** - Secretaria General.
- **SG HPASSC** - Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- **SISAAD** - Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- **SM** - Salud Mental.
- **SPAPD** - Sistema Público Andaluz de Personas con Dependencia.
- **SPSSA** - Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.
- **SSCC** - Servicios Sociales Comunitarios.
- **SSPA** - Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía.
- **TAP** - Trastorno específico de aprendizaje.
- **TCS** - Trastorno de Comunicación Social
- **TDAH** - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- **TDC** - Trastorno del desarrollo de la coordinación
- **TEA** - Trastorno de Espectro Autista.
- **TIC** - Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- **TL** - Trastorno del lenguaje.
- **TMG** - Trastorno Mental Grave.
- **TS Hospitalario** - Trabajador Social Hospitalario.
- **TS Salud** - Trabajador Social de Salud.
- **TS SSCC** - Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios.
- **TT** - Trastorno de Tourette.
- **TTC Trastorno de tics crónicos**
- **UAIT** - Unidades de Atención Infantil Temprana / Ahora llamadas Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
- **UE** - Unión Europea.
- **UED** - Unidades de Estancia Diurna.
- **UGC** - Unidad de gestión Clínica.
- **UMAT** - Unidad Media de Atención Temprana.
- **UN** - Naciones Unidas.



- **USN** – Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
- **UTS** - Unidades de Trabajo Social.
- **ZBS** - Zonas Básicas de Salud.
- **ZNTS** - Zonas con Necesidades de Transformación Social.
- **ZTS** - Zonas de Trabajo Social.



PERSONAS DEL PIAT-A

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, ASESORÍA Y REDACCIÓN.

PRESIDENCIA: Rocío Hernández Soto, Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE:

- **Francisco Javier Vázquez Granado.** Secretario General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. CSC.
- **Isabel Ródenas Luque,** Coordinadora General de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

COORDINACIÓN

- **Esther Garrido Sánchez.** Pediatra de la USN - Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud (SAS). CSC. (Resolución de 21 de marzo de 2023,)

COMITÉ DIRECTIVO PIATA

- **Almudena García Rosado.** Directora General de Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa. CDEFP.
- **Antonio Ismael Huertas Mateo.** Director General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente. CISJFI.
- **Francisco José Mora Cobo.** Director General de Infancia, Adolescencia y Juventud. CISJFI.
- **Jorge del Diego Salas.** Director General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. CSC.
- **José Luis Prieto Rivera.** Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA).
- **Librado Carrasco Otero.** Director General de Planificación de la Investigación. CUII.
- **Lorenzo Salas Morera.** Director General de Coordinación Universitaria. CUII.
- **Luis Martínez Hervás.** Director General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. SAS. CSC.
- **M José de los Ríos Porras.** Director General de Dependencia. CISJFI.
- **M Luisa del Moral Leal.** Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo (SGHPASSC). CSC.
- **Miguel Ángel Guzmán Ruiz.** Viceconsejero de Salud y Consumo. CSC.
- **Pedro Calbó Roca.** Director General de Personas con Discapacidad. CISJFI.
- **Trinidad Rus Molina.** Directora General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. CSC.

COMITÉ TÉCNICO PIATA

- **Amparo Conde Conde.** Personal técnico del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad. Dirección General de Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa. CDEFP.
- **David Alexis Costa Carretero.** Jefe departamento Fomento Tecnológicos. Dirección General de Planificación de la Investigación. CUII.
- **Francisco E. Pérez Torres.** Jefe del Servicio de Estadísticas Sanitarias. CSC.
- **Gema Luque Granados.** Jefa de Servicio de Coordinación de la Historia Social Única. Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente. CISJFI.
- **Jorge del Diego Salas.** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. CSC.
- **Juan J. Cerezo Espinosa de los Monteros.** Servicio Estrategias y Planes de Salud SGHPASSC. CSC.
- **Lourdes Villar Arévalo.** Jefa de Servicio. Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. CISJFI.
- **Luisa Domínguez Carrión.** Jefa del servicio de planificación y acreditación de centros. CSC.
- **M José de los Ríos Porras.** Director General de Dependencia. CISJFI.
- **M Victoria García Ramos.** Responsable de la Jefatura de Coordinación de la Dependencia. ASSDA.



- **Manuel Prado Cala.** Director del Programa de Salud Mental. CSC.
- **María Ángeles Marqués Aranda.** Coordinadora de programas de centros de la Subdirección de Inspección. CSC.
- **María Gutiérrez Rivas.** Jefa del Servicio de Valoración y Orientación. Dirección General de Personas con Discapacidad. CISJFI.
- **María Jesús Campos Aguilera.** Jefa de Servicio de Prevención de la salud. CSC.
- **Sebastián Tornero Patricio.** Jefe del Servicio de Planificación Operativa. CSC.
- **Soledad Jiménez González.** Jefa de Servicio de Atención Sociosanitaria. CSC.

OFICINA TÉCNICA - GRUPO MOTOR Y REDACTOR.

- **María Salas Ibaseta.** Jefa de Servicio de Programas y Familia - Atención Temprana. SGHPASSC - CSC.
- **Laura Bonilla Castro.** Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC - CSC.
- **María Dolores García Pérez,** Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC - CSC.
- **Rocío Estévez Cabrera,** Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC - CSC.
- **M Carmen Vázquez Ramírez.** Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC - CSC.

COLABORACIONES

- **M Luisa del Moral Leal.**
- **Lourdes Cía Pedroso.**
- **Daniel Fito García**
- **Federico Alonso Trujillo.**
- **Francisco Valverde Urbizu**

ASESORÍA METODOLÓGICA IAAP

- **María Mar Herrera Menchén**
- **Alicia Núñez Castillo**
- **Emilia Fernández Ruiz**

Borrador

Borrador

Borrador



ANEXOS



Borrador

Borrador

Borrador

Borrador

Borrador

Borrador



Anexo I. Diagnóstico Definitivo

Anexo II. Análisis de Grupos Focales.

Anexo III. Análisis de entrevistas a profesionales.

Anexo IV. Análisis de encuestas a profesionales.

Anexo V. Informe de las Jornadas Participativas.

Anexo VI. Árbol de problemas.

Anexo VII. Evaluación Ex ante.



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA **(PIAT-A 2024-2028)**

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

La atención temprana es una prioridad para la Junta de Andalucía, no solo por su impacto positivo en el desarrollo infantil, sino también por su contribución a la construcción de una sociedad más inclusiva y equitativa. Este Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía (en adelante PIAT-A) se presenta como una hoja de ruta para consolidar y expandir los esfuerzos actuales, asegurando que todos los niños y niñas de Andalucía tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial desde los primeros años de vida.

Atendiendo a la **definición** acuñada en el Libro Blanco de la Atención Temprana, se describe la **atención temprana** como:

“el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos”¹.

Esta definición sigue vigente, habiéndose mantenido desde su publicación en los textos normativos que se han ido aprobando a lo largo de la geografía española, como es el caso de la **reciente Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en nuestra Comunidad Autónoma**².

Sostiene el referido Libro Blanco que las intervenciones en el ámbito de la atención temprana deben abordar la globalidad de la persona menor y ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, pertenecientes a diferentes sectores (Salud, Educación, Servicios Sociales) y niveles. Además, estas intervenciones requieren una adecuada estrategia de atención integrada que aseguren la continuidad de los cuidados y servicios.

Asimismo, en dicho texto se subraya que el desarrollo infantil es un proceso dinámico y extremadamente complejo, basado en la evolución biológica, psicológica y social de la persona menor. Los primeros años de vida son una etapa evolutiva crítica en la que se desarrollan habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, afectivas y sociales, esenciales para una interacción equilibrada con el entorno³.

Existe un claro consenso en cuanto a que cualquier alteración que incida en una o varias de estas áreas puede compensarse en estas edades mediante una intervención temprana que potencie las capacidades de los niños y las niñas, las familias o su entorno, siendo sus

1 Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID. 2005.

2 Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

3 Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la atención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID. 2005.



primeros años de vida fundamentales para la adquisición de las habilidades y competencias que les permiten desarrollarse plenamente.

Esa evolución está condicionada por el proceso de maduración del sistema nervioso, variables genéticas y circunstancias ambientales que pueden interferir o modificar su curso evolutivo. En los primeros 6 años de vida, el cerebro infantil tiene una enorme plasticidad. Si bien es cierto que es más vulnerable a las experiencias adversas que tienen lugar durante la infancia (no solo de origen biológico), pudiendo provocar alteraciones con más facilidad, también lo es que responde a la estimulación desarrollando nuevas vías neuronales que evitan o amortiguan el impacto, de ahí el interés de la atención temprana. La evolución dependerá en gran medida del momento en que se detecte el riesgo o el trastorno y se aplique un plan de intervención especialmente dirigido a las necesidades de la persona menor, de su familia y del entorno donde se desarrolla.

Los niños y niñas necesitan un “*cuidado cariñoso y sensible*” para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, siendo indispensable para un crecimiento y desarrollo saludable. Estos cuidados que fomentan el apego y que contribuyen a alcanzar su máximo potencial de desarrollo, no solo promueven el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo, sino que también protege a las personas menores de los peores efectos de la adversidad. Produce además beneficios que se extienden a lo largo de la vida y a la siguiente generación, tanto en salud como en productividad y cohesión social⁴.

“Posibilitar que los niños y niñas alcancen su potencial evolutivo es un derecho humano y un requisito esencial para el desarrollo sostenible”⁵.

La atención temprana tiene como **finalidad**⁶ 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.

Son **objetivos específicos**⁷ de la atención temprana:

- a) Reducir y, en su caso, eliminar los efectos de una deficiencia o déficit sobre el desarrollo global de la persona menor.
- b) Considerar a la persona menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, debiendo ser esta última el principal agente impulsor de su desarrollo y grado de autonomía.
- c) Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- d) Garantizar que cada persona menor y su familia cuente con una atención personalizada, integral y de seguimiento acorde con el plan individualizado de intervención.

4 WHO Cuidado cariñoso: y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano: resumen ejecutivo. GINEBRA. 2018.

5WHO. Improving early childhood development: WHO guideline. GINEBRA. 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>

6 Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

7 Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.



- e) Garantizar la calidad de la atención temprana, que incluya el desarrollo de planes de formación continua para las personas profesionales que trabajan en este ámbito, así como el establecimiento de criterios de calidad para los centros y entidades implicados.
- f) Evitar o reducir la aparición de alteraciones o desórdenes secundarios asociados a un trastorno del desarrollo.
- g) Proporcionar apoyo y facilitar los medios para cubrir las necesidades y demandas de la familia y su entorno, procurando el mayor grado de satisfacción de las personas usuarias.
- h) Potenciar el desarrollo de la persona menor y su grado de autonomía, considerando a la persona menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del niño o niña.

Por otro lado, la atención temprana participa en los tres **niveles de prevención**, comprendiendo diferentes actuaciones:

- A) Prevención primaria: se orienta a evitar las condiciones que pueden ocasionar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil .
- B) Prevención secundaria: se dirige hacia la detección precoz de cualquier trastorno en el desarrollo integral de la persona menor o de las situaciones de riesgo, la evaluación de sus necesidades, de las familias y del entorno, así como el establecimiento de un diagnóstico sindrómico, etiológico o funcional precoz e interdisciplinar.
- C) Prevención terciaria: se aplica a la atención inter o transdisciplinar de las personas menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, a sus familias y al entorno para atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato.

Se establecen como necesarias las actuaciones dirigidas hacia el apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento de las familias, así como la coordinación de los agentes implicados, el seguimiento, evaluación y revisión de las actuaciones realizadas y el desarrollo de planes de formación y proyectos de investigación que profundicen en los trastornos del neurodesarrollo y la forma de abordarlos.

El término **Trastornos del Neurodesarrollo** engloba a un conjunto amplio y heterogéneo de condiciones altamente prevalentes que tienen lugar en los primeros años de la vida, de origen multifactorial, curso crónico y que condicionan una desviación significativa de lo que se considera desarrollo óptimo, con los consiguientes costos personales, familiares y sociales⁸.

⁸ López I, Förster J. Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos .Rev Med Ed. Clin. Condes 2022; 33(4) 367-378



De acuerdo a la clasificación de mayor uso en la actualidad, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V)⁹, componen este grupo:

- Discapacidad intelectual (DI); retraso global del desarrollo (RDSM) o retraso psicomotor (RPM);
- Trastornos de la comunicación: trastornos del lenguaje (TL), trastornos del habla, Trastorno de comunicación social (TCS), disfluencia de inicio en la niñez;
- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastornos del desarrollo motor: trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC), trastorno de movimientos estereotípicos, trastornos de tics, trastorno de Tourette (TT), trastorno de tics crónicos (TTC), trastorno de tics transitorio;
- Trastornos específicos del aprendizaje (TAP)

Se estima que en España un **10% de la población menor de 6 años** puede tener un trastorno del desarrollo o riesgo de producirse^{10,11,12}. Sin embargo, estas cifras epidemiológicas presentan variaciones según los países estudiados. EEUU, por ejemplo, describe una prevalencia de problemas del desarrollo de un 13,8%¹³, con un aumento progresivo de casos, especialmente del Trastornos del Espectro Autista¹⁴(TEA en adelante), que son un grupo de trastornos neurológicos y del desarrollo que afectan la forma en que las personas interactúan con los demás, se comunican, aprenden y se comportan¹⁵. En todo el mundo se ha producido un gran aumento del número de personas diagnosticadas con TEA en los últimos decenios, pasando las estimaciones de prevalencia de un 0,04% en el decenio de 1970¹⁶, al 1-2% de la actualidad.

En cuanto a la **distribución por sexos** de los Trastornos del Neurodesarrollo, diferentes estudios describen diferencias sexuales, destacando un predominio masculino en su incidencia¹⁷. Muchas líneas activas de investigación están explorando posibles mecanismos,

9 American Psychiatric Association [APA] (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

10 Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. Atención temprana. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:65-73

11 Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil. Primera edición, Febrero de 2022

12 López I, Förster J. Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. Rev. Med Clin. Condes. 2022; 33(4) 367-378.

13 Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997– 2008. Pediatrics. 2011; 127(6): 1034-1042

14 Centers for Disease Control and Prevention. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder [en línea]. [actualizado 4 Abr 2023. consultado 14 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

15 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Núm. 22-MH-8084S. Url: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>

16 Mapa interactivo de la prevalencia mundial de TEA: http://prevalence.spectrumnews.org/?min_yearpublished=&max_yearpublished=&yearsstudied_number_min=&yearsstudied_number_max=&min_samplesize=&max_samplesize=&min_prevalenceper10000=&max_prevalenceper10000=&studytype=&keyword=&timeline_type=published&meanincome=&education=

17 Dan Bernard. Sex differences in neurodevelopmental disorders. Dev Med Child Neurol. 2021. Editorial



incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales^{18,19}. Además, habría que añadir el sesgo de género en la detección y diagnóstico^{20,21,22}. Diferentes estudios describen una posible infradetección de la presencia de un Trastorno del Neurodesarrollo en niñas^{23,24}, así como un diferente comportamiento de estos trastornos en función del sexo/género, sobre todo en el caso del TEA^{25,26,27}.

1.2. Marco normativo

La garantía del derecho a la atención temprana corresponde, en un Estado Social y Democrático de Derecho, a las Administraciones Públicas, como ya se refleja en el artículo 43 de la Constitución Española²⁸. La atención temprana es una medida preventiva fundamental para garantizar la salud de las personas menores y una forma de salvaguardar la protección y el bienestar de las niñas y niños, facilitando su desarrollo integral desde los primeros años de vida.

La Atención Temprana se erige como un derecho que promueve un desarrollo infantil saludable, un asunto que ha tenido su reflejo en desarrollos normativos y de política pública que se han emprendido, tanto desde las Comunidades Autónomas (CCAA) como en el ámbito estatal²⁹, a través de leyes y planes en cumplimiento de las recomendaciones de las normativas vertidas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas (ONU), UNICEF³⁰, UNESCO y la Unión Europea (UE).

18 Ahufinger N.,i Aguilera M . El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. Revista Chilena de Fonoaudiología 2022, 21(2),

19 Ruggieri VL, Arberas CL. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-6

20 Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. Escritos de Psicología, 11, 42-54

21 Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Álvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. Revista Caribeña de Psicología, 4(3), 281-294.

22 Lai, MC. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research .J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54 (1):11-24.

23 Dan Bernard. Sex differences in neurodevelopmental disorders .Dev Med Child Neurol. 2021. Editorial.

24 Ahufinger N. Aguilera M. El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. Revista Chilena de Fonoaudiología 21(2), 2022.

25 Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Álvarez Álvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. Revista Caribeña de Psicología, 4(3), 281-294.

26 Ruggieri VL, Arberas CL. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-6

27 Lai, MC. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research .J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54 (1): 11-24.

28 Constitución Española, B.O.E. n. 311, 29 de diciembre de 1978

29 Consejo interterritorial del sistema nacional de salud y al consejo territorial de servicios sociales y del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD). Propuesta de acuerdo por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. MADRID. 15 junio 2023.

30 UNICEF. Diagnóstico de la situación de la infancia en España antes de la implantación de la Garantía Infantil Europea, Oficina Regional de UNICEF para Europa y Asia Central, Ginebra, 2021. URL: <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org/eca/files/2021-11/Spanish%20Deep%20Dive%20Literature%20review%20ES.pdf>



1.2.1. Normativa Internacional y Europea

En el **ámbito internacional**, el reconocimiento del derecho de la población infantil a un pleno desarrollo físico, mental y social ha sido recogido en diferentes documentos tales como la **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En dicho documento se reconoce el derecho de los niños y niñas con discapacidad a disfrutar de una vida plena, a recibir la asistencia que se solicite y que sea adecuada a su estado, al de sus progenitores o personas cuidadoras, así como a tener acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento.



La **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)**³¹ estableció un claro mandato a los Estados partes para que adoptaran todas las medidas necesarias para asegurar que toda la población infantil con discapacidad goce plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones.

También se inspira en los **Principios de la Carta Social Europea (1999)**³², la **Resolución del Parlamento Europeo sobre la Reducción de las desigualdades (2015)**³³ en especial con respecto a la pobreza infantil, el **Pilar Europeo de Derechos Sociales (Gotemburgo 2017)**³⁴

Tiene en cuenta la **Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas (2013)**³⁵, da cumplimiento a la **Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea**

31 ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad y Alberto Anula (Grupo DILES). MADRID 2016. URL: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (Adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008, una vez fue ratificada por el número de países necesarios, entre ellos España)

32 UE. Principios de la Carta Social Europea. BRUSELAS. 1999. URL: https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/dv/chartesocialedepliant-/CharteSocialedepliant-es.pdf

33 UE. Resolución del Parlamento Europeo sobre la Reducción de las desigualdades. BRUSELAS. 2015. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015IP0401&from=RO>

34 UE. Pilar Europeo de Derechos Sociales. GOTEMBURGO. 2017. URL: https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSR-booklet_es.pdf

35 UE. Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas. Bruselas. 2013 URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:059:0005:0016:ES:PDF>



(GIE)³⁶ y las recomendaciones del **Semestre Europeo para España (2023)** que afectan a la infancia³⁷.

La **Garantía Infantil Europea (GIE)** es una Recomendación del Consejo de la Unión Europea aprobada el 14 de junio de 2021 por unanimidad por los Estados miembros cuyo objetivo es romper el ciclo de la pobreza infantil garantizando el acceso de todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social a **seis derechos o servicios básicos**, entre los que se encuentra la salud, la educación y diferentes derechos sociales.

1.2.2. Normativa Nacional

La **Constitución Española**, en el **artículo 39**, establece como uno de los principios rectores de la política social y económica, la protección a la familia y a la infancia, exhortando a los poderes públicos a asegurar la protección integral de los hijos e hijas, recogiendo que la población infantil gozará de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. El **artículo 43.1**, por su parte, reconoce el derecho a la protección de la salud y, en su apartado 2, establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, reconociéndose, igualmente, en el **artículo 49**, el derecho de las personas con discapacidad a la atención especializada.

La **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, de modificación parcial del Código Civil y de la **Ley de Enjuiciamiento Civil**, señala como principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación a la población infantil, entre otros, el interés superior de la persona menor, su integración familiar y social, así como la prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAPAD)**, regula las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Asimismo, establece una Escala de Valoración Específica para las personas menores de 3 años.

La **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio** y la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, ha avanzado en la concreción del interés superior de la persona menor, facilitando criterios para su determinación y aplicación en cada caso, así como los elementos generales para la ponderación de estos criterios establecidos. Entre ellos, determina la necesidad de garantizar la igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad o cualquier otra característica o circunstancia relevante y también las garantías que han de ser respetadas en los procesos y procedimientos que le afecten. Sigue diferenciando, como la ley a la que modifica, dos grandes grupos de necesidades educativas:

- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE).

³⁶ Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea. URL: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021H1004&from=EN>

³⁷ European Commission (2021). European Semester Documents for Spain. URL: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eueconomic-governancemonitoring-prevention-correction/europeansemester/european-semester-your-country/spain/europeansemester-documents-spain_en



- Necesidades Educativas Especiales (NEE).

Las NEE son un subgrupo de las NEAE que hacen referencia a necesidades asociadas a la discapacidad.

La **Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación**, resalta la importancia de eliminar las barreras que limitan el derecho a la educación. Se impulsa la detección precoz de necesidades educativas especiales, la atención temprana y la educación inclusiva, con una mayor atención personalizada y con prevención de las dificultades de aprendizaje. Se regula la participación del alumnado y sus familias en el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas.

La **Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**³⁸, en su artículo 12.5, encomienda a las administraciones sanitarias y de servicios sociales competentes, además de a las educativas, garantizar de forma universal y con carácter integral la atención temprana.

1.2.3. Normativa Autonómica

El **Estatuto de Autonomía para Andalucía** garantiza la defensa de los derechos sociales, especialmente, en el ámbito de los sectores más débiles y vulnerables de la sociedad. En particular, dispone en su **artículo 18.1**, que las personas menores de edad tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para el bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes. A su vez, en su **artículo 22.3**, se determina que las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes, estableciéndose con arreglo a la ley los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de estos derechos.

El **Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas**, establece, en su artículo 28 bis, la implantación del Programa de Apoyo Familiar en Atención Temprana, para hacer frente a los problemas que plantea dentro de la familia el nacimiento de personas menores que presentan alteraciones en el desarrollo o riesgo de presentarlas.

La **Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía**, determina que en la enseñanza básica se recoge la necesidad de poner el énfasis fundamental en la atención a la diversidad del alumnado, la detección de las necesidades de aprendizaje tan pronto como se produzcan y la relación con las familias para apoyar el proceso educativo. Así, en su **artículo 114**, se dispone que la Administración de la Junta de Andalucía establecerá el conjunto de actuaciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a sus familias y al entorno, con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre cualquier trastorno en su desarrollo, o riesgo de presentarlo.

La **Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía**, contempla en su **artículo 14**, al regular el derecho de las personas en situación de especial vulnerabilidad en nuestra Comunidad Autónoma, que, entre otras, las personas menores tendrán derecho a

³⁸ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Jefatura del Estado. BOE-A-2021-9347. BOE núm. 134, de 05/06/2021. URL: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>



programas de salud pública específicos o adaptados a sus necesidades especiales. Igualmente, su **artículo 60.2.q)**, estableció como prestación de salud pública la atención temprana dirigida a la población infantil de cero a seis años afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de presentarlos.

El **Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía**, establece el marco para las actuaciones coordinadas en el ámbito sanitario, educativo y social, implicados en el desarrollo de acciones de atención infantil temprana, cuya finalidad será la de favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años con trastornos en su desarrollo, o en situación de riesgo de presentarlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de discapacidades añadidas, facilitando la integración familiar, social y la calidad de vida de las personas menores y sus familias.

La **Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía**, en su **artículo 4.s)**, define la atención infantil temprana como el conjunto de intervenciones planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar dirigidas a la población infantil menor de seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenta la población infantil con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos. Igualmente, su **artículo 17.1**, reconoce el derecho a la atención infantil temprana de estas personas menores, contemplándose en su apartado 2, que el Sistema Sanitario Público Andaluz establecerá los sistemas y protocolos de actuación técnicos para una atención adecuada de las personas menores, indicándose por último en su apartado 3 que el modelo de atención infantil temprana debe contemplar, entre otras, la actuación coordinada de los sistemas públicos de salud, educación y servicios sociales, teniendo como finalidad la normalización, inclusión y la igualdad de oportunidades.

La **Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía**, tiene como objeto garantizar una protección a la infancia y adolescencia en el ámbito del territorio andaluz, estando basada en la promoción de los derechos y en la prevención, con especial atención a las situaciones de riesgo y a las personas menores en situación de mayor vulnerabilidad. La citada ley, en su **artículo 41.1**, establece que las Administraciones públicas de Andalucía fomentarán la crianza en el marco familiar de las niñas, niños y adolescentes, procurarán el pleno desarrollo de sus potencialidades a nivel psicofísico, emocional, ético y social, y velarán para que las familias dispongan de los recursos, medios y competencias necesarios. Asimismo, en el **artículo 74.6**, establece que entre las prestaciones de salud pública andaluza se garantizará una atención temprana infantil de calidad dirigida a la población infantil afectada por trastornos en el desarrollo o con riesgo de presentarlos, con el fin de darles una respuesta ágil y adecuada.

La **Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía**, se presenta como un avance fundamental para la población infantil residente en nuestra Comunidad y sus familias, situando a Andalucía como la tercera de autonomía que cuenta una ley en esta materia, uniéndose así a Murcia y Canarias. Todo ello, en un contexto de inexistencia de una ley básica estatal que obligue al establecimiento de unas prestaciones mínimas en materia de atención temprana en todo el territorio nacional, la cual marcaría los mínimos a partir de los que avanzar en la legislación a desarrollar por la comunidades autónomas.



Este gran avance, supone dotar a nuestra Comunidad Autónoma de una herramienta, ahora ya con rango de ley, que genera una serie de derechos subjetivos, garantizando que las personas menores de seis años, con algún trastorno en su desarrollo o riesgo de presentarlo, así como sus familias, tengan garantizada en condiciones de igualdad la prestación de servicios de atención temprana y, por supuesto, que la misma sea de calidad conforme a los criterios de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas a quien va dirigida esta norma. Se otorga, además, un papel fundamental a las familias, que tienen la obligación de implicarse en los tratamientos, de acuerdo con los nuevos modelos y paradigmas que se imponen en la atención temprana.

Del mismo modo, la ley supone la ordenación de las actuaciones de atención temprana en Andalucía mediante el establecimiento de una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal y gratuito, que asegura las actuaciones en esta materia mediante la coordinación de todos los ámbitos implicados: sanitario, educativo y social. Además, incluye entre sus principios rectores, el interés superior de la persona menor y el trato acorde a la dignidad de la persona, estableciendo un sistema de garantías, por parte de la administración, para dar efectividad a estos derechos.

La ley determina, en su art. 14, la composición de la **Red Integral de Atención Temprana** en Andalucía:

- a) Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN en adelante).
- b) Los recursos humanos o materiales en el ámbito educativo.
- c) Los recursos existentes en el ámbito de los servicios sociales.
- d) Los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT en adelante).
- e) Los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT en adelante).
- f) Otros que se determinen reglamentariamente.

Las USN, CAIT y EPAT son instrumentos claves en la prestación del servicio de atención temprana de Andalucía. En el art. 18 se definen las USN como “dispositivos específicos para efectuar la valoración inicial, el diagnóstico sindrómico, etiológico clínico o funcional, el seguimiento, la orientación y la valoración de las necesidades de las personas menores con edades comprendidas entre cero y seis años, de sus familias y entorno, con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos por sus antecedentes prenatales o perinatales o signos de alerta significativos en etapas posnatales”³⁹. Están constituidas por un equipo multidisciplinar de profesionales en el que se incluirán, como equipo básico: Profesionales con grado en Medicina o equivalente y especialización en Pediatría, y con grado en Psicología o equivalente, especialistas en Psicología Clínica. Además, se abre la posibilidad de incluir otros perfiles profesionales de diferentes áreas.

Por otro lado, en el art. 19 se describen la composición de los EPAT, indicando que estos estarán conformados por tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales o Provinciales de las Consejerías competentes en el ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales.

³⁹Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.



Por último, en el art. 20 se define los CAIT como “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 atención temprana dentro de un ámbito territorial”⁴⁰. Estos centros, como indica también dicha ley, deben contar, como mínimo con un Equipo Básico de Intervención Temprana, de composición interdisciplinar, integrado por profesionales de las áreas de Psicología, Logopedia y Fisioterapia. El equipo básico podrá ser complementado con otros perfiles profesionales.

2.- GOBERNANZA DE FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA

En el último informe publicado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) en 2023⁴¹, se concluye que pese a disponer de bases y principios semejantes, la articulación del sistema de Atención Temprana en las distintas Comunidades contempla una diversidad legislativa excesiva en cuanto a procedimientos, coberturas, ámbitos de actuación, características funcionales de la población atendida y también una organización estructural que no siempre permite reconocer las señas de identidad de la Atención Temprana.

Cada Comunidad Autónoma de España ha generado una normativa propia sobre atención temprana⁴². También se han ido constituyendo diferentes órganos y grupos de trabajo de coordinación interterritorial.

En 2006, mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se crea el **Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** que promueve la adopción de un plan integral de atención para esta población menor de tres años en situación de dependencia. El él se contemplan las medidas a adoptar por las Administraciones públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar la atención temprana y la rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales. Esto da pie a la puesta en marcha de diferentes planes autonómicos destinados a menores de tres años donde se contemplan actuaciones específicas en la implantación y mejora de la atención temprana. Es su reunión de 4 de julio de 2013, se aprueba el Acuerdo sobre **criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas** de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

En junio de 2022 se constituyó el **Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana**, conformado por los Ministerios de Sanidad, Derechos Sociales y Agenda 2030, Educación y Formación Profesional, las Comunidades Autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), las Ciudades Autónomas, el Real Patronato sobre Discapacidad y la sociedad civil de la infancia y discapacidad, así como organizaciones de profesionales sobre esta materia con el compromiso para la mejora de la atención temprana en España sobre un **marco común** de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad dando lugar a la publicación el 28 de junio de 2023, del Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios

⁴⁰Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA Nº36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

⁴¹Bermejo Bueno I, Ponte Mittelbrunn J, Peña Segura JL, Alonso Ruegas S. La Atención Temprana en España. Información Autonómica 2021 – 2022. GAT - Primera edición. MADRID. 2023. URL: <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2023/11/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonómica-2021-2022.pdf>

⁴²CEDID. Normativa sobre atención temprana. Estatal y autonómica (actualizada a 1 de abril de 2023). Madrid, Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID). 2023, 22 p. URL: <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/579386/>



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 atención temprana en España.⁴³

El nuevo **Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana**, se crea como un espacio constructivo para el diálogo territorial y civil y con el ánimo de realizar propuestas técnicas que contribuyan a la mejora de la atención temprana. Para dar consecución a este objetivo general, ha estado trabajando en la consecución de documentos de consenso en cinco ámbitos temáticos fundamentales:

- Marco conceptual de la atención temprana.
- Criterios de detección y prevención comunes.
- Catálogo de prestaciones y servicios esenciales.
- Estándares de calidad de las prestaciones y servicios esenciales.
- Sistemas de información y coordinación.

Hasta la fecha, el Grupo Técnico de Trabajo, ha consensuado un marco conceptual de la atención temprana, la metodología de trabajo y una hoja de ruta de mejora de la atención temprana cuyo desarrollo se llevará a cabo por este mismo grupo.

Se han identificado las siguientes líneas de actuación clave para la mejora de la atención temprana:

- **Línea 1:** Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias.
- **Línea 2:** Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias.
- **Línea 3:** 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.
- **Línea 4:** Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana.
- **Línea 5:** Garantizar la valoración e intervención integral, cuidando que las actuaciones que se desarrollen.
- **Línea 6:** Mejorar la calidad de las actuaciones y servicios de la atención temprana.
- **Línea 7:** Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las y los profesionales implicados en el proceso de Atención Temprana.
- **Línea 8:** Optimizar los sistemas de información y registro.

El presente Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía toma en consideración estas líneas de actuación para la mejora de la atención temprana y las incorpora para llevarlas a cabo.

43BOE Núm. 163 Lunes 10 de julio de 2023 .<https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>



2.1. Definición del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

La Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía, contempla en su artículo 13 la elaboración de un Plan Integral de Atención Temprana (PIAT-A) de forma conjunta con las Consejerías competentes en materia de servicios sociales y educación, con objeto de reducir el impacto de las alteraciones o trastornos en sus familias y entorno.

Con un marco temporal de 5 años, abordará la atención temprana de forma integral, e incluirá actividades dirigidas a la prevención primaria, secundaria y terciaria. Recoge, la citada ley, que su elaboración se realizará de forma participativa con intervención, entre otros, de las entidades locales, los agentes económicos y sociales más representativos, y otros agentes sociales implicados. Su aprobación se hará por acuerdo del Consejo de Gobierno.

Con su publicación se pretende orientar las políticas públicas de sensibilización, prevención, detección precoz, atención sociosanitaria, humanización, incorporación social e investigación, para ofrecer la mejor evidencia, resultados en salud y calidad en el abordaje integral de las personas menores de 6 años con trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlo, y además fortalecer la coordinación intra e interinstitucional, para optimizar el uso y gestión de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia a través de la intervención integral y coordinada y la implantación de un sistema innovador de cambio permanente basado en las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).

2.2. Misión. Visión. Principios rectores del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

MISIÓN:

Establecer las actuaciones prioritarias, en los próximos cuatro años, para organizar, desarrollar, gestionar y evaluar la prestación del servicio de atención temprana en Andalucía, garantizando el derecho a recibir dicha atención a la población infantil menor de seis años que presenten trastornos del desarrollo o el riesgo de presentarlos, a sus familias y entorno en condiciones de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal.

VISIÓN:

Favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de los trastornos del desarrollo a través de su atención temprana, haciendo especial hincapié en la prevención y en las intervenciones cada vez más precoces, evolucionando hacia un planteamiento más coordinado entre administraciones que ofrezca una atención global e integrada orientada hacia modelos de calidad de intervención familiar.

PRINCIPIOS RECTORES

a) Interés superior de la persona menor



- b) Globalidad y atención integral
- c) Capacitación y autonomía
- c) Coordinación y colaboración
- e) Diálogo y participación
- d) Equidad
- e) Enfoque de género
- f) Accesibilidad
- g) Eficiencia y calidad
- h) Sostenibilidad
- i) Transparencia
- j) Innovación

2.3. Alineación estratégica

2.3.1. Planes internacionales

El PIAT-A se alinea con las propuestas de la **Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015)**⁴⁴. Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible. La salud tiene una posición central en la agenda a través del **ODS 3**, que está dedicado a «Vida sana y protección del bienestar». Igualmente, este plan se alinea con el **ODS 10** de «Reducir la desigualdad en y entre los países».

Igualmente se alinea con la **Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia (2021)**⁴⁵.

La **Estrategia para la Igualdad de Género UE 2020-2025**⁴⁶, presenta actuaciones y objetivos políticos para avanzar de forma sustancial hacia una Europa con mayor igualdad de género de aquí a 2025. La meta es una Unión en la que las mujeres, los hombres, los niños y las niñas, en toda su diversidad, dispongan de libertad para seguir el camino que elijan en la vida, gocen de las mismas oportunidades para prosperar y puedan conformar y dirigir por igual la sociedad europea en la que vivimos.

2.3.2. Nacional

44 ONU. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). 2015. URL: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>

45 UE. Estrategia de la Unión Europea sobre los Derechos de la Infancia. 2021. BRUSELAS. URL: https://commission.europa.eu/document/86b296ab-95ee-4139-aad3-d7016e096195_es

46 https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_es



De la misma forma, el PIAT-A va en la misma senda que diferentes acciones nacionales dirigidas a mejorar el cuidado y bienestar de la infancia, así como la atención a las personas con discapacidad. Entre estos planes y estrategias, se referencian los siguientes:

El **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)**⁴⁷, aprobado por el Consejo en julio de 2022, establece, como medida 24, del ámbito 1 del Eje 2, el “*Desarrollo de un sistema integral de servicios de atención temprana que coordine acciones de sanidad, servicios sociales y educación, y que contemple un sistema de indicadores para el seguimiento, evaluación y mejora continua*”; y como medida 23 el “*Acuerdo en los Consejos Territoriales de Servicios Sociales y de Sanidad sobre qué servicios debe incluir la prestación pública de atención temprana, así como la calidad de los mismos, como base mínima e igualitaria para el conjunto del Estado*”; señalándose, como entidades responsables de ambas medidas, a los Ministerios de Derechos Sociales y Agenda 2030 y de Sanidad, así como a las CCAA.

La Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030, concebida para que el Estado español, a través de sus administraciones y poderes públicos, contribuya a hacer efectivos los derechos humanos de las personas con discapacidad y de sus familias.

El **I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad (2022-2026)**⁴⁸, encomienda a los Ministerios de Sanidad y Derechos Sociales y Agenda 2030, el reconocimiento de la atención temprana como un derecho subjetivo de toda la población infantil. Se reconoce el objetivo de: “*crear y extender un sistema integral de atención temprana y apoyo al desarrollo infantil en entornos familiares y comunitarios saludables*”; y se establecen dos medidas que “*se llevarán a cabo, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*”: la de “*impulsar mecanismos de coordinación estatal en el ámbito de la Atención Temprana que fomenten, coordinen y unifiquen la respuesta integrada entre los ámbitos de la salud, los servicios sociales y la educación*”; de la que será responsable el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; y la de “*Consolidar y reforzar la Atención Temprana en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y avanzar en su coordinación con los servicios sociales y educativos*”, de la que serán responsables los Ministerios de Sanidad y Educación y Formación Profesional.

El **I Plan de acción estrategia española en trastorno del espectro del autismo 2023-2027**⁴⁹⁵⁰.

El Plan cuenta con una dotación presupuestaria cercana a los 40 millones de euros para poner en marcha seis líneas de acción, que abordan los objetivos de la Estrategia Española en TEA⁵¹.

47 Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). URL: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

48 El I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad (2022-2026). MADRID 2021. URL: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/eu/derechos-sociales/discapacidad/docs/Plan_Bienestar_Saludable_PcDdef.pdf

49 Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, 82 p. <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/506501/>

50I PLAN DE ACCIÓN ESTRATEGIA ESPAÑOLA EN TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO 2023-2027 URL: https://www.rpdiscapacidad.gob.es/docs/Res_TEA.pdf

51 <https://autismo.org.es/aprobacion-plan-accion-estrategia-espanola-tea/>



Es de especial aplicación a la convergencia con el PIAT-A la Línea 2: Favorecer la detección y diagnóstico precoz, y el abordaje integral de la salud de las personas con autismo.

El III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025

Este Plan señala las principales líneas de intervención así como los objetivos estratégicos en los que se considera prioritario incidir en los próximos años para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo.

2.3.3. Autonómico

En el ámbito autonómico, el PIAT-A comparte líneas estratégicas con otro tipo de iniciativas y planes de la Junta de Andalucía, pudiendo destacar los siguientes:

El **IV Plan Andaluz De Salud**. Ya finalizado pero que se mantiene hasta la aprobación de la nueva estrategia de Salud Andalucía 2030.

El **Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2021)** tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que respeten la dignidad de las personas y sus derechos, que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente y unas condiciones de trabajo adecuadas para sus profesionales.

El **Plan Andaluz de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía (2023-2027)** destaca entre su prioridades la “Mejora de la atención a la salud infantil y adolescente” y establece como objetivo “incrementar la atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en especial en aquellos casos de mayor vulnerabilidad”, concretando en materia de atención temprana, el aumento de la cobertura hasta el 10% de la población de 0 a 6 años.

El **III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad (2021-2026)** tiene como finalidad articular una estrategia integral de intervención que produzca los cambios necesarios para que las personas con discapacidad puedan acceder en igualdad de oportunidades a los derechos, bienes y recursos existentes para toda la ciudadanía, haciendo posible la consecución de una mayor autonomía en todos los ámbitos de sus vidas.

El **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (2024-2028)**, dispone entre sus fines: fomentar la participación e implicación activa y significativa de las Administraciones Públicas en todas sus políticas y de la sociedad civil en el ámbito de la salud mental, así como impulsar la actividad investigadora y formativa en áreas de interés de este ámbito.

El **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía (2023-2027)** tiene como misión principal mejorar la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia andaluzas, mediante la articulación de medidas y actuaciones sanitarias de prevención, promoción, atención, protección y recuperación de la salud, destacando entre sus retos el “refuerzo y ampliación de la Atención Temprana, avanzando hacia un modelo integral de abordaje de la adversidad infantil” y estableciendo como objetivo el “visibilizar la relevancia para el conjunto del ciclo vital, la adversidad en la infancia, particularmente en las primeras etapas hasta los 6 años, y con ello, reforzar los recursos y la calidad de la atención infantil temprana para las personas menores con trastornos del desarrollo o el riesgo de padecerlos.”



2.3.4. Estrategias de I+D+I.

La **S4Andalucía**⁵² es la evolución de la **RIS3Andalucía**⁵³ para el nuevo periodo 2021-2027 e incorporará una nueva política en línea con los **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU**⁵⁴ y sitúa la sostenibilidad como un elemento central de sus actuaciones. Es el instrumento básico de planificación, ejecución, desarrollo y evaluación de las actuaciones públicas en materia de Investigación, Innovación y Transición Industrial, Digitalización, Capacitación, Emprendimiento y Cooperación para la Especialización con una perspectiva transversal de Sostenibilidad y lucha contra el Cambio Climático, en el **Marco Europeo de Cohesión 2021-2027**⁵⁵.

La estrategia cuenta con unos entornos de especialización con unas áreas en las que se identifican oportunidades de futuro. Entre ellos nos interesa:

- E.1. Sociedad Inteligente, resiliente y saludable
- E1.S1. Salud y bienestar social

La **Estrategia de I+D+I de Andalucía (EIDIA) - Horizonte 2022-2027**, representa la apuesta decidida del Gobierno andaluz por la I+D+I como base del crecimiento económico en la región, un crecimiento competitivo, sostenible e integrador, sustentado firmemente en la ciencia y el conocimiento. La EIDIA está concebida como un documento guía para orientar las políticas públicas de I+D+I en la Comunidad en los próximos seis años, y es el instrumento de programación, coordinación, dinamización y evaluación que sustituye el anterior Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación - PAIDI 2020.

Su elaboración se ha abordado desde una perspectiva integradora, en línea con lo establecido en los principales planes y estrategias públicas regionales, nacionales y europeas en materia de ciencia e innovación, pero también en otros documentos que rigen distintas políticas sectoriales que inciden, en mayor o menor medida, en el avance de la I+D+I o se sustentan en él, como son la **Estrategia S4 Andalucía**, la **Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020-2023**⁵⁶, la **Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía - Horizonte 2027**⁵⁷ o la **Estrategia de Compra Pública de Innovación, Estrategia Española de Desarrollo Sostenible 2030**⁵⁸ o el **Programa Horizonte Europa**⁵⁹.

52 Junta de Andalucía. Estrategia S4 Andalucía. SEVILLA. URL: <https://s4andalucia.es/>

53 Junta de Andalucía. RIS3 Andalucía. SEVILLA. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Documento-Ris3-version-final-8-27-02-15.pdf>

54 ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU - ODS. NEW YORK. URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

55 UE. Marco europeo de Cohesión 2021-2027. BRUSELAS. URL: <https://femp-fondos-europa.es/fondos-europeos-2021-2027/el-marco-financiero-plurianual-2021-2027-y-la-politica-de-cohesion/>

56 Consejería de Salud y Consumo. Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020-2023. 2019. SEVILLA. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/242274.html>

57 Junta de Andalucía. Estrategia para la Transformación Económica de Andalucía, Horizonte 2027. SEVILLA URL: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/243591.html>

58 Junta de Andalucía. Estrategia de Compra Pública de Innovación, Estrategia Española de Desarrollo Sostenible 2030. SEVILLA. URL: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds2030.pdf>

59 UE. Programa Horizonte Europa. BRUSELAS. URL: <https://www.horizonteeuropa.es/>



El **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia** contempla un conjunto de medidas para el fortalecimiento de las capacidades del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación que han sido integradas en el **Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023**⁶⁰ y en la **Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación 2021-2027 (EECTI 2021-2027)**⁶¹.

Entre esta estrategia aparecen los **Planes Complementarios de I+D+I**, configurados como una respuesta a la recomendación de la Comisión Europea de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, a través de la coordinación de las políticas de I+D+I entre la Administración General del Estado y las diferentes comunidades autónomas (CCAA) para la consecución de sinergias y la convergencia de sus respectivos planes y programas, utilizando modelos de programación y financiación conjunta, que establecen vínculos de planificación y programación entre los distintos niveles de la administración: regional, nacional y europea.

En este contexto, se priorizaron en el marco de la **EECTI 2021-2027** ocho áreas científico-técnicas de actuación y colaboración, entre la que se incluye la de **“biotecnología aplicada a la salud”**.

2.4. Metodología de elaboración del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía. Perspectiva de género y Gobernanza

El diseño y elaboración del PIAT-A se ha constituido siguiendo las directrices que el Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP) establece en su *“Manual de elaboración de planes estratégicos de políticas públicas en la Junta de Andalucía”* (IAAP, 2017) y con el asesoramiento y apoyo de la Oficina de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP.

Dichas directrices orientan la planificación estratégica, el enfoque para el establecimiento de metas y objetivos concretos y evaluables, la mejora del compromiso político y la facilidad para tomar decisiones sobre presupuestos evitando gastos innecesarios.

El proceso de planificación del PIAT-A se ha articulado en diferentes fases, diseñadas con el objetivo de lograr un plan evaluable y que responda realmente a los problemas, necesidades y retos identificados.

La perspectiva de género es otro de los principios rectores que guían la elaboración de PIAT-A. Siguiendo al IAAP, “La perspectiva de género supone considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de las mujeres y de los hombres, en las fases de planificación, ejecución y evaluación de todas las políticas.”

⁶⁰ Junta de Andalucía. Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación 2021-2023. 2020. SEVILLA. URL: <https://www.ciencia.gob.es/Estrategias-y-Planes/Planes-y-programas/PEICTI.html>

⁶¹ Junta de Andalucía. Estrategia Española de Ciencia, Tecnología y de Innovación 2021-2027 (EECTI 2021-2027). 2020. SEVILLA. URL: <https://www.ciencia.gob.es/Estrategias-y-Planes/Estrategias/Estrategia-Espanola-de-Ciencia-Tecnologia-e-Innovacion-2021-2027.html;jsessionid=66455053FC617EB1552CFF28080FA290.2>



Fuente y elaboración: IAAP

Para la elaboración del PIAT-A de forma participativa y su posterior implantación y desarrollo, la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo de la Consejería de Salud y Consumo, nombra como Coordinadora del mismo a doña Esther Garrido Sánchez (BOJA núm. 59, de 28/03/2023).

Para la coordinación interna de la Junta de Andalucía en la fase de diagnóstico y en el resto de las fases posteriores, se han constituido diferentes órganos para trabajar en la formulación del Plan:

- **COMITÉ DIRECTIVO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Constituido por las personas responsables de las Secretarías Generales (SG) y Direcciones Generales (DG) de las diferentes Consejerías con obligaciones en el PIAT-A y que participarían con actuaciones en el desarrollo e implementación del Plan.
 - Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional: D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
 - Consejería de Salud y Consumo:
 - S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Servicio Andaluz de Salud: D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
 - Consejería de Inclusión, Juventud, Familias e Igualdad.
 - D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - D.G. Personas con Discapacidad.
 - D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
 - Consejería de Universidad, Investigación e Innovación: D.G. Coordinación Universitaria.



- **COMITÉ TÉCNICO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Participan el personal técnico experto de las anteriores SG y DG de las diferentes Consejerías implicadas.
 - D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
 - Servicio de Orientación educativa y atención a la diversidad.
 - S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Subdirección de estrategias y planes. Servicio de estrategias y planes.
 - Servicio de sistemas de información sectoriales.
 - Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - Subdirección de inspección sanitaria.
 - Servicio de estadísticas sanitarias.
 - Servicio de autorización y acreditación de centros.
 - D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - Servicio de Prevención.
 - D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Servicio de atención sociosanitaria.
 - Dirección Programa de salud mental.
 - D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
 - Servicio de planificación operativa.
 - D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - Servicio de coordinación de la historia social única.
 - D.G. Personas con Discapacidad.
 - Servicio de valoración y orientación.
 - D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Servicio de prevención y apoyo a la familia.
 - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
 - Área de dependencia y promoción de la autonomía.
 - D.G. Coordinación Universitaria.
- **OFICINA TÉCNICA DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Formada por las personas responsables y profesionales del Servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC) y responsables de Planificación de la CSC.
- **GRUPO MOTOR.** Personal técnico reducido de la Oficina Técnica del PIAT-A.
- **OFICINA DE APOYO DEL INSTITUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.** Personal técnico experto en preparación de planes y estrategias del IAAP.

En el **proceso de gobernanza** de las diferentes fases del diagnóstico se ha invitado también a colaborar a:

- **Personas expertas** externas a los organismos de la Junta de Andalucía implicados, con extenso conocimiento y experiencia en Atención Temprana y planificación política, que colaboran puntualmente en los diferentes estudios y jornadas para el diagnóstico preliminar.
- **Personas expertas** de reconocido prestigio, sin ninguna implicación en la elaboración del plan, procedentes de diversos sectores y procedencias para formar parte del **Comité experto de evaluación ex ante**.



- **Agentes implicados e interesados:** Sector empresarial, profesionales, tejido asociativo, otras administraciones, etc.
- **Ciudadanía:** Familiares de niños y niñas afectados por la política y/o sus asociaciones representantes.

En la línea de lo argumentado en el párrafo anterior, en Andalucía se produjo un importante aumento presupuestario materializado en la **Ley 6/2019 del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía** para el año 2020, en la que se contempló un incremento de las partidas dedicadas a la atención temprana de más de un 40% para la prestación de este servicio a través del nuevo modelo de **concierto social**, frente a la fórmula contractual anterior de **acuerdos marco**.

Las novedades jurídicas introducidas por la **Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público**, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las **Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014**, determinan, de un lado, la desaparición de la figura del contrato de gestión de servicios públicos y, por tanto, de la regulación de algunas formas de gestión indirecta, como es el concierto, contemplando, por otro, una nueva y más precisa regulación de los denominados “servicios a las personas”, permitiendo abrir nuevas posibilidades respecto a la organización de dichos servicios.

Todo ello ha generado la necesidad de redefinir la fórmula para la prestación de la atención temprana utilizada hasta el momento, optándose en Andalucía por el concierto social como modelo de gestión indirecta que permite la intervención de la iniciativa privada para su provisión, aprobándose el **Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social para la prestación de la Atención Infantil Temprana**.

Esta fórmula para la organización del servicio de Atención Temprana, requiere de un procedimiento sometido a los principios de publicidad, transparencia y no discriminación, que en el referido **Decreto 57/2020, de 22 de abril**, se reconduce a un contrato administrativo especial.

Por todo ello, mediante **Resolución de fecha 5 de agosto de 2020**, se aprobó el expediente del primer concierto social para la prestación del **Servicio de Atención Infantil Temprana** en Andalucía, con la apertura del consiguiente procedimiento de adjudicación y nombramiento de la correspondiente mesa de contratación. A este primer concierto social de atención temprana, le han seguido un total de tres más hasta la reciente resolución de un cuarto concierto. Todos ellos han venido a adjudicar aquellos lotes que resultaron desiertos en primera instancia, ya sea total o parcialmente, así como a mejorar la oferta de sesiones a realizar en las zonas donde se han observado necesidades de atención.

En este contexto, hay que destacar la **Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía**, que supuso un antes y un después, al asignar las competencias en esta materia a la Consejería responsable en materia de salud. Hasta ese momento radicaba en el sistema de servicios sociales. Andalucía junto con Cantabria son las únicas CCAA que disponen de esta atribución de competencias a las consejerías responsables de la salud, lo que marca un importante hecho diferenciador del resto de las CCAA.

Andalucía, que ya gozaba de un marco normativo sólido en esta área, sobre todo desde la aprobación del **Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención**



integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía y las órdenes que manaron del mismo, ha seguido apostando por la consolidación y evolución, en este caso a través de la aprobación de la **Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía**. Esta ley se presenta como un avance fundamental para los niños y niñas residentes en nuestra Comunidad y sus familias, situando a Andalucía como la tercera autonomía que cuenta con una ley en esta materia, uniéndose así a Murcia y Canarias. Todo ello, en un contexto de inexistencia de una ley básica estatal que obligue al establecimiento de unas prestaciones en materia de atención temprana en todo el territorio nacional, la cual marcaría los mínimos a partir de los que avanzar en la legislación a desarrollar por la comunidades autónomas.

Este gran avance supone dotar a nuestra Comunidad Autónoma de una herramienta, ahora ya con rango de ley, que genera una serie de derechos subjetivos, garantizando que las personas menores de seis años, con algún trastorno en su desarrollo o riesgo de presentarlo, así como sus familias, tengan garantizada en condiciones de igualdad la prestación de servicios de atención temprana y que la misma sea de calidad conforme a los criterios de efectividad, beneficio y satisfacción de las personas a quien va dirigida esta norma. Se continúa otorgando, además, un papel fundamental a las familias, que deben participar e implicarse en los tratamientos, de acuerdo con los nuevos modelos y paradigmas que se imponen en la atención temprana y la propia ley.

Del mismo modo, la ley supone la ordenación de las actuaciones de atención temprana en Andalucía mediante el establecimiento de una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal y gratuito, que asegura su implementación mediante la coordinación de todos los ámbitos implicados: sanitario, educativo y social. Además, incluye entre sus principios rectores el interés superior de la persona menor así como el trato acorde a la dignidad de la persona. Además, se establece un sistema de garantías, por parte de la Administración, para dar efectividad a estos derechos.



3.- ALCANCE REAL DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT)

El PIAT parte del análisis de situación para detectar necesidades que sirvan como base para la definición de los objetivos y acciones⁶².

Para su elaboración se ha seguido la metodología marcada por el IAAP basada en un proceso de construcción participativa donde dar voz a todos los agentes implicados (familias, profesionales de la atención temprana y de la atención primaria, informantes clave, sociedades científicas, asociaciones...) para favorecer la diversidad y enriquecer el diagnóstico de situación desde diferentes perspectivas, favoreciendo la cooperación, el consenso y la coordinación con el objeto de definir las principales líneas de actuación, áreas de intervención, acciones e indicadores para el seguimiento y la evaluación.

En primer lugar, se realizó un diagnóstico preliminar basándose en el análisis de los datos obtenidos del sistema de información y gestión Alborada, tomando como referencia los años 2017 y 2022. En 2017 se pusieron en marcha las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) tras la aprobación del Decreto 85/2016 de 26 abril, lo que supuso un cambio de paradigma en el procedimiento, vigente hasta la actualidad. Con la aprobación de la Ley de Atención Temprana en febrero de 2023, estas unidades pasaron a denominarse **Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN)**.

De igual forma, se toma el año 2022 al ser el último disponible con cierre de datos en diciembre a la fecha de la elaboración del diagnóstico preliminar. Sin embargo, los datos sobre la demora tanto de las USN como de los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) se han extraído de Alborada con fecha de 31 de diciembre de 2023. Esto tiene el objetivo de proporcionar una visión lo más actualizada posible que refleje los posibles impactos de las medidas que se están introduciendo para reducir los tiempos de espera.

De los datos obtenidos se extraen importantes conclusiones en cuanto a las desigualdades en la atención, tanto geográficas como temporales. Las distintas codificaciones diagnósticas de los trastornos por parte del personal que interviene en el proceso de Atención Temprana, origina un lenguaje diferente que genera confusión y limita la posterior realización de estudios epidemiológicos comparativos, dificultando la adecuada evaluación de la intervención realizada. El sistema de información y gestión Alborada no permite la interoperabilidad con otros sistemas, limitando la coordinación intra e intersectorial, así como la realización de una atención global y coordinada por todo el personal participante en la Atención Temprana.

El PIAT se va a focalizar en la población menor de 6 años incluida en el **Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)**, es decir, aquellos cuya cobertura sanitaria se presta directamente a través de la Seguridad Social, o Mutuas que soliciten la inclusión de las personas beneficiarias mediante el modelo de cobro a terceros, excluyéndose aquellas que hacen uso de recursos de atención temprana totalmente privados. Tampoco estarían dentro del alcance real del Plan, aquellos niños y niñas menores de seis años, que por circunstancias de diversa índole, no se benefician de una atención sanitaria pública y gratuita.

3.1. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO. POBLACIÓN CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO O

⁶² Acuerdo de 25 de abril de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2024-2028. BOJA. Número 81 - Martes, 2 de mayo de 2023.



RIESGO DE DESARROLLARLO

3.1.1- Datos demográficos

Según datos del IECA en 2022 se encontraban **empadronadas** en Andalucía 8.500.187 personas, de las cuales 427.402 eran menores de 6 años, constituyendo un 5,2% del total de la población andaluza. El 23,6% residía en la provincia de Sevilla y el 19,7% en la provincia de Málaga, suponiendo entre las dos más del 43 % del total de la población andaluza menor de 6 años. La distribución por sexos guardaba una proporción más o menos constante, con mayor porcentaje de niños, en torno al 51,4%, frente a un 48,5% de niñas.

Tabla 3.1.

Datos de población de Andalucía de 0 a 5 años en 2022.

2022			Sexo		Sexo		
	Lugar de residencia	Total	%Total	Niños	% Niños	Niñas	% Niñas
Andalucía		427.402	100	219.716	51,4	207.686	48,5
Almería		44.531	10,4	22.877	51,3	21.654	48,6
Cádiz		60.613	14,1	31.221	51,5	29.392	48,4
Córdoba		36.644	8,5	18.739	51,1	17.905	48,8
Granada		45.175	10,5	23.013	50,9	22.162	49,0
Huelva		26.193	6,1	13.518	51,6	12.675	48,3
Jaén		28.665	6,7	14.789	51,5	13.876	48,4
Málaga		84.427	19,7	43.389	51,3	41.038	48,6
Sevilla		101.154	23,6	52.170	51,5	48.984	48,4

Fuente: IECA. 2022.

Las **diferencias territoriales por provincia** también son una característica definitoria de la distribución poblacional⁶³. Así, mientras que en las provincias orientales (Jaén, Granada y Almería) al menos 1 de cada 4 personas residía en zonas rurales, en provincias como Sevilla, Cádiz o Málaga, sólo lo hacían en 1 de cada 10 habitantes, concentrándose los mayores núcleos de población en la franja costera y en el eje del Guadalquivir.

⁶³ Del Valle C. El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Papers de demografía. 2005. (255).



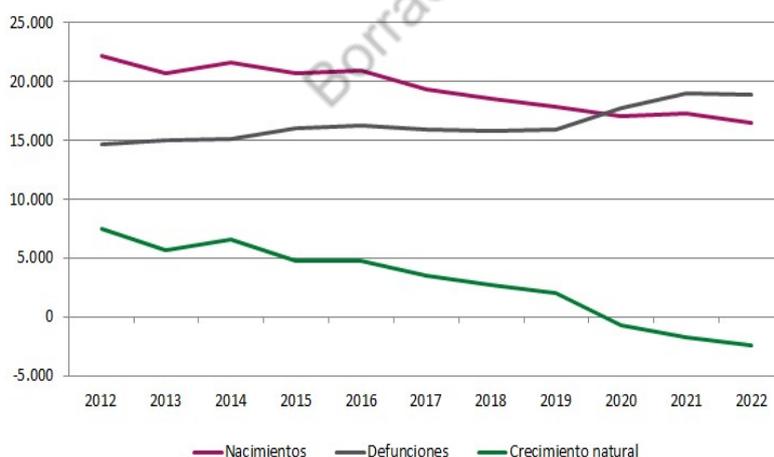
El 83% de la población andaluza escoge los centros urbanos y agrupaciones urbanas para establecer su residencia, concentrándose en un escaso porcentaje del territorio, que no abarca más del 36% de la región⁶⁴. Apenas un 17% de habitantes reside en **zonas rurales**, donde hay más personas mayores (128 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15), menos mujeres (95 mujeres por cada 100 hombres) y más personas extranjeras, que en las zonas urbanas. Los **residentes procedentes del extranjero** tienden a ubicarse en las zonas rurales con una media del 9,3% sobre el total de población, mientras que en los medios urbanos se reduce a 7,2%⁶⁵.

La tendencia en los **cambios de la estructura de la población de Andalucía** determina⁶⁶:

- Un claro descenso de la población joven, debido a la importante disminución de la natalidad.
- Aumento de población adulta, debido a la incorporación en esta fase del numeroso contingente de población nacida tras la bonanza económica de los años 1960 - *baby boom*. A este hecho hay que unirle el numeroso aporte de población inmigrante y al aumento de la esperanza de vida.
-

Fig. 3.1.

Evolución del crecimiento natural de la población andaluza en el tercer trimestre de cada año en Andalucía.



Fuente IECA. 2023.

64 El 83% de la población andaluza se concentra en solo un 36% del territorio de la comunidad autónoma. EUROPA PRESS. 21/5/2023. URL: <https://www.europapress.es/andalucia/noticia-83-poblacion-andaluza-concentra-solo-36-territorio-comunidad-autonoma-20190521143412.html>

65 Estudio sobre la clasificación del grado de urbanización. IECA. SEVILLA. 2023.

66 Del Valle C. El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Papers de demografía. 2005. (255).



Los **indicadores** relacionados con población infantil denotan un descenso tanto de la tasa bruta de natalidad como de la fecundidad⁶⁷.

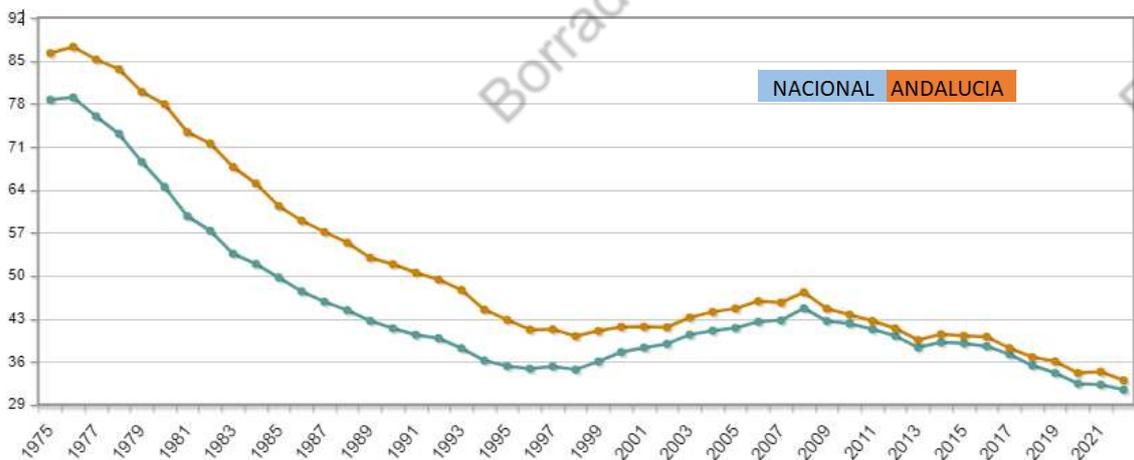
- La **tasa bruta de natalidad** en Andalucía siguió bajando hasta situarse en 7,33 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2022. El número de nacimientos de madres residentes en nuestra comunidad fue de 62.669. Si a este número se le restan las defunciones ocurridas en el mismo año, 78.535, se obtiene un crecimiento natural de 15.866. Crecimiento negativo por quinto año consecutivo desde 1996⁶⁸. Todas las provincias andaluzas presentaron descensos relativos respecto al año anterior, siendo Huelva la que presentó un mayor descenso relativo con un 9,6% y Granada la que menos con un 0,7%. La tasa más elevada de natalidad la encontramos en Almería (9,08) seguida de Sevilla (7,46) y Huelva (7,19). La provincia andaluza con menos natalidad es Jaén (6,81).

La media de hijos por mujer en Andalucía se situó en 2022 en 1,22, siendo una de las cifras más altas del país, sólo por detrás de Melilla (1,56), Región de Murcia (1,42), Ceuta (1,33), Navarra (1,27) y La Rioja (1,24) y por encima de la tasa nacional, que fue del 1,16⁶⁹.

- La **tasa global de fecundidad** en 2022 fue de 32,94 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, siendo superior a la media española que se situaba en 31,40⁷⁰.

Fig. 3.2

Tasa Global de Fecundidad en Andalucía en relación con la Total Nacional en 2022.



Fuente: INE. 2023.

⁶⁷ Berta Ruiz Benítez. DEMOGRAFÍA. Serie: Estado de la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Ed. Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad. ASSDA. Junta de Andalucía. Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. GRANADA. Cuaderno nº 1 Informe OIA-A, junio 2023. URL: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8288

⁶⁸ IECA. Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (MNP). 2022. URL: https://www.ieca.junta-andalucia.es/mnp/notaprensa_anual_avance.htm

⁶⁹ INE. Estadística del movimiento natural de población (matrimonios, nacimientos y defunciones). 2022.

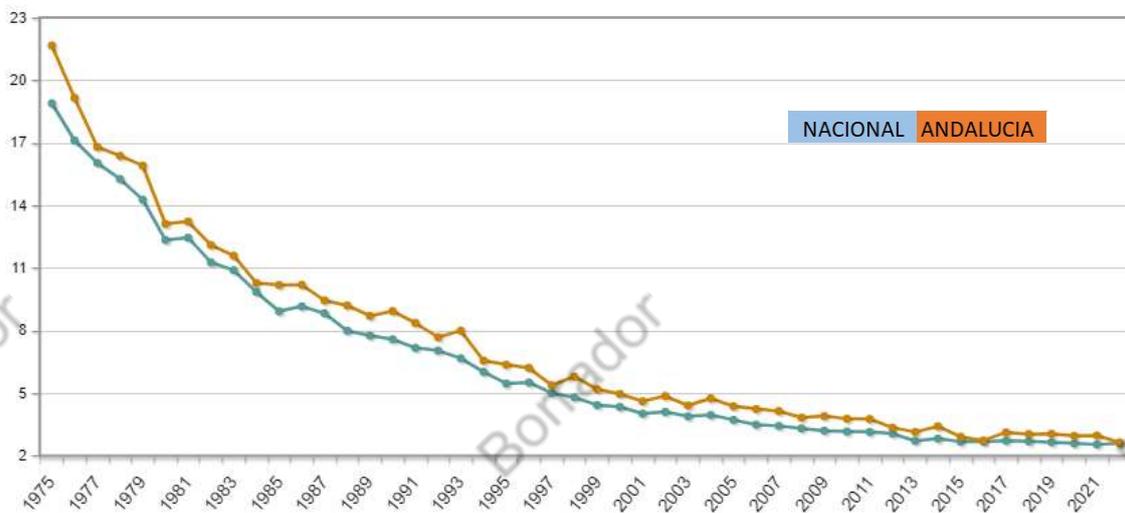
⁷⁰ INE. Indicadores de fecundidad. 2022. URL: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1443&L=0>



- En cuanto a la **tasa de mortalidad infantil**, en Andalucía, en 2022, fue de 2,64 defunciones de niños y niñas menores de un año, por cada 1.000 nacidos vivos, siendo mayor a la media española (2,60). Respecto a las provincias andaluzas, en Huelva (3,33) y Córdoba (3,23) se registran las tasas más elevadas de este indicador. Las causas principales de las defunciones registradas en menores de 1 año en 2022 fueron las afecciones perinatales y en segundo lugar las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En el rango de 1 a 15 años las causas principales fueron las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

Fig. 3.3.

Tasa de Mortalidad infantil en Andalucía en 2022.



Fuente: INE. Tasa de Mortalidad Infantil por comunidad autónoma, según sexo. 2023. URL: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1447&L=0>

- Según la Sociedad Española de Neonatología la **tasa de prematuridad** a nivel nacional alcanza el 7% de los nacimientos, con mayor frecuencia entre las semanas 32 y 37. Además, cada año nacen entre 1.000 y 1.100 niños y niñas antes de la semana 28 constituyendo un factor de riesgo importante para presentar algún trastorno del desarrollo. Incluso nacer entre las 34 y la 36 semanas de gestación, prematuridad tardía, comporta mayores tasas de rehospitalización y consultas a los servicios de urgencias, un mayor riesgo de infecciones, fallo de medro, problemas respiratorios y trastornos del neurodesarrollo que pueden afectar incluso en la edad adulta en forma de problemas psiquiátricos y de calidad de vida⁷¹.

71 Demestre Guasch, M. García Reymundo, J.A. Hurtado Suazo, M.J. Calvo Aguilar, G. Ginovart Galiana. A. Jiménez Moya. Prematuridad tardía: una población de riesgo. Clin Invest Gin Obst. 2018; 45(1)17-23



Definir el **grado de prematuridad** tiene gran importancia ya que el riesgo de mortalidad y morbilidad, a corto y largo plazo, están estrechamente relacionadas con la edad gestacional y peso al nacimiento.

Según los últimos datos publicados por el IECA, en Andalucía a lo largo de 2021 nacieron un total de 65.650 niños y niñas, de los cuales 4.055 fueron prematuros (6,17%), no figurando la edad gestacional en 10.004 alumbramientos. 172 nacieron antes de las 28 semanas, 403 entre las semanas 28 y 31, y 3.480 entre las 32 y 36 semanas.

3.1.2.- Población diana

Según distintas fuentes consultadas^{72, 73, 74} la población con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, objetivo de la atención temprana, estaría en torno al 10 %. Siendo así, la población diana total de Andalucía sería de 42.740 niños y niñas menores de 6 años. La distribución por provincias sería como muestra la tabla 3.2.

Tabla 3.2.

Estimación de la población diana según provincia.

2022	Población total	Población < 6 años		Población Diana (10%)
		Total	%	
ALMERÍA	740.534	44.531	6	4.453
CÁDIZ	1.246.781	60.613	4,8	6.061
CÓRDOBA	772.464	36.644	4,7	3.664
GRANADA	921.987	45.175	4,8	4.517
HUELVA	528.763	26.193	4,9	2.619
JAÉN	623.761	28.665	4,5	2.866
MÁLAGA	1.717.504	84.427	4,9	8.442
SEVILLA	1.948.393	101.154	5,1	10.115
ANDALUCÍA	8.500.187	427.402	5	42.740

Fuente: IECA 2022.

72 Peña Segura JL, Abenia Usón P, Alonso Curco X, Vidal Valls J, Ortiz Madiaveitia S, Ponte Mittelbrunn J. Atención temprana. *Protoc diagn ter pediatr.* 2022;1:65-73

73 Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) Retos de futuro en el cuidado del desarrollo infantil. Primera edición, Febrero de 2022

74 López I, Försterc J. Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Rev. Med Clin. Condes.* 2022; 33(4) 367-378.



La proporción de la **población menor de 6 años** es similar en todas las provincias, situándose en torno al 5% (excepto Almería, con el 6%). No obstante, las provincias de Málaga y Sevilla son las que tienen mayor número absoluto de menores de 6 años, con 84.427 y 101.154 respectivamente.

A lo largo de los años 2017 a 2022 se ha incrementado en Andalucía el número global de menores derivados desde las USN a los CAIT, pasando de 6.170 en 2017 a 9.861 en 2022, lo que supone un incremento del 59,82 %, manteniéndose la proporción entre niños y niñas sin grandes variaciones (aproximadamente 70% frente a 30%).

En el año 2022 se atendieron en los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) de Andalucía un total de 32.238 niños y niñas menores de 6 años, de los cuáles 22.535 fueron niños (69,90%) y 9.703 niñas (30,10%). Esto supone un **7,54%** global respecto al total de la población de 0 a 6 años, aún por debajo del 10% de la población diana.

Según la distribución por provincias, Sevilla tiene más de una cuarta parte del total de niños (26.3%) y niñas (25.9%) atendidos en CAIT de toda Andalucía, con un total de 8.420 menores, siguiéndole en segundo lugar la provincia de Málaga.

Tabla 3.3

Distribución de personas atendidas en los CAIT de Andalucía según sexo y provincia. Índices de concentración y distribución.

PROVINCIA	Totales			Índice de concentración (%)		Índice de distribución (%)	
	NIÑOS	NIÑAS	Totales	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ALMERÍA	1.587	655	2.242	7,0	6,7	70,7	29,2
CÁDIZ	3.380	1.442	4.822	15,0	14,8	70,1	29,9
CÓRDOBA	2.060	879	2.939	9,1	9,0	70,0	29,9
GRANADA	2.276	992	3.268	10,1	10,2	69,6	30,3
HUELVA	1.061	420	1.481	4,7	4,3	71,6	28,3
JAÉN	1.363	609	1.972	6,0	6,2	69,1	30,8
MÁLAGA	4.864	2.190	7.054	21,5	22,5	68,9	31,0
SEVILLA	5.943	2.517	8.460	26,3	25,9	70,2	29,7
ANDALUCÍA	22.535	9.703	32.238	100	100	69,9	30,1

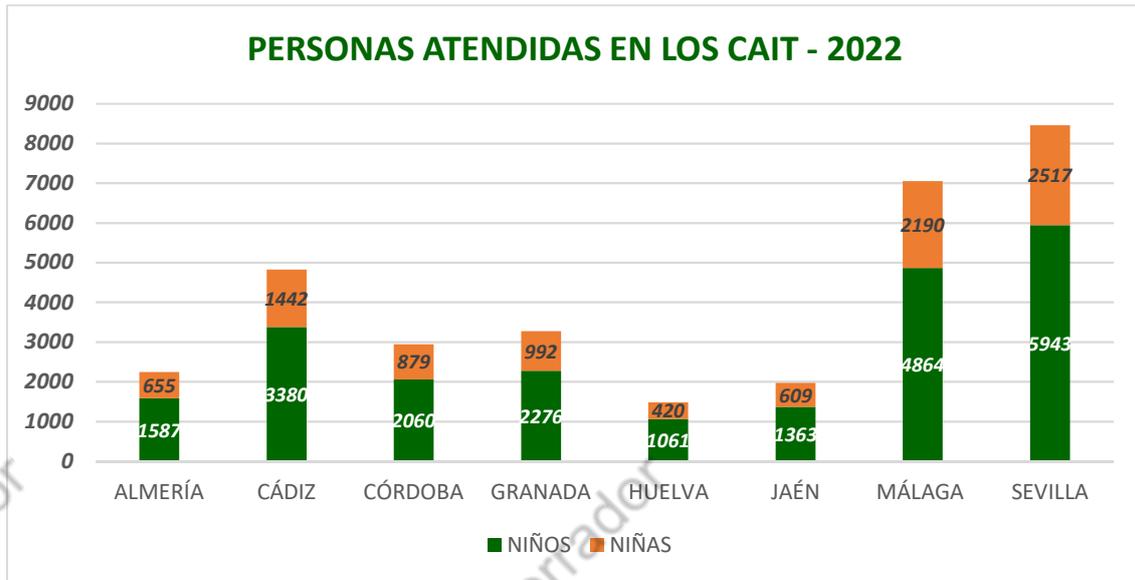
Fuente: Alborada. 2022.



La siguiente figura muestra el número total de personas atendidas en CAIT desagregadas por sexo y provincia, describiéndose en todas ellas una desigual distribución entre niños y niñas.

Fig. 3.4.

Número de personas atendidas en los CAIT con los datos desagregados por sexo y provincia.



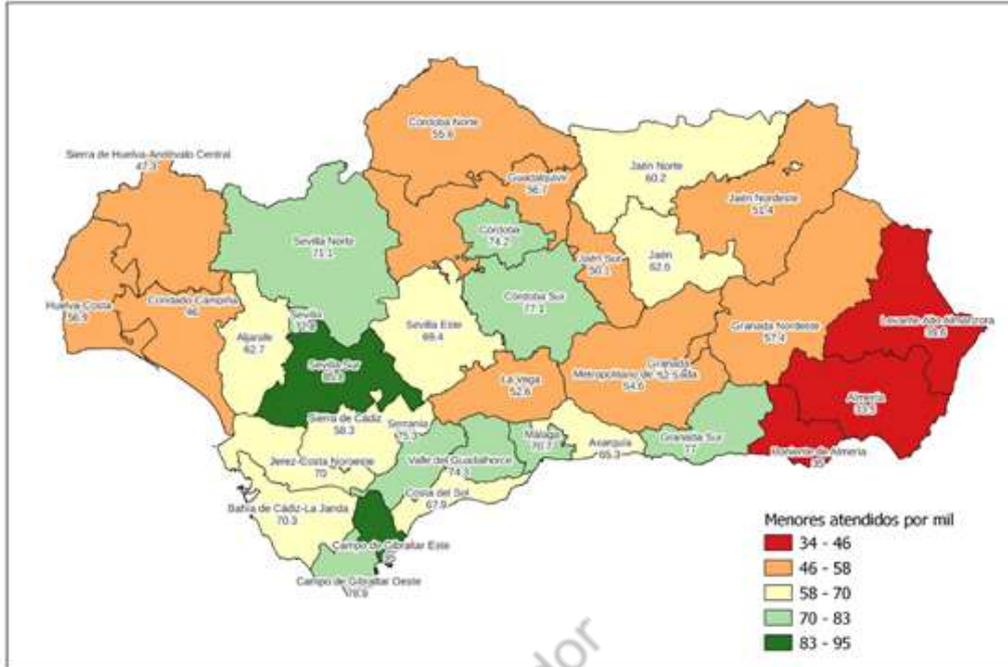
Fuente: Alborada. 2022.

En cuanto a la distribución por distritos sanitarios, como se puede apreciar en el siguiente mapa, la menor proporción de niños y niñas atendidos corresponde a la provincia de Almería (con menos del 50 % de la población diana) y en segundo lugar, la provincia de Huelva y las zonas rurales de interior. La mayor proporción está en el distrito Sevilla Sur y Campo de Gibraltar Este.



Fig. 3.5.

Representación de la proporción de niños atendidos en Atención Temprana por cada mil menores de 0-6 años distribuidos por distrito sanitario.



Fuente: Elaboración propia del servicio de estadística sanitaria de la CSC.

3.1.3.- Incidencia de los riesgos y trastornos del desarrollo

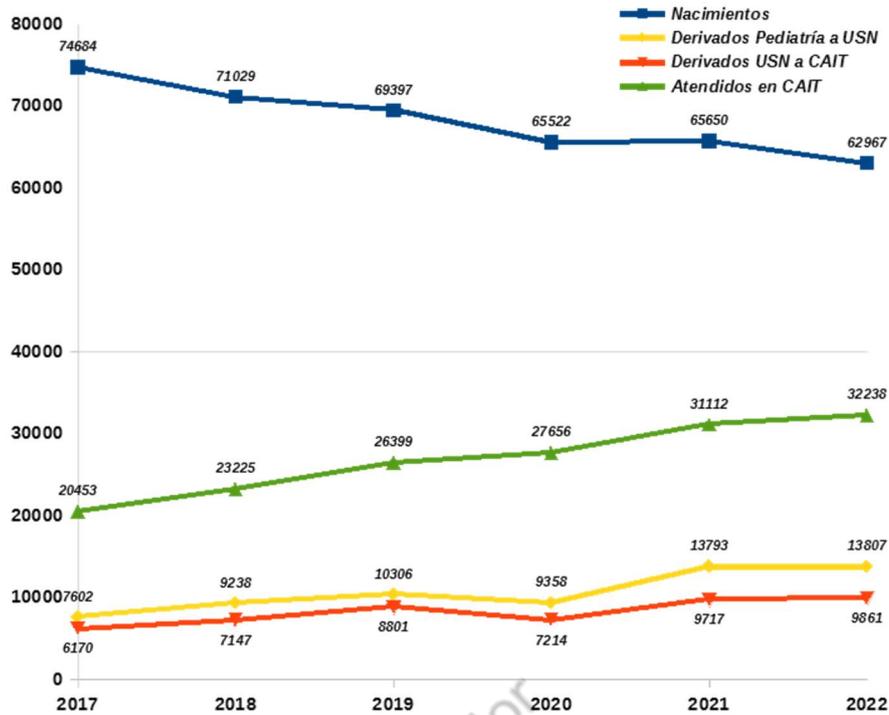
Un total de 9.861 personas menores empezaron a recibir terapia en 2022, cantidad que representa al 30,52% de la población atendida ese año en los CAIT de Andalucía.

En la figura se aprecia que a pesar del descenso progresivo de la natalidad en Andalucía se está generando una mayor demanda de atención por problemas de trastornos del desarrollo en menores de 6 años. Se puede comprobar la tendencia ascendente de las derivaciones de menores a las **USN** y a los **Centros de Atención e Intervención Temprana** (CAIT) durante estos años, a pesar de la disminución de la natalidad en este mismo periodo.



Fig. 3.6.

Evolución de la natalidad y de los trastornos desarrollo atendidos. UAIT – Unidades de Atención Infantil Temprana. CAIT – Centro de Atención Infantil Temprana.



Fuente: Alborada

3.1.4.- Principales diagnósticos

En atención temprana, se utiliza la clasificación diagnóstica desarrollada por la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT), desarrollado por el Real Patronato de Discapacidad⁷⁵. Esta clasificación organiza las situaciones de riesgo y los trastornos que pueden presentarse en niños y niñas de cero a seis años, sus familias y su entorno. Su aplicación permite establecer un conjunto mínimo básico de datos sobre Atención Temprana, estructurados en niveles y ejes. En la tabla 3.4. se describe dicha clasificación.

⁷⁵ Real Patronato sobre Discapacidad. (2005). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Tabla 3.4

Organización Diagnóstica de la Atención Temprana

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA			
NIVEL I Factores de riesgo	EJE 1 Factores biológicos de riesgo	EJE 2 Factores familiares de riesgo	EJE 3 Factores ambientales de riesgo
NIVEL II Trastornos Disfunciones	EJE 4 Trastornos del desarrollo	EJE 5 Factores familiares de riesgo	EJE 6 Entorno
NIVEL III Recursos	Dirigidos al niño	Dirigidos a la familia	Dirigidos al entorno.

Fuente: elaboración propia extraída de los datos del Real Patronato sobre Discapacidad.

Si se analizan los datos de los **diagnósticos principales ODAT** de los niños y niñas que, a lo largo de 2022 fueron derivados por parte de pediatría a las USN y desde estas a los CAIT tras considerar la idoneidad, y se establece una comparativa entre los años 2017 y 2022, se objetiva un cambio en la frecuencia de los mismos.

Tabla 3.5.

Comparativa ODAT ANDALUCIA 2022.

2022	PEDIATRA			USN			CAIT		
	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
ODAT									
1. a. Prenatal	571	460	1.031	438	374	812	365	325	690
1.b. Perinatal	1.420	1.076	2.496	1.442	1.167	2.609	765	645	1.410
1.c. Postnatal	297	183	480	350	253	603	218	154	372
1.d. Otros factores biológicos	1.191	482	1.673	973	405	1.378	463	219	682
10.a. Desarrollo normal	-	-	-	9	8	17	2	3	5
2.a. Características de los padres	6	1	7	4	1	5	5		5
2.b. Características de la familia	5	1	6	9	8	17	8	7	15
2.c. Estrés durante el embarazo	18	4	22	6	5	11	3	2	5
2.d. Estrés en el periodo neonatal	42	27	69	12	6	18	6	2	8



2.e Periodo postnatal	39	25	64	9	13	22	6	6	12
3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés	1	2	3	1	0	1	3		3
3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés	1	1	2	0	0	0		1	1
3.c Exposición a factores de exclusión social de la familia	3	-	3	0	0	0	1		1
4.a. Trastornos en el desarrollo motor	921	703	1.624	924	657	1.581	816	594	1.410
4.b. Trastornos visuales	55	41	96	42	43	85	36	35	71
4.c. Trastornos auditivos	199	135	334	171	126	297	185	146	331
4.d. Trastornos psicomotores	1.395	750	2.145	781	484	1.265	515	374	889
4.e. Retraso evolutivo	3.486	1.365	4.851	7.230	2.597	9.827	6.695	2.846	9.541
4.f Trastorno en el desarrollo cognitivo	106	38	144	91	27	118	235	98	333
4.g. Trastorno en el desarrollo de comunicación y lenguaje	7.663	2.695	10.358	7.704	2.754	10.458	7.602	2.838	10.440
4.h. Trastorno en el expresión somática	1	-	1	2	-	2	5	1	6
4.i. Trastornos emocionales	1	-	1	3	3	6	19	20	39
4.j. Trastorno de la regulación y comportamentales	7	3	10	38	4	42	369	87	456
4.k. TEA	4.859	1.593	6.452	1.985	558	2.543	4.027	1.169	5.196
4.l. Plurideficiencias	243	114	357	38	22	60	152	102	254



4.m. Otros	-	-	-	12	10	22	33	26	59
5.a. Institucionalización	3	-	3						
5.b. Formas de relación familia-niño	-	1	1				2	1	3
6. a Confluencia de factores de exclusión	-	-	-				1	0	1
SIN DIAGNÓSTICO	-	-		263	176	439	0	0	0
TOTAL	22.537	9.701	32.238	22.537	9.701	32.238	22.537	9.701	32.238

Fuente: Alborada.

Los trastornos del desarrollo con mayor prevalencia en Andalucía en 2022, de acuerdo a la Organización diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) establecida en los CAIT, fueron los **trastornos de la comunicación y el lenguaje** (32,3%), el **retraso evolutivo** (29,6%) y los **trastornos del espectro autista** (16,1%). Le siguieron los factores de riesgo perinatales (4,3%) y los trastornos motores (4,3%).

Tabla 3.6

Número y porcentaje de diagnósticos ODAT de los CAIT, agrupado por sexo en 2022.

ODAT CAIT - 2022	niños	niñas	Andalu- cía	Porcentaje ODAT
Prenatal	365	325	690	2,1
Perinatal	765	645	1.410	4,3
Postnatal	218	154	372	1,1
O. Factores biológicos	463	219	682	2,1
T. Desarrollo motor	816	594	1.410	4,3
T. psicomotores	515	374	889	2,7
Retraso Evolutivo	6.695	2.846	9.541	29,6
T. Comunicación y Len- guaje	7.602	2.838	10.440	32,3
T. Reg. y comportamiento	369	87	456	1,4
TEA	4.027	1.169	5.196	16,1
Resto ODAT	702	450	1.152	3,5
TOTAL	22.537	9.701	32.238	100

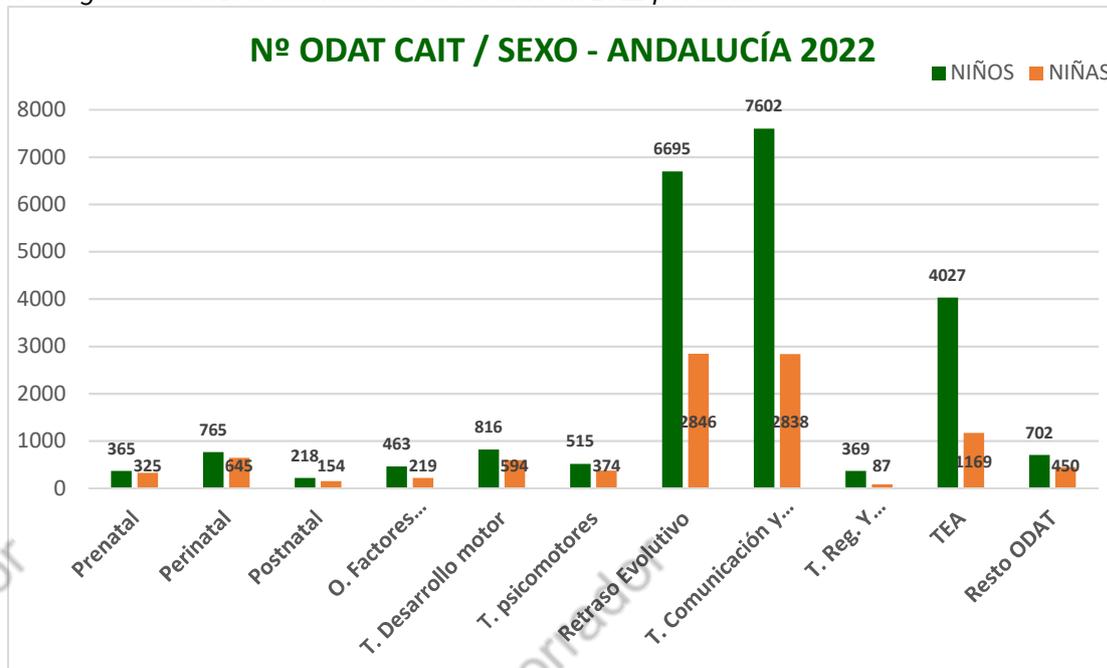
Fuente: Alborada.



En la siguiente figura pueden observarse los datos absolutos de diagnósticos ODAT realizados en CAIT desagregados por sexo.

Fig. 3.7.

Nº diagnósticos ODAT reconocidos de los CAIT en 2022 por sexo.



Fuente: Alborada.

Persisten estables los **factores de riesgo del eje 1 (pre, peri y posnatales)** sin grandes variaciones a lo largo de los años. Señalar las diferencias de la frecuencia entre los diagnósticos principales codificados por parte de pediatría, las USN y los CAIT. La **prematuridad** constituye un factor de riesgo del niño y de la niña (Eje 1) cambiando el diagnóstico principal hacia un trastorno establecido (Eje 4) si a lo largo del tiempo se objetiva el mismo, lo que explica la disminución de las cifras en los factores de riesgo.

Hay que remarcar que aumentan los diagnósticos de **Retraso evolutivo**, siendo desigual por provincias. Según se especifica en la ODAT, se trata de una categoría diagnóstica establecida por el GAT para ser aplicada en aquellos casos que requieren un diagnóstico inicial o provisional. En concreto, va dirigida al primer año de vida y, en todo caso, se puede prolongar hasta que se obtenga a una puntuación objetiva de las competencias cognitivas de los niños y niñas, por medio de pruebas psicométricas estandarizadas. Con frecuencia se usa a lo largo de todos los primeros años, lo que obliga a establecer unos criterios comunes de codificación.

El **retraso psicomotor**, cuarto en frecuencia a lo largo de 2022, hace referencia a anomalías motoras relacionadas con trastornos cognitivos.

Igualmente, aumenta de forma significativa el diagnóstico de “**Otros factores biológicos**”, que están referidos a signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención



Primaria o en los Centros de Educación Infantil en personas menores que no tienen otros factores de riesgo biológicos y que se codifican en otros apartados. En estos casos hay que tener en cuenta dicha sospecha como factor de riesgo y realizar un seguimiento y atención. Igual que en el caso del Retraso evolutivo, la codificación de este diagnóstico es muy desigual por provincias dando muestra de la gran variabilidad que existe en el uso de la clasificación diagnóstica ODAT.

Esta variabilidad se reduciría a través de la formación a profesionales, dándoles también la posibilidad de realizar las derivaciones codificando por ejes y categorías genéricas. Algunos de los diagnósticos aparecen cerrados para pediatría de primaria, motivo por el cual, se realiza entonces la derivación con otro diagnóstico alternativo que puede guardar cierta relación.

En el informe de los **grupos focales**⁷⁶ se refleja que la obtención del diagnóstico de un trastorno del desarrollo concreto, desencadena un nuevo proceso que tiene que ver con el duelo y la aceptación, toda vez que posibilita la puesta en marcha de estrategias más adaptativas y la búsqueda y aplicación de los recursos más adecuados, entre los que se encuentra el **apoyo de asociaciones** que trabajan con determinados trastornos del desarrollo, en las que por fin encontrarse con familias en situaciones similares.

4.- EL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

La Red de Atención Temprana está integrada en la Comunidad Autónoma de Andalucía por los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Salud, las **USN**, los **CAIT** y los **Equipos Provinciales de Atención Infantil Temprana (EPAT)**. Estos recursos se coordinan con aquellos otros que, desde el ámbito educativo y de servicios sociales, contribuyen a la atención integral de la persona menor y su familia.

En Andalucía se ha implementado un tejido de CAIT, a través de un **modelo principalmente generalista** (sin renunciar a poder contar con centros específicos para ciertos trastornos) basado en asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los recursos vinculados a salud, educación y servicios sociales.

4.1.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA

El procedimiento para el acceso a este sistema se inicia en la actualidad en la **consulta de Pediatría de Atención Primaria (AP)**, donde el o la profesional valora los posibles trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos y realiza el seguimiento, las derivaciones pertinentes a otras especialidades hospitalarias, el diagnóstico diferencial, la adherencia a las citas de seguimiento y al tratamiento, etc.

El Sistema de gestión/información de las personas usuarias de atención temprana se inicia por profesionales sanitarios del **SSPA (AP)** a través de la Historia de Salud Digital del SSPA

⁷⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



(**DIRAYA**) y la apertura del expediente en el Sistema de gestión/información de la atención temprana, denominado **ALBORADA**.

A continuación se deriva a la **USN** correspondiente que realizará la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional que incluye a sus familias y a su entorno. Según la Ley de atención Temprana, la derivación a las USN también pueden realizarla las **Unidades de Gestión Clínica de Pediatría Hospitalaria (UGC) y los Servicios de Neonatología**, aunque esta circuito aún está implementándose.

En la actualidad se dispone de una **USN** en cada una de las provincias de Andalucía constituidas generalmente por un equipo formado por dos personas, profesional de pediatría y de psicología clínica. Las USN de Cádiz, Málaga y Sevilla disponen de dos equipos cada una de ellas.

Tras la valoración por parte de las USN y la decisión de idoneidad, es decir, la necesidad de intervención, se realiza la derivación al **CAIT**.

Los **CAIT** son los encargados de la asistencia de las personas menores que han sido derivadas desde las USN. Cuentan con un equipo básico de profesionales para poder realizar las intervenciones específicas en cada caso, del ámbito de la Psicología, Logopedia y Fisioterapia. Los y las profesionales de los CAIT gestionan la intervención mediante un **Plan Individualizado de Intervención Temprana (PIIT)** a desarrollar con la persona menor, su familia y entorno, en colaboración y coordinación con los recursos propios del ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales, todos ellos representados en el EPAT, dando respuesta de manera conjunta y colaborativa a las necesidades observadas.

Se considera “**No idoneidad**” los casos en los que la valoración por parte de la USN indica que la persona menor no presenta un trastorno del desarrollo susceptible de recibir intervención en CAIT.

Puede que en una primera valoración no se considere la **idoneidad** para realizar una intervención en CAIT. En este caso, se puede dar una cita de revisión en la USN para una **nueva valoración**, ya que en algunos trastornos del desarrollo sus manifestaciones se modifican de acuerdo a los cambios madurativos o se enmascaran por mecanismos compensatorios que obligan a una reevaluación posterior. También es posible la solicitud de una **segunda opinión** por demanda de la familia⁷⁷.

Por otra parte, aunque se determine la “**No idoneidad**” para recibir intervención en un CAIT, se dan recomendaciones a la familia, al pediatra, a los centros escolares o a los servicios sociales para la valoración y el seguimiento del o la menor.

Los CAIT están relacionados también con los **Centros de Salud** de su área de influencia geográfica, favoreciendo la continuidad de la atención.

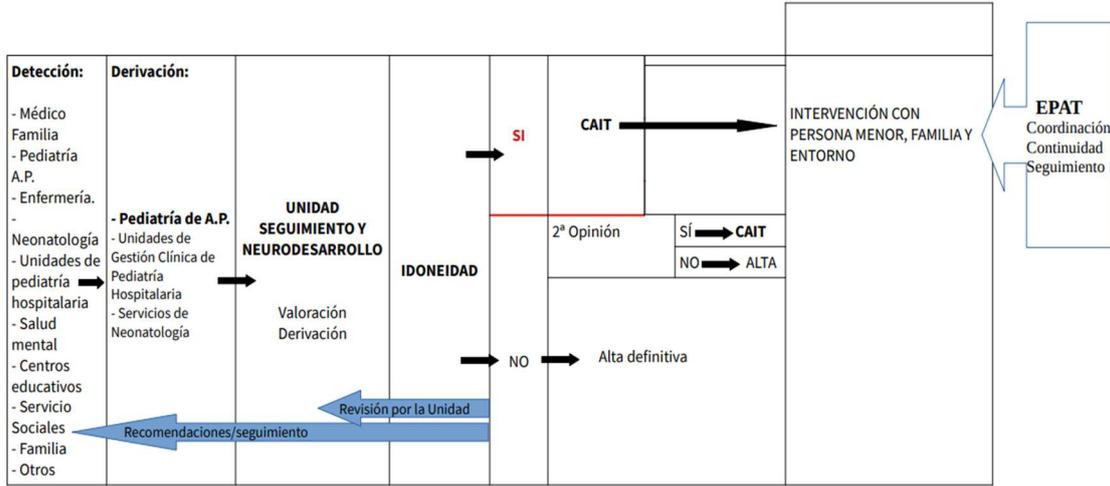
⁷⁷ Orden de 10 de julio de 2018, por la que se regulan los criterios y el procedimiento para solicitar segunda valoración en el proceso de atención infantil temprana. BOJA Número 137, 17 de julio de 2018.



Fig. 4.1.

Diagrama de flujo de la prestación del servicio de Atención Temprana.

Detección y derivación en Atención Temprana



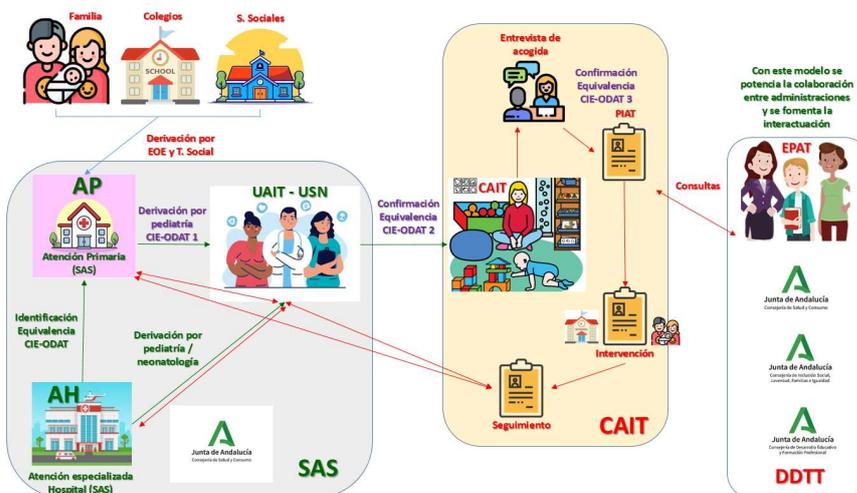
Fuente: Elaboración propia.

Los **EPAT** por su parte, tienen entre otras funciones, la coordinación eficaz de la Atención Temprana en cada provincia, garantizando la aplicación uniforme y homogénea de dicha atención en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En el siguiente diagrama se puede observar de forma esquemática el flujo que se establece para la prestación de este servicio:

Fig. 4.2.

Diagrama de flujo del Sistema de la Atención Temprana en Andalucía.



Fuente: Elaboración propia.



4.2.- MAPAS DE CENTROS Y SERVICIOS: SISTEMA DE INFORMACIÓN MAPEA

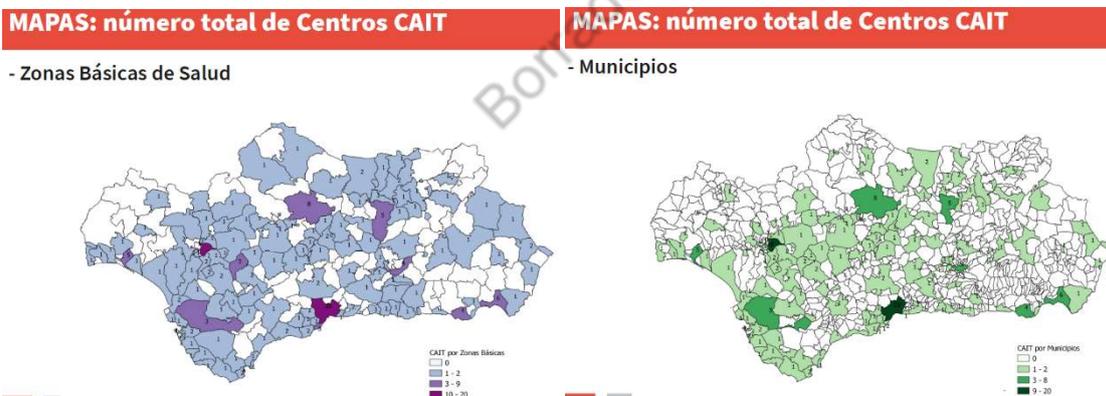
Para poder planificar y analizar la cobertura de la prestación de la atención temprana, se utilizan los mapas de servicios y centros que han sido integrados en el **sistema de información de mapas de GNOIDE**, gestionado por el **Servicio de Estadísticas Sanitarias** de la Consejería de Salud y Consumo. Permite ver la geolocalización actualizada de los CAIT por provincias, Zonas Básicas de Salud (ZBS), municipios y distritos⁷⁸.

- **Geocodificación**
- **Representación del mapa**
- **Análisis de exactitud**

La mayor concentración de CAIT se indica con la intensidad del color en los mapas que se acompañan. Cuanto más se oscurece el color, mayor número de CAIT. Esta distribución coincide con las zonas más pobladas del litoral y del eje del Guadalquivir, quedando las zonas rurales de montaña con menor población, con menos centros o ninguno.

Fig.4-3.

Mapas de CAIT geolocalizados por zona básica de salud y por municipios.



Fuente: GNOIDE – MAPEA. Servicio de Estadísticas Sanitarias. Consejería de Salud y Consumo. Junio 2023

⁷⁸ Sistema de información de mapas de GNOIDE. URL DE ACCESO AL MAPA GIS DE CENTROS Y SERVICIOS CAIT DEL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA:

https://www.ideandalucia.es/mapea/?layers=WMS*Callejero%20Andaluc%C3%ADa*https://www.callejeroandalucia.es/servicios/base/wms?%27*CDAU_base*false*true**1.3.0*image/png&wmcfile=https://www.ideandalucia.es:443/ggiscloud/restapi/context/xml/04af05ab-bd72-43fc-a6e4-95d4def2d212&controls=panzoom,panzoombar,mouse.getfeatureinfo,scale,location,scaleline&plugins=measurebar,printer,completetoc&geosearch=https://www.ideandalucia.es/geosearch/*mapa1682567871222*/search&overviewmap=BR*true*true*true*3&projection=EPSG:25830*m&ticket=PWUMZ5MQTPUGAEWTHCXVSFZLIZ7NZPKWTFZQKMQAWUNLQTP5BEXEIIYF3SVXQFGYLU4FDE2MUFSKH6HTXFAWE7CFOD552CV6P4B7CXFF5KBSXW4OQ7KBZMFJ3VWDVUURD3P5MOVZM2FZYSETVTUWUZZFN4BIUNMUVRYJN6JYY5LP7Y6BKVQ



4.3.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL ENTORNO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

El **Sistema ALBORADA** es una herramienta de gestión que facilita la coordinación de todas las personas que intervienen en el seguimiento de los niños y niñas con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos y sus familias. Coordina a profesionales del Sistema Sanitario Público, de las USN, de los CAIT, EPAT, servicios sociales y educación. Este sistema se encuentra en funcionamiento desde 2011 y ha ido evolucionado hasta la actualidad adaptando sus funcionalidades a las nuevas casuísticas y a la legislación vigente⁷⁹.

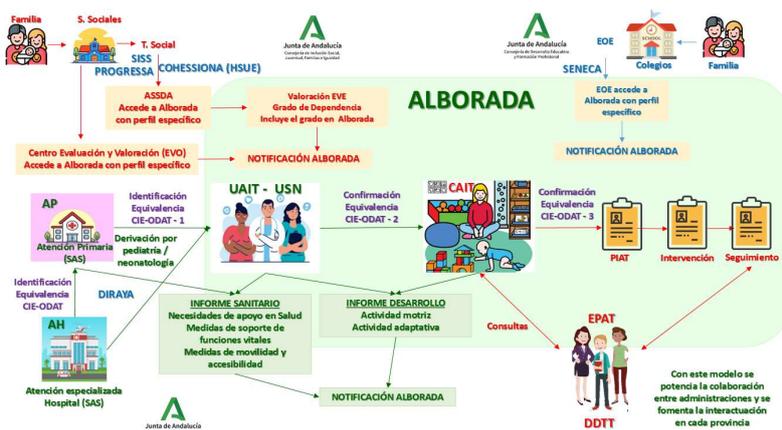
El **objeto** del sistema de información es dar cobertura a todo el ciclo de la atención temprana, integrando toda la información necesaria en el mismo sistema y coordinando las actuaciones de los diferentes agentes que participan en el proceso. Las **fases del proceso** son: Gestión, Identificación, Derivación, Admisión, Intervención y Alta.

Composición: Consta de seis módulos fundamentales:

- I. **Módulo de profesionales del SAS.**
- II. **Módulo CAIT**
- III. **Módulo de Gestión de la Prestación**
- IV. **Módulo de Gestión Económica**
- V. **Módulo de Tratamiento de la Información**
- VI. **Módulo de Administración del Sistema**

Fig. 4.4.

Algoritmo de utilización de Alborada y otros sistemas de información de Salud, Educación y Servicios Sociales.



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se ha indicado anteriormente, desde pediatría de AP se determina la derivación a

⁷⁹ Sagués Amadó A, Pons Tubío A, Alcázar Domínguez J, Jiménez Colorado A. Proyecto ALBORADA: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía. Ed. Fundación CASER. Madrid.



las USN. Para ello, y con el objetivo de utilizar un lenguaje unificado, se cataloga el trastorno o riesgo de presentar según la **Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT)**⁸⁰.

El sistema ALBORADA cuenta con una tabla de equivalencias entre la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y la ODAT que permite la inclusión automática (ante un diagnóstico CIE concreto) de una persona menor en el **Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC)** favoreciendo la codificación de los diagnósticos de Atención Temprana con un lenguaje común con los CAIT. Este proceso se realiza directamente desde el propio escritorio de DIRAYA, permitiendo acceder a Alborada desde el visor de DIRAYA (icono de proceso asistencial AT). Los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) existentes para la inclusión de la persona menor en el ciclo de atención temprana de Andalucía son los siguientes⁸¹:

- PAI atención temprana – general.
- Seguimiento recién nacido de riesgo.
- Trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual⁸².
- Trastornos del desarrollo con discapacidad motora.
- Trastornos del espectro autista.
- Trastornos sensoriales.

En la pestaña UAIT (ahora USN) se puede consultar la valoración realizada a la persona menor con los campos abiertos de Historia, Exploración, Pruebas y Observaciones. Puede generarse un solo informe que se entrega a la familia y que habitualmente se cuelga en la pestaña de “Documentos”. Se está trabajando para que estén disponibles para profesionales de AP ya que no lo están por el momento. Esto genera una importante dificultad para la transmisión de la información.

En la actualidad, tienen acceso a ALBORADA profesionales de AP y Atención Hospitalaria (AH), USN, CAIT y EPAT, pero no a todos los documentos que se generan en el sistema. El sistema no permite compartir datos con cualquier otro sistema de forma interoperativa en tiempo real. También se proporciona acceso a Servicios Sociales (Valoración de la dependencia - valoradores⁸³; Centros de Valoración y Orientación - EVOS) y de Educación (Equipos de Orientación Educativa – EOE).

El 93% de las personas que ha contestado la **encuesta a profesionales**, realizadas desde el Servicio de Atención Temprana para el PIAT⁸⁴, utiliza Alborada.

⁸⁰ Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana. Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. 2004.

⁸¹ NOTA: Está pendiente de finalizar, validar, autorizar y publicar el PAI sobre trastorno del lenguaje.

⁸² Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

⁸³ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE.42. 18 de febrero de 2011. Pág. 18567-18691.

⁸⁴ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



- El porcentaje menor de uso corresponde a quienes desempeñan funciones de detección y diagnóstico, mientras que si la función es de tratamiento, el uso asciende al 100% del personal, que cuenta con formación específica para ello.
- Los aspectos mejor valorados de Alborada son los relacionados con el propio desarrollo del sistema, y concretamente, la satisfacción con el diseño y la estructura de los módulos alcanza el 58%, con las funcionalidades sube hasta el 61%, llegando al 63% con el acceso a la información.
- Por contra, para un alto porcentaje de personas usuarias de Alborada, la experiencia con el sistema resulta deficiente, en concreto, la agilidad del sistema es considerada nada satisfactoria al 74%, la conectividad al 60% y el acceso a la página al 50%.
- La valoración de la accesibilidad es peor entre las personas con más formación y aquellas que tienen una experiencia entre 3 y 5 años, así como entre las que desarrollan tareas de tratamiento; y es marcadamente negativa en las provincias de Huelva y Málaga.
- Las principales dificultades encontradas están en los fallos del sistema, la incompatibilidad de navegadores, la información insuficiente, la lentitud del manejo, la usabilidad, la visualizar y la descarga de informes.

En lo que respecta al acceso a la información, en la **encuesta a profesionales** se observa que es mayoritariamente frecuente el acceso a la información sobre la persona menor, especialmente a la Historia de Salud (55%), a datos de escolarización (53%), a factores de riesgo preperinatales (46%), así como a los informes de evolución (45%). Por el contrario, señalar que más de la mitad del personal encuestado (57%) ha manifestado que no consulta con frecuencia, en concreto nunca (16%) o a veces (41%), información sobre otras prestaciones y recursos.

Los y las profesionales que han sido **entrevistados como informantes clave**⁸⁵, han manifestado, en términos generales, una opinión negativa en relación con el sistema Alborada que es percibida como una herramienta de control y fiscalización por parte de la administración, más que una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación con otros profesionales, no siendo percibida la utilidad en la mejora de la calidad del servicio y para obtener datos de interés. Por ello, hacen hincapié en la necesidad de actualizar el sistema para hacerlo más operativo.

Con respecto al intercambio de información con otros sistemas, ALBORADA no permite la interoperabilidad con los diferentes sistemas y bases de datos que se enumeran a continuación.

4.3.1.- Programa historia social única electrónica (CohESsiona) / informático SISS – ProgreSSa

La **Historia Social Única Electrónica de Andalucía**⁸⁶ (**CohESsiona**) es un sistema de información unificado en el ámbito de los servicios sociales que tiene entre sus objetivos

⁸⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

⁸⁶ M GARCÍA SÁEZ, F ALONSO TRUJILLO, et al. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo – Proyecto RESISOR). 1ª edición. Versión en español. Vol. 1. 2018. p. 1-64. Ed Consejería de Igualdad y Políticas Sociales - SGPS. SEVILLA. DEP. LEGAL: SE 2499-2018-1. URL: <http://www.resisor.es/images/descargas/Libro-Blanco.pdf>



simplificar los procesos y facilitar las gestiones a la ciudadanía para ofrecer una atención integral y de calidad. A través de ella, y una vez implantada en su totalidad, será la referencia del sistema de servicios sociales de Andalucía, que atiende a más de dos millones de personas usuarias e integra unos 75.000 profesionales. Incorpora en un único sistema electrónico toda la información de los servicios sociales comunitarios y especializados, así como la correspondiente a las entidades, tanto públicas como privadas, proveedoras de estos servicios concertados con la Junta de Andalucía.

ProgreSSa es el sistema de información (en construcción), puesto a disposición de las entidades locales andaluzas competentes para la gestión integral de los servicios sociales comunitarios (SSCC) que comprende el registro, tratamiento y administración de los datos relativos a las prestaciones y servicios del **Catálogo de Prestaciones** del SPSSA. Incorpora la generación, registro, actualización, modificación y seguimiento de la información contenida en la **ficha social** de las personas usuarias de los SSCC. Asimismo, la elaboración, control, seguimiento y evaluación del proyecto de intervención social (PIA), que podrá ser tanto individual como de la unidad familiar o de convivencia, será de conformidad con lo previsto en el **artículo 46 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre**⁸⁷.

Actualmente, los y las profesionales de las USN y CAIT no tienen acceso a las bases de datos de ProgreSSa y CoheSSiona, ni existe la posibilidad de compartir datos con otros sistemas de información de otras Consejerías mediante un intercambio interoperativo con Alborada.

4.3.2.- Sistema de información para la autonomía y la atención a la dependencia (SISAAD)

El SISAAD es el Sistema de Información que garantiza a nivel nacional la disponibilidad de la información relativa al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y la comunicación recíproca entre las administraciones públicas⁸⁸.

El SISAAD se regula en la **Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre**, con la finalidad de garantizar una mejor disponibilidad de la información y de la comunicación recíproca entre las administraciones públicas, así como facilitar la compatibilidad y el intercambio de información entre estas, consiguiendo así una mejor gestión, explotación y transparencia de los datos contenidos en el mismo. Todo ello con respeto a las competencias que las comunidades autónomas y el resto de administraciones públicas tienen asignadas en la materia.

4.3.3.- Sistema de información del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA).

DIRAYA es el sistema que se utiliza en el Servicio Andaluz de Salud como soporte de la historia clínica electrónica⁸⁹. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendidas en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle⁹⁰, y sirve también para la gestión del sistema sanitario y estudios

⁸⁷ Decreto 58/2022, de 27 de abril, por el que se regula la estructura, uso, acceso, alcance y funciones del sistema CoheSSiona, por el que se implementa la Historia Social Única Electrónica de Andalucía, y se crea el sistema ProgreSSa para la gestión de los Servicios Sociales comunitarios de Andalucía. – BOJA N82. 03/05/2022. URL: <https://juntadeandalucia.es/boja/2022/82/5>

⁸⁸ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, no en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero.

⁸⁹ DIRAYA. SAS. URL: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/diraya>

⁹⁰ Moving toward a single comprehensive electronic health record for every citizen in Andalucía, Spain. Protti, Denis. Healthcare Quarterly 10(4): 114-123 URL: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas->



comparativos interregionales⁹¹.

Infoweb es una Plataforma de Información de Gestión Sanitaria, desde la que el SAS puede obtener diferentes datos que facilitan la gestión a los centros. Respecto a la atención temprana, se ha incorporado la información desde 2019 en cuanto a: nº de citas, nº de consultas realizadas, pacientes, población de 5 años o menos, % pacientes sobre población, frecuentación por cada 1000 habitantes, media de consultas realizadas, nº jornadas con actividad y media por profesional y jornada.

En la actualidad, los y las profesionales de las USN tienen acceso a los expedientes e historias clínicas de DIRAYA y pueden volcar manualmente en ALBORADA información clave. A su vez, en los CAIT se puede ver la información volcada desde las USN. Sin embargo, este volcado no es automático ni interoperativo entre las bases de datos.

4.3.4.- Portal SÉNECA de Educación.

El programa SÉNECA permite la gestión de los centros educativos dependientes de la Consejería competente en materia de Educación. Permite la gestión y comunicación de documentos públicos y contiene las herramientas de trabajo y seguimiento⁹². En la actualidad está cedido a seis CCAA. SÉNECA debe concretarse para ofrecer una información más rigurosa de la funcionalidad de este sistema con respecto al alumnado y profesionales a los que se dirige este Plan.

En Alborada existe la posibilidad de abrir un informe de escolarización que se cumplimenta una vez que el alumnado ha sido valorado por los Equipos de Orientación Educativa (EOE) y se le reconocen Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE).

Hasta la fecha, el acceso a ALBORADA solo está habilitado para profesionales de los EOE especialistas en AT que se integran en los EPAT. Asimismo, la D.G. de Planificación, Centros y Enseñanza Concertada y algunos EOE cuentan con el acceso a este Sistema con objeto de la verificación de datos de cara a los procesos de admisión del alumnado en los centros educativos.

Actualmente, desde las USN no se tiene acceso a esta base de datos, ni existe la posibilidad de compartir la información que contiene con otros sistemas informáticos de otras Consejerías mediante un intercambio interoperativo.

5.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA.

Incluye al conjunto de actuaciones preventivas dirigidas a la **población en edad fértil**, niños y niñas menores de 0 a 6 años, sus progenitores y su entorno, que tienen como objeto evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil, disminuyendo los **factores de riesgo biopsicosociales**, que pueden afectar el normal desarrollo de los niños y las niñas y al bienestar familiar, potenciando **actuaciones complementarias** a otros programas que se estén llevando a cabo.

[media-medialfile_sasdocumento/2019/2007_EH_vol6_no2_Protti.pdf](#)

91 Comparing the application of Health Information Technology in Primary Care in Denmark and Andalucía, Spain. Protti, Denis; Johansen, Ib; Perez-Torres, Francisco. International Journal of Medical Informatics 78(4): 270-83. URL: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-medialfile_sasdocumento/2019/2009_Denmarck_Alanducia.pdf

92 Sistema Informático SÉNECA. Consejería de Educación y Deporte. URL: <https://repositorio.i-administracion.junta-andalucia.es/repositorio/usuario/listado/fichacompleta.jsf?idProyecto=526>



En la actualidad, se están desarrollando actuaciones de prevención primaria en diferentes niveles y por distintos organismos del sistema de atención:

1.- Programas de **educación afectivo-sexual y reproductiva**, y acceso universal a prácticas clínicas efectivas de **planificación de la reproducción (embarazo, parto y puerperio)**.

- Desde educación, servicios sociales y salud se impulsan actuaciones de salud sexual, salud reproductiva, responsabilidad en materia de reproducción, incorporando métodos anticonceptivos de última generación y programas y servicios para evitar embarazos no deseados.
- Desde el SAS, consejo genético y diagnóstico prenatal, mediante estrategias dirigidas a la identificación de personas en edad fértil con riesgo genético, obstétrico, riesgo de prematuridad, psicológico o social.

2.- Desde salud, actividades dirigidas a:

- Humanización de la atención perinatal y del proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio.
- Fomento de la parentalidad positiva.
- Seguimiento del desarrollo evolutivo.
- Vacunación durante el embarazo.
- Vacunación infantil.
- Promoción de la lactancia materna.
- Información sobre factores de riesgo medioambiental y laboral para las embarazadas.
- Desde AP y en los servicios de pediatría y unidades de neonatología hospitalarias del SSPA, implantación y refuerzo de los cuidados centrados en el desarrollo.

3.- Factores de riesgo medioambientales y laborales para las mujeres embarazadas, preparación para una crianza saludable, y promoción de estilo de vida saludable en el ciclo vital.

4.- Programas de prevención prenatal/perinatal para minimizar las desigualdades en población de riesgo psicosocial, en especial, en las **Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)**.

5.- Seguimiento del desarrollo evolutivo y crianza de los niños y niñas, así como promoción de la **parentalidad positiva** hasta los 6 años.

6.- Programas de **formación de profesionales** en sus diferentes ramas y especialidades en atención temprana y atención infantil hasta los 6 años (alimentación saludable, estimulación del desarrollo, estimulación del lenguaje, etc.)

7.- **Programas de Investigación** en colaboración con las universidades y organismos públicos de investigación.



6.- PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA – DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.

La prevención secundaria en atención temprana tiene por objeto la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo⁹³.

6.1.- DETECCIÓN.

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la atención temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño o la niña, las familias y su entorno.

La detección temprana de los trastornos en el desarrollo infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. Es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran una alta eficacia. Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, si es posible, antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todas aquellas personas que trabajan con poblaciones infantiles.

La detección de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 6 años se realiza principalmente por parte de las **familias, servicios sanitarios y centros educativos.**

DETECCIÓN FAMILIAR: A nivel familiar son los padres y madres los que pueden señalar a diferentes profesionales la existencia de un problema en el desarrollo, siendo a veces minusvalorados, llevando a un diagnóstico tardío del problema.

De las **encuestas a profesionales de atención temprana del PIAT-A⁹⁴** realizadas se obtiene:

- El dato de que las principales fuentes de detección de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y profesionales del ámbito de la salud (35%).
- En tercer lugar, destacan profesionales del ámbito educativo (18%), siendo el resto de las opciones planteadas (familiares que no conviven con la persona menor, profesionales del ámbito de los servicios sociales u otros) prácticamente inexistentes.
- Se observan diferencias a nivel provincial, destacando la reducida cifra de profesionales que han señalado a otros del ámbito educativo como principal fuente de detección en la provincia de Cádiz (7%) si se compara con las cifras en la provincia de Huelva (36%).
- El porcentaje de profesionales que señalan como principal fuente de detección a familiares que conviven con el menor es superior en Atención Primaria (56%) frente a los que trabajan en Centros de Atención e Intervención Temprana (42,85%).

⁹³ Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID. 2005.

⁹⁴ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



El informe de las entrevistas a Grupos Focales del PIAT-A⁹⁵ detectó:

- Que hay diferencias evidentes, entre las que existe más conocimiento en general y están más asimiladas socialmente y las que no son tan perceptibles a simple vista, con menos conocimiento.
- Muchas madres entrevistadas en los grupos focales se han sentido culpabilizadas al ignorar estas primeras señales de alerta, que ellas sí detectaron. Manifiestan que les ha costado acceder al sistema de atención temprana porque desde atención primaria no se tramitaba la derivación a la USN para la valoración. Aunque las madres alertaran al personal médico de síntomas y señales, este no atendía a estas alertas como ellas esperaban.
- Para otras familias el procedimiento de valoración ha sido rápido porque se ha detectado el riesgo desde las Unidades de Neonatología. La prematuridad y el RN de riesgo conllevan un proceso diferente.
- El establecimiento de unos criterios claros de derivación y la priorización de la valoración, en función de la gravedad del diagnóstico previo, acorta los tiempos de espera y disminuye la variabilidad. En estos casos, las visitas y controles médicos son más frecuentes, la vigilancia es más cercana y la comunicación más continúa.
- Estas familias, y las que tienen bebés que nacieron de forma prematura o tenían problemas neonatales, mencionan cuestiones específicas que hicieron que la comunicación del diagnóstico y la adaptación a la situación fuese más fácil: el diagnóstico no les sorprendió, porque fueron las propias familias quienes identificaron el trastorno o porque estaban presentes cuando se produjo el evento que catalizó la necesidad de atención temprana; el trato del personal de sanidad fue cercano; la información que recibieron respondió sus dudas; el procedimiento de acceso fue más rápido porque se identificaron con mayor claridad las necesidades y los factores de riesgo. Todo esto hizo que tuvieran menos incertidumbre.
- Dependiendo del tipo de causa, del tipo de trastorno, de la gravedad del diagnóstico, del grado de evolución, del tiempo transcurrido desde que se detectó, del capital (simbólico, económico, social y cultural) con el que se cuenta, la experiencia puede ser diferente en algunos aspectos, pero hay muchas cuestiones y necesidades comunes.
- Cuando la familia cuenta con experiencia previa en el sistema de atención temprana, porque tienen o han tenido algún o alguna menor que han estado recibiendo terapias en CAIT, describen vivencias diferentes entre un caso y el siguiente. En primer lugar, cabe pensar que hay procesos de asimilación que ya se han vivido y se conoce el mecanismo de acceso al sistema de atención temprana y la hoja de ruta, lo que influye en que la segunda experiencia sea diferente.
- No todos los casos que enfrentan las familias entrevistadas tienen la misma gravedad, hay limitaciones leves, retrasos que se superan, o limitaciones que no se materializan. En estas situaciones, las y los menores tienen menos necesidades especiales. La vulnerabilidad, que el problema de desarrollo añade a los niños y las niñas, cambia la experiencia y la vivencia de la familia.

95 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En la actualidad, existe una extensa línea de trabajo sobre cómo utilizar esta capacidad de las familias para la detección de los TD. Se ha discutido si las preocupaciones expresadas por los padres y madres pueden ser consideradas como un test en sí o solo como un medio para seleccionar a quién aplicar otros métodos de evaluación⁹⁶.

Alrededor del 50 % de los niños y niñas cuyas familias expresaron este tipo de preocupaciones acerca de su lenguaje, desarrollo motor, cognitivo o de aprendizaje, tenían problemas o necesitaban educación especial^{97, 98}.

DETECCIÓN EN SERVICIOS SANITARIOS: A nivel de salud existen programas de implantación universal en toda la Comunidad (Programa de Seguimiento de Salud Infantil y Adolescente, detección de las metabopatías congénitas, detección precoz de la hipoacusia congénita, etc.). Se detectan trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos en:

1.- La atención primaria. En el programa de salud infantil y en el seguimiento de niños y niñas con factores de riesgo psiconeurosensorial⁹⁹. También en la actividad de consulta a demanda de pediatría.

2.- La atención hospitalaria. La detección de casos en situación de especial alerta clínica, se realiza a través de la vigilancia en los siguientes servicios, unidades y programas:

- En las unidades de hospitalización neonatales.
- En el seguimiento de menores con factores de riesgo prenatales o perinatales. Consultas de Neonatología / Unidades de Maduración.
- En el programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas (prueba del talón).
- En las UGC Pediátricas de Neuropediatría, UGC de Oftalmología y UGC de Rehabilitación.
- En los servicios de Salud mental comunitaria o en la Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil hospitalarias (USMIJ).
- En el programa de cribado neonatal de hipoacusia o en consultas de ORL para estudio de hipoacusias asociadas con patología ORL o ciertos factores de riesgo.

El **cribado de hipoacusias** es de carácter universal. La primera prueba, de otoemisiones acústicas (OEA), se realiza antes de los dos meses de vida, preferentemente antes del alta hospitalaria por nacimiento. En caso de resultado dudoso, se repite esta prueba de cribado (2ª prueba) y, si la duda persiste, se procede a realizar la prueba de potenciales evocados auditivos - PEAT (3ª prueba), para confirmación.

Según el Registro de Hipoacusias (D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la CSC) a lo largo de 2022 se realizaron un total de 122 diagnósticos de hipoacusia, de los que 67 fueron

96 Galscoe FP. The role of parents in detection of developmental and behavioral problems. Pediatrics 1995; 95: 829-36

97 Galbe Sánchez-Ventura J, Merino Moína M, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 1). Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:73-8

98 Caronna EB, Augustyn M, Zuckerman B. Revisiting parental concerns in the age of autism spectrum disorders: the need to help parents in the face of uncertainty. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2007; 161(4):406-8

99 Canadian Task Force on Preventive Health Care. Tonelli M, Parkin P, Braner P, Leduc D, Pottie K et al. Recommendations of screening for developmental delay. CMAJ 2016; 188: 579-87



en niños (54,84%) y 55 en niñas (45,16%). En dicho año fueron derivados por parte de pediatría un total de 334 menores con diagnóstico ODAT principal de Trastorno auditivo, cifra superior al número de diagnósticos según el cribado auditivo porque puede incluir las hipoacusias adquiridas. Sería necesario realizar un cruce de datos entre los servicios de ORL y Atención Temprana para comprobar que todos los niños y niñas que han sido diagnosticados mediante el cribado auditivo son atendidos en atención temprana y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la intervención en CAIT. Dicha información permitiría establecer protocolos de coordinación para aligerar los tiempos de espera.

Tabla. 6.1.

Detección y diagnósticos de hipoacusias por provincias en Andalucía. 2022.

Ámbito	A. N° de Recién Nacidos:	G. N° de R.N. con diagnóstico de Hipoacusia (unilateral o bilateral)	Incidencia de Hipoacusia ((G+K)/B)	Valor predictivo positivo (G/C)
Andalucía	63.898	122	2,5	30,4
Almería	6.744	21	3,5	3,6
Cádiz	8.219	42	6,4	53,4
Córdoba	4.555	0	0	0
Granada	7.301	8	1,4	17,7
Huelva	3.455	0	0	0
Jaén	3.900	18	4,8	56,2
Málaga	12.567	8	0,8	10,1
Sevilla	14.743	25	2,4	35,7
Desconocido	2.415	0	0	0

Fuente: SAS

El programa de **cribado de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas** en neonatos tiene por objeto la detección precoz que posibilite su identificación y el tratamiento temprano, de forma que permita evitar el daño neurológico y reducir la mortalidad, morbilidad y posibles discapacidades asociadas a estas enfermedades. Dicho programa ha demostrado una alta eficacia al facilitar el diagnóstico inmediato mediante la realización de pruebas de análisis bioquímico sobre muestras de sangre periférica obtenidas de los recién nacidos, la conocida como “*prueba del talón*”.

Según la **Base de datos de Metabopatías de Andalucía** de la D.G de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la CSC, la cobertura total del cribado en el año 2022 fue del 99,4%



con un total de 342 diagnósticos: 28 hipotiroidismo congénito, 9 otros hipotiroidismos, 8 fibrosis quística, 3 fenilcetonuria, 8 fenilcetonuria + hiperfenilalaninemia, 2 aciduria glutárica tipo 1, 4 deficiencia acilCoA deshidrogenasa de cadena media, 23 enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, 6 otras metabolopatías (incluidas en el cribado de Andalucía) y 251 hemoglobinopatías. Al igual que ocurre con el programa de detección de hipoacusias, sería necesario realizar un cruce de datos para conocer si los menores diagnosticados de metabolopatías que conllevan riesgo neurológico son finalmente derivados a atención temprana para realizar intervención y valorar los tiempos de demora.

En cuanto al **registro de Enfermedades Raras o poco frecuentes**, cuya prevalencia es inferior a 5 casos por 10.000 personas, se puede consultar en la plataforma Infoweb del SAS donde se incorpora información actualizada a 2020 sobre casos de enfermedades raras por tramos de edad y sexo, así como la distribución local, provincial, y regional de los casos diagnosticados. Con relación a la atención temprana, aún no se puede construir el grupo de edad de 0 a 5 años. Se dispone de datos agrupados por los tramos de <1 año, 1-4 años y 5-9 años. El conocimiento de dichas enfermedades facilitaría la transmisión de información para analizar las posibles derivaciones a Atención Temprana y el Plan de intervención más adecuado para cada una de ellas.

DETECCIÓN EN SERVICIOS EDUCATIVOS: A nivel educativo, los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil constituyen un medio óptimo para la detección de alumnado que presenta, o se encuentra en riesgo de presentar, trastornos en el desarrollo o indicios de niveles altos de capacidades intelectuales al estar integrados en grupos de iguales que se encuentran en estadios evolutivos similares¹⁰⁰.

Una vez que el niño o niña va a la escuela, tanto en primer como en segundo ciclo de Educación Infantil, el colectivo docente es un importante agente de detección. En este periodo pueden hacerse evidentes dificultades en habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, de atención y percepción, y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.

Al no ser una etapa de escolarización obligatoria, los **informantes clave**¹⁰¹ advierten del problema de menores con escolarización tardía, en los que el personal de los centros educativos no tiene la posibilidad de detectar trastornos del desarrollo hasta su incorporación en primaria, cuando ya tienen los 6 años.

Existen protocolos establecidos, tanto en centros públicos como concertados, para:

- La detección de signos de alerta en el desarrollo en el primer ciclo de la Educación Infantil.
- La participación e intervención de los EOE especialistas en atención temprana en los procesos de detección, asesoramiento, evaluación y derivación al EPAT.
- La detección en el proceso de admisión a 2º ciclo de Educación Infantil.

¹⁰⁰ Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. Consejería de Educación. Junta de Andalucía.

¹⁰¹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



DETECCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES: El sistema de Servicios Sociales detecta casos en:

- 1.- La **atención primaria:** Servicios Sociales Comunitarios y en especial por los Equipos de Tratamiento Familiar locales (**ETF**).
- 2.- Los **servicios de valoración de dependencia¹⁰² y discapacidad¹⁰³.**

6.2.- LA DEMORA EN LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Una vez detectado el riesgo de tener un trastorno del desarrollo o la presencia del mismo, se inicia el procedimiento de acceso al sistema de atención temprana. Este acceso implica un flujo de identificación-valoración-derivación al CAIT, que conlleva al menos tres tiempos de espera:

- En atención primaria, para decidir si la persona menor requiere la valoración.
- Entre atención primaria y la valoración en las USN.
- Entre la valoración de la USN y la derivación al CAIT.

Con relación a la opinión acerca de los tiempos de espera para que la persona menor acceda a los servicios, en las **encuestas realizadas a profesionales¹⁰⁴** se han identificado diferencias en función de la tipología del recurso que se trate.

- Se ha manifestado una situación negativa (un 41% ha considerado excesivos los tiempos de espera) en la USN, así como en el CAIT u otro recurso terapéutico.
- Sin embargo, estos porcentajes de consideración excesiva de tiempos de espera han sido la mitad (20%), en el acceso de la persona menor a pediatría de atención primaria.
- En una posición ligeramente intermedia entre ambos porcentajes de consideración excesiva de los tiempos de espera, se ubica el acceso a pediatría en atención hospitalaria, con un 36%.
- Destacar, que el servicio de pediatría en atención primaria ha sido el mejor valorado en cuanto a tiempos de espera de acceso, en tanto en cuanto que, un 13% ha manifestado que no existe demora, mientras que en otros servicios ha sido sensiblemente inferior esta calificación positiva (3% en pediatría de atención hospitalaria y 4% en la USN).

Los **informantes clave¹⁰⁵** manifiestan en las entrevistas realizadas, que existe una fuerte problemática en cuanto a la demora en el acceso al sistema de atención temprana, principalmente en el acceso a las USN, debido a la insuficiencia de recursos humanos y a una

¹⁰² Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE.42. 18 de febrero de 2011. Pág. 18567-18691.

¹⁰³ Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

¹⁰⁴ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹⁰⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



falta de eficiencia en los procesos y protocolos, que alargan los plazos e incrementan las listas de espera.

6.3.- VALORACIÓN – DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una alteración en el desarrollo consiste en la puesta en evidencia y en el conocimiento de sus supuestas causas, permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica.

Ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño o la niña es, en la mayoría de casos, multifactorial y fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psicoafectiva y condiciones del entorno en general.

El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño o una niña será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios.

En las **entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave**¹⁰⁶ no se ha recogido una opinión unánime en torno la existencia o no de problemática de infradiagnóstico, de tal manera que se han identificado opiniones contrapuestas: para algunos profesionales consultados si existe problema de infradiagnóstico mientras que para otros no. En cualquier caso:

- La mayoría de las fuentes entrevistadas opinan que no existe infradiagnóstico como tal, si bien ambas posturas plantean sólidas argumentaciones al respecto. Se expone en reiteradas ocasiones que depende de la sensibilidad del profesional encargado de la detección.
- Los principales factores específicos que explican la rapidez en los diagnósticos han sido la formación del personal sanitario, y especialmente, del ámbito educativo, de tal manera que gracias a esta formación específica en atención temprana pueden detectar en los centros educativos indicios de trastornos del desarrollo que derivar al sistema.
- La existencia de problemas de infradiagnóstico lo argumentan en base a la insuficiencia de recursos, que provoca retrasos en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de atención temprana.
- Especialmente relevante han sido en este sentido los argumentos en torno a los diagnósticos erróneos, debido a que el personal sanitario que lo ha realizado no cuenta con la formación necesaria, lo que deriva en una grave problemática para la persona menor, que arrastrará en su infancia un diagnóstico que no se corresponde con su estado real de salud, lo cual generará implicaciones negativas en su proceso madurativo.

¹⁰⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



6.3.1. Ámbitos del diagnóstico

El diagnóstico en atención temprana debe contemplar el **ámbito biológico, psicológico, social y educativo**, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

6.3.2.- Niveles del diagnóstico

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo se consideran 3 niveles diagnósticos: **funcional, sindrómico y etiológico**.

Para establecer el **diagnóstico funcional** existe en atención temprana un lenguaje común, la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT) editada por el Real Patronato de Discapacidad.

Después de las versiones anteriores de 2004 y 2008, en 2011¹⁰⁷ aparece la versión completa con los niveles I, II y III. Finalmente, se ha conseguido una estructura que recoge los factores de riesgo, los trastornos y las intervenciones, pero que además trasciende su objetivo inicial y adquiere la capacidad para convertirse en un instrumento para la gestión de la información en atención temprana. La elaboración de la ODAT en su conjunto ha sido diseñada para facilitar el establecimiento de los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información¹⁰⁸.

En todos los casos se intenta establecer la **etiología** de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general.

A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro del autismo y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos se intenta establecer un diagnóstico de presunción.

6.4.- UNIDADES DE SEGUIMIENTO Y NEURODESARROLLO (USN).

Una vez detectado el trastorno del desarrollo o el riesgo de presentarlo, profesionales de pediatría de AP o de medicina de familia en funciones de pediatría, realizan la oportuna derivación a la USN provincial a través del sistema de información Alborada para su valoración.

Las primeras derivaciones a estas USN tuvieron lugar el 1 de febrero de 2017. El número de las derivaciones ha ido aumentando de forma constante en todas las provincias, pasando de 7.602 menores en 2017 a 13.807 en 2022 en toda Andalucía.

Estas cifras suponen un incremento global del 81,62 % pasando de una incidencia del 1,54% de la población menor de 6 años al 3,23% a final de 2022. Esto significa una mejor detección y derivación para la evaluación de menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.

107 Belda Oria JC, Cárdoma Barrientos J, Fernández J, García-Miranda EJ, Márquez Luque A, Sánchez Fernández Y, Reina Ferragut H. Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana. Ed. Real Patronato sobre Discapacidad, GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Madrid. 2011.

108 Belda Oriola JC. Un nuevo paradigma para la atención Temprana: el Nivel III de la ODAT. URL: <http://psiqu.com/1-4847>



Tabla 6.2.

Evolución de derivaciones a USN 2017-2022.

AÑOS	NIÑAS	NIÑOS	TOTALES	Población < 6 años	% Población < 6 años
2017	2.449	5.153	7.602	494.167	1,5 %
2018	2.949	6.289	9.238	481.392	1,9 %
2019	3.205	7.101	10.306	467.389	2,2 %
2020	3.003	6.355	9.358	458.423	2,0 %
2021	4.289	9.511	13.793	441.265	3,1 %
2022	4.498	9.309	13.807	427.402	3,2 %

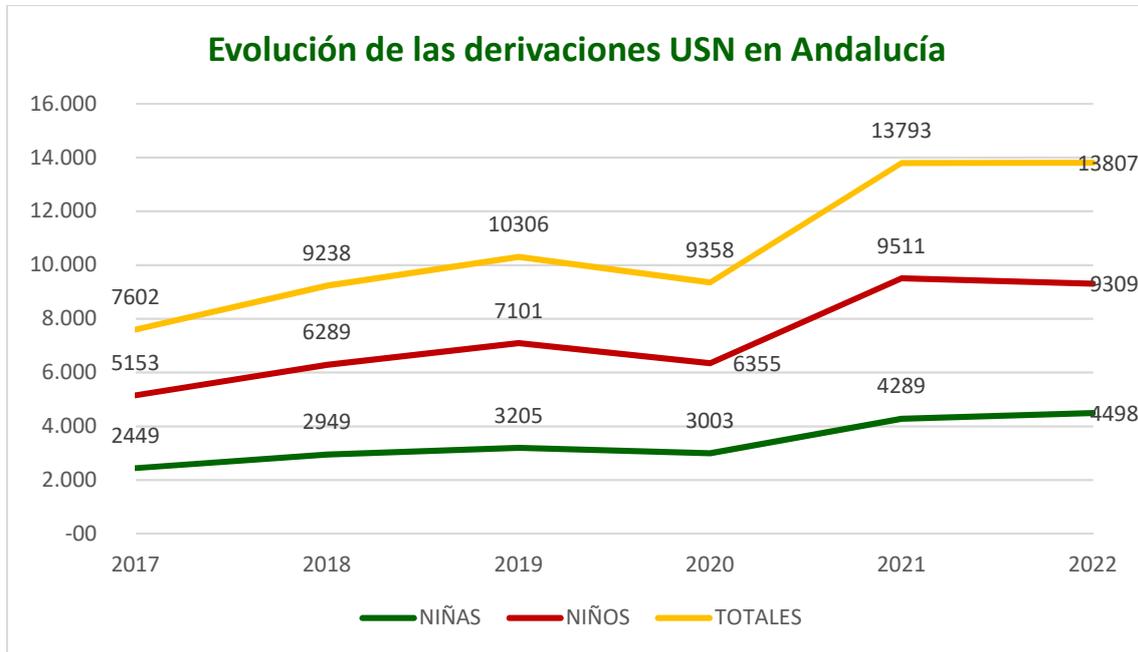
Fuente: IECA, Alborada

La siguiente figura muestra la tendencia ascendente en el número de derivaciones a las USN desagrada por sexos. La caída que se observa en 2020 es consecuencia de la pandemia COVID19, con un repunte posterior en 2021, lo cual supuso un número mayor de derivaciones en un corto periodo de tiempo y contribuyó al aumento de la demora en la evaluación y la posterior intervención en los CAIT.



Fig. 6.1.

Evolución derivaciones a USN en número absolutos. Fuente: Alborada



Fuente: Alborada

La distribución provincial en números absolutos y porcentuales es desigual a lo largo de los años tal y como se muestra en la siguiente tabla. Si se analizan los datos de 2022, existe un rango que va desde 828 niños y niñas en Huelva hasta 3.370 en Sevilla, cifra que triplica el número de derivaciones de provincias como Almería, Córdoba, Huelva o Jaén.



Tabla 6.3.

Incremento de número de derivaciones a la USN.

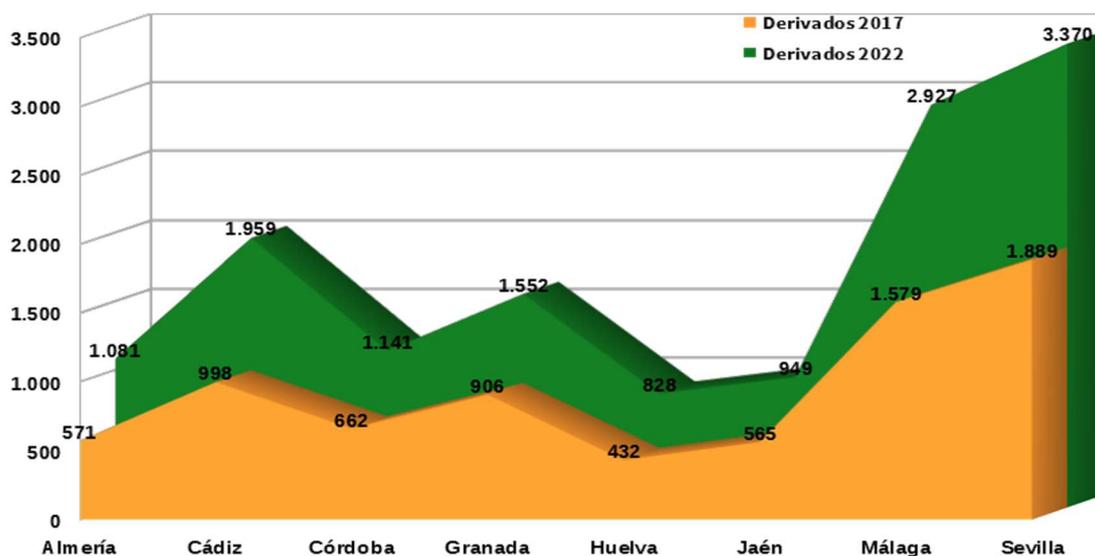
	Derivados a USN 2017	Derivados a USN 2022	Diferencia N° absoluto	Incremento%
Almería	571	1.081	510	89,3
Cádiz	998	1.959	961	96,2
Córdoba	662	1.141	479	72,3
Granada	906	1.552	646	71,3
Huelva	432	828	396	91,6
Jaén	565	949	384	67,9
Málaga	1.579	2.927	1.348	85,3
Sevilla	1.889	3.370	1.481	78,4
ANDALUCIA	7.602	13.807	6.205	81,6

Fuente: Alborada

El siguiente gráfico muestra el aumento progresivo de las derivaciones a USN. Sevilla tiene más de un 24 % del total de menores derivados de toda Andalucía, siguiéndole Málaga con un 20 %.

Fig. 6.2.

Incremento de derivaciones a las USN.



Fuente Alborada.



Si se analiza la **distribución por sexos**, el número de niños derivados a las USN es proporcionalmente mayor en relación a las niñas, un 67,42% de niños frente a un 32,58% de niñas.

Tabla 6.4.

Derivaciones a USN 2022, por sexo y provincia.

2022	Derivados a USN	% Población TOTAL	NIÑOS	Porcentaje	NIÑAS	Porcentaje
Almería	1.081	2,4 %	775	71,6 %	306	28,3 %
Cádiz	1.959	3,2 %	1.325	67,6 %	634	32,3 %
Córdoba	1.141	3,1 %	765	67,0 %	376	32,9 %
Granada	1.552	3,4 %	1.028	66,2 %	524	33,7 %
Huelva	828	3,1 %	555	67,0 %	273	32,9 %
Jaén	949	3,3 %	623	65,6 %	326	34,3 %
Málaga	2.927	3,4 %	1.972	67,3 %	955	32,6 %
Sevilla	3.370	3,3 %	2.266	67,2 %	1.104	32,7 %
Andalucía	13.807	3,2 %	9.309	67,4 %	4.498	32,5 %

Fuente: Alborada

Ya es reconocido, y hay diferentes publicaciones al respecto, que existen diferencias sexuales en los trastornos del neurodesarrollo destacando un predominio masculino en su incidencia¹⁰⁹.

Muchas líneas activas de investigación están explorando posibles mecanismos, incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales^{110, 111}.

Además, habría que añadir el posible sesgo de género en la detección y diagnóstico tal y como se recoge en otros estudios^{112, 113, 114}. La Federación Andaluza de TEA y Asperger Andalucía están trabajando en esta línea.

109 Dan Bernard. Sex differences in neurodevelopmental disorders .Dev Med Child Neurol. 2021. Editorial

110 Ahufinger N.,i Aguilera M . El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. Revista Chilena de Fonoaudiología 2022, 21(2),

111 Ruggieri VL, Arberas CL. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-6

112 Montagut Asunción, M., Más Romero, R. M., Fernández Andrés, M. I. y Pastor Cerezuela, G. (2018). Influencia del sesgo de género en el diagnóstico de trastorno de espectro autista: una revisión. Escritos de Psicología, 11, 42-54

113 Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Alvarez-Alvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. Revista Caribeña de Psicología, 4(3), 281-294.

114 Lai, MC. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research .J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54 (1):11-24.



Tabla 6.5.

Número de derivaciones a las USN con distribución por sexo 2017-2022.

DERIVADOS USN 2017					
Provincia USN	NIÑAS	% NIÑAS	NIÑOS	% NIÑOS	Total Resultado
ALMERIA	177	31,0	394	69,0	571
CADIZ	337	33,7	661	66,2	998
CORDOBA	217	32,7	445	67,2	662
GRANADA	282	31,1	624	68,8	906
HUELVA	138	31,9	294	68,0	432
JAEN	165	29,2	400	70,8	565
MALAGA	539	34,1	1.040	65,8	1.579
SEVILLA	594	31,4	1.295	68,55	1.889
ANDALUCÍA	2.449	32,2	5.153	67,7	7.602

DERIVADOS USN 2022					
Provincia USN	NIÑAS	% NIÑAS	NIÑOS	% NIÑOS	Total Resultado
ALMERIA	306	28,3	775	71,6	1.081
CADIZ	634	32,3	1.325	67,6	1.959
CORDOBA	376	32,9	765	67,0	1.141
GRANADA	524	33,7	1028	66,2	1.552
HUELVA	273	32,9	555	67,0	828
JAEN	326	34,3	623	65,6	949
MALAGA	955	32,6	1.972	67,3	2.927
SEVILLA	1.104	32,7	2.266	67,2	3.370
ANDALUCÍA	4.498	32,5	9.309	67,4	13.807

Fuente: Alborada



La USN, tras valorar y decidir la idoneidad de la necesidad de intervención, determinará si la persona menor debe de ser atendida en un CAIT.

La consideración de idoneidad para recibir tratamiento en los CAIT, una vez se ha realizado la valoración de las USN, ascendió hasta un 76,64% en niñas frente a un 79,6% de niños a lo largo de 2017. Se destaca que el 21,5% de niñas derivadas a las USN en 2017 se consideraron “No idóneas” frente al 18,82 % de los niños. Estas cifras han seguido aumentando a lo largo de 2022, encontrando un 24,4% de niñas “No idóneas” frente al 20,2% de niños. Globalmente, en el año 2022 la cifra total de no idoneidad ascendió al 22,3%. Si se analizan los datos por provincia se comprueban grandes diferencias, siendo Sevilla la que menor porcentaje de no idoneidad tiene.

Habría que valorar la posible infradetección de la presencia de un Trastorno del Neurodesarrollo en niñas, tal y como se recoge en diferentes investigaciones que estudian la existencia de sesgo de género^{115, 116}. Otros estudios contemplan el diferente comportamiento de los trastornos del desarrollo en función del sexo/género, sobre todo en el caso del TEA^{117, 118, 119}. Hay que tener en cuenta el elevado porcentaje de niñas “no idóneas”. Es decir se derivan menos y las que se derivan no cumplen criterios de TD o de indicación de intervención en CAIT en casi un cuarto de los casos.

Por otra parte, el aumento en el número de personas menores consideradas “No idóneas” a lo largo de los años obliga a estudiar las causas y establecer un programa de formación específico de trastornos del desarrollo derivables a atención temprana dirigido a profesionales de atención primaria. De esta forma, se disminuiría el porcentaje de “No idóneos”, se optimizarían los recursos de las USN y se reduciría la demora en la evaluación de menores que realmente lo necesitan.

En relación a los niños y niñas no valorados, bien por haber faltado a la cita (“no acude”) o por estar en espera de valoración (“vacío”) se objetiva un gran aumento significativo desde 2017 a 2022, sobre todo en la provincia de Sevilla, lo que supone un indicador de demora. Es importante que esta demora baje o desaparezca en el menor plazo posible.

115 Dan Bernard. Sex differences in neurodevelopmental disorders .Dev Med Child Neurol. 2021. Editorial.

116 Ahufinger N. Aguilera M. El impacto de los estereotipos sexistas en el estudio, detección y evaluación del Trastorno del Desarrollo del Lenguaje: Propuestas para su abordaje desde una perspectiva feminista. Revista Chilena de Fonoaudiología 21(2), 2022.

117 Cedano, Y. M., Rivera-Caquías, N., Álvarez Álvarez, M., & Vega-Carrero, M. (2020). Trastorno del Espectro Autista en féminas. Revista Caribeña de Psicología, 4(3), 281-294.

118 Ruggieri VL, Arberas CL. Autismo en las mujeres: aspectos clínicos, neurobiológicos y genéticos. Rev Neurol 2016; 62 (Supl 1): S21-6

119 Lai, MC. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research .J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54 (1): 11-24.



Tabla 6.6.

Casos de idoneidad y de vacío en 2017 y 2022 en niñas.

NIÑAS	2017						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑAS
ALMERIA	38	21,4	128	72,3	11	6,2	177
CADIZ	84	24,9	251	74,4	2	0,5	337
CORDOBA	39	17,9	175	80,6	3	1,3	217
GRANADA	39	13,8	238	84,4	5	1,7	282
HUELVA	48	34,7	90	65,2		0,0	138
JAEN	39	23,6	122	73,9	4	2,4	165
MALAGA	136	25,2	395	73,2	8	1,4	539
SEVILLA	104	17,5	478	80,4	12	2,0	594
ANDALUCÍA	527	21,5	1.877	76,6	45	1,8	2.449
NIÑAS	2022						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑAS
ALMERIA	103	33,6	169	55,2	34	11,1	306
CADIZ	209	32,9	413	65,1	12	1,8	634
CORDOBA	61	16,2	297	78,9	18	4,7	376
GRANADA	183	34,9	285	54,3	56	10,6	524
HUELVA	87	31,8	150	54,9	36	13,1	273
JAEN	55	16,8	215	65,9	56	17,1	326
MALAGA	287	30,0	592	61,9	76	7,9	955
SEVILLA	113	10,2	829	75,0	162	14,6	1104
ANDALUCÍA	1.098	24,4	2.950	65,5	450	10,0	4.498

Fuente: Alborada.



Tabla 6.7.

Casos de idoneidad y de vacío en 2017 y 2022 en niños.

NIÑO	2017						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑOS
ALMERIA	93	23,6	287	72,8	14	3,5	394
CADIZ	125	18,9	531	80,3	5	0,7	661
CORDOBA	79	17,7	361	81,1	5	1,1	445
GRANADA	77	12,3	538	86,2	9	1,4	624
HUELVA	86	29,2	206	70,0	2	0,6	294
JAEN	73	18,2	320	80,0	7	1,7	400
MALAGA	237	22,7	791	76,0	12	1,1	1040
SEVILLA	200	15,4	1072	82,7	23	1,7	1295
ANDALUCÍA	970	18,8	4.106	79,6	77	1,4	5.153
NIÑO	2022						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑOS
ALMERIA	204	26,3	501	64,6	70	9,0	775
CADIZ	322	24,3	980	73,9	23	1,7	1325
CORDOBA	132	17,2	594	77,6	39	5,1	765
GRANADA	309	30,0	625	60,8	94	9,1	1028
HUELVA	178	32,0	335	60,3	42	7,5	555
JAEN	84	13,4	408	65,4	131	21,0	623
MALAGA	482	24,4	1336	67,7	154	7,8	1972
SEVILLA	173	7,6	1756	77,4	337	14,8	2266
ANDALUCÍA	1.884	20,2	6.535	70,2	890	9,5	9.309

Fuente: Alborada.



6.5.- DEMORA EN LAS USN.

El aumento global del 81,62% en número de derivaciones, desigual por provincias y que se ha casi duplicado en un periodo de 6 años, no ha supuesto, paralelamente, un incremento del personal necesario para mantener el criterio de los **30 días en la valoración**¹²⁰, lo cual ha generado en alguna provincia **tiempos de espera excesivos** en un servicio como es la atención temprana. Esto entraña, además, una gran insatisfacción por parte de profesionales y familias.

A fecha del cierre del diagnóstico preliminar y año 2023, se ha analizado la demora en las diferentes USN tras la implantación del recurso de las continuidades asistenciales por diferentes profesionales (de primaria, hospitalaria y propias USN) para realizar las valoraciones. La implantación del recurso es desigual por provincias, como también lo es la demanda de niños y niñas derivados. La media global de la demora en las USN es de 69 días, variando los resultados según las diferentes provincias, con un rango de 86 días en la provincia de Sevilla frente a los 7 de Cádiz. El número de menores aún pendientes de valoración oscila entre los 1.106 en Sevilla frente a los 30 en la provincia de Huelva.

En opinión de los **informantes clave**^{121, 122}, a pesar de detectar cada vez más casos, existe una demora en la atención debido al previo paso por la USN, que alargan los plazos a varios meses de espera, lo que refleja la necesidad de poner el foco en esforzarse el sistema de atención temprana en agilizar este paso intermedio entre pediatría y CAIT.

120 Recogido en el decreto 85/2016.

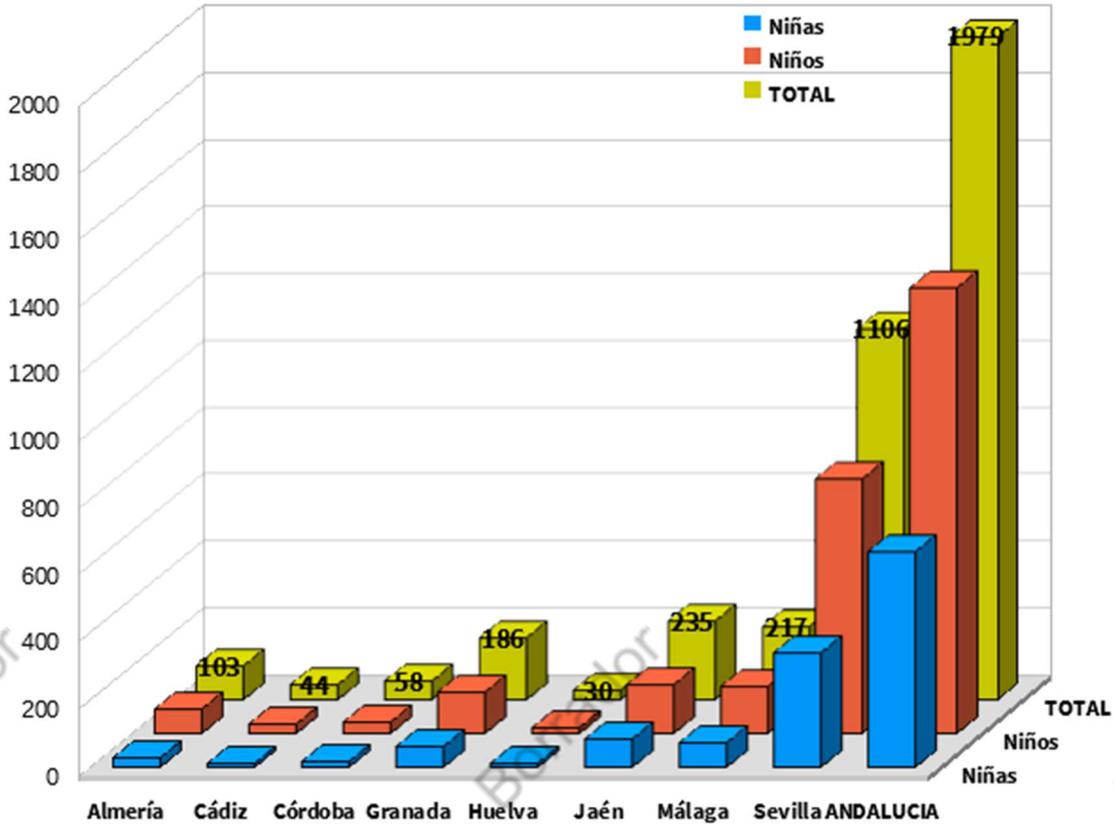
121 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

122 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



Fig. 6.3.

Número de menores desagregados por sexo en lista de espera y media de días de espera en USN por provincia a 31/12/2023.



Días espera	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	ANDALUCIA
	54	7	16	60	60	73	23	86	69

Fuente . Elaboración propia

Tanto los y las **profesionales como las familias**¹²³ consultadas consideran que **existe una fuerte problemática con los tiempos de espera**. Al solicitarles que facilitaran las causas de los elevados tiempos de espera, argumentaron una serie de factores, que se pueden agrupar en dos tipos: **insuficiencia de recursos económicos** que impiden que haya suficientes medios (profesionales, recursos, etc.) y una **falta de eficiencia en los procesos y protocolos**, que alargan los plazos y por tanto incrementan los tiempos de espera.

123 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En relación a la insuficiencia de recursos económicos se han citado de manera unánime en la totalidad de entrevistas realizadas, la necesidad de incrementar las partidas presupuestarias. Se opina que el presupuesto no está aumentando acorde con este incremento de la demanda, siendo por tanto el sistema incapaz de dar respuesta a todos los y las menores en el tiempo óptimo.

Por otra parte en relación con la **ineficiencia en los procesos y protocolos como causas del incremento en los tiempos de espera**, principalmente se han señalado cuestiones de falta de coordinación entre los/las profesionales que incrementa los plazos en los procesos de derivación de pacientes.

6.6.- LA ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO AL DIAGNÓSTICO.

En las **entrevistas a los Grupos Focales**¹²⁴ se evidenció que para algunas familias el proceso de valoración ha sido rápido y para otras la espera ha sido muy larga, dependiendo de la provincia y de la demanda existente.

- La lista de espera genera gran cantidad de estrés y ansiedad.
- Para aminorar la espera de los diagnósticos, para contrastarlos, para obtener más información y para poder recibir terapia, muchas familias recurren a los **servicios privados** antes de recibir atención en los centros de atención temprana, lo que puede generar desigualdades entre los niños y niñas en función de la situación económica familiar.
- Hasta que se recibe un diagnóstico por parte de distintos profesionales, existen esperanzas de que las dificultades en el desarrollo o síntomas que detonan la necesidad de atención temprana sean leves y temporales. Una vez recibido el diagnóstico, algunas dudas se disipan y algunas esperanzas desaparecen.
- Cuando se recibe el diagnóstico se habla de duelo, de aceptación, de miedo, incertidumbre, preocupación. Las familias saben que **no es una noticia fácil de comunicar**, es un momento doloroso, pero la manera en que se hace, puede aliviarlo o hacerlo traumático.
- Algunas personas entrevistadas han recibido las primeras comunicaciones sobre un posible diagnóstico por parte del centro educativo, otras veces en la consulta de pediatría o en las USN, pero sin información complementaria, en muchas ocasiones no es definitivo, y en la mayoría de los casos no entienden que significa ese diagnóstico ni qué consecuencias tiene y por tanto, tampoco saben cómo abordarlo.
- Demandan que la **comunicación del diagnóstico** se haga con **sensibilidad, empatía y contención** porque no siempre es así.
- La mayoría de las personas entrevistadas en los grupos focales cuentan como **el entorno, en un primer momento, intenta restar importancia a los posibles problemas de desarrollo**. Observan que la familia extensa pasa por el mismo proceso que la familia nuclear. En un primer momento restan importancia o niegan los síntomas, pero una vez confirmado el diagnóstico, también inician una fase de aceptación y aprendizaje para relacionarse con los menores y procurar su bienestar.
- Hay diferentes tipos de diagnósticos (etiológicos, sindrómicos y funcionales). Muchas personas menores de 6 años no tienen un diagnóstico que permita identificar qué **causas hay**



detrás de algunos síntomas. Son edades donde es más difícil dar diagnósticos cerrados, por la rápida evolución que se produce en esas etapas del crecimiento.

- Para muchas personas **no contar con un diagnóstico** no es problemático, sobre todo cuando se observa evolución positiva, pero hay familias a las que no tener un dictamen sobre las causas que provocan ciertos trastornos o retrasos les dificulta poner en marcha las estrategias de adaptación. Como no saben cuál es el problema, es más difícil identificar recursos específicos para el cuidado de sus menores, buscar ayuda de asociaciones, e incluso coordinar las terapias e intervenciones.
- Además, ante la falta de diagnósticos cerrados, sigue existiendo **incertidumbre** y siguen estando a la espera. Sin embargo, hay familias que sienten alivio cuando lo reciben. Perciben el acceso a la atención temprana como un camino lleno de obstáculos. El diagnóstico confirma sus preocupaciones permitiéndoles encontrar una respuesta. Favorece el acceso a distintos recursos y ayudas, facilitando además el asociacionismo.
- La **posibilidad de asociarse aumenta cuando se tiene un diagnóstico concreto**, porque permite identificar el tipo de asociación más adecuada. También el hecho de que existan asociaciones cercanas. Algunas familias de entornos rurales no tienen asociaciones cerca. Sin embargo, las familias que tienen más de una o un hijo con trastorno del desarrollo establecen conexiones con las entidades del tercer sector, aunque estén fuera del territorio, y trabajan para acercar los servicios a su localidad.

Los **informantes clave**¹²⁵ expresamente han señalado la necesidad de que desde **la Administración se vele por garantizar de manera rigurosa la calidad en el servicio prestado** tanto desde el ámbito público como privado.

7.- PREVENCIÓN TERCIARIA – PROCESO INTEGRAL DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA.

En la prevención terciaria se realizan actuaciones preventivas y asistenciales con los niños y niñas de 0-6 años, que presentan trastornos en su desarrollo, con sus familias y su entorno, orientadas a potenciar su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal de forma integral.

7.1.- CENTROS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA (CAIT).

La intervención terapéutica con las personas menores, sus familias y el entorno se desarrolla y coordina en los CAIT.

La gestión de estos CAIT se lleva a cabo en régimen de gestión directa, a través de delegación de competencias con las corporaciones locales, o en régimen de gestión indirecta a través de fórmulas contractuales.

Pueden ser de titularidad pública o privada y de carácter generalista o específico. Los generalistas intervienen sobre cualquier tipo de trastorno del desarrollo o riesgo de presentarlos y los específicos, que tienen carácter excepcional, intervienen en trastornos del desarrollo concretos o riesgo de presentarlos en determinadas situaciones.

Actualmente, se cuenta en Andalucía con 22 CAIT gestionados por las corporaciones locales a través de la fórmula de delegación de competencias, en virtud del **Decreto 129/2017, de 1 de**

¹²⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



agosto y otros 192 CAIT que funcionan gestionados por entidades privadas, a través de un concierto social con la Junta de Andalucía.

La siguiente tabla muestra la distribución provincial, porcentual y la tipología de los CAIT en 2022.

Tabla 7.1.

Tipología de CAIT por provincia en Andalucía en 2022.

PROVINCIA	CAIT			TOTALES	PORCENTAJE (CAIT por provincia)
	Genéricos Concertados	Específicos Concertados	Delegación Competencias		
Almería	17	1	0	18	8,6
Cádiz	25	3	0	28	13,3
Córdoba	18	1	3	22	9,5
Granada	19	1	0	20	9,7
Huelva	11	1	1	13	6,2
Jaén	16	1	4	21	10
Málaga	31	2	2	35	16,7
Sevilla	39	1	12	52	24,8
Andalucía	181	11	22	210	100

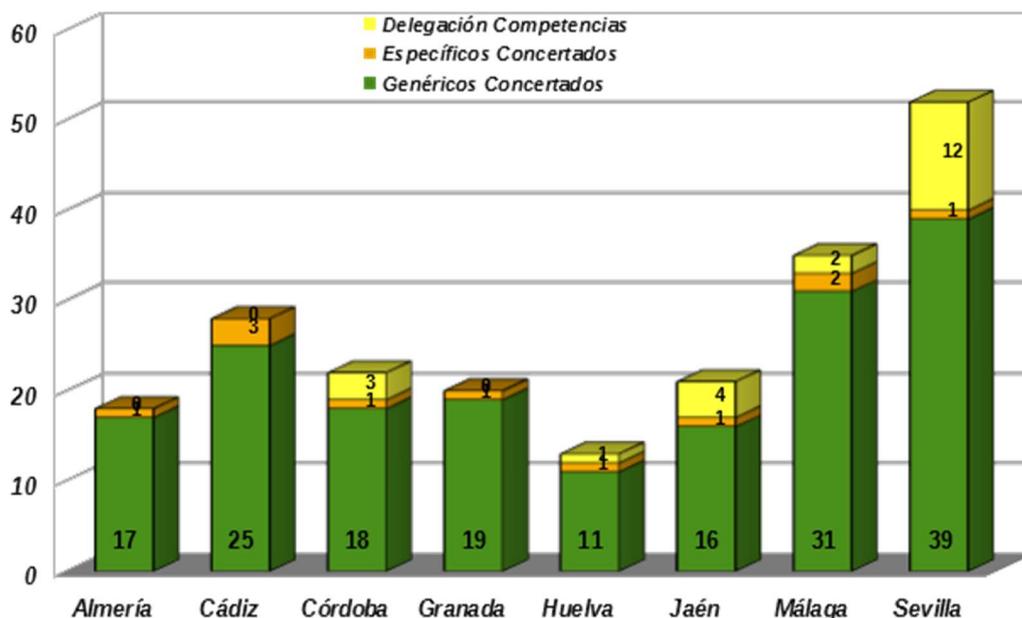
Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Junio 2023.

De los 209 CAIT, la cuarta parte de los mismos se concentran en la provincia de Sevilla seguidos por la provincia de Málaga y Cádiz. Entre las tres aglutinan algo más de la mitad de los centros de la Comunidad Autónoma. Hay **centros específicos TEA** en todas las provincias.



Fig. 7.1.

Número de CAIT por provincia y tipología en Andalucía. 2022.



Fuente: Consejería de Salud y Consumo.

7.2.- PRESUPUESTO Y DATOS DE COSTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La Consejería de Salud y Consumo ha **aumentado en casi un 27% su capacidad asistencial** en atención temprana tras la implantación del Concierto Social en 2021, en relación con el anterior sistema de acuerdos marco, incorporando nuevos lotes con sesiones a desarrollar, lo que ha propiciado la apertura de nuevos CAIT en localidades donde no existían y poder **acercar la atención a un mayor número de personas usuarias.**

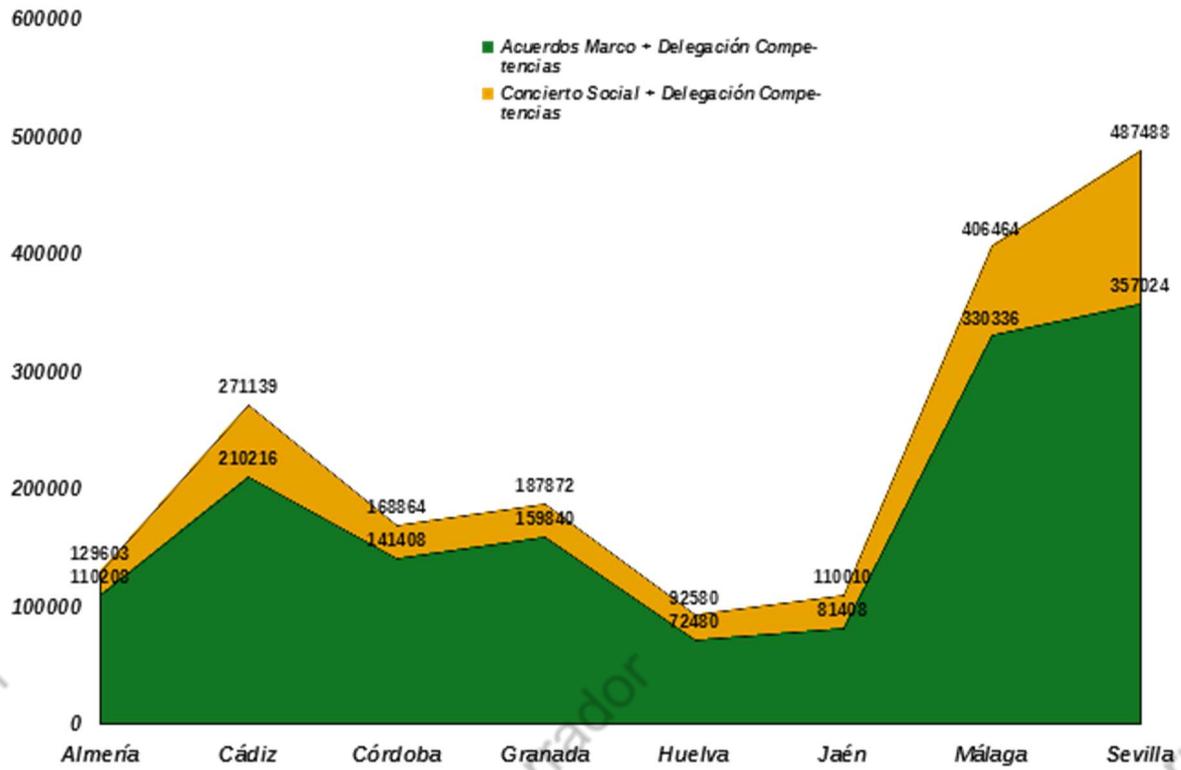
Además, se ha aumentado el precio de la sesión abonada para el servicio de atención temprana de 22 a 28 euros. A nivel presupuestario, la atención temprana ha experimentado un incremento del 70% en cuanto al crédito dedicado a la prestación de este servicio, que pasa de 30 millones de euros con los Acuerdos Marco y la Delegación de Competencias, a 51 millones con el Concierto Social y la Delegación de Competencias.

Todo ello supone un aumento anual de 391.100 sesiones respecto al modelo anterior, pudiendo atender una media de 4.076 menores más y llegando a 1.854.020 sesiones a desarrollar anualmente en toda Andalucía, con las que se ha atendido a más de 33.000 menores en el año 2022.



Fig. 7.2.

Incremento del número de sesiones del Acuerdo Marco al Concierto Social



Fuente: Elaboración propia



Tabla 7.2-

Resumen comparativo del modelo de acuerdos marco y concierto social con relación a las sesiones, personas menor atendida y presupuesto en atención temprana desde 2016 a 2022. () - menores atendidos con una media de 8 sesiones mensuales)*

Sistema de Acuerdos Marcos + Delegaciones de Competencias (inicio 2016)			Sistema de Concierto Social + Delegaciones de Competencias (inicio 2021)							
PROVINCIA	N.º Sesiones	*Menores	Presupuesto (€)	N.º Sesiones	*Menores	Presupuesto (€)	Aumento sesiones	Aumento menores	Aumento sesiones %	Aumento presupuesto%
ALMERÍA	110.208	1.148	2.417.193	129.603	1.350	3.628.884	19.395	202	17,59	50,12
CÁDIZ	210.216	2.190	4.590.612	271.139	2.824	7.591.892	60.923	634	28,98	65,37
CÓRDOBA	141.408	1.473	2.718.144	168.864	1.759	4.728.192	27.456	286	19,41	73,94
GRANADA	159.840	1.665	3.506.214	187.872	1.957	5.260.416	28.032	292	17,53	50,00
HUELVA	72.480	755	1.552.368	92.580	964	2.592.240	20.100	210	27,73	66,98
JAÉN	81.408	848	1.797.627	110.010	1.146	3.080.280	28.602	298	35,13	71,25
MÁLAGA	330.336	3.441	6.901.902	406.464	4.234	11.380.992	76.128	793	23,04	64,89
SEVILLA	357.024	3.719	6.954.758	487.488	5.078	13.649.664	130.464	1.360	36,54	93,26
ANDALUCÍA	1.462.920	15.237	30.438.821	1.854.020	19.313	51.912.560	391.100	4.076	26,73	70,54

Fuente: Elaboración propia

A nivel **presupuestario**, la atención temprana ha tenido un aumento de más del 70% en cuanto al crédito dedicado a la prestación de este servicio.

La siguiente tabla recoge el compendio de los datos que permite un análisis y comparativa entre provincias. Sevilla, Málaga, Cádiz y Granada son las que más se aproximan a la cobertura óptima, superando el 75% de la población diana. En el lado opuesto tenemos a Almería y a Huelva, que se mantienen en la horquilla del 50-55%, apuntándose como hipótesis principal la menor detección de casos respecto a otras provincias.



Tabla 7.3.

Resumen de la población atendida en AT en los CAIT en 2022 por provincia.

	% (0-5) respecto población Andalucía	población diana	% CAIT / Provincia	Atendidos CAIT 2022	Porcentaje de la población diana atendido en CAIT / provincia	Profesionales CAIT	UMAT	Presupuesto 2022
ANDALUCÍA	427.402	42.740	215 CAIT	32.238	-	Equipo básico 2.783	1.710.963	45.492.866
Almería	10,4% (44.531)	4.453	8,3% (18)	6,9% (2.242)	50,3%	10,3%	6,9%	6,7%
Cádiz	14,1% (60.613)	6.061	13% (28)	14,9% (4.822)	79,6%	13,3%	15,7%	13,8%
Córdoba	8,5% (36.644)	3.664	10,2% (22)	9,1% (2.939)	65,1%	12,5%	9,0%	9,5%
Granada	10,5% (45.175)	4.517	9,7% (20)	10,1% (3.268)	72,3%	10,9%	10,3%	11,0%
Huelva	6,1% (26.193)	2.619	6% (13)	4,5% (1.481)	56,5%	4,9%	5,2%	5,1%
Jaén	6,7% (28.665)	2.866	9,7% (21)	6,1% (1.972)	68,8%	8,7%	5,8%	6,0%
Málaga	19,7% (84.427)	8.442	18,1% (39)	21,8% (7.054)	83,6%	16,9%	22,5%	22,2%
Sevilla	23,7% (101.154)	10.115	24,6% (53)	26,2% (8.460)	83,6%	22,6%	24,7%	25,8%

Fuente: Alborada

7.3.- PERSONAL Y PERFILES PROFESIONALES EN CAIT-RATIOS.

Cada CAIT cuenta al menos con un equipo básico de atención temprana que interviene directamente con la persona menor, la familia y el entorno. Está compuesto por profesionales de la psicología, logopedia y fisioterapia. Profesionales de otras áreas pueden complementar la intervención interdisciplinar (terapia ocupacional, psicopedagogía, trabajo social, etc.).

El equipo básico realiza inicialmente una o varias entrevistas de acogida a la persona menor y su familia, en base a las cuales elabora el plan individualizado, que es comunicado a la familia y a cuantos profesionales de los distintos entornos se relacionan con la persona menor. Además, designa de entre sus miembros, a una persona profesional de referencia para la familia. En la actualidad, el personal sanitario no tiene acceso al conocimiento de quien ejerce esa función.

Cada trastorno requiere de la intervención especializada de un o una profesional con determinada cualificación y habilidades técnicas, si bien es cierto, que en la mayoría de los casos el abordaje recomendable precisa de un enfoque interdisciplinar. En este sentido, se detecta la necesidad de profundizar en el estudio de los planes individuales de atención que se diseñan, se implementan y se evalúan en los CAIT, en concreto acerca de lo referido a los recursos humanos dedicados. Los datos que se extraigan de ese posible estudio, habrían de ponerse en relación con la información de los perfiles profesionales contratados en los CAIT, que tal y



como se ha referido más arriba, se distribuyen en un 25% de fisioterapeutas, 36% de logopedas y 38% de psicólogos y psicólogas.

Analizando los datos a nivel de Andalucía, el equipo básico está representado de manera proporcional por los tres tipos de profesionales que lo componen, si bien, la fisioterapia se queda algo por debajo del tercio.

Tabla 7.4.

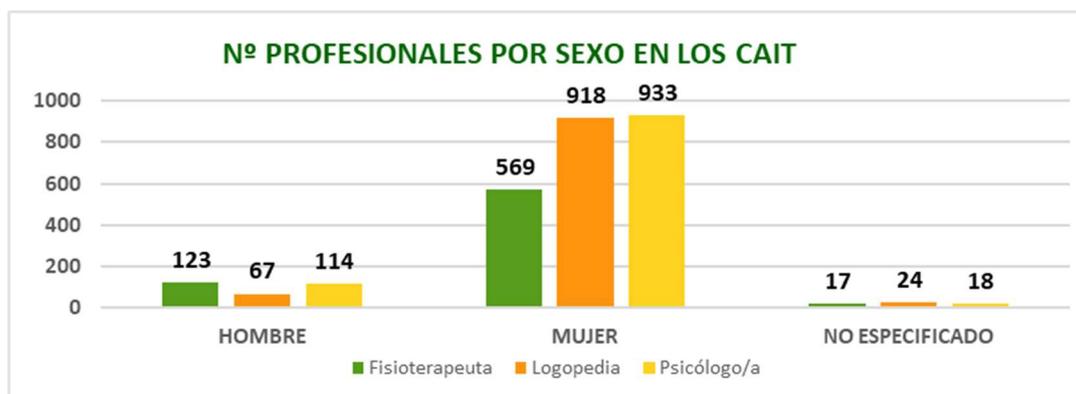
Tipología, número y porcentaje de profesionales de los CAIT por sexo.

TIPO DE PROFESIONAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO	TOTAL
Fisioterapeuta	123	569	17	709 (25,4%)
Logopedia	67	918	24	1.009 (36,2%)
Psicólogo/a	114	933	18	1.065 (38,2%)
TOTAL	304 (10,9%)	2.420 (86,9%)	59 (2,1%)	2.783 (100%)

Fuente: Alborada. Junio 2023

Fig. 7.3

Tipología, número profesionales de los CAIT por sexo. Andalucía. Fuente: Alborada.



Fuente: Alborada.

Analizando los datos a nivel de Andalucía, el equipo básico está representado de manera proporcional por los tres tipos de profesionales que lo componen, si bien, la fisioterapia se queda algo por debajo del tercio.

La realidad aportada por los datos nos habla de una **feminización** de los y las profesionales de la atención temprana, con un 86,95% de profesionales mujeres y tan sólo un 10,92% de hombres (señalar que en un 2,12% de los casos no se ha identificado el sexo de la persona profesional). Dentro de los profesionales masculinos, la fisioterapia es el perfil que cuenta con



mayor representatividad (17,34%) seguido de psicología (10,74%) y en tercer lugar logopedia (6,64%)

La **encuesta a profesionales**¹²⁶ permite obtener una información adicional que va más allá del reparto proporcional de los perfiles profesionales, para explorar ciertos aspectos de las condiciones en las que se desarrolla el trabajo diario.

- El 44% cuenta con materiales de apoyo en su desempeño laboral, como tutoriales, juegos, juguetes, guías, etc. El 45% afirma de manera frecuente que su puesto de trabajo es confortable y adecuado, incrementándose esta respuesta entre los y las profesionales con más de 10 años de experiencia.
- En lo que respecta a la formación continua en Atención Temprana, el 28% afirma no recibir nunca esta formación de manos de su empresa y el 42% la recibe a veces. El 24% de los y las profesionales que se dedican a la intervención expresan que a veces disponen de tiempo suficiente para atender a las personas menores y sus familias.
- De la referida encuesta también se ha extraído información sobre el peso de las diferentes funciones de los y las terapeutas en los CAIT. Los y las profesionales reconocen hacer de manera frecuente tareas: de acogida (32%), de apoyo y asesoramiento (64%), de evaluación y valoración (70%) y de seguimiento (70%).

En las entrevistas en profundidad a **informantes clave**¹²⁷ se manifiesta de manera generalizada que se requiere formación continua y reciclaje permanente que permita actualizarse con nuevos conocimientos.

El **nivel de satisfacción del personal del sistema de Atención Temprana** ha sido explorado en las entrevistas a informantes clave. Hay una gran coincidencia en la opinión de que los y las profesionales tienen una alta vocación y motivación por su trabajo, si bien, hay ciertos factores que generan frustración, como alta la insatisfacción por la percepción de no tener tiempo suficiente para atender a las personas menores y sus familias. Sienten que la carga burocrática no redundará en el incremento de la calidad del servicio, y va en detrimento de una mayor dedicación a la preparación de materiales y a la planificación y reflexión sobre las sesiones terapéuticas.

126 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

127 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



Tabla 7.5.-

Tipología, número y porcentaje de profesionales de los CAIT por sexo y por provincia.

PROVIN- CIA	TIPO PROFESIÓN	HOM- BRE	MUJER	NO ESPECIFI- CADO	TOTAL	%	TO- TAL	% (respecto total Andalucía)
Almería	Fisioterapia	17	58	6	81	28,3%	286	10,3%
	Logopedia	4	75	6	85	29,7%		
	Psicología	15	95	10	120	42,0%		
Cádiz	Fisioterapia	17	99	1	117	31,7%	369	13,3%
	Logopedia	8	134	1	143	38,8%		
	Psicología	10	98	1	109	29,6%		
Córdoba	Fisioterapia	25	81	1	107	30,7%	348	12,5%
	Logopedia	5	112	0	117	33,6%		
	Psicología	17	107	0	124	35,6%		
Granada	Fisioterapia	10	58	1	69	20,8%	303	10,9%
	Logopedia	8	109	4	121	39,9%		
	Psicología	11	99	3	113	37,3%		
Huelva	Fisioterapia	10	16	1	27	20,0%	135	4,9%
	Logopedia	5	45	0	50	37,0%		
	Psicología	5	53	0	58	43,0%		
Jaén	Fisioterapia	15	56	2	73	30,2%	242	8,7%
	Logopedia	6	70	3	79	32,6%		
	Psicología	9	81	0	90	37,2%		
Málaga	Fisioterapia	10	95	2	107	22,7%	471	16,9%
	Logopedia	14	195	9	218	46,3%		
	Psicología	16	128	2	146	31,0%		
Sevilla	Fisioterapia	19	106	3	128	20,3%	629	22,6%
	Logopedia	17	178	1	196	31,2%		
	Psicología	31	272	2	305	48,5%		
Andalucía		304	2.420	59	2.783		2.783	

Fuente: Alborada. Junio 2023.



7.4.- UMAT – UNIDAD DE MEDIDA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Los y las profesionales de los CAIT han de registrar en el Sistema ALBORADA, diariamente, las sesiones de intervención con la persona menor, su familia y el entorno. En base a estos registros, los CAIT emiten mensualmente su facturación. La unidad de medida establecida a tales efectos se denomina **Unidad de Medida de Atención Temprana (UMAT)**.

La recomendación recogida en los pliegos del **Concierto Social** es la de dedicar a la intervención directa con el niño o la niña un 75% del total de las UMAT realizadas. Este criterio no se está cumpliendo en las provincias de Huelva y Málaga. Se destaca la práctica de Córdoba, donde el 88,5% de las UMAT se dedica a la atención a la persona menor. También es destacable el porcentaje de UMAT que realizan sobre el entorno las provincias de Huelva, Jaén y Málaga.

Los y las **profesionales entrevistados**¹²⁸ que trabajan en los CAIT han manifestado reiteradas quejas en torno al sistema de financiación actual en el que se factura por sesiones, y no por plazas, llegando incluso a vaticinar que el modelo podría poner en riesgo la viabilidad económica de algunos centros.

Tabla 7.6.-

Tipo de intervención realizada en el año 2022 desde los CAIT, desagregado por provincia y nivel de intervención.

	Total UMAT por provincia				% UMAT por provincia			
	UMAT / ENTORNO	UMAT / FAMILIA	UMAT / NIÑO/A	Total	UMAT / ENTORNO	UMAT / FAMILIA	UMAT / NIÑO/A	Total
Almería	11.567	9.322	97.218	118.107	9,7	7,8	82,3	6,9
Cádiz	33.750	30.175	203.882	267.807	12,6	11,2	76,1	15,6
Córdoba	8.087	9.598	135.462	153.147	5,2	6,2	88,4	8,9
Granada	10.162	19.522	146.320	176.004	5,7	11,0	83,1	10,2
Huelva	12.728	11.700	64.753	89.181	14,2	13,1	72,6	5,2
Jaén	16.732	7.490	75.161	99.383	16,8	7,5	75,6	5,8
Málaga	55.593	43.724	284.759	384.076	14,4	11,3	74,1	22,4
Sevilla	45.145	38.287	339.826	423.258	10,6	9,0	80,2	24,7
Andalucía	193.764	169.818	1.347.381	1.710.963	11,3	9,9	78,7	100

Fuente: elaboración propia.

7.5.- DEMORA EN LA ATENCIÓN EN LOS CAIT DE ANDALUCÍA.

A los días de demora para que los niños y niñas sean valorados en las USN, ha de añadirse el tiempo que se mantienen a la espera de ser admitidos posteriormente en un CAIT. Este retraso está incidiendo en que la atención no sea prestada con la prontitud que la mayoría de los casos derivados requieren. En algunas provincias como Málaga, Almería o Sevilla, la demora es incluso más notable.

128 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



A pesar del incremento en los últimos años en la inversión destinada a la atención infantil temprana, a fecha del cierre del presente documento, **a final del año 2023**, la demora en los CAIT de Andalucía es de **2745 menores** en espera de ser atendidos (**1895 niños y 850 niñas**) con una media de **119 días**, aunque muy desigual por provincias. Destaca la provincia de **Almería** con una demora media de **233 días**. El resto de provincias se mantiene por debajo de los 90 días que marca la Ley, aunque la situación de los diferentes CAIT es variable y exigiría un análisis detallado a nivel particular.

Tabla 7.7-

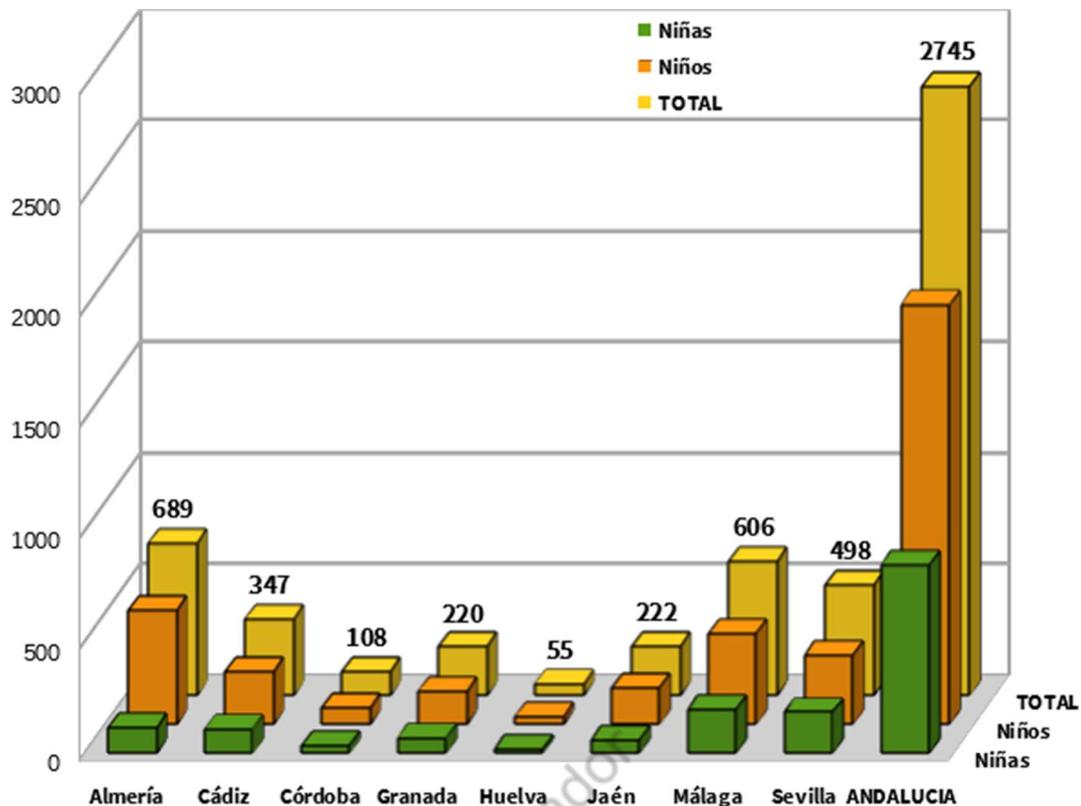
Datos de demora en los CAIT desagregado por provincia y sexo 31 de diciembre de 2023.

	NIÑOS	NIÑAS	NUMERO TOTAL MENORES	Media días es- pera
ALMERÍA	177	512	689	233
CÁDIZ	111	236	347	89
CÓRDOBA	34	74	108	36
GRANADA	69	151	220	81
HUELVA	18	37	55	54
JAÉN	59	163	222	94
MÁLAGA	197	409	606	83
SEVILLA	185	313	498	78
ANDALUCÍA	850	1.895	2.745	119



Fig. 7.4.

Datos de demora en los CAIT desagregado por provincia y sexo a 31 de diciembre de 2023.



Días demora	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	ANDALUCIA
	233	89	36	81	54	94	83	78	119

Fuente: elaboración propia.

En los **grupos focales**¹²⁹ las familias no hablan de tiempos de espera diferenciados, sino de la suma de esperas hasta que sus niños y niñas empiezan a recibir una terapia. Esa demora no ha de entenderse únicamente como el tiempo que se espera en una lista, sino el esfuerzo dedicado hasta pasar por todo el proceso que fundamenta una derivación y la realización de la intervención. En todos los casos, las demoras acrecientan la incertidumbre y la sensación de tiempo perdido.

En la **encuesta a profesionales**¹³⁰, el tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico es valorado como excesivo al 41%. Almería es la provincia en la que se ha manifestado en mayor medida un mayor tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en CAIT u otro recurso terapéutico, así, un 75% de profesionales afirma haber un tiempo excesivo, frente a un 45% aproximado de media en el resto de provincias.

129 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

130 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



Nuevamente, los y las **informantes clave**¹³¹ apuntan a la insuficiencia de recursos económicos y a la falta de eficiencia en los procesos y protocolos como los principales motivos que contribuyen a alargar plazos y a incrementar tiempos de espera.

7.6.- ADAPTACIÓN FAMILIAR DURANTE LA INTERVENCIÓN.

El **CAIT es el recurso de Atención Temprana mejor valorado** por las que han participado en los **grupos focales**¹³², siendo considerado como un espacio seguro para ellas y sus menores. El sentimiento generalizado percibido es de agradecimiento hacia los y las profesionales por las atenciones y los apoyos recibidos. Se valora tanto la evolución positiva en los niños y niñas, como la eficacia de las actuaciones con las propias familias de contención emocional, de orientación y capacitación, de resolución de dudas y de mediación educativa.

- Las familias ponen de manifiesto que no existen protocolos de aplicación sistemática sobre actuaciones de apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento.
- Otro aspecto destacado por las familias es la **presión asistencial en los CAIT**, ya que los y las profesionales tienen consultas sucesivas sin apenas descanso, repercutiendo estas condiciones de trabajo en la calidad del servicio prestado.
- La privacidad y confidencialidad no siempre se garantiza en los CAIT, especialmente cuando el reporte del desarrollo de las sesiones se informa en los pasillos o espacios comunes del centro, en lugar de en consultas de manera individualizada con cada familia.
- Hay demandas que las familias opinan que no son cubiertas de manera adecuada, como la de dotarlas de herramientas pedagógicas suficientes que poder aplicar en otros los contextos y momentos del día a día.
- **La presencia de las familias en las sesiones terapéuticas es insuficiente**, en ocasiones debido a que los CAIT aún no han incorporado esta práctica metodológica como algo habitual, minimizando con ello los beneficios generales que puede reportar. Las acciones formativas grupales orientadas a las familias son escasas y se valoran como muy deseables.
- Las acciones terapéuticas grupales con niños y niñas también se proponen como deseables, especialmente para aquellos menores con más dificultades relacionales, lo que posibilitaría la ampliación y consolidación de sus redes sociales.

El 37% del personal participante en las **encuestas online a profesionales**¹³³ afirma que las familias a menudo comprenden la información facilitada, teniendo en cuenta que los conocimientos previos sobre el desarrollo típico y sus desviaciones son escasas en un porcentaje del 50%.

- Si se habla del grado de conformidad de las familias con el Plan Individualizado diseñado en el CAIT, el 80% de los y las profesionales afirma que a menudo o frecuentemente hay acuerdo al respecto.

131 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

132 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

133 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



- La visión que los **profesionales** tienen de estos aspectos es bien distinta a la que se ha vertido en los grupos focales. Partiendo de que en un 70% el nivel de competencia parental para apoyar en el tratamiento de los trastornos del desarrollo se considera escaso o moderado, llama la atención que un 8% de las familias trabaje frecuentemente en casa los ejercicios recomendados por parte de los y las terapeutas; que el 19% se implique de manera activa en las sesiones y que tan sólo un 6% participe en las escuelas de familias.

Los y las **informantes clave**¹³⁴ han manifestado de manera generalizada la elevada implicación y participación de las familias. Otro aspecto que señalan es la presión de las familias solicitando más sesiones.

En las **encuestas a profesionales**¹³⁵, en lo que respecta a la **asistencia al centro y a las sesiones**, consideran que un 52% de familias acude frecuentemente, destacando Málaga con el mayor nivel de frecuencia, el 67%, y Jaén con el menor de todos, un 23%.

- Una información adicional que se ha explorado en la encuesta es el sexo de la persona que acompaña a la persona menor a la consulta. En el caso del acompañamiento a los CAIT, el 59% de las respuestas refieren un acompañamiento frecuente por parte de figuras de ambos sexos conjuntamente.
- En referencia al aspecto económico, decir que la encuesta aporta el dato de percepción sobre la disponibilidad del presupuesto familiar para la atención a los trastornos del desarrollo, siendo considerado por los y las profesionales como escaso o moderado en un 75%.

En los **grupos focales**¹³⁶, la mayoría de las experiencias apuntan a que son las madres las que acompañan a sus hijos e hijas a las citas médicas y a las sesiones de terapia, lo que, no pocas veces, tiene un impacto en la conciliación con sus trabajos, con reducciones de jornada, excedencias o incluso pérdida de empleos.

- En el caso de **parejas corresponsables**, cuando estas son heterosexuales, son ellas las que piden los permisos para el cuidado, sobre todo si no están remunerados, aumentando aún más la brecha de género en el mercado laboral.
- Por su parte, los **hombres** aumentan su carga de trabajo, no solo para compensar la salida de las mujeres del trabajo productivo, sino para conseguir los recursos económicos que los cuidados de sus hijos e hijas requieren. Esto supone menos tiempo y energía para corresponsabilizarse de las tareas de crianza, de participar en el seguimiento de la evolución clínica y en atención temprana y para compartir en pareja y en familia.
- El apoyo de la **red socio-familiar** es percibido por las familias consultadas como una fuente de apoyo de todo tipo, con la que compartir la sobrecarga. La familia nuclear capacita a abuelos, abuelas, tías, tíos, etc. En los casos en los que ya existen hermanos o hermanas con algún trastorno del desarrollo, la familia extensa ya conoce los procesos y los padres y madres tienen a alguien de confianza con quien compartir problemas y logros del día a día. Los padres y las madres empiezan a compartir más estas tareas con este entorno y buscar espacios de respiro en pareja.
- Pero, aunque se sea corresponsable, aunque se pueda **compartir** en algún momento el cuidado, la lista de tareas para la atención a menores con necesidades especiales es más

134 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

135 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

136 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



larga y las tareas son más complejas. El trabajo de cuidados a menores con necesidades especiales deja sensación de **agotamiento** por sobre exigencia y sobrecarga.

- Todas las familias entrevistadas tienen la necesidad de **encontrarse con otras** en la misma situación. No lo hacen, en ocasiones, por desconocimiento y proponen que se incluya esta información de forma protocolizada en el momento en que se detectan dificultades concretas, bien desde las consultas especializadas, USN, CAIT, servicios sociales, centros educativos...

7.7. - ALTA POR CUMPLIMIENTO DE LOS 6 AÑOS DE EDAD.

Cuando el niño o la niña cumplen 6 años, se procede al alta y finalización de la prestación de la atención e intervención temprana.

De acuerdo a la **Ley 1/2023, de 16 de febrero**, el cese de la prestación del servicio de atención temprana no implica la finalización del seguimiento ni de la intervención desde los ámbitos sanitarios, educativos y de servicios sociales, de manera que se garantiza así la continuidad de la respuesta a las necesidades de la persona menor y su familia. En ambos casos, intervención y seguimiento, se elaborará un plan de atención y se mantendrá la coordinación interdisciplinar.

A la finalización de la atención, el equipo básico elabora un informe de alta que explica la evaluación, las intervenciones realizadas, su intensidad, frecuencia y duración, los resultados alcanzados y las pautas que, en su caso, se recomienden para su seguimiento.

En los **grupos focales**¹³⁷ ha habido consenso sobre la necesidad de dar continuidad a las terapias más allá de los 6 años, a los niños las niñas que lo precisen. La sensación de incertidumbre se acrecienta al no tener seguridad acerca de poder disponer de los recursos suficientes y en el plazo pertinente. La salida del CAIT conlleva además la pérdida de referentes y de la orientación y coordinación que habían tenido hasta entonces. En este mismo sentido, se han manifestado las personas que han sido seleccionadas como informantes clave, que proponen de manera unánime la necesidad de aumentar la horquilla de edad para las que las personas menores que lo precisen puedan seguir siendo atendidas más allá de los 6 años.

La necesidad de obtener información sobre ayudas y recursos es atendida por los **profesionales**¹³⁸ en un porcentaje inferior al 50%. Concretamente la información es frecuente en un 46% sobre recursos del ámbito educativo, en un 44% sobre recursos del ámbito sanitario y tan sólo en el 29% en lo referido a recursos del ámbito de los servicios sociales.

Se valora la necesidad de establecer cauces de coordinación con los organismos que van a dar continuidad a la intervención con los niños y niñas que, llegados a la edad de 6 años, presentan trastornos del desarrollo que precisan de una atención e intervención más prolongada en el tiempo. Esta coordinación tiene por objeto, además de prevenir la interrupción de los tratamientos, la optimización de las ayudas y subvenciones públicas que las entidades del ámbito de la discapacidad vienen percibiendo en diversas convocatorias destinadas a la prevención terciaria.

8.- COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS.

¹³⁷ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³⁸ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



En Andalucía se están mejorando los **Servicios de desarrollo infantil y atención temprana** mediante la organización de la **intervención integral**, estableciendo un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos que permita crear un **espacio común de coordinación y corresponsabilidad** entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en cada pueblo, comarca y provincia. En la actualidad se está elaborando el Decreto que regula la constitución del **Consejo de Atención Temprana** y la **Comisión Técnica** tal y como marca la Ley de Atención Temprana.

0

El **Ministerio de Sanidad, el de Derechos Sociales y Agenda 2030** y las CCAA han elaborado recientemente una **hoja de ruta** para mejorar, a nivel nacional, el sistema de atención temprana. El Plan plantea, a través de 8 líneas de actuación, la creación de una red de carácter universal, pública y gratuita que se adapte y respete las competencias territoriales. El objetivo es trabajar con criterios comunes y coordinados en los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales de las distintas comunidades implicando a las familias. Se contempla facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana que garanticen la valoración e intervención integral, formar a los/las profesionales que intervienen en el proceso así como optimizar los sistemas de información y registro¹³⁹.

A nivel andaluz, entre las líneas de actuación de la atención temprana, figura articular una coherente coordinación inter-institucional que permita el trabajo cooperativo entre los agentes y entidades implicados en la atención temprana; establecer los circuitos asistenciales y unificar los criterios de derivación entre el SSPA y los CAIT, así como establecer un protocolo para favorecer la escolarización de los niños/as con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, en primer y segundo ciclo de educación infantil, de forma conjunta entre las Consejerías de Salud y Consumo, la Consejería Inclusión Social, Juventud, Familia e Igualdad y la Consejería Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

Los **protocolos de coordinación** en atención temprana en Andalucía son el conjunto de normas y procedimientos que establecen las diferentes administraciones e instituciones implicadas en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas de 0 a 6 años que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, así como la intervención sobre su familia y entorno.

Se basan en los siguientes **principios**:

- La atención temprana es un derecho de la población infantil y sus familias.
- La atención temprana se basa en un modelo integral e interdisciplinar que abarca los ámbitos sanitario, educativo y social.
- La atención temprana se orienta a la prevención, la promoción del desarrollo y la inclusión social de la población infantil.
- La atención temprana se realiza desde el respeto a la diversidad, la participación y la corresponsabilidad de las familias y el entorno.

¹³⁹ Ministerio de Sanidad. Derechos Sociales y Sanidad acuerdan con las Comunidades Autónomas una hoja de ruta para la mejora de la Atención Temprana en España. MADRID 19/6/2023. URL: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6148>



- La atención temprana se garantiza mediante una red integral de recursos públicos y concertados que aseguren una atención equitativa, accesible, eficaz y de calidad.

Se concretan en los siguientes **ámbitos**:

- Entre el SSPA y los CAIT, para establecer los circuitos asistenciales y los criterios de derivación, valoración e intervención.
- Entre las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales, para establecer las actuaciones conjuntas en la detección, evaluación, intervención y seguimiento de la población infantil con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.
- Entre las Consejerías competentes en materia de educación y servicios sociales, para favorecer la escolarización de la población infantil con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos en el primer y segundo ciclo de educación infantil.

Por otro lado, el **Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía**¹⁴⁰ publicó en 2015 un protocolo de coordinación entre los/las profesionales dependientes de la CSC, Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (CISJFI) y la de Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional (CDEFP) que componen el EPAT, así como de aquellos profesionales que tienen una participación directa en el proceso de detección e intervención educativa y terapéutica con el alumnado con trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos.

La coordinación entre los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales ya quedó recogida en el **Decreto 85/2016, de 26 de abril**¹⁴¹, según un **Protocolo de Coordinación** entre las Consejerías competentes en materia de salud y educación para el desarrollo de la atención temprana que figuran en los anexos del referido decreto. En el anexo I, figura el modelo de autorización familiar para la intervención del orientador/a especialista en atención temprana. En el anexo II, figuran los trastornos del desarrollo compartidos Educación/CAIT y en el anexo III, el modelo de acta de reunión de coordinación CAIT/EOE.

En Andalucía, desde 2017, se dispone de un protocolo para la detección del Alumnado con NEAE¹⁴², que ha tenido actualizaciones con posterioridad en 2022¹⁴³.

Se especifica que los sucesivos Protocolos de Coordinación de Atención Temprana se elaborarán en la **Comisión Técnica de Atención Infantil Temprana**, que será la encargada de estipular el contenido y las obligaciones del mismo, siendo propuestas por el **Consejo de Atención Infantil Temprana** y aprobadas mediante Orden conjunta de las Consejerías

¹⁴⁰ Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Protocolo de coordinación entre las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de Educación, Cultura y Deporte para el desarrollo de la atención temprana. SEVILLA. 30/3/2015. URL: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7265

¹⁴¹ Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía. BOJA N81. 29/04/2016.

¹⁴² Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la dirección general de participación y equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

¹⁴³ Informe sobre las modificaciones que introducen las instrucciones 8 de marzo de 2017, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con NEAE y organización de la respuesta educativa. 2022.



competentes en materia de salud, educación y políticas sociales. En la actualidad el **Consejo** y la **Comisión** están pendientes de constitución.

La **Ley de Atención Temprana de Andalucía**¹⁴⁴ recoge en su título III la coordinación entre los ámbitos sanitarios, educativos y de servicios sociales, así como, los Órganos colegiados de coordinación y participación haciendo de nuevo referencia al Consejo de Atención Temprana y la Comisión Técnica de Atención Temprana.

Hasta la fecha, esa coordinación se ha realizado a través de los **EPAT** cuya constitución y funciones fue reconocida en el **Decreto 85/2016, de 26 de abril**. Sus funciones quedan especificadas en el artículo 19 de la citada ley. Según especifica la misma:

- Los EPAT están integrados por tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales o Provinciales de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales que llevan a cabo la coordinación eficaz de la atención infantil temprana en la provincia, garantizando la aplicación uniforme y homogénea de la misma, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- En el ámbito de la salud, forman parte del EPAT, profesionales del SSPA con formación específica en atención infantil temprana.
- En el ámbito de la educación, forman parte del EPAT, los orientadores y orientadoras especialistas de atención temprana del Equipo de Orientación Educativa Especializado (EOE).
- En el ámbito de los Servicios Sociales formarán parte del EPAT profesionales de los Equipos de Valoración y Orientación con experiencia en la valoración de discapacidad¹⁴⁵.

Tal y como se desprende del informe de resultados de los **Grupos Focales**¹⁴⁶, las familias andaluzas:

- No perciben que los sistemas de salud, educación y servicios sociales trabajen de forma unida y coordinada en la atención temprana, de tal modo que solo asocian al sistema a los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) obviando el resto de recursos disponibles en Salud (Unidades de Pediatría de Atención Primaria y Hospitalaria, otras especialidades hospitalarias, USN, Unidades de salud mental), Educación (Escuelas infantiles y guarderías, Colegios, EOE) y Servicios Sociales (Comunitarios, EVO, Dependencia).
- Parece claro que la Administración no ha sido capaz de desarrollar de forma efectiva los protocolos exigidos ni de informar adecuadamente sobre ellos a las familias interesadas.
- Además observan que, en muchas ocasiones, no existen las comunicaciones ni el intercambio de información suficientes entre el CAIT y los servicios médicos a los que acuden, tanto pediatría como otras especialidades, debiendo llevar los informes en mano, entre otros problemas (inadecuación de los espacios , de los tiempos de espera...)

¹⁴⁴ Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

¹⁴⁵ Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

¹⁴⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



En el informe de resultados de la **encuesta a profesionales**¹⁴⁷ se recoge:

- La percepción de que la coordinación interna entre los miembros del equipo se realiza de forma frecuente en un 78%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la salud se realiza de manera frecuente en un 16%. Si se analizan las respuestas de las personas con una experiencia en atención temprana entre 5 y 10 años, este porcentaje sube hasta el 54%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la educación asciende al 37% de manera frecuente. Este porcentaje se incrementa hasta el 47% entre los/las profesionales que realizan funciones de tratamiento y es mayor entre las mujeres, con un 39%, frente al 15% en hombres. Se registra también una diferencia significativa en función de que se tenga o no formación específica en atención temprana: el 42% de quienes sí la tienen se coordina de manera frecuente, mientras que para quienes no cuentan con formación, el porcentaje de coordinación frecuente baja al 25%.
- El 11% de los y las profesionales consideran que la coordinación con profesionales de Servicios Sociales y de otros ámbitos es muy baja
- En una escala de 0 a 10, donde 1 corresponde al valor de menor eficacia y 10 al de mayor eficacia, la coordinación obtiene un grado de eficacia de 8,26 puntos. Algo más elevado entre las mujeres (7,83 hombres // 8,32 mujeres), y en Huelva, respecto a las provincias andaluzas, el 9,08.

En las **entrevistas realizadas a las personas informantes clave**¹⁴⁸:

- Se ha manifestado la existencia de un problema de falta de coordinación entre los diferentes recursos existentes en el sistema de Atención Temprana. Se han referido principalmente a la ausencia de un modelo claro, de un sistema institucionalizado de coordinación en el que se establezcan protocolos de coordinación y comunicación entre recursos y profesionales.
- Por otra parte, manifiestan sentir falta de comunicación por parte de la Administración, en un contexto en el que los y las profesionales esperan de ésta directrices, protocolos y, en definitiva, una comunicación fluida entre ambas partes.

¹⁴⁷ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹⁴⁸ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



8.2.- EDUCACIÓN – EOE

La **LOMLOE** es una ley que tiene como referencia la ley educativa **LOE** de 2006, y no su predecesora la **LOMCE**. Tiene como fines el pleno derecho de la personalidad y capacidades de alumnos y alumnas, el fomento de la convivencia democrática, el respeto a los derechos humanos, la educación inclusiva, la equidad, la igualdad de género y la orientación educativa y profesional entre otros. La LOMLOE se centra en las barreras que limitan el derecho a la educación, en lugar de la discapacidad. Se impulsa la **detección precoz**, la **atención temprana** y la **educación inclusiva**, con una mayor atención personalizada y con prevención de las dificultades de aprendizaje. Se regula la participación del alumnado y sus familias en el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas, indicando lo siguiente:

“La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por profesionales especialistas y en los términos que determinen las Administraciones educativas. En este proceso serán preceptivamente oídos e informados los padres, madres o tutores legales del alumnado. Las Administraciones educativas regularán los procedimientos que permitan resolver las discrepancias que puedan surgir, siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor y la voluntad de las familias que muestren su preferencia por el régimen más inclusivo”¹⁴⁹.

En cuanto a la evolución de la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, la ley pone de manifiesto la necesidad de dotar a los centros ordinarios, en el plazo de 10 años, de recursos suficientes para cumplir tanto lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, como el cumplimiento del cuarto Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, en cuanto a mejoras en la atención del alumnado con discapacidad. También determinan que los centros de educación especial, además de escolarizar al alumnado que requiere de una atención muy especializada, sean centros de referencia para los centros ordinarios.

Desde la entrada en vigor del currículum LOE en 2006, se diferencian dos grandes grupos de Necesidades Educativas:

- **Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE).**
- **Necesidades Educativas Especiales (NEE).**

Las NEAE son el grupo mayor que engloba las necesidades, y las NEE es un grupo más reducido que hace referencia a necesidades asociadas a la discapacidad, y que se enmarcan dentro de las NEAE.

Las NEAE hacen referencia al alumnado que en algún momento de su recorrido formativo, puede llegar a requerir determinados apoyos y/o atenciones educativas específicas con las que poder adaptarse al currículo correspondiente de su edad. Incluyen alumnos que requieren atención educativa por presentar necesidades educativas especiales, por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades

¹⁴⁹ LOMLOE - Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la LOE 2/2006, de 3 de mayo de Educación. BOE núm. 340, de 30/12/2020.



intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.

Se entiende por alumnado que presenta NEE, aquel que afronta barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje, derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, y que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo.

Se consideran NEE:

- NEE asociada a discapacidad intelectual.
- NEE asociada a discapacidad física.
- NEE asociada a discapacidad auditiva.
- NEE asociada a discapacidad visual.
- NEE asociada a trastornos del espectro autista.
- NEE asociada a trastornos graves de conducta.
- NEE asociada a trastornos graves del desarrollo.
- NEE asociada a trastornos de la comunicación.
- NEE asociada a trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- NEE asociada a otros trastornos mentales.
- NEE asociada a enfermedades raras y crónicas.

Los alumnos y alumnas con NEE pueden estar escolarizados en centros educativos ordinarios o en centros específicos de educación especial según se valoren sus necesidades y/o grado de discapacidad. Este alumnado, dependiendo de las distintas formas de atención que requiera, será escolarizado siguiendo alguna de estas cuatro modalidades:

- **Modalidad A:** grupo ordinario a tiempo completo. Esta modalidad es para alumnado con necesidades educativas de menor significatividad.
- **Modalidad B:** grupo ordinario con apoyos en periodos variables. Estos apoyos se realizan preferentemente dentro del aula ordinaria y excepcionalmente fuera del aula ordinaria.
- **Modalidad C:** aula de educación especial en centro ordinario.
- **Modalidad D:** centro de Educación Especial (centros específicos).

En la etapa de Educación Infantil, se establecen los programas de atención a la diversidad y a las diferencias individuales como medidas que se aplican para garantizar el éxito educativo del alumnado, reforzando o profundizando los elementos del currículo. Los centros docentes llevarán a cabo los programas de refuerzo del aprendizaje para todo el alumnado que pre-



sente dificultades que justifique su inclusión (sin tener que ir asociadas necesariamente a necesidades específicas de apoyo educativo) y los programas de profundización para el alumnado altamente motivado para el aprendizaje, así como para el que presenta altas capacidades intelectuales.

Cuando el alumnado presenta necesidades específicas de apoyo educativo, puede requerir las siguientes medidas específicas de atención a la diversidad y a las diferencias individuales¹⁵⁰:

- **Programas Específicos (PE):** para el tratamiento personalizado del alumnado con el objetivo de favorecer el desarrollo mediante la estimulación de procesos implicados en el aprendizaje que faciliten la adquisición de las distintas competencias clave.
- **Adaptaciones de Acceso al Currículo (AAC):** suponen modificaciones en los elementos para la accesibilidad a la información, a la comunicación y a la participación, precisando la incorporación de recursos específicos, la modificación y habilitación de elementos físicos y, en su caso, la participación de atención o asistencia educativa complementaria que facilite el desarrollo de las enseñanzas.
- **Adaptaciones curriculares para el alumnado con altas capacidades intelectuales (ACACI):** destinadas a promover su desarrollo pleno y equilibrado, contemplando propuestas curriculares de ampliación.
- **Adaptaciones Curriculares Significativas (ACS):** para el alumnado con necesidades educativas especiales. Suponen la modificación de los elementos del currículo, incluidos las competencias específicas, los criterios de evaluación o incluso los Objetivos de la etapa. Se realizarán promoviendo el desarrollo integral del alumnado, garantizando la funcionalidad de los aprendizajes y la aplicación a su vida cotidiana y buscando el máximo desarrollo posible de las competencias clave.

En el marco de la **estadística de las enseñanzas no universitarias** a nivel nacional, se ha publicado la parte correspondiente al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo 2021-2022, cuyo objetivo fundamental es proporcionar información sobre la prestación de atención educativa diferente a la ordinaria al alumnado que requiera de estos recursos. Esta estadística se realiza en cooperación con las Comunidades Autónomas por medio de la **Comisión de Estadística de la Conferencia Sectorial de Educación**. Cabe destacar también la implicación en esta operación de los responsables en materia de apoyo educativo tanto del Ministerio como de las Comunidades Autónomas. Los resultados se difunden en apartado diferenciado dentro de los datos del alumnado matriculado y en formato EDUCAbase¹⁵¹.

¹⁵⁰ Orden de 30 de mayo de 2023, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la etapa de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se regulan determinados aspectos de la atención a la diversidad y a las diferencias individuales, se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado y se determina el proceso de tránsito entre las diferentes etapas educativas. BOJA nº 104 de 02/06/2023. URL: <https://juntadeandalucia.es/boja/2023/104/39>

¹⁵¹ Estadística de las enseñanzas no universitarias. alumnado con necesidad específica de apoyo educativo 2021-2022. Ministerio de Educación y Formación Profesional. MADRID. 2023. URL: <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/no-universitaria/alumnado/apoyo/2021-2022.html>



DATOS EN ANDALUCÍA

A lo largo del curso 2021/2022 estuvieron matriculados en Educación Infantil un total de 325.352 niños y niñas.

Tabla 8.1.-

Distribución por provincias del total de alumnado matriculado en Educación Infantil. Porcentaje provincial y distribución por ciclos.

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
E. Infantil	33.622	42.639	28.306	34.765	21.227	21.190	64.270	79.333	325.352
Porcentaje matriculaciones	10,3%	13,1%	8,7%	10,7%	6,5%	6,5%	19,8%	24,4%	100%
1er ciclo EI	10.919	11.418	9.642	11.086	7.351	6.515	21.615	27.957	106.503
2º ciclo EI	22.703	31.221	18.664	33.679	13.876	14.675	42.655	51.376	218.849

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

Casi la cuarta parte de niños y niñas matriculados en educación infantil, a lo largo del curso 2021-22, lo hizo en la provincia de Sevilla, coincidiendo estos datos con la distribución de la población infantil de Andalucía.

En Andalucía, el alumnado con NEAE durante el curso 2021/22 ascendió a 27.987 niños y niñas de educación infantil, lo que supone un 8,6% del total de matriculados.

Tabla 8.2.

Alumnado escolarizado en Educación Infantil con NEAE según el ciclo de educación infantil y la provincia. Andalucía, curso 2021-22.

	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	ANDALUCÍA
NEAE 1er ciclo	292	447	324	311	210	193	744	900	3.421
NEAE 2º ciclo	1.853	3.413	2.216	2.557	1.378	1.552	5.216	6.381	24.566
TOTAL	2.145	3.860	2.540	2.868	1.588	1.745	5.960	7.281	27.987

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.



Tabla 8.3.

Alumnado matriculado en Educación Infantil – Prevalencia según tipo de NEAE. Andalucía, curso 2021-22.

Diagnósticos de mayor prevalencia	
Retrasos evolutivos graves o profundos	9.390 (33,5%)
Trastornos graves del lenguaje	6.613 (23,6%)
Dificultades de aprendizaje por lenguaje	2.597 (9,3%)
TEA	1.223 (4,4%)

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

El diagnóstico más prevalente en primer ciclo de Educación infantil fue el retraso evolutivo grave o profundo, con un total de 1.464 niños y niñas. El resto hasta 9.390 corresponden al segundo ciclo de Educación Infantil.

A lo largo del curso 2021/22 estuvieron matriculados en un total de 23.397 **alumnos/as extranjeros/as**, de los que 5.796 lo hicieron en primer ciclo y 17.601 en segundo ciclo. Destacar que la provincia de Almería contaba con un 30,87 % del total del alumnado extranjero en Andalucía.

En cuanto a la matriculación en **aulas específicas** hubo un total de 618 niños y niñas: 218 en 3 años, 181 en 4 años y 219 en 5 años, correspondiendo las mayores cifras a las provincias de Almería (24,27%) y Sevilla (24,59 %).

Respecto a los matriculados en **Centros Específicos de Educación Especial (CEEE)** hubo un total de 67 niños y niñas en Andalucía: 18 en 3 años, 21 en 4 años y 28 en 5 años.

Existen niños y niñas que cumplen los 6 años en el último trimestre y que por tanto se encuentran matriculados en el primer año de Educación Primaria, pudiendo permanecer en AT hasta esa fecha. No disponemos de los datos de este porcentaje de niños que pudieran tener reconocida NEAE.

Según se recoge en las instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la DG de Participación y Equidad, *“desde el principio de coordinación interinstitucional, equipos directivos y profesionales de la orientación, asesorados y coordinados por el equipo técnico provincial para la orientación educativa y profesional (ETPOEP), deberán garantizar y planificar la coordinación efectiva con los servicios y profesionales de otras Administraciones, así como con asociaciones y entidades sin ánimo de lucro que participen en el desarrollo de programas preventivos o incluso, en la misma intervención con el alumnado, entre los que se destacan: - Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) - Servicio de Salud Mental - Atención primaria (Centros de Salud) - Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC) - Equipos de Tratamiento familiar (ETF) - Federaciones y asociaciones de padres y madres de alumnado con NEAE. - Otros“.*

En la actualidad, no es posible establecer un cruce de datos entre los sistemas de información Séneca y Alborada. En Séneca se cuenta con el **NIE (Número de Identificación Escolar)**, que es el asignado a cada alumno o alumna desde el inicio de escolarización y Alborada utiliza el **NUHSA (Número Único de Historia de Salud en Andalucía)**.



Según datos extraídos de Alborada, a lo largo de 2022 fueron derivados a CAIT un total de 20.736 personas menores que cumplían los 3 años en dicho periodo (los nacidos en 2019), siendo esta la población potencial para la realización del dictamen de escolarización correspondiente antes de su ingreso en el segundo ciclo de educación infantil.

Según se recoge en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, “los EOE cumplimentarán, a través del sistema de información Alborada, el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT) de cada uno de los alumnos y alumnas cuyos informes previos a la escolarización fueron trasladados por los CAIT donde son atendido. A esta información podrá acceder el EPAT y el CAIT donde sea atendido cada alumno y alumna”.

Son pocos profesionales de los EOE quienes pueden acceder al Sistema de información Alborada, por lo que en la práctica esta instrucción tiene dificultades para llevarse a cabo. Por otro lado, la clasificación diagnóstica difiere en los términos que se emplean en Educación y Atención Temprana, quedando recogido en la siguiente tabla las equivalencias entre los mismos.

Tabla 8.4.

Protocolo de trastornos del desarrollo compartido EDUCACIÓN/CAIT.

GRUPO	DICTAMEN/CENSO NEE	ODAT
Trastornos graves del desarrollo	Retrasos evolutivos graves o profundos Trastornos graves del desarrollo del lenguaje Trastornos graves del desarrollo psicomotor	4.g.g
Discapacidad visual	Baja visión	4.b.c
Discapacidad intelectual	Discapacidad intelectual moderada Discapacidad intelectual grave Discapacidad intelectual profunda	4.f.b 4.f.c 4.f.d
Discapacidad auditiva	Hipoacusia Sordera	4.c.f; 4.c.g 4.c.h
Trastornos de la comunicación y del lenguaje	Afasia Trastornos específicos del lenguaje Disartrias	4.g.i 4.g.g 4.g.d
Discapacidad física	Lesiones de origen cerebral	4.a.a
Trastornos del Espectro Autista	Autismo Síndrome de Asperger Síndrome de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	4.k

Fuente: Decreto 29/04/2016



En las entrevistas de los **grupos focales**¹⁵², a pesar de lo indicado en la ley, los padres y madres de menores de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo o el riesgo de presentarlos, perciben falta de apoyo a las necesidades que requieren sus hijos en las escuelas infantiles y colegios, sobre todo, la ausencia de personal de apoyo o especializado (PTIS, PT, AL).

Los principales problemas que viven las familias de los y las menores incluidos en el Sistema de Atención Temprana escolarizados en las escuelas infantiles, guarderías y colegios, tanto en primer ciclo de Infantil como en segundo ciclo, ambas etapas no obligatorias, son los siguientes:

- Escasez o ausencia de personal específico que puedan cubrir las necesidades de los niños y las niñas, sobre todo, de los/las profesionales técnicos de integración (PTIS), que se encargan, entre otras tareas, del aseo y cambio de pañales o de darles de comer. También echan en falta la figura de enfermería escolar para casos de menores con problemas médicos que puedan requerir una asistencia especializada en casos de urgencia.
- Escasa comunicación e intercambio de información entre los Centros educativos y los CAIT.
- En ocasiones, poca formación y sensibilidad del profesorado ante los trastornos de desarrollo de los y las menores.
- Diferencias de abordaje en el tema de la integración e inclusión escolar, preocupando la relación entre iguales, la convivencia escolar y la posibilidad de casos de bullying o aislamiento social.
- Ausencia de medidas específicas para que el entorno escolar conozca, comprenda y acepte la diversidad.

8.3.- SERVICIOS SOCIALES

En lo que respecta al seguimiento de las **personas menores sujetas a medidas de protección**, incluidas en el Sistema de Atención Temprana, no existe registro que las recoja a nivel provincial ni autonómico. En la actualidad, el sistema de información que incluye los datos de estas personas en el sistema de protección, es el SISS, que se está modificando y en el futuro se llamará GESTIONA. Este nuevo sistema se integraría con la Historia Social Única que se está desarrollando desde Servicios Sociales.

Los **Servicios Sociales Comunitarios** y los **Equipos de Tratamiento Familiar (ETF)** realizan el seguimiento y pueden tramitar la solicitud para su valoración y posterior inclusión en el Sistema de Atención Temprana a través de los cauces establecidos (mediante la figura del pediatra de AP). Las memorias anuales recogen un indicador de personas usuarias.

Los **Equipos Técnicos de las Delegaciones Territoriales** del **Servicio de Protección de Menores** y del **Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias** pueden también recoger la información de las personas menores derivadas y atendidas.

Las familias que participaron en los **grupos focales**¹⁵³ desconocen los servicios que les pueden ofrecer desde los SSCC: la asistencia a los grupos de apoyo familiar; ayuda en los trámites de solicitudes de becas y subvenciones; derivación a los Centros de Valoración y los EVO, etc.

152 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

153 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



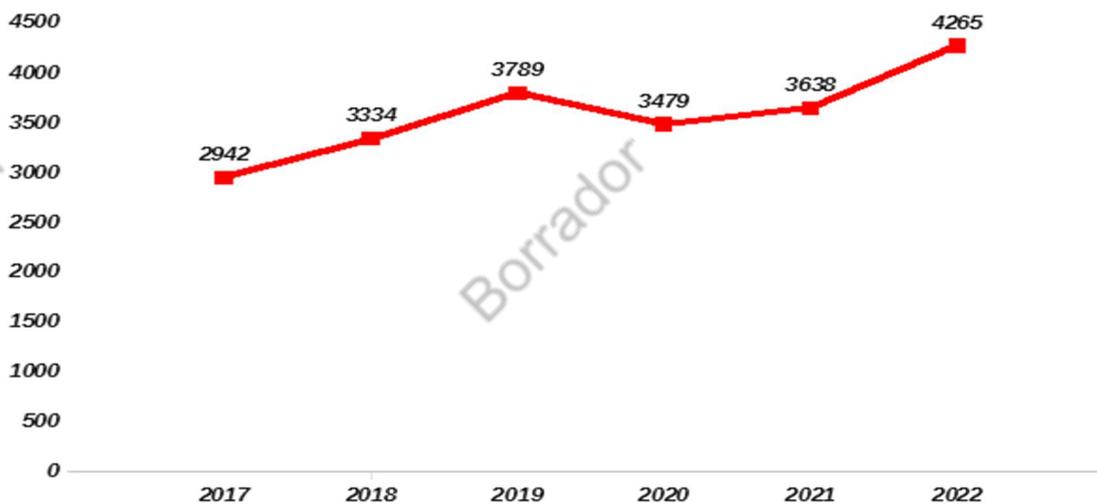
8.3.1.- DEPENDENCIA – ASSDA

Los datos correspondientes a la población andaluza menor de 6 años en situación de dependencia indican que el número de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia ha experimentado una evolución notable, desde el año 2017 hasta el año 2022. Durante este período de seis años, se ha observado un aumento constante en el número de solicitudes presentadas en esta franja de edad.

En 2017, se registraron un total de 2.942 solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, marcando el punto de partida de este análisis. En 2022, se alcanzó el nivel más alto con 4.265 solicitudes, consolidando una tendencia creciente en la conciencia y la demanda de reconocimiento de la situación de dependencia.

Fig. 8.1.-

Solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia correspondiente a menores entre 0 y 5 años.



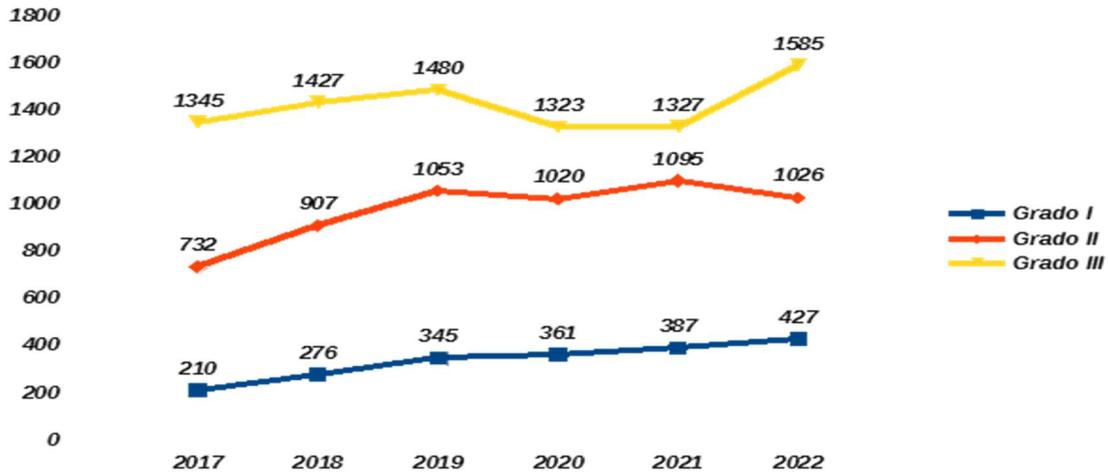
Fuente: SISAAD. 2023

Por otro lado, a lo largo del período comprendido entre los años 2017 y 2022, se ha observado una variación significativa en el número de resoluciones de grado de dependencia, grado III (gran dependencia), grado II (dependencia severa) y grado I (dependencia moderada), lo que refleja una mayor proporción de menores de 6 años en situación de dependencia con importantes necesidades de apoyo.



Fig. 8.2.-

Resoluciones de grado de dependencia en menores de 0 a 5 años.



Fuente: SISAAD. 2023.

Se destaca que, de entre todos los servicios y prestaciones de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en su gran mayoría, las personas en situación de dependencia con edades comprendidas entre 0 y 6 años acceden a la **prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF)**. Supone un respaldo económico a las familias que cuidan de estos menores en su propio hogar y un apoyo valioso para las familias que les ayuda a cubrir los gastos derivados de su cuidado y atención. En 2021, la PECEF alcanzó su nivel más alto con 2.240 menores.

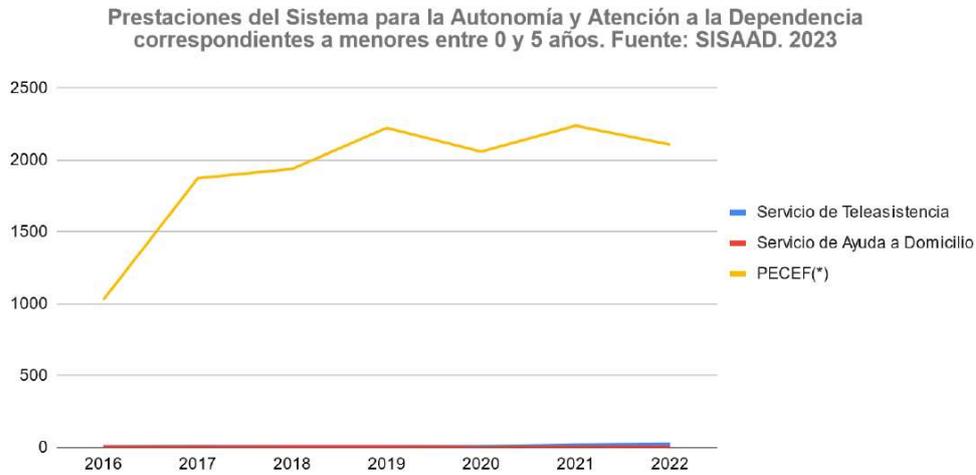
El número de expedientes orientados al servicio de **Teleasistencia** ha alcanzado su máxima en 2022, con 25 casos, siendo cifras muy reducidas en comparación al porcentaje de población con estas edades que presentan reconocimiento de la situación de dependencia.

La media de personas menores atendidas a través del **servicio de ayuda a domicilio** oscila en 5 casos en el periodo de tiempo analizado.



Fig. 8.3.-

Tipos de Prestaciones de dependencia en niños de 0 a 5 años.



(*) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Fuente: SISAAD. 2023.

Tabla 8.5.

A continuación se reflejan el número de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia correspondiente a personas menores de 6 años.

	Menores de 6 años			Menores de 3 años			De 3 a 5 años		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	4.939	3.293	1.646	878	512	366	4.061	2.781	1.280
Almería	500	349	151	107	78	29	393	271	122
Cádiz	635	409	226	80	42	38	555	367	188
Córdoba	541	354	187	106	61	45	435	293	142
Granada	579	378	201	116	62	54	463	316	147
Huelva	345	242	103	71	39	32	274	203	71
Jaén	351	224	127	88	51	37	263	173	90
Málaga	1.088	739	349	166	92	74	922	647	275
Sevilla	900	598	302	144	87	57	756	511	245

Fuente: SISAAD-ASSDA 2023



Tabla 8.6.

Número de resoluciones de reconocimiento de la situación de dependencia en menores de seis años según grado por provincia.

Grado de dependencia (Última resolución)												
	GIII - Gran dependencia			GII - Dependencia severa			GI - Dependencia moderada			SG - Sin dependencia reconocida		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	1.877	1.277	600	1.425	962	463	497	321	176	388	219	169
Almería	196	137	59	136	102	34	45	32	13	42	23	19
Cádiz	280	183	97	177	110	67	49	33	16	25	15	10
Córdoba	202	132	70	152	103	49	53	30	23	43	26	17
Granada	182	113	69	195	138	57	99	63	36	53	28	25
Huelva	141	104	37	107	74	33	38	23	15	18	13	5
Jaén	159	105	54	110	67	43	37	25	12	30	19	11
Málaga	402	282	120	300	202	98	80	47	33	78	49	29
Sevilla	315	221	94	248	166	82	96	68	28	99	46	53

Fuente: SISAAD – ASSDA 2023.



Tabla 8.7.

Número de resoluciones de reconocimiento de prestación en menores de seis años según grado por provincia.

Grado de dependencia (Reconocido en el Programa Individual de Atención)									
	GI - Dependencia moderada			GII - Dependencia severa			GIII - Gran dependencia		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	309	197	112	964	639	325	1.318	896	422
Almería	25	17	8	72	50	22	103	73	30
Cádiz	33	23	10	124	77	47	182	111	71
Córdoba	26	16	10	95	60	35	137	86	51
Granada	67	42	25	158	112	46	155	100	55
Huelva	31	19	12	82	59	23	125	95	30
Jaén	31	19	12	78	49	29	112	73	39
Málaga	41	24	17	176	115	61	275	199	76
Sevilla	55	37	18	179	117	62	229	159	70

Fuente: Fuente: SISAAD – ASSDA 2023.

Aunque los datos expuestos indican que los reconocimientos de la prestaciones de la dependencia crecen año a año, las familias entrevistadas¹⁵⁴ indican la falta de información respecto a estas prestaciones, quién tiene derecho a ellas, dónde y cómo se solicitan, etc.

8.3.2.- DISCAPACIDAD (EVOS).

La solicitud de **grado de discapacidad** se realiza a instancia de parte y se dirige a los **Centros de Valoración y Orientación** de personas con discapacidad. Existe un centro en cada provincia donde trabajan varios equipos.

Los **Equipos de Valoración y Orientación** (EVO) están constituidos por profesionales de la medicina, la psicología y el trabajo social, que realizan la valoración en base a lo establecido en el Real Decreto 888/2022 de 18 de octubre.

154 Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



Tabla 8.8.-

Grado y porcentaje de discapacidad en niños menores de 6 años en Andalucía, en 2022.

Grado	Porcentaje	Nº	Prestaciones y ayudas a las que se puede acceder
1	0%		
2	1-24%	2.051	
3	25-32%	62	
3	33-49%	12.628	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
4	50-64%	1.267	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
4	65-74%	2.445	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
			Descuentos especiales en trenes de las cercanías y en las principales líneas
			Abono social de Telefónica
			Pensión en favor de familiares, pensión de orfandad y prestación familiar por hijo a cargo
5	75 o más	1.600	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
			Descuentos especiales en trenes de las cercanías y en las principales líneas
			Abono social de Telefónica
			Pensión en favor de familiares, pensión de orfandad y prestación familiar por hijo a cargo
TOTAL DE PERSONAS VALORADAS		19.991	

Fuente: Elaboración propia con datos aportados por le DG Personas con Discapacidad de la CISJFI.

En la actualidad, no es posible realizar un cruce de datos con Alborada de forma automatizada para saber si los niños y niñas que están siendo atendidos en AT tienen reconocido algún grado de discapacidad. La dificultad radica en que no se dispone de un identificador común para ambas bases de datos, ni funcionan de forma interoperativa. En muchos casos, los EVOS integran un código propio que no es posible relacionar automáticamente.

8.3.3.- SALUD MENTAL

Al igual que ocurre en Atención temprana, existe un continuo aumento de la demanda en los dispositivos de Salud Mental.

A lo largo de 2022 se han valorado en los servicios de Salud Mental de Andalucía un total de **5.137 niños y niñas** menores de 6 años. De ellos, 3.053 (59,43%) acuden también a los servicios de atención temprana, de los que 2.370 (77,63 %) son niños y 683 (22,37 %) son niñas.



Si se analiza respecto al total de niños y niñas que acudían a CAIT a lo largo de 2022, constituyen un 9,47 %.

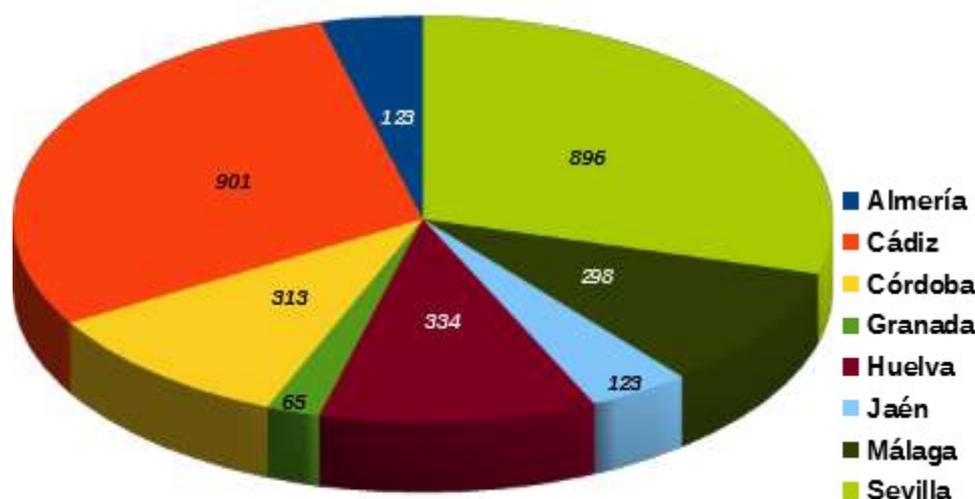
Contemplando la distribución por provincias sanitarias, el mayor porcentaje de niños y niñas atendidos en SM y AT corresponde a la provincia de Cádiz (29,51%) a pesar de contar con el 14,1% de la población de 0 a 5 años.

En segundo lugar le sigue la provincia de Sevilla, suponiendo entre ambas casi un 60% del total de menores atendidos en ambos sistemas. Las menores cifras (4%) son para las provincias de Almería y Jaén.

TABLA 8.9.

Distribución provincial de la población de 0 a 5 años atendidos en AT y SM.

PROVINCIA	Totales atendidos	% Atendidos	% Población 0 a 5 años
Almería	123	4	10,4
Cádiz	901	29,5	14.1
Córdoba	313	10,2	8,5
Granada	65	2,1	10,5
Huelva	334	10,9	6,1
Jaén	123	4	6,7
Málaga	298	9,7	19,7
Sevilla	896	29,3	23,6
Total Resultado	3.053	100	100



Fuente: Elaboración propia.



Analizando los datos por **sexo y edad**, se comprueba que la mayor demanda se produce en niños de 4 años (30,53%) y de 3 años (25,91%).

TABLA 8.10.

Distribución provincial de la población de 0 a 5 años atendidos en AT y SM por edad.

Edad	Sexo	Total	Porcentaje
1	Niños	12	0,3
	Niñas	10	0,3
2	Niños	258	8,4
	Niñas	91	2,9
3	Niños	791	25,9
	Niñas	249	8,1
4	Niños	932	30,5
	Niñas	243	7,9
5	Niños	377	12,3
	Niñas	90	2,9
Total Resultado	Ambos sexos	3.053	100

Fuente: Elaboración propia.

Se mantiene un alto porcentaje de niños respecto a niñas, siendo las edades de 3 y 4 años las que tienen mayor demanda.

En cuanto a los diagnósticos establecidos en SM de niños y niñas que ya han pasado por un dispositivo especializado de AT:

- Un 8,8 % no dispone de un diagnóstico (**vacío**) o el mismo se encuentra aplazado (29,2 %).
- Un 2,2 % no se le reconoce **patología psiquiátrica**.
- Un 41,2 % tiene un diagnóstico de **Trastorno Generalizado del Desarrollo**, término recogido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su cuarta versión revisada (DSM IV-R) que se agrupaba dentro de los "Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia". En la quinta versión (DSM-V) publicada en 2013, esta definición ha sido sustituida por "Trastornos del espectro del Autismo" (TEA), que han sido incluidos dentro de una categoría más amplia llamada "Trastornos del Neurodesarrollo"¹⁵⁵. El diagnóstico más

¹⁵⁵ La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocía el Autismo dentro del Eje I: Síndromes Psiquiátricos Clínicos con un código F84, que se refiere a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Se consideraba a los TGD como "un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restringido de intereses y actividades". Desde mayo del 2018, la CIE-11 está en vigencia y sustituye a la CIE-10. Se conserva el diagnóstico de TEA,



prevalente es el Trastorno Generalizado del Desarrollo que tiene su equivalencia DSM V y ODAT en Trastorno del espectro del autismo (TEA).

- Un 12,35% tienen reconocido **Trastorno Específico del Desarrollo**, término que se utiliza para describir una serie de trastornos neurológicos que afectan la adquisición, retención o aplicación de habilidades específicas o conjuntos de información.
- Existe algún diagnóstico como el **Trastorno del comportamiento social**, de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia, que constituye una categoría en la CIE-10 pero que no existe en el DSM V. En su lugar, se han incluido otros trastornos que pueden ser relevantes para los problemas de comportamiento social en la infancia y adolescencia, como el Trastorno del Espectro Autista, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de conducta.

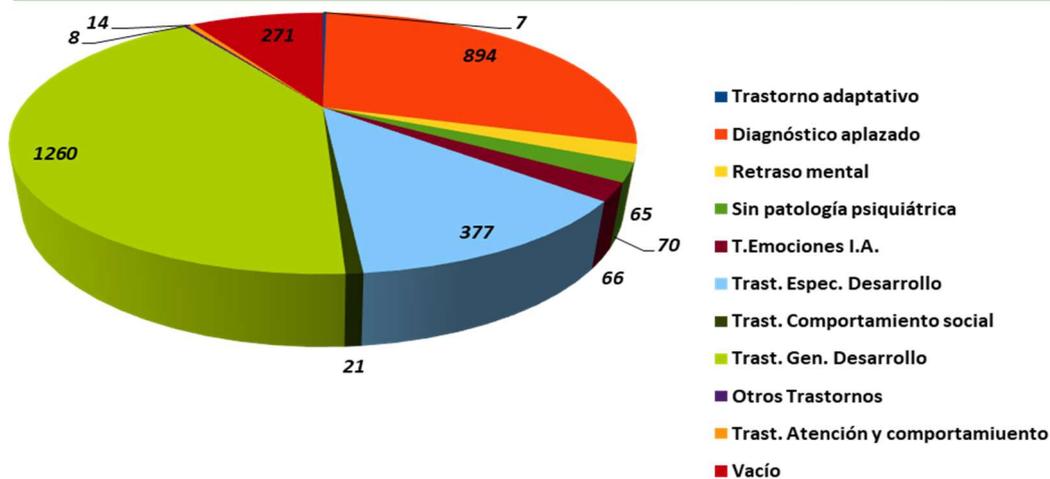
quedando englobado dentro de los Trastornos del comportamiento y neurodesarrollo, en concreto dentro de los Trastornos del neurodesarrollo, como en la DSM V.



Tabla 8.11.-

Diagnósticos establecidos por Salud Mental (SAS) en niños y niñas atendidos en 2022 en los servicios de SM y AT.

DIAGNÓSTICO	TOTAL	Porcentaje
Diagnóstico Aplazado	894	29,28
Retraso Mental	65	2,13
Sin Patología Psiquiátrica	70	2,29
T. de las Emociones de comienzo en la Infancia y Adolescencia	66	2,16
T. del Comportamiento Social de comienzo específico en la Infancia y Adolescencia	21	0,69
Trastorno Adaptativo	7	0,23
Trastorno de la Conducta Alimentaria	1	0,03
Trastorno Específico del Desarrollo	377	12,35
Trastorno Generalizado del Desarrollo	1.260	41,27
Trastorno Mental Orgánico	2	0,07
Trastorno Mental sin Especificación	3	0,10
Trastorno por Tic	1	0,03
Trastorno relacionado con Ansiedad y Depresión	1	0,03
Trastornos de la Atención y el Comportamiento	14	0,46
(vacío)	271	8,88
Total Resultado	3.053	100,00



Fuente: Elaboración propia.



Analizando la distribución por edades, sexos y diagnósticos, el mayor porcentaje corresponde a niños de 4 y 3 años que tienen el diagnóstico de **Trastorno Generalizado del Desarrollo** (13,13 % y 10,71 % respectivamente).

9.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

9.1.- FORMACIÓN Y RECUALIFICACIÓN A PROFESIONALES Y FAMILIARES SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA.

Desde el Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP), en coordinación con la Consejería competente en materia de Servicios Sociales, se realizaban anualmente algunos programas formativos sobre “*Detección y Coordinación de Necesidades: Atención Temprana y Dependencia (0-6 Años)*”¹⁵⁶, destinados al Personal de los Servicios de Protección de Menores, Prevención y Apoyo a las Familias de las DDTT de la Consejería y de la DG de Infancia y Familias con funciones en materia de protección y al personal técnico de los SSCC. El objetivo era conocer las características de los trastornos más comunes en el desarrollo durante estas edades, identificando signos de alerta de una forma precoz; lo que permitiría la atención temprana a los mismos. Asimismo, con este curso se pretendía dar a conocer a las personas profesionales el contenido del **I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de 6 años en situación de Dependencia o en riesgo de desarrollarla** ya finalizado, así como de las actuaciones llevadas por otros profesionales y el circuito a seguir para facilitar a los niños y niñas que necesiten el acceso a los recursos de atención temprana y dependencia. Pero con la llegada del COVID19 este programa se bloqueó.

La **Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)** mantiene un curso de formación específica en atención temprana tanto de Máster como de Experto dirigido a profesionales con titulación en Psicología y especialización en Psicología clínica¹⁵⁷ y el programa de formación continuada **IMPULSO**¹⁵⁸. El **SEPE-INEM** también ofrece formación especializada con un máster sobre atención temprana¹⁵⁹.

156 Detección y Coordinación de Necesidades: Atención Temprana y Dependencia (0-6 Años). IAAP. 03/06/2019. <http://www.iaap.junta-andalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/ofertasformativas.filter?step=read&cd=54076&lst=1&date=06-03-2019&cu=>

157 Curso de Formación Específica en Atención Temprana. EASP. URL: <https://www.easp.es/curso-de-formacion-especifica-en-atencion-temprana/>

158 Programa IMPULSO a la formación continuada de los Profesionales Sanitarios de Andalucía. Curso Atención temprana: Criterios de derivación a la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo. EASP – IAVANTE – Fondos MMR. 2023. URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/formacion-desarrollo-profesional/paginas/programa-impulso.html>

159 CURSO INEM-SEPE 2023 MASTER en Atención Temprana A DISTANCIA en Andalucía. URL: <https://cursossepe2023.cursosinem2022.com/c-curso-inem-sepe-2023-master-en-atencion-temprana-a-distancia-r-andaluc%C3%ADa>



Lo que sigue funcionando es la formación mediante cursos, jornadas y congresos en este campo que se realiza desde las asociaciones¹⁶⁰ y federaciones de familiares de personas con discapacidad^{161, 162}, las asociaciones de profesionales del sector y las Universidades de Andalucía^{163, 164, 165, 166, 167}.

En la **encuesta realizada a profesionales**, un elevado porcentaje expone que su empresa nunca (28%) o alguna vez (44%) le ha ofrecido formación continua en Atención Temprana, frente a un 14% que manifiesta que frecuentemente se la ofrecen. Se han identificado diferencias por ámbito de trabajo, en tanto en cuanto un 19% de los y las profesionales de Atención Primaria han afirmado no recibir nunca formación, porcentaje que se eleva al 28% en profesionales de los CAIT.

Se observan también diferencias entre las principales funciones que realizan los y las profesionales y la continua formación en Atención Temprana. La función de detección/diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (63%) que afirman que solo reciben formación a veces, mientras que los/las profesionales que realizan tratamiento, se afirman en este sentido en un 42%.

En las **entrevistas realizadas a las personas informantes clave**¹⁶⁸, se ha manifestado la necesidad de formación continua y reciclaje permanente que permita actualizarse con nuevos conocimientos no solo entre el personal sanitario sino dirigida a los y las profesionales de los centros educativos e incluso a las familias, como actores clave para una óptima actuación con las personas menores.

160 Eventos sobre Atención Temprana. ATAI. 2023. URL: [//https://www.aprendemas.com/es/centros/atai-asociacion-interprofesional-de-atencion-temprana-de-andalucia-36021/">https://atenciontemprana-atai.es/eventos-atencion-temprana //https://www.aprendemas.com/es/centros/atai-asociacion-interprofesional-de-atencion-temprana-de-andalucia-36021/](https://atenciontemprana-atai.es/eventos-atencion-temprana)

161 Curso de La Atención Temprana que queremos, nueva formación online. Plena Inclusión Andalucía. 2023. URL: <http://www.plenainclusionandalucia.org/www2/content/atencion-temprana-que-queremos-nueva-formacion-online>

162 Aula Tercer Sector. ASPACE. URL: <https://aulatercersector.com/formacion-atencion-temprana-cait/>

163 Master propio en trastornos del espectro autista. Universidad de Jaén. URL: <https://atenciontemprana-atai.es/evento/1%C2%AA-ed.-master-propio-en-trastornos-del-espectro-autista/35>

164 Máster de formación permanente en Atención Temprana. UPO. Sevilla. URL: <https://www.upo.es/formacionpermanente/master-formacion-permanente/atencion-temprana/>

165 Máster de formación permanente en Atención Temprana. Universidad de Jaén. URL: https://giepropias.ujaen.es/index.php?r=site%2Fficha-curso&id_estudio=146

166 CAITUCO – Centro de Atención Infantil Temprana de la Universidad de Córdoba. URL: <https://www.uco.es/cait/formacion/>

167 Máster Universitario en Atención Temprana. Universidad LOYOLA – Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Sevilla. URL: <https://www.uloiola.es/masteres/atencion-temprana>

168 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En este sentido y para garantizar la unidad de formación de los/las profesionales, se demanda que la administración autonómica desarrolle cursos de especialización. Asimismo, señalan la necesidad de formación específica para abordar el trabajo con las familias en un doble sentido: por una parte para trabajar con ellas en el duelo inicial o el estrés emocional que supone el afrontamiento de la noticia y por otra parte, una formación más técnica a los propios familiares que les permita continuar con las intervenciones, reforzarlas trabajando con los y las menores en sus contextos naturales.

Existe la necesidad de ofrecer y establecer **modelos de atención homogéneos** y eficaces al colectivo de niños y niñas en todos los CAIT públicos y concertados de Andalucía. Las diferencias de modelos de atención entre las diferentes provincias se deben a que no se realiza un programa de formación de calidad, que llegue a un número considerable de profesionales de los CAIT en un periodo de tiempo razonable, que permitiera homogeneizar la prestación de servicios en todo el territorio. Si se quiere conseguir una atención y prestación de calidad en atención temprana en Andalucía, se debe poner a disposición de los/las profesionales el acceso a un programa estandarizado de formación con una calidad constatada y centrado en la coordinación interinstitucional.



9.2.- I+D+i: DESARROLLO Y COLABORACIONES CON UNIVERSIDADES EN PROYECTOS Y ACTUACIONES DEL SISTEMA Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA.

Además de la **labor universitaria de investigación** reflejada en los proyectos desarrollados por los grupos PAIDI de la Junta de Andalucía, los **organismos y centros públicos de investigación (OPI)** ejercen una función investigadora fundamental en la región. Mención especial reciben, igualmente, las fundaciones y centros de I+D de salud, que se constituyen como piezas esenciales del SSPA. Un sistema cuya calidad se sustenta en el conocimiento como una de sus claves fundamentales y que está formada por 54 hospitales públicos y 33 distritos sanitarios con 1.513 centros de atención primaria donde se realiza actividad asistencial, docente e investigadora.

Por otro lado, existe la **Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas (IATA)**, con especial repercusión en el entorno asistencial y preventivo de la atención temprana, cuyo principal objetivo es impulsar el desarrollo de **nuevas terapias** con el propósito de mejorar la salud de la población e incorporar las **terapias avanzadas** en Andalucía como elemento de innovación de la asistencia sanitaria y de progreso de nuestra región. Su trabajo se centra en la elaboración de propuestas orientadas a aspectos específicos correspondientes a:

- Terapia celular y medicina regenerativa.
- Genética clínica y medicina genómica.
- Nanomedicina.

La **Historia Digital de Salud (DIRAYA) como plataforma de I+D+i**. La Historia digital de salud es el sistema informático que el SSPA utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria, y constituye una importante herramienta para la investigación en temáticas relacionadas con factores sociales y salud, demanda asistencial, incidencia, fármacos, calidad asistencial, etc.

A esto se añade la posibilidad que supone la existencia del **Sistema de Información ALBORADA** como fuente de estudios de salud pública y epidemiología para la atención temprana, bajo el principio del fomento de la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones.

En el informe de **entrevistas en profundidad a informantes clave**¹⁶⁹ se ha puesto de manifiesto que los y las profesionales mantienen enorme cautela a la hora de aplicar en Andalucía metodologías de intervención que se estén utilizando a nivel nacional o internacional. El contexto social, normativo, económico y de otra índole ha de analizarse previamente antes de incorporar nuevos protocolos.

10. CONCLUSIONES

Existe un aumento progresivo en la demanda a los servicios de atención temprana a lo largo de los años analizados. A pesar del aumento de los recursos (tanto humanos como económicos) aún no se llega a atender al total de la población diana, existiendo grandes desigualdades provinciales que habrá que analizar en profundidad.

¹⁶⁹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



Existe también un aumento en la prevalencia de trastornos del desarrollo en el sexo masculino respecto al femenino. Las diferentes características y el desconocimiento de la presentación de los signos y síntomas en las niñas pueden estar contribuyendo a su infradetección.

Los diagnósticos trastornos más prevalentes son en primer lugar los trastornos del lenguaje y la comunicación, a los que le siguen el retraso evolutivo y el Trastorno del espectro del autismo. Se mantienen estables en el tiempo los factores de riesgo biológicos pre, peri y posnatales. Existen amplias diferencias en la codificación de los mismos tanto por parte de pediatras, como de USN y CAIT y a nivel provincial. No se usa el mismo lenguaje por parte de atención temprana, salud mental o educación, creando confusión e incertidumbre.

Las familias son en su mayoría las que detectan con mayor frecuencia las primeras señales de alerta en el desarrollo. El desconocimiento por parte de los y las profesionales y su minusvaloración limitan el acceso al proceso de atención temprana generando gran cantidad de estrés y ansiedad familiar.

La demora para la valoración por parte de las USN y la posterior atención en CAIT es señalada, tanto por parte de las familias como por los y las profesionales, como el mayor problema existente en la Atención Temprana. Se hace necesario el ajuste de los recursos y protocolos a la demanda actual.

El sistema de gestión e información de Atención Temprana, Alborada, no permite la interoperabilidad con los sistemas de otros servicios, limitando la coordinación y el traspaso de información, que es demandada tanto por las familias como por los y las profesionales para poder ofrecer una atención integral.

Las familias están implicadas, en su gran mayoría, en la intervención y valoran muy positivamente las actuaciones que se realizan desde los CAIT, pero reclaman mayor presencia y participación para su capacitación.

En las jornadas participativas¹⁷⁰ para la elaboración del I PIAT-A se consensuan como **principales problemas** la desactualización de Alborada y la desconexión con otros sistemas de información, la rigidez en el modelo de atención temprana y de los sistemas que lo sostienen, la desactualización del sistema de financiación del concierto con los CAIT, la demora, la inequidad en el acceso a recursos especialmente para familias que viven en el entorno rural, la heterogeneidad en las intervenciones y el fin de la atención a los 6 años.

Se plantean como **principales carencias y necesidades** detectadas la capacitación y formación basada en la evidencia, específica y de calidad, la falta de recursos materiales, económicos y profesionales, con ampliación de los equipos básicos de los CAIT hacia otros perfiles, la mejora en las condiciones laborales de los profesionales, la implementación de protocolos y modelos de atención más humanizados, mejora la atención en el rango de edad de 0 a 3 años y la continuidad más allá de los 6 años.

Se establecen como **retos** a los que se debe enfrentar el sistema de atención temprana, la planificación organizativa, el modelo de atención centrado en la familia, la equidad y la igualdad de oportunidades, el establecimiento de una misma codificación diagnóstica y una base de datos funcional y accesible, el ajuste de presupuestos, acabar con las listas de espera, la revisión de los procesos asistenciales y la formación en atención temprana de los grados universitarios, postgrados y formación continuada, especialmente para el profesorado de primer y segundo ciclo de educación infantil.

170 Informe de síntesis de las jornadas participativas del I PIAT-A. IAAP. 4 Marzo de 2024



10.1.- PROBLEMAS – P / NECESIDADES – N / RETOS – R:

10.1.1.- POBLACIONAL

- P1.-** Aún no se alcanza la **atención** a la población teórica esperada (7,54% de niños y niñas atendidos en CAIT a lo largo de 2022).
- N1.-** Se estima que alrededor de un 10% de la población infantil tiene un Trastorno del Neurodesarrollo o riesgo de presentarlo con el consiguiente compromiso de salud, educativo o de interacción social, siendo necesario **ajustar la oferta de servicios a la prevalencia**.
- N2.-** Existen **desigualdades de género y distribución geográfica** que obligan a realizar un estudio más detallado de las posibles causas.
- R1.-** A pesar del descenso progresivo de la natalidad en Andalucía se está generando una **mayor demanda de atención** por problemas de trastornos del desarrollo en menores de 6 años a la que el sistema tendrá que dar respuesta. Se puede comprobar la tendencia ascendente de las **derivaciones** de menores a las USN y a los CAIT durante estos años.

10.1.2.- BASES DE DATOS Y COORDINACIÓN

- P2.-** En la actualidad, el sistema de información **ALBORADA** no permite el **acceso** a todos los documentos que se generan, ni permite **compartir** datos con ningún otro sistema de forma **interoperativa en tiempo real** (P*).
- P3.-** **Alborada** es percibido por los/las profesionales como una herramienta de control y fiscalización de la administración, más que una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación con otros profesionales, no siendo percibida su utilidad para la mejora de la calidad del servicio ni para obtener datos de interés (P*).
- P4.-** La **historia social única electrónica (PROGRESSA)**, que contiene la información social (**discapacidad y dependencia**) de los niños y niñas valorados, no es accesible por el sistema de AT, ni por el de Salud (**DIRAYA**). Además, al no disponer de un identificador común, no es posible realizar el cruce de datos entre los diferentes sistemas (P*).
- P5.-** A pesar de los diferentes protocolos de coordinación publicados entre **educación** y salud, en la actualidad sólo la **coordinación de los EOE** y los especialistas de las **Delegaciones Territoriales** tienen acceso a Alborada.
- P6.-** Actualmente no es posible establecer un cruce de datos entre los programas de información **SÉNECA** y Alborada. En SÉNECA se cuenta con el **NIE (Número de Identificación Escolar)** que es el asignado a cada alumno o alumna desde el inicio de escolarización y Alborada utiliza el **NUHSA (Número Único de Historia de Salud en Andalucía)**.
- P7.-** Hay un aumento progresivo en el reconocimiento del **grado de discapacidad y de dependencia** a lo largo de los años estudiados, tal y como ocurre en AT, no siendo posible determinar los menores valorados que están siendo atendidos en otros servicios de educación o AT.



- N3.-** No se dispone de un sistema de **control y seguimiento de la continuidad asistencial** para conocer qué ocurre con la atención coordinada de las **personas usuarias después de los 6 años**. La salida del sistema genera en las familias gran angustia y preocupación (P*) (N*).
- N4.-** No se ha realizado una actualización y elaboración de nuevos **protocolos de coordinación** a nivel intra e intersectorial (P*) (N*).
- N5.-** No se ha constituido el **Consejo y la Comisión técnica** de AT que exige la Ley de AT de Andalucía (N*). Mesa Técnica con representantes de todos los sectores implicados, no solo para el seguimiento y evaluación del PIATA, sino para el asesoramiento y establecimiento de protocolos de revisión y mejora del sistema de Atención Temprana (R*).
- N6*.-** Se necesita crear **mesas técnicas** para resolver las incidencias del día a día o fortalecer el papel de las delegaciones provinciales.
- R2.-** La actualización del sistema Alborada permitiría la **interoperabilidad** con otros sistemas y superar las deficiencias actuales (P*).
- R3.-** Los niños y niñas que están atendidos en **salud mental** y atención temprana conjuntamente deberían disponer de un diagnóstico clínico y funcional común.
- R4.-** Se deberían establecer cauces de **coordinación con salud mental** en todos los casos que lo requieran. De los menores de 6 años que acudieron en 2022 a los servicios de **Salud Mental** en Andalucía, un 59,43% estaban siendo atendidos en CAIT.

10.1.3.- DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN

- P8.-** Muchas **familias se han sentido ignoradas** por los/las profesionales ante las primeras sospechas o señales de alerta de la existencia de un trastorno del desarrollo en sus hijos o hijas.
- P9.-** Los informantes clave argumentan la existencia de **problemas de infradiagnóstico** en base a la insuficiencia de recursos, que provoca **retrasos** en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de Atención Temprana.
- P10.-** El establecimiento de unos **criterios claros de derivación y la priorización** de la valoración, en función de la gravedad del diagnóstico previo, acorta los tiempos de espera y disminuye la variabilidad. Las **demoras** y el consiguiente retraso en la obtención de diagnósticos acrecientan en las familias la **incertidumbre** y la sensación de **tiempo perdido** (P*).
- P11.-** Con respecto a la **no idoneidad** para recibir intervención en un CAIT, se comprueba que las cifras aumentan a lo largo del tiempo, existiendo diferencia por sexo y provincia con mayor número de niñas, pudiendo traducir infradiagnósticos.
- P12.-** Existe una gran **variabilidad interprofesional** y entre las distintas provincias en lo que respecta a la **codificación diagnóstica** homogénea de la ODAT.
- P13.-** La ODAT se centra en la identificación de las necesidades específicas de los niños y niñas de 0 a 6 años que tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlos, mientras que los diagnósticos de **salud mental** se utilizan para identificar trastornos mentales. No existe un lenguaje común entre ambos servicios.



P14.- Enfermedades Raras: Con relación a la AT, aún no se puede construir el grupo de edad de 0 a 5 años. Se dispone de datos agrupados por los tramos de <1 año, 1-4 años y 5-9 años.

P15*.- TEA: El incremento de los casos de TEA requiere centrar esfuerzos en la atención a este trastorno. Se denuncia la diferencia existente en la atención a un niño o niña con TEA, dependiendo de si se realiza desde un centro generalista o desde un centro específico. El número de sesiones es mayor en un **centro específico**. Los centros específicos habrían de constituirse como centros de referencia de recursos, asesoramiento y apoyo al resto de los CAIT.

N7.- Romper la Torre de Babel de la codificación diagnóstica. Se necesita establecer un **registro con lenguaje común** que permita conocer la prevalencia e incidencia de trastornos del neurodesarrollo tanto a nivel nacional como autonómico en comparación con otros países de nuestro entorno, para desarrollar las políticas adecuadas que eviten o minimicen su aparición (P*) (R*).

R5.- De las encuestas a profesionales de atención temprana realizadas se obtiene el dato de que las principales **fuentes de detección** de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y los/las profesionales del ámbito de la salud (35%). En tercer lugar, destacan los/las profesionales del ámbito educativo (18%). Los y las profesionales que trabajen con la infancia deberían ser conocedores de las primeras señales de alerta ante la posible existencia de un trastorno del desarrollo.

R6.- El incremento de diagnósticos de trastornos del lenguaje y la comunicación, el retraso evolutivo y los trastornos del espectro del autismo (entre los tres representan más del 75% de las ODAT atendidas en los CAIT) precisa una **adecuación de las plantilla en los CAIT**.

R7.- Hipoacusias: el cruce de datos entre los servicios de ORL y AT permitiría la comprobación de que todos los niños y niñas que han sido diagnosticados mediante el cribado auditivo son atendidos en AT y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la intervención en CAIT.

R8.- Metabolopatías: Falta el **cruce de datos** que nos permita conocer si los menores diagnosticados de metabolopatías que conllevan riesgo neurológico son finalmente derivados a AT, así como los tiempos de demora. El conocimiento de dichas enfermedades facilitarían la transmisión de información para analizar las posibles **derivaciones** a AT y el Plan de Intervención más adecuado para cada una de ellas.

R9.- El **diagnóstico más prevalente** en primer ciclo de **Educación infantil** es el retraso evolutivo grave o profundo con un total de 1.464 niños y niñas. El resto hasta 9.390 corresponden al segundo ciclo de Educación Infantil. El incremento de las políticas públicas destinadas a las personas menores en primer ciclo de educación infantil, permitirá la detección de trastornos del desarrollo a una edad más temprana.

10.1.4.- CENTROS Y SERVICIOS

P16.- El **CAIT es el recurso de Atención Temprana mejor valorado** por las familias, no identificando el resto de los servicios como parte del sistema.

P17.- Se ha detectado una elevada **implicación de las familias** que reclaman mayor presencia y participación en las sesiones de intervención. Ponen de manifiesto que no se incluyen



de manera sistemática actuaciones sobre apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento (P*). El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades de las familias.

- P18*.-** En algunos CAIT están fuera del **sistema de intermediación con la familia** y deberían estar integradas en el proceso como un binomio inseparable.
- P19*.-** Incluir el **apoyo a la familia en la etapa pre y perinatal** desde las unidades neonatales con mejor dotación de personal y formado. Sobre todo, la fase de **duelo perinatal** con un protocolo de acompañamiento. **Atención emocional** a las familias. Apuesta por la humanización y el acompañamiento familiar.
- P20*.-** Mejorar la **equidad** en el acceso a los servicios, sobre todo en las zonas rurales y los **cribados de detección** temprana por la familia y en los colegios.
- P21.-** A pesar del incremento en los últimos años en la **inversión** destinada a la atención temprana, existen más de 2.700 menores a la espera de poder ser atendidos en CAIT, existiendo variabilidad interprovincial.
- P22.-** El **reparto de fondos** por provincia no presenta coherencia con el resto de datos analizados.
- P23*.-** Mejorar la **financiación**. El sistema de registro por sesiones (UMAT) no se adapta a la diversidad de servicios que prestan los CAIT. **Sólo se paga la intervención** y hay muchas otras tareas que se realizan que no tienen repercusión en el coste. Esta situación hace inviable los CAIT pequeños con pocas plazas concertadas. Hay un exceso de carga burocrática y fiscalización.
- P24*.-** Mejorar la **retribución y la conciliación a los profesionales** de los CAIT. Se aprovechan de la vocación. Mejorar la **dotación presupuestaria de los conciertos** para hacerlo posible.
- P25*.-** Mejorar los tiempos para el diagnóstico en las **pruebas hospitalarias** debido a la carga asistencial excesiva y abrir la posibilidad de subcontratar a los CAIT.
- P26*.-** Hay profesiones que no se han incorporado en la Ley al **equipo básico** como es el caso de la **terapia ocupacional o el trabajo social**.
- P27*.- Escasez de recursos en el ámbito escolar para casos complejos.**
- P28*.- CALIDAD:** La falta de evaluación de la calidad de la intervención que reciben las personas menores y sus familias (esta evaluación no debe recaer en los y las profesionales que trabajan directamente con ellos).
- N8*.-** Necesidad de incorporar a los equipos la figura "**gestor/a de casos**": que acompañe a las familias en todo el proceso; que apoye en las transiciones y que de soporte a las familias con mayores dificultades; fortaleciendo el trabajo social que se realiza con las familias.
- N9.-** Existe la necesidad de ofrecer y establecer **modelos de proceso flexibles y protocolos de atención e intervención biopsicosocial, homogéneos y eficaces**, en todos los CAIT de Andalucía (P*).
- N10.-** Urge adecuar la **ratio de personal** a la demanda en aquellas USN y CAIT saturados en la actualidad (N*).



N11.- Para disminuir la **demora** en la evaluación y poder dar una respuesta a las familias en el plazo establecido según recoge la Ley de AT se necesitaría adecuar los recursos en función de la demanda a las diferentes USN y CAIT a nivel provincial y evaluar las diferentes causas que la motivan (P*).

R10.- El aumento de la **inversión** destinada a la Atención Temprana permitirá dar respuesta a toda la demanda existente de atención en los CAIT.

R11*.- Planificación organizativa. Coordinación de base en protocolos, carteras de servicios, etc... en educación, servicios sociales y salud, con una dinámica de comunicación de 360 grados en todos los estamentos, en el diagnóstico y con Alborada. Procesos asistenciales integrados y revisados.

R12*.- Plan de acción sostenible, coordinado y adecuadamente dotado.

10.1.5.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

P29*.- Establecer **líneas prioritarias** de AT en los programas de I+D+i.

P30*.- Favorecer la **investigación interdisciplinar** (Ingeniería, neurociencia, musicoterapia, etc...) y la **biosocioética** sobre todo de datos y registros complejos y de la producción científica.

P31*.- Coordinar y homogeneizar los contenidos de Atención Temprana que se incluyan en los **planes de estudio** de Psicología, Fisioterapia, Logopedia, etc..., crear profesionales **especialistas** en Atención Temprana y que los **másteres** sean de calidad contrastada y certificada (N*).

P32*.- Desarrollar e impartir programas de formación y guía a las familias, a **los padres, madres y a los/las hermanos.**

P33*.- Apuesta por las **TIC, IA, Big Data, la transformación digital de la gestión y los equipos móviles** de tratamiento y seguimiento domiciliario.

P34*.- La escasa **evidencia científica disponible en los tratamientos** de atención temprana. Investigación de nuevos modelos de intervención.

P35*.- La ausencia de investigación en enfermedades raras.

N12.- Los/las profesionales no disponen de un programa estandarizado de **formación** con una calidad constatada y centrado en la coordinación interinstitucional para conseguir una atención y prestación de **calidad homogénea** en atención temprana en todas las provincias de Andalucía.

N13.- Se demandan programas de **investigación** que fomenten la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones en este sector. (P*)

NOTA: Aquellos PNR surgidos en las conclusiones de las jornadas participativas¹⁷¹ se señalan con un asterisco. Y aquellos que ya disponíamos de los anteriores análisis y han sido

171 Oficina Técnica PIAT – IAAP. Informe de Síntesis de la Jornadas Participativas del PIAT. IAAP. 4/3/2024.



ratificados por las personas que colaboraron en los grupos de trabajo de las Jornadas Participativas, se señalan con (P*) (N*) (R*).



ANEXO.- ACRÓNIMOS

AAEE – Atención Especializada de Salud.

AAPP – Atención Primaria de Salud

ACD - Andalucía Compromiso Digital.

ACSA - Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.

AE – Atención Especializada.

AH – Atención Hospitalaria.

AP – Atención Primaria de Salud.

ASSDA - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

AT – Atención Temprana.

CAIT - Centros de Atención e Intervención Temprana.

CCAA - Comunidades Autónomas.

CDEFP - Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

CDIAT – Centro de Detección e Intervención de Atención Temprana.

CED - Consejería de Educación y Deporte

CERMI - Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad.

CIE – Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIF - Clasificación Internacional Funcionamiento.

CISJFI - Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

CSC - Consejería de Salud y Consumo.

CUII - Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.

CVO - Centro de Valoración y Orientación.

DG - Dirección General.

DGPD - Dirección General de Personas con Discapacidad.

DGSPOF - Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

DI – Discapacidad Intelectual

DT / DDTT - Delegación Territorial.

EASP - Escuela Andaluza de Salud Pública.

EDD - Estancia Diurna de Personas con Discapacidad.

EDTO - Estancia Diurna con Terapia Ocupacional.

EECTI – Estrategia Española de Ciencia Tecnología e Innovación.

EELL - Entidades Locales.

EGC - Enfermería Gestora de Casos.

EIDIA – Estrategia de I+D+i de Andalucía.

EOE - Equipos de Orientación Educativa.

EPAT - Equipos Provinciales de Atención Temprana.

EPES - Empresa Pública de Emergencia Sanitaria.

ETF – Equipos de Tratamiento Familiar.

FAISEM - Fundación pública andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental.

FEAFES - Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

GAT - Federación Nacional de Asociaciones Autonómicas de Profesionales de Atención Temprana.

GRUSE - Grupos Socioeducativas en Atención Primaria.

IAAP – Instituto Andaluz de Administración Pública.



IAM - Instituto Andaluz de la Mujer.

IATA - Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas.

IECA - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

IMSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE - Instituto Nacional de Estadística.

IPREM - Indicador Público de Renta de efectos Múltiples.

LAPAD - Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

LOE - Ley Orgánica de Educación 2/2006.

LOMLOE - Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la LOE 2/2006, de 3 de mayo de Educación.

LSE - Lenguaje de Signos Español.

NEAE - Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

NEE - Necesidades Educativas Especiales.

NTIC - Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación.

ODAT - Organización Diagnóstica de Atención Temprana.

OEA - Otoemisiones acústicas.

OMS / WHO - Organización Mundial de la Salud.

ONCE - Organización Nacional de Ciegos Españoles.

PAI - Proceso Asistencial Integrado.

PAIDI - Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación.

PEAT - Potenciales evocados auditivos tronco.

PIA - Programa de Intervención Social.

PIIT - Programa Individual de Intervención Temprana.

PIAT - Plan Integrado de Atención Temprana.

PRL - Prevención de Riesgos Laborales.

PSLT - Promoción de la Salud en los lugares de trabajo.

RDSM - Retraso Global del Desarrollo.

RELAS - Red de Acción Local en Salud

RPM - Retraso Psicomotor.

SAAD - Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD - Servicio de Ayuda a Domicilio.

SAS - Servicio Andaluz de Salud.

SAT - Servicio Andaluz de Teleasistencia.

SG - Secretaria General.

SGHPASSC - Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

SISAAD - Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

SM - Salud Mental.

SPSSA - Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

SSCC - Servicios Sociales Comunitarios.

SSPA - Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía.

TAP - Trastorno específico de aprendizaje.

TCS - Trastorno de Comunicación Social

TD - Trastornos del Desarrollo.

TDHAH - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

TDC - Trastorno del desarrollo de la coordinación

TEA - Trastorno de Espectro Autista.

TIC - Tecnologías de Información y Comunicaciones.



TL – Trastorno del lenguaje.

TMG - Trastorno Mental Grave.

TS Hospitalario - Trabajador Social Hospitalario.

TS Salud - Trabajador Social de Salud.

TS SSCC - Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios.

TT – Trastorno de Tourette.

TTC Trastorno de tics crónicos

UAIT – Unidades de Atención Infantil Temprana / Ahora llamadas Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.

UE - Unión Europea.

UED - Unidades de Estancia Diurna.

UGC – Unidad de gestión Clínica.

UMAT – Unidad Media de Atención Temprana.

UN - Naciones Unidas.

USMIJ - Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil hospitalarias

USN – Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.

UTS - Unidades de Trabajo Social.

ZBS - Zonas Básicas de Salud.

ZNTS - Zonas con Necesidades de Transformación Social.



ANEXO.- CRÉDITOS.

Diagnóstico Definitivo para la elaboración del PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT 2024-2028) - Informe Completo

Edita: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. SEVILLA (ESPAÑA). 26 de enero de 2024.

Responsable de la edición: Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Redacción, Diseño, Maquetación y Edición Electrónica. Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC – CSC.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivado 4.0 Internacional License

© **Junta de Andalucía 2024**

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a las Consejería de Salud y Consumo, y el título del documento especificado.

Declaración de intereses:



Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.

Citar como: Garrido Sánchez E, Salas Ibaseta M, Fito García D, Bonilla Castro L, Vázquez Ramírez MC, Valverde F, Vázquez Granados J, Alonso-Trujillo F, grupo PIAT. **Diagnóstico Definitivo para la elaboración del PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT 2024-2028) - Informe Completo.** Ed. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. SEVILLA - ESPAÑA. 12 de marzo de 2024. **DOI: pendiente.**

BOJA Acuerdo de 25 de abril de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2024-2028 (BOJA N 81 de 2 de mayo de 2023). **URL:** <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2023/81/2>



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Informe de resultados de los grupos focales con familias usuarias de Atención Temprana PIAT-A 2024-2028

**Área de Evaluación de Políticas
Públicas.**

**Instituto Andaluz de
Administración Pública**

Diciembre 2023



Junta de Andalucía

Contenido

1. Introducción.....	¡Error! Marcador no definido.
2. Metodología	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Herramienta de investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. Captación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Muestreo	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1. Diseño muestral	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2. Muestra	¡Error! Marcador no definido.
3. Resultados.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1. El acceso al Sistema de atención Temprana	¡Error! Marcador no definido.
3.1.2. Detección.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1.3. Valoración.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1.4. Diagnóstico.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1.6. La adaptación de la familia y el entorno al diagnóstico	¡Error! Marcador no definido.
3.2. La coordinación del sistema de Atención Temprana	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1. Salud.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2. Educación	¡Error! Marcador no definido.
3.2.3. Servicios Sociales	¡Error! Marcador no definido.
3.3. Las familias en el sistema de atención temprana	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1. La sensación de estar siempre pidiendo	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2. La sensación de estar siempre luchando	¡Error! Marcador no definido.
3.3.3. La sensación tener que estar siempre agradeciendo	¡Error! Marcador no definido.
3.4. Los Centros de Atención Temprana.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4.1. Problemas	¡Error! Marcador no definido.
3.4.2. Necesidades no cubiertas	¡Error! Marcador no definido.
3.5. La salida del Sistema de Atención Temprana.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6. Otros recursos: asociacionismo	¡Error! Marcador no definido.
3.7. Propuestas.....	¡Error! Marcador no definido.
Acompañamiento integral a las familias.....	¡Error! Marcador no definido.
Propuestas en el ámbito escolar	¡Error! Marcador no definido.
Propuestas en el ámbito sanitario	¡Error! Marcador no definido.
Medidas de conciliación intermedias.....	¡Error! Marcador no definido.
Cuidado y encuentro de familias.....	¡Error! Marcador no definido.
Extensión, coordinación e integración de los recursos de atención terapéutica más allá de los 6 años	¡Error! Marcador no definido.
4. Conclusiones.....	¡Error! Marcador no definido.

1. Introducción

Este informe muestra el análisis de las entrevistas grupales cualitativas (grupos focales) a padres y madres de menores que reciben terapia actualmente en algún Centro de Atención Infantil Temprana (en adelante CAIT) de Andalucía.

Este trabajo se incluye entre el proceso de recogida de datos primarios, diseñado en colaboración con el Oficina Técnica del Plan de Atención temprana, para completar el diagnóstico de necesidades de la población usuaria del Sistema de Atención Temprana.

El **objetivo del estudio** es identificar las necesidades que tienen los y las niñas menores de seis años con algún trastorno del desarrollo o riesgo de presentarlo y sus familias.

El trabajo de campo se ha llevado a cabo entre octubre y noviembre de 2023. Ha sido coordinado por el Área de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto de Administración Pública en colaboración con la Oficina Técnica del Plan Integral de Atención Temprana y con la participación de los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT).

1. Metodología

2.1. Herramienta de investigación

La técnica utilizada para recoger información ha sido el **grupo focal**. Los grupos focales están compuestos por un pequeño número de personas (entre 8 y 12 personas) seleccionadas en función de un conjunto de criterios predeterminados, para discutir un tema específico. En este caso para hablar del Sistema de Atención Temprana.

Para dinamizar el grupo focal se diseñó un guion (Anexo I) que abordó las siguientes dimensiones y subdimensiones:

- Detección:
 - Necesidades de las familias.
 - Reacciones del entorno.
- Adaptación y estrategias:
 - Experiencia en el Sistema de Atención Temprana.
 - Experiencia en Servicios Sociales.
 - Experiencia en Educación.
 - Experiencia en el Sistema Sanitario.
- Experiencia en los Centros de Atención Temprana.

- Barreras y facilitadores para cubrir las necesidades.
- Asociacionismo.

Todos los grupos focales han sido grabados con el consentimiento de quienes participaron.

2.2. Captación

La oficina técnica del Plan de Atención Temprana ha seleccionado 16 CAITs para localizar y convocar a las personas participantes en los Grupos Focales. Se ha considerado en esta selección la provincia y la cercanía al CAIT.

CAIT seleccionados para la captación de participantes en los grupos focales.

Provincia	Hábitat rural	Hábitat urbano
Almería	FAAM VERA (Vera)	ASPAPROS (Almería)
Cádiz	OLVERA (Olvera)	UPACESUR ATIENDE (Jerez Fra.)
Córdoba	IEMAKAIE (Montoro)	FUTURO SINGULAR (Córdoba)
Granada	LA COMETA (Guadix)	ASPACE (Granada)
Huelva	PASO APASO (Aracena)	ASPROMIN (Huelva)
Jaén	APROMPSI (Mancha Real)	DOWN JAÉN (Jaén)
Málaga	SONRÍE Y PESTAÑEA (Coín)	QUINTA ALEGRE (Autismo Málaga)
Sevilla	TAS LORA (Lora del Río)	SAN JUAN DE DIOS (Sevilla)

Para facilitar la captación de las personas participantes se facilitó a los CAITs unos criterios de selección y un cuestionario que las personas usuarias del CAIT interesadas en participar completaron con sus datos personales. Cada CAIT captó a una persona para cada uno de los grupos focales convocados.

2.3. Muestreo

Para identificar los perfiles se ha diseñado una muestra estructural (no significativa), de acuerdo con diferentes variables de estratificación que pueden influir en la perspectiva de las personas que participan.

2.3.1. Diseño muestral

Variables de inclusión

Las personas participantes son cuidadoras o cuidadores habituales de la persona menor que recibe atención terapéutica en un CAIT de Andalucía. Se entiende como persona cuidadora habitual a quien asume la responsabilidad de la atención de forma permanente, y es/son el principal referente y apoyo de la persona que cuida y convive con ella o pasa más de 10 horas diarias en su domicilio.

Variables de estratificación

El muestreo cualitativo se ha diseñado atendiendo a tres variables de estratificación:

- Cercanía a los recursos: La cercanía a los servicios, puede ser una variable que influye en la accesibilidad. Se considerarán de manera diferenciada los discursos de aquellas personas que vivan en municipios que cuenten con CAIT y los de las personas que deben hacer desplazamientos para acceder a los recursos de atención.
- Nivel de estudios: La variable nivel de estudios, también puede ocasionar diferencias en cuanto a cobertura de necesidades y acceso a recursos. Se considerará el nivel de estudios de la persona cuidadora principal.
- Edad de las personas menores a cargo: La edad de las personas menores a cargo, implica necesidades diferentes para la persona menor, pero también para sus familiares y/o personas cuidadoras.

2.3.2. Muestra

En total han participado 12 hombres y 40 mujeres. Han estado representadas 45 familias, porque en algunas ocasiones han participado parejas y en un caso una madre y una hija.

Distribución de participantes por Grupo Focal

	Residentes en poblaciones con CAIT						Residentes en poblaciones sin CAIT					
Nivel de estudios	Con formación superior			Con formación básica o sin formación			Con formación superior			Con formación básica o sin formación		
Familiares o personas cuidadoras con menores de 0 a 3 años	GF 1			GF 2			GF 3			GF 4		
	H	M	Familias	H	M	Familias	H	M	Familias	H	M	Familias
	3	7	8	0	6	5	3	2	5	2	3	4
Familiares o personas cuidadoras con menores de 4 a 6 años	GF 5			GF 6			GF 7			GF 8		
	H	M	Familias	H	M	Familias	H	M	Familias	H	M	Familias
	3	7	9	0	5	5	1	4	4	0	6	5

Las personas que han participado en los grupos se concentran en Granada, Córdoba, Huelva, y Sevilla. Precisamente, las tres últimas provincias son las que tienen las listas de espera más altas. No se ha entrevistado a nadie de Málaga y a una sola persona de Almería.

Distribución de participantes según provincia

Provincia	Totales			Distribución porcentual		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Almería	1	0	1	8,3	0,0	1,9
Cádiz	1	3	4	8,3	7,5	7,7
Córdoba	1	7	8	8,3	17,5	15,4
Granada	3	10	13	25,0	25,0	25,0
Huelva	4	6	10	33,3	15,0	19,2
Jaén	0	5	5	0,0	12,5	9,6
Sevilla	1	8	9	8,3	20,0	17,3
No consta	1	1	2	8,3	2,5	3,8
Total	12	40	52	100,0	100,0	100,0

1. Resultados

Tener hijas e hijos cambia la vida, pero cuando tienen o pueden tener trastornos en su desarrollo, el cambio es mayor.

Porque, además, nuestra vida nos cambió a cada una. Para mí, hace 4 años me cambió, yo ya no soy la misma, ni mi casa es la misma, ni nada en lo mismo, ni mi niño el grande es el mismo, ni todo es lo mismo, porque todo ahora gira en torno a [nombre del hijo menor en AIT] ¿no?, porque es así. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un hijo de 4 años en atención temprana, dos años en el CAIT).

Dependiendo del tipo de causa, del tipo de limitación, de la gravedad del diagnóstico, del grado de evolución, del tiempo transcurrido desde que se detectó, del capital (simbólico, económico, social y cultural) con el que se cuenta, la experiencia puede ser diferente en algunos aspectos, pero hay muchas cuestiones y necesidades comunes.

No todos los casos que enfrentan las familias entrevistadas tienen la misma gravedad, hay limitaciones leves, retrasos que se superan, o limitaciones que no se materializan. En estas situaciones las y los menores tienen menos necesidades especiales. La vulnerabilidad, que el problema de desarrollo añade a los niños y las niñas, cambia la experiencia y la vivencia de la familia. Cuando los niños y las niñas tienen **limitaciones graves** requieren más cuidados, y en algunos casos los requerirán toda la vida.

La **prematuridad** conlleva un proceso diferente. El protocolo sanitario establece unos criterios claros de idoneidad de la asistencia a CAIT que marcan la ruta a seguir y las actuaciones pertinentes, disminuyendo la variabilidad y acelerando la atención de estas niñas y niños en los Centros de Atención Temprana, para prevenir los posibles problemas que un nacimiento antes de la fecha fijada, puede conllevar.

Bueno, la verdad que, como desde un principio en el hospital también los llevaba una fisio, a dos fisios, tanto a nivel físico como cognitivo, pues ya nos explicaron que era por protocolo, que, por seguridad, por prevención y la verdad que estábamos tan bien asesoradas que fue muy fácil, fue muy fácil. (Mujer, ámbito rural de la provincia, estudios secundarios o primarios, dos menores de 3 años).

También los protocolos de **neonatología** incluyen la atención temprana en los CAITs, cuando hay algún problema de salud que implica riesgo alto o medio de desarrollar algún trastorno y el seguimiento por parte de pediatría cuando el riesgo es bajo. Estos criterios de derivación y de seguimiento también aceleran los procesos de atención.

Es verdad que los... los casos de los niños son... son un poquito diferentes, ¿no? Lo nuestro no fue que viéramos a medida que se iba desarrollando el niño, sino que fue el evento, ese postparto en el momento ese pues vieron que, pues como os digo, vieron lo que había, una falta de oxígeno, vieron que había una unas convulsiones, le hicieron las pruebas y vieron y vieron en su cerebro unas, unas, pequeñitas manchas de unas posibles lesiones. Entonces nosotros con [nombre del menor] siempre se ha estado trabajando de... más que ver que tenía algún problema siempre ha sido más en prevención. (Grupo 3: Hombre, municipio rural, un niño en atención temprana por problemas neonatales)

En estos casos, las visitas y controles médicos son más frecuentes, la vigilancia es más cercana y la comunicación, más continúa.

Cuando se tienen **varios/as menores a cargo** que han estado recibiendo terapias en CAIT, sea por el mismo tipo de trastorno o no, las posturas discursivas también son diferentes. Se han entrevistado a varias familias con dos menores a cargo que tienen alguna limitación o riesgo de tenerla, además de bebés prematuros gemelares.

En los casos en que se tiene **experiencia previa en el sistema** de atención temprana, describen vivencias diferentes entre un caso y el siguiente. En primer lugar, cabe pensar que hay procesos de asimilación que ya se han vivido y se conoce el mecanismo de acceso al sistema de atención temprana y la hoja de ruta, lo que influye en que la segunda experiencia sea diferente.

Estas familias, y las que tienen bebés que nacieron de forma prematura o tenían problemas neonatales, mencionan cuestiones específicas que hicieron que la comunicación del diagnóstico y la adaptación a la situación fuese más fácil: el diagnóstico no les sorprendió, porque fueron las propias familias quienes identificaron el trastorno o porque estaban presentes cuando se produjo el evento que catalizó la necesidad de atención temprana; el trato del personal de sanidad fue cercano; la información que recibieron respondió sus dudas; el procedimiento de acceso fue más rápido porque los factores de riesgo y las necesidades se identifican con mayor claridad. Todo esto hizo que tuvieran menos incertidumbre.

En el caso del segundo, pues bueno, es que cuando ya vienes de uno, pues parece que la cosa es distinta, ¿no? Ya fuimos nosotros los que nos dimos cuenta, porque ya llevábamos años trabajando con [hijo mayor], así que el pequeño lo... se lo dimos nosotros, lo llevamos nosotros, no para que nos lo dijeran, sino directamente para que nos lo derivaran a atención temprana para empezar a trabajar con él. Fue un escenario diferente desde nuestra parte, fuimos nosotros, o sea, la primera parte era como no sabíamos dónde íbamos ni qué pasaba con el crío. La segunda parte fuimos nosotros mismos los que llamamos a Salud Mental y que le conocemos a..., en fin, a la psicóloga de aquí de salud mental, que es la que nos deriva al centro. Hablamos con ella. Le explicamos que [hijo menor] pues tenía pinta, o sea, es como [hijo mayor]. Y bueno, pues para que nos derivara, para que empezáramos a trabajar en atención temprana y demás. Así que esos son los dos casos diferentes. (Grupo Focal 3: Hombre, formación superior, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana)

Para mí eso fue horrible y ahora, en este caso de la pequeña, pues ha sido totalmente distinto, pues yo sabía que cuando le dieran el alta de Prematuridad a la niña, tenía que ir a atención temprana y de hecho empezó yendo una vez en semana ya va una vez cada dos semanas. Y es que yo quiero llevarla mientras más y mejor. Es decir, ¿no? ha sido distinto. Depende

del... no sé si era, porque la otra vez fue mi primer hijo, o era..., aparte de que era a lo mejor primeriza, yo creo que era que la situación era totalmente distinta. Nosotros no nos dimos cuenta de que el niño (...), también la manera de actuar de esta profesional aquí y a mí no me hicieron hacer falta preguntas, era como que me la iban contestando de adelante y la primera vez sí, era todo dudas, todo. También son procesos totalmente distintos. Aunque la primera, la primera era como que el niño está muy bien y ya es todo a peor. Y ahora es como que el niño ha pasado un proceso malo y ahora es todo bueno (GF 1 Mujer, formación superior, ámbito rural, un hijo mayor de 9 años con limitaciones y una niña de un año en atención temprana).

Las familias que tienen hijos o hijas mayores de 6 años también con limitaciones, durante su participación en el grupo, de manera recurrente, **explicaban los tipos de ayudas y procedimientos** (discapacidad, dependencia, CUME¹) al resto de participantes, conscientes de que no todo el mundo cuenta con esta información tan importante.

3.1. El acceso al Sistema de atención Temprana

3.1.2. Detección

El proceso específico que viven las familias con menores que tienen problemas de desarrollo, se inicia con la sospecha de que existen diferencias entre sus hijos o hijas y el resto.

Hay **diferencias** evidentes, hay diferencias sobre las que existe más conocimiento en general, y están más asimiladas socialmente. Pero hay otras diferencias que no son tan perceptibles a simple vista y sobre las que existe menos conocimiento.

En muchos casos son las **familias** quienes identifican un posible problema al hacer comparaciones entre las niñas y los niños de alrededor, respecto a los niveles de desarrollo. Otras veces se detectan en los Centros de Educación Infantil de primer ciclo o en las **revisiones pediátricas** y pueden coger por sorpresa a madres y padres.

Una vez detectada la sospecha de un posible trastorno o retraso en el desarrollo, se inicia el procedimiento de acceso al Sistema de Atención Temprana. Este acceso implica un flujo de **identificación-valoración-derivación** al CAIT, que conlleva al menos tres tiempos de espera:

- En atención primaria, para decidir si la persona menor requiere la valoración.
- Entre atención primaria y la valoración en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
- Entre la valoración y la derivación al CAIT.

3.1.3. Valoración

Para **algunas** familias, el procedimiento de valoración ha sido **rápido**. En algunos casos porque se trata de derivaciones automáticas **desde neonatología a las USN**; en otros, porque se trataba de provincias con **poca lista de espera**; y algunas veces, porque las personas entrevistadas **pertenecen al sistema de salud**.

¹ CUME: ayudas para cuidados del menor con enfermedades graves.

Y si te reitero la dificultad, el tiempo que puede pasar en gente que no tenemos los recursos o al ser sanitarios y tal, el tiempo que puede pasar desde que te lo evalúan hasta que te dan la primera cita en el CAIT..., primero para evaluar si tardan, tardan bastante, ya te he dicho que yo ese tiempo lo acorté y según he escuchado algún compañero de esta reunión, también lo ha cortado, pero porque son sanitarios o por lo que sea. Pero el resto de la población no tiene ese esa, esa facultad, esa ese recurso, y creo que tendríais que tenerlo muy en cuenta desde la Consejería. (Hombre, formación superior, ámbito rural cercano al CAIT, menor de 3 años).

Mi experiencia fue parecida a la vuestra. Nosotros nos dimos cuenta por la guardería un poco y yo me empecé a dar cuenta también. Lo lleve a la pediatra y me dijo que era una sospecha de autismo, aunque no había visto ni valorado a mi hijo, lo derivó al CAIT y me llamaron para decirme que iban a tardar 8 meses, al final como soy sanitaria tardaron algo menos, pero fue desesperante la espera. (GF1: Mujer, formación superior, ámbito rural cercano al CAIT, menor de 3 años a cargo)

Pero por lo general hablan de esperas de hasta un año para recibir atención temprana entre el tiempo que transcurre desde atención primaria hasta la primera sesión en el CAIT, que generan grandes cantidades de estrés y ansiedad.

La espera es especialmente dolorosa cuando se debe a la no escucha por parte de los servicios sanitarios. Muchas madres han descrito cómo han sido ignoradas por el Sistema Sanitario cuando han comunicado su preocupación sobre los posibles trastornos de sus hijos e hijas. Cuentan cómo han sido tratadas como exageradas, sobrepreocupadas y sobreprotectoras. Esta experiencia ha sido vivida solamente por mujeres, los hombres entrevistados, no han relatado fenómenos similares.

Muchas madres manifiestan que les ha costado acceder a las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, porque desde Atención Primaria no se tramitaba esa valoración. **Aunque las madres alertaran al personal médico de síntomas y señales, este no atendía a estas alertas.**

(...) la lucha fue desde el principio. La pediatra nos decía que nosotros éramos muy alarmistas, que estamos etiquetando al niño, que nuestro niño era de confinamiento. Nosotros, nosotros tenemos un niño mayor. Decíamos vamos a ver. Ya por fin pudimos ir a la a la pediatra cuando los pasos, esos que se iban dando, ¿te acuerdas? Pues fuimos en persona a esa mujer. Mi marido, él ya le dijo: por favor, mira, ya te vamos a hablar...vamos a ver, mis hermanas son maestras de educación especial, yo soy trabajadora social. En fin, ya le contamos más de cara a cara que por favor, no alargara más esto. Que el protocolo sabíamos que era muy largo y que por favor nos derivara ya al niño. Por favor, ya es que era una, ya es que así nos pusimos, o sea que tenemos que estar como mendigando todo. De hecho, cuando nos... cuando nos... ya por fin nos derivó, llegó muy pequeño, muy pequeño, muy pequeñito. O sea, que nos dijeron cómo, hombre, porque hemos luchado, porque nosotros ya veíamos el tema. Y sabemos cómo es el protocolo a salud mental nos vieron el otro día después de... que tiene 4 años. (Grupo Focal 6: mujer, ámbito urbano, un niño de cuatro años en atención temprana, 2 años en el CAIT)

(...) yo he estado 8 meses esperando que al que al niño lo valorara. Hubiera adelantado, pues un tiempo, porque desde que fui a los 12, 13 meses hasta la revisión de los 18 meses que me lo derivaron, o de los... a los 16 meses, pues claro, ahí son meses qué vas ganando, que sí que puede ser que el niño pues vaya evolucionando y hubiera arrancado a hablar, pero en este caso, por ejemplo, pues no ha sido así. Entonces ahí hubiera ganado meses con respecto... que te lo estoy diciendo, tengo que ir 3 veces a decírtelo. Que yo sé que a lo mejor hay más, verás a lo mejor que todo..., a lo mejor con el primero, pues nos ponemos muy uy, es que el niño esto lo otro, que habrá de todo. Pero que tú eres la que más pasa tiempo con el niño. Si yo te estoy comentando que el niño no habla, no dice adiós y yo veo a todos los niños de la guarde... Que no dice adiós. Pues a lo mejor bueno, pues que no sé cómo funciona esto, pero a lo mejor pues bueno, pues te lo voy a derivar ya, si el niño de aquí a entonces ha arrancado, pues podemos anular la cita. Entonces, pues en ese sentido, pues sí, pues ahora pienso atrás me da coraje, porque si me hubiera hecho la pediatra caso de derivarlo cuando yo lo dije, a ver, habríamos adelantado unos meses, que en estas cosas hay muchas esperas, entonces en ese sentido sí. (Grupo Focal 3: Mujer, formación superior, ámbito rural, niño de dos años en atención temprana)

En mi caso, igual, lo... me he metido ya, porque es que es igual. Fui a la pediatra, igual: no, espérate porque la niña dice 3 palabras. Ellas, ellos siguen como un cuestionario que la niña dice dos palabras, sí, entonces ya en teoría ya dice: - no, espérate más meses porque tal. Lo que pasa que yo cuando ya veía que ellos, pasaron unos cuantos meses digo, mira, va a llegar al colegio y la niña es que va a ir por detrás de todo en lo de los colegios, porque ya con 3 años que va a hacer, va a ir muy para atrás. Entonces yo volví a ir, insistí otra vez al pediatra y ahí me dijo: - sí, sí, no te preocupes, claro.

Luego he pasado unos 6 o 8 meses, no recuerdo, hasta que te vuelven a llamar para valorarlo y todo eso. Por eso digo que el tema de que tú lo comentas y no te hacen caso en el momento, tienes que insistir para que te echen cuenta, vamos y claro, y ya van pasando los meses más el tiempo que tardan en llamarte más. Luego cuando te dan cita al final te juntas casi un año, un año. (Grupo Focal 3: Mujer, formación superior, ámbito rural, niño de dos años en atención temprana).

Para aminorar la espera de los diagnósticos, para contrastarlos, para obtener más información y para poder recibir terapia, muchas familias recurren a los **servicios privados** antes de recibir atención en los centros de atención temprana.

Yo también fui a un logopeda privado mientras me valoraban o no, un tiempo. Para que nos dieran un diagnóstico para que hubiera... que valoraran un poco el lenguaje del niño, porque como yo veía que no decía casi ni papá, ni mamá, ni... un poco que valorara como logopeda, cómo estaba el niño (Grupo focal 1: Mujer, formación superior, un niño de tres años, 6 meses en el CAIT)

Yo fui por el privado también para que me la valoraran con... claro como tardaban, tardaron en llamarme y todo. Yo ya veía, yo ya le digo, mira, ya me va a venir la hora del colegio y mi niña va a ir muy atrasada y digo, mira, mientras que me llaman y todo, a ver y fuimos por el privado, la valoraron, fue, vamos pagando todo, eso lo pagábamos nosotros, íbamos 2 días a la semana o 3 a la semana para que la chiquilla avanzara y para que me la diagnosticaran, (Grupo Focal 3: Mujer, formación superior, ámbito rural, una niña de tres años en atención temprana)

(...) yo la llevé a su pediatra porque ella en los informes de niño sano, siempre le ponía que estaba todo correcto y yo no estaba de acuerdo con eso. Entonces tuvimos que recurrir a sus pediatras del seguro para que le hiciera a su pediatra del ambulatorio, del centro de salud, un papel de que, por favor, nos la derivara a bien a la neuro o bien a la CAIT donde le hiciera la evaluación, porque tenía muchas señales de alarma que había que ver de dónde venía y qué podíamos hacer. Entonces, desde mayo hasta noviembre que empezó, que empezamos digamos a movernos ya por la parte pública, digamos, todo ese periodo era o dependía de nosotros o se quedaba estancado y yo veía que es que se nos pasaba el tiempo, no sabíamos qué estaba ocurriendo, todo muy lento y que, en este, por lo menos en el caso de ella, rápido, actuar rápido era importante. Y de hecho a la vista estaba, porque en el momento que empezamos a... con las terapias a estimularla, la niña empezó a evolucionar superrápido. Y súper bien y dimos con profesionales muy buenos, pero es cierto que las derivaciones, los diagnósticos y las pruebas son excesivamente largas. Y las esperas, pues son malísimas, también, claro, tienes ese añadido entre que una de las... te agobias de por sí con las circunstancias y lo que tarda en llegar. Todo se hace un caldo de cultivo importante de ansiedad, de estrés. Y eso, pues claro, repercute en todo también. (Grupo Focal 2: Mujer, formación media, ámbito rural, una niña de dos años con problemas de lenguaje, 10 meses de atención en el CAIT).

Seguirán utilizando recursos privados durante y después de recibir atención en los CAIT, en la medida de sus posibilidades, para completar tiempo y tipos de terapia. El acceso a los servicios públicos de carácter universal y gratuito se hace en condiciones de igualdad, pero aquellas familias con más recursos económicos podrán acceder a terapias en el ámbito privado que son inaccesibles para otras antes de entrar en el CAIT, durante su tratamiento en el CAIT y después.

3.1.4. Diagnóstico

Pero independientemente de quien identifica el problema, hasta que se recibe un diagnóstico profesional, existen **esperanzas** de que las limitaciones o síntomas que detonan la necesidad de atención temprana sean leves y temporales. Una vez recibido el diagnóstico, algunas dudas se disipan y algunas esperanzas desaparecen.

Yo creo que, al principio, mientras no tienes tampoco un diagnóstico es como un poco... Hay una cierta negación ¿no?, por tu parte de decir no, mira, pero si es que realmente dices: pues sí dice, sí se gira. O es que si no entiendes tampoco muy bien qué es el autismo, y piensas que si te mira cuando le llamas ya, ya no... quiero decir que... (Grupo Focal 3: Hombre, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana)

(...) ver que tenemos un problema y al principio sí es verdad que, con mucho susto, porque claro, no sabes por dónde puede venir la cosa y teníamos la esperanza, fíjate lo que digo, la esperanza de que quizá llevamos todos los lastres de la pandemia. (Grupo Focal 7: Hombre, municipio rural, un niño de cuatro años en Atención Temprana por retraso madurativo).

Cuando se recibe el diagnóstico se habla de **duelo**, de aceptación, de miedo, incertidumbre, preocupación.

Pues mal, o sea mal, evidentemente sabíamos que algo había y nos lo veníamos oliendo, pero no creo que nadie pueda tomarse una noticia de este tipo bien. Pues evidentemente hemos llorado mucho. Hemos tenido nuestra fase, lo típico ¿no? De porque a mí, pero bueno, al final lo que pensamos es que nuestros hijos nos necesitan (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, niño de cuatro años en atención temprana, dos años recibiendo terapia en el CAIT)

Las familias saben que **no es una noticia fácil de comunicar**, es un momento doloroso, pero la manera en que se hace, puede aliviarlo o hacerlo traumático.

(...) atención temprana a pesar de la saturación, tienen una cierta sensibilidad a la hora de dar los diagnósticos. Nos pueden gustar más o menos. Lo podemos, los podemos tragar mejor o peor, pero por lo menos tiene una cierta sensibilidad. En mi caso con mi hijo mayor todavía tengo el duelo de ese diagnóstico y mi hijo tiene 12 años. O sea que con eso os lo digo todo. (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño mayor de 6 años con limitaciones y una niña de 5 años en el CAIT)

Algunas personas entrevistadas han recibido las primeras comunicaciones sobre un posible diagnóstico por parte del centro educativo, otras veces en los centros de valoración dan un diagnóstico, pero sin información complementaria, en muchas ocasiones no es definitivo, y en la mayoría de los casos no entienden que significa ese diagnóstico ni qué consecuencias tiene y por tanto, tampoco saben cómo abordarlo.

Demandan que la **comunicación del diagnóstico** se haga con **sensibilidad, empatía y contención** porque no siempre es así.

(...) los profesionales que ponen ahí, los principales que están en lo que es... los primeros que vemos los padres cuando nos van a derivar atención temprana, que sean un poquito empáticos, porque cuando tú te sientas en una silla que vas súper nerviosa, con miedo, porque no sabes lo que tu hijo puede tener y que te sienten y te digan, es que tu hijo es un posible TEA y tú digas: - pero señora, ¿TEA que es? -no lo sé, bueno, que te lo digan los de atención temprana, toma los informes y vete. Y después de 2 horas tu hijo, por ejemplo, el mío llorando, -es que lo tiene muy mimado señora. -Es que es un niño de 2 años. Creo que, por favor, yo eso sí lo imploro, ya no por mí, sino por todos los niños que tienen que pasar. Por favor eso, cambiarlo, porque es que es una pena todos los sofocones que tienen que pasar los padres, porque vamos, yo lo pasé, a mí me dio un ataque de ansiedad cuando yo salí de ahí (...) (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de seis años, cuatro años en el CAIT)

Yo no esperaba que estuviéramos allí dos horas y pico. Y luego cuando entramos dos señoras que eran para picarlas para albóndigas, con eso yo creo que ahí yo ya lo defino todo. Y era como: - Pues si la niña no hace esto, esto puede derivar en autismo, pues si la niña esto. Bueno te decían TEA era todo TEA, TEA. Hasta que tú ya en mitad de TEA, TEA, TEA, TEA. Dices ¿me puedes decir lo que es TEA? porque es... (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito rural de Córdoba, una niña de 5 años, dos años en el CAIT)

Tampoco ayuda la mirada patriarcal hacia las madres que aún existe en la cultura. Algunas mujeres se sienten culpabilizadas por profesionales de salud que las han atendido

No puedo entender que a mí una neuropediatra me diga que mi hija tiene autismo porque he comido algo en el embarazo y me ha creado una toxicidad y mi hija tiene autismo. O sea, perdona, me estás haciendo sentir culpable en mí, o sea, yo he comido algo en el embarazo que mi hija le ha sentado mal y le ha..., o sea, ¿la ha envenenado o qué? no sé. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito rural, una niña de cinco años, cuatro en el CAIT)

No ayuda, y no necesitan que las juzguen y las culpen más. Las madres ya se sienten lo suficiente responsables de sus hijas e hijos y de su bienestar.

Yo sí te digo la verdad de todo. Yo, la que me siento culpable de todo soy yo. Porque a lo mejor si yo hubiera prestado más atención a mi niño, verle hablar más, verle... Lo mismo, a lo mejor, no tiene ni este problema, la verdad. (Grupo Focal 8: Mujer, formación primaria, ámbito rural, un menor a cargo mayor de 3 años en Atención Temprana)

Hay diferentes tipos de diagnósticos (etiológicos, sindrómicos y funcionales). Muchas personas menores de 3 años no tienen un diagnóstico que permita identificar qué **causas** hay detrás de algunos síntomas. Son edades donde es más difícil dar diagnósticos cerrados, por la rápida evolución que se produce en esas etapas del crecimiento.

Para muchas personas no contar con un diagnóstico etiológico, o al menos sindrómico, no es problemático, sobre todo cuando se observa evolución positiva. Pero hay muchas familias a las que no tener un dictamen sobre las causas que provocan ciertos trastornos o retrasos, les dificulta poner en marcha las estrategias de adaptación. Como no saben cuál es el problema, es más difícil identificar recursos específicos para el cuidado de sus menores, buscar ayuda de asociaciones, e incluso coordinar las terapias e intervenciones.

(...) a mí es verdad que, por ejemplo, la ausencia de etiquetas me ha dificultado que su tutora, en este caso, entienda las dificultades que presenta (...) Mi hijo es el caso que (...) de lo difícil que es dar un diagnóstico en edades tempranas Y lo entiendo y lo comparto. O sea que yo sé que, cuando pregunto sobre el abanico de posibilidades que presenta, hay muchas posibilidades de que se equivoquen y de que el día de mañana todo cambie. O sea, pregunto con, con ese conocimiento previo. Pero claro, pero claro, me ayuda para yo comprenderlo y para yo también explicar a la a los profesionales que tratan con el que no tienen formación. (Grupo Focal 5: Mujer, ámbito urbano, formación superior, un niño de 4 años en atención temprana).

En nuestro caso es que claro, como no sabíamos exactamente lo que le pasa, hay asociaciones de Asperger, de Síndrome de Down, de problemas neurológicos. Hay muchas muy específicas, pero como el diagnóstico era tan amplio, es simplemente retraso. No puedes buscar una asociación que sea retraso madurativo. (Grupo Focal 1: Mujer, formación superior, ámbito rural, niño de 2 años en atención temprana, un año en el CAIT).

Además, ante la falta de diagnósticos cerrados, sigue existiendo **incertidumbre** y siguen estando a la espera.

En nuestro caso, nos hubiese gustado que dijese que es lo que querían valorar o cuáles eran los posibles diagnósticos. Quiero decir, porque nosotros sabíamos lo que, que iba lento, no, pero no sabíamos que es lo que ellos estaban pensando. ¿Qué es lo que estaban buscando? Había como una falta de comunicación entre lo que podía pasar y lo que nosotros sabíamos. Y claro, te pones a buscar en Internet. Y es que los diagnósticos son horribles y no, no era realmente lo que le pasaba. Hubiésemos agradecido, pues que nos dijese: - pues no lo tenemos claro, pero puede ser esto o esto otro. Que realmente el diagnóstico nos lo han dado hace un mes, que llevamos 3 años sin saber lo que le pasaba. Entonces, pues eso sí, sí lo hubiésemos agradecido. (Grupo Focal 1: Hombre, formación superior, ámbito urbano, un niño de tres años en Atención Temprana).

Las madres que han sido ignoradas cuando han avisado de los síntomas de sus hijos o hijas, sienten alivio cuando reciben el diagnóstico. Es la primera victoria de un largo camino de obstáculos, el diagnóstico confirma que efectivamente sus sospechas de que algo no iba bien, estaban fundamentadas.

(...) en mi caso fue casi casi que un alivio, porque me di cuenta de que no estaba loca. Mi sospecha de que algo no estaba yendo de forma normal o común, pues era..., no eran solamente mías, había más gente que también lo estaba viendo (Grupo focal 4: Mujer, formación secundaria, un niño de 3 años, un año en el CAIT).

El diagnóstico, además, facilita la concesión de algunas ayudas para menores (dependencia, becas) y personas cuidadoras (CUME) y el reconocimiento de la discapacidad en algunos casos.

(...) tú si tienes el diagnóstico de TEA es que te la dan sí o sí, porque si no tienes diagnóstico, no. Pero, por ejemplo, en el caso que los que tenemos el diagnóstico es que te la dan sí o sí (...) (Grupo 6: Mujer, formación superior, ámbito rural, menor mayor de 3 años).

3.1.5. La adaptación de la familia y el entorno al diagnóstico

Las familias donde hay menores con necesidades especiales están bajo mucha presión, porque sus **posibilidades de conciliar y compartir cuidados** en muchas ocasiones se reducen.

Han participado madres y padres que trabajan dentro y fuera del hogar. Pero para muchas familias, las necesidades de cuidados especiales que requieren las y los menores con problemas de desarrollo o riesgos de tenerlos, se resuelven fortaleciendo la **división sexual de tareas**.

Muchos niños y niñas en atención temprana requieren cuidados y atención continua. Además, las múltiples citas médicas y terapias a las que acuden las y los menores con problemas de desarrollo o riesgos de padecerlo, imposibilitan a las familias mantener su dedicación al trabajo remunerado en la misma medida. Ante la necesidad de prestar más apoyo a los niños y las niñas, son las madres las que suelen hacerlo.

Han sido varias las situaciones donde **las mujeres han dejado sus empleos** para dedicarse al cuidado y **los hombres han aumentado su dedicación al trabajo remunerado**, por lo que pasan más tiempo fuera de casa.

(...) ¿Y entonces qué pasa? Que, en el campo, por ejemplo, si tú estás trabajando en el campo, tú no puedes estar perdiendo el día, ni te dan día ni hora ni nada. Entonces, no puedo ir a trabajar. En este caso, ni pidiéndoles ni siquiera el día, porque es que te echan. Que somos muchas de, vamos, las que estén en la situación conmigo, como yo, de agrícola, están en la misma situación que yo. Que no es lo mismo, yo que sé, un trabajo de una tienda y a lo mejor pedirle, te tengo que pedir dos horas a la semana, pero es que no, y mi marido igual, mi marido está trabajando y tiene la misma situación. Y por lo menos él es el que está trabajando. (Grupo Focal 8: Mujer, formación primaria, ámbito rural, un menor a cargo mayor de 3 años en Atención Temprana)

Yo, por ejemplo, en mi caso, yo no puedo ir a trabajar porque yo tengo que llevar los martes al CAIT, los jueves y después al privado, porque solicité también la beca. Yo no puedo pedir tres o cuatro días a la semana para llevar a mi niño, porque en mi caso no tengo a nadie que me pueda ayudar a llevar el niño a este sitio, porque en este caso mi marido trabaja todo el día y yo he tenido que dejar de trabajar para estar con mi hijo, claro, porque mi hijo también necesita el apoyo de una persona todo el día. Y pues nada, pues me tocó a mí de quedarme aquí con él y ya está. No puedo trabajar en este momento. (Grupo Focal 8: Mujer, formación secundaria, ámbito rural, un menor a cargo mayor de 3 años en Atención Temprana)

En muchos casos las **mujeres se han pedido reducciones de jornada o excedencias**. Incluso en el caso de parejas corresponsables, cuando estas son heterosexuales, son ellas las que piden los permisos para el cuidado, sobre todo si no están remunerados.

(...) trabajaba a turno partido mañana y tarde y si tuve que pedir una reducción, porque claro, el niño viene aquí 45 minutos de terapia, pero para mí es tiempo insuficiente. Entonces yo, por ejemplo, que si entro a terapia y te enseñan, pues un poco a lo que trabajaba con él si voy, yo salía a las 20:00 H de la tarde. Ya no era hora para ponerme con él yo en casa otros 45 minutos, por ejemplo, entonces por esa parte sí tuve que hacer ese cambio (Grupo Focal 3: Mujer, formación superior ámbito rural, niño de 2 años en Atención Temprana)

Las mujeres son conscientes de que los problemas de sus hijas e hijos puede expulsarlas, al menos temporalmente, del mercado laboral

Entonces los que trabajamos, que no somos muchos, porque por desgracia esta circunstancia de vida muchas veces nos quita generalmente, además, a las madres nos quita de poder trabajar. (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, un niño mayor de 6 años con limitaciones y una niña 5 años en atención temprana, 5 años en el CAIT)

Como consecuencia, en estos casos, cuentan como los hombres aumentan su carga de trabajo, no solo para compensar la salida de las mujeres del trabajo productivo, sino para conseguir los recursos económicos que los cuidados de sus hijos e hijas requieren. Esto supone menos tiempo y energía para corresponsabilizarse de las tareas de crianza, de participar en el seguimiento de la evolución clínica y en atención temprana y para compartir en pareja y en familia.

Y yo me levanto desde primera hora, que mi hija no se quiere vestir, yo de primera hora tengo la tensión por las nubes. Yo tengo un tratamiento, ¿no? salí del tratamiento y a los 3 meses tuve que volver por ansiedad, porque es que no puedo, porque es muy difícil. Mi marido trabaja todo el tiempo, trabaja porque tiene que trabajar para poder mantener todo esto (...). (GF 6: Mujer, formación superior, ámbito rural, hija mayor de 5 años en atención temprana).

Pero, además, en el caso de algunos trastornos, pueden requerirse eventualmente, **personas cuidadoras con conocimientos, experiencia o sensibilidad**. El cuidado de un niño o una niña con dificultades orgánicas, físicas o cognitivas especiales no es fácil, por lo que distribuir esta tarea tampoco lo es.

Es que las madres que estáis ahí lo sabéis, es que hasta tenemos que pagar a alguien para que se quede, alguien especial para que se quede hasta en casa, con nuestros niños, si nosotros tenemos que ir, por ejemplo, a un médico. (Grupo Focal 6: Mujer, estudios superiores, ámbito urbano, un hijo de 4 años en AIT).

Cuando hay **familia extensa** cerca, esta suele contribuir, en la medida de sus posibles, a los cuidados. La **familia nuclear capacita** a abuelos y abuelas, a tías y tíos, y cuando la situación se va asimilando, los padres y las madres empiezan a compartir más estas tareas con este entorno, y buscar espacios de respiro en pareja.

Mis hijos a veces se quedan con mi hermana, con mi cuñada, con mis padres, con mis suegros, a dormir a lo que sea. Si nosotros tenemos alguna boda, en fin, alguna cosa que tengamos que... incluso algún viaje que hemos hecho ya con... con el tiempo. Al principio con [hijo mayor] no, pero luego ya pasados los años ahí trabajando y tal, ya hemos ampliado un poco la vida y ellos pues forman parte de, del proceso de trabajo con... tanto con [hijo mayor] como con [hijo menor] y bueno, pues siguen las pautas que nosotros seguimos, se han adaptado. (Grupo Focal 3: un niño con limitaciones, mayor de 6 años, y un niño menor de tres años en atención temprana).

Pero en algunos casos la familia no está cerca o no pueden encargarse de los cuidados específicos que requieren los niños y niñas.

Estamos todos iguales. Estamos cansados, no cansados por nuestros hijos, al revés. Nosotros... cansados de querer hacerlo bien y de no llegar. Yo no llego. Yo no llego. ¿Por qué? Porque al final del día, chillo. Y era cosa que no debería hacer. Y no puedo, y no puedo. Y no puedo porque es que no tengo de decir: -Voy a dejarlo en casa el abuelo. No tengo abuelo aquí donde dejarlo. O sea, estoy desbordada. ¿Dónde lo dejo? No tengo. Entonces, ya está. (Grupo Focal 7: Mujer, formación superior, ámbito rural, un niño de 5 años en atención temprana).

Las **mujeres** en familias no corresponsables y sin ayuda de la familia extensa están sometidas a **mayor presión**. Pero, aunque se sea corresponsable, aunque se pueda compartir en algún momento el cuidado, la lista de tareas para la atención a menores con necesidades especiales es más larga y las tareas son más complejas. El trabajo de cuidados a menores con necesidades especiales deja sensación de agotamiento por sobre exigencia y sobrecarga.

Yo tengo la sensación de que estoy todo el día corriendo y estoy en el mismo sitio. Es la sensación continua, de que no llego, tengo que correr, tengo que correr, tengo que llegar, tengo que llegar, pero luego no me he movido un trocito y por la noche, eso es como un resumen en el que esa ansiedad no te deja tampoco dormir, en el que la angustia y yo, hombre, (...) yo ahora mismo no estoy trabajando, pero yo, por ejemplo, soy profesora de... interina. Yo me he tenido que desplazar de mi provincia a otra, dejándome aquí a mi hija, que sí, que se queda con otros familiares, pero mi hija es muy dependiente de mí. Entonces, esa presión la vas acumulando, la vas acumulando, la vas llevando. Y como decía también [], que la necesidad de que nosotros tenemos que vaciar esa vasija llena de angustia, de problemas y demás, porque llega el final

del día, está agotada, no puede dormir porque tiene una ansiedad y un nerviosismo constante, ha estado todo el día corriendo, pero realmente has visto que no has hecho nada. (Grupo focal 7: Mujer, formación superior, ámbito urbano, una niña de cuatro años en el CAIT).

En general, la familia extensa es una importante fuente de apoyo de todo tipo. En los casos en los que ya existen casos de menores con algún problema de desarrollo, la familia amplia ya conoce los procesos, y los padres y madres tienen a alguien de confianza con quien compartir problemas y logros del día a día.

Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas cuentan como el entorno, **en un primer momento intenta restar importancia** a los posibles problemas de desarrollo.

Mi entorno reaccionó bien, aunque no se le da importancia, piensan que el problema es más de los padres porque observamos mucho, a mí me dicen que ya hablara, que es pequeño etc., aunque ya están más conscientes y se va viendo la evolución (Grupo Focal 1: Mujer, formación superior, ámbito rural, un niño de dos años en atención temprana, un año en el CAIT).

(...) al principio les costó un poco asimilar, un poco, que había un problema. De hecho, bueno, mi... mi marido, no. Mi marido lo veía igual que yo. Pero, por ejemplo, mis padres me decían: - no es que cada niño tiene sus ritmos, tiene sus tiempos. Pero es verdad que una vez que ya empezamos a movernos, que ya empezaron a llegar, pues lo que podría ser o lo que no, es verdad que todos a una (...) (Grupo Focal 2: Mujer, formación superior, ámbito rural, un niño menor de 3 años en atención temprana)

En nuestro caso, sí recibimos mucho apoyo, pero también notamos que al principio eran un poco reticentes, como que no, no le daban importancia. Ellos decían: -no habla, ya hablará. Mi niño habló con 4 años, ¡Eh! Y no le daban importancia. Entonces nosotros le explicábamos, bueno es que antiguamente pues no había las herramientas que hay ahora, y entonces todo lo que nos faciliten y todo el apoyo que le podemos dar al niño, bienvenido sea. Y claro, la familia sí nos apoyaba, pero como que lo veían innecesario: - “Ay ¿que lo tenéis que llevar a dónde? ¿A dónde? ¿el CAIT, que es eso?, eso no es...el niño no tiene nada. No le echas cuenta. Ya saldrá hablando” La verdad es que bueno, sí, es un poco eso, hemos tenido apoyo, pero tampoco es que lo hayan entendido. (Grupo Focal 1: Mujer, formación superior, niño de tres años en atención temprana)

(...) me queda claro que el problema de la familia no lo va a ver nunca o no lo va a ver cómo lo ve el papá y la mamá, que son los que están 24 horas con los niños. Apoyo totalmente siempre de los familiares, nosotros siempre hemos tenido el apoyo de la familia, pero ellos no ven nunca el problema, no lo van a ver. Si encima yo a mi hijo lo llevaba a terapia fuera también: --¿eso no va a ser mucho para niños tan chiquitos?, es que están muy obsesionadas, ya hablará, ya lo hará, ya no sé qué. (Grupo Focal 1: Mujer, sanitaria, dos menores a cargo con limitaciones y riesgo respectivamente, un niño mayor de 6 años y una niña menor de 3 en atención temprana por prematuridad)

Algunas de las personas entrevistadas observan que la familia extensa, pasa por el mismo proceso que la familia nuclear. En un primer momento restan importancia o niegan los síntomas. Pero una vez confirmado el diagnóstico, también inician una fase de aceptación y aprendizaje para relacionarse con los menores y procurar su bienestar.

Pasaron también por una fase, pasaron por las mismas fases que nosotros quizás, pero digamos que iban por detrás de alguna forma. Apoyo siempre, ¿no? desde el principio, eso sí, y luego también, pues con el tiempo, pues se han tenido que adaptar. Yo tengo mis padres y mis suegros, los tengo aquí. Mi hermano y mis cuñados los tengo todos aquí también. Entonces, pues igual que nosotros hemos ido aprendiendo a interaccionar con [hijo mayor], a trabajar con [hijo mayor], pues ellos... O sea, nosotros aprendemos de los terapeutas y ellos aprenden de nosotros y es todo como... es como una cadena. (Grupo Focal 3: Hombre, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana)

3.2. La coordinación del sistema de Atención Temprana

La ley de atención temprana de Andalucía establece que “el modelo de atención temprana de Andalucía será un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos que permita crear un **espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de**

salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral. No obstante, esta red de recursos incluirá CAIT específicos para intervenir sobre trastornos del desarrollo concretos en determinadas situaciones. Esta red estará destinada a satisfacer los derechos y necesidades de las personas menores de seis años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, sus familias y su entorno, procurando una atención de calidad y excelencia a esta población”.

Sin embargo, pocas personas saben que los Servicios Sanitarios, Educación, Servicios Sociales y el CAIT, se articulan en un sistema coordinado. Cuando piensan en el Sistema de Atención Temprana, piensan únicamente en el CAIT.

Yo acabo de aprender que en esa red de atención temprana también entran los centros educativos y entran otros servicios adicionales. No sabía que todo eso formaba...dentro de la atención temprana (Grupo Focal 5: Hombre, estudios superiores, ámbito urbano, profesional de la salud, un hijo mayor de 3 años en el CAIT).

No lo entienden como un sistema único, porque no perciben que los diferentes elementos estén coordinados ni integrados.

Reciben citas a horas y en condiciones no adecuadas para menores con trastorno del sueño, hipersensibilidad sensorial o hiperactividad, para las que aguardan meses en casa, y horas en las salas de espera de los centros médicos. No en todos los centros escolares existen los servicios mínimos necesarios. No conocen las ayudas. Desde estas experiencias las personas que han participado en los grupos focales infieren que Salud, Educación y Servicios Sociales no forman parte de Atención Temprana, porque estos servicios no conocen o ignoran las necesidades específicas de las personas menores que tienen a su cuidado.

Pero además de no estar coordinado entre sí, **no se coordina con las familias.** Estas intentan trasladar las características y necesidades de sus hijos e hijas a las personas que diagnostican y atienden, pero no siempre son consideradas. Reivindican que se les comuniquen las acciones que se van a poner en marcha y que les consulten, porque algunas veces, no son adecuadas y pueden conllevar retrasos y riesgos.

Señores, o sea, que yo no lo hago por gusto, quiero decir, les estoy diciendo lo que necesita mi hija, que en mi caso es algo que no necesita, pero es que en el caso de otros niños, porque ella tiene un compañero que también en va en silla de ruedas. Y tiene necesidades y como no..., es que no somos, no somos médicos, ni fisioterapeutas ni rehabilitadores, entonces no sabemos lo que necesita, como que es tan fácil conseguir con la cita, con el rehabilitador que yo la tengo dos veces al año. O sea, no puede ser, hay que hay que hacer mucho más fluida y mucho más efectiva la comunicación y tienen que tenernos metidos en el en el loop, nos tienen que tener metidos en la comunicación a las familias. No pueden hacer las cosas sin nosotros porque somos nosotros los que estamos 24/7 con nuestros hijos, nadie mejor que nosotros sabemos lo que necesitan. (Grupo focal 5: Mujer, estudios superiores, ámbito urbano,.. un hijo mayor de 6 años con TEA y una niña menor de 6 años con trastornos motóricos).

3.2.1. Salud

Las familias observan que, dentro del propio sistema sanitario, **no existe coordinación entre los servicios sanitarios a los que acuden y el CAIT.** En ocasiones no están disponibles los historiales, son las propias familias quienes tienen que trasladar informes. Las salas de espera no siempre son adecuadas para niños y niñas con sus divergencias.

Aquí no hay un trabajo en equipo, vale, aquí va CAIT, por un lado, Salud mental por otro, el neurólogo por otro. Yo estuve allí 2:15 H en el neurólogo, EH. Y entré a decir, perdona que me voy. Había un chiquillo allí. Porque no me gusta decir ni peor ni nada, no, pero bueno, imaginarse el chiquillo y era para un... tenía TEA y tenía más cosas el chiquillo, ¿no? Y

era más un cambio de carro solamente y estaba allí. La madre me dijo que llevaba una hora y tres cuartos para cambiar un carro. Entre ellos no hay coordinación. (...) Nosotros llegamos a salud mental, que no nos ven al niño desde que tenía un año y pico, o sea, tiene cuatro, y era otra persona distinta. El historial no estaba en el ordenador Y nos quedamos mi marido y yo así, digo: ¿cómo? O sea, una sensación, una cosa aquí en el pecho, en el corazón de sí..., pero nuestros niños y nuestras niñas. ¿Esto qué es lo que es? (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de cuatro años en atención temprana, dos en el CAIT)

3.2.2. Educación

El sistema educativo cuenta con diferentes **profesionales de apoyo** para garantizar la educación inclusiva de niñas y niños con necesidades educativas de atención específica:

- Pedagogía Terapéutica (PT).
- Audición y Lenguaje (AL).
- Profesionales Técnicos de Integración Social (en adelante PTIS).

La **ausencia de estos perfiles** en los centros escolares dificulta las posibilidades de conciliación de padres y madres porque algunos familiares tienen que ir a cambiar pañales hasta tres veces durante el horario lectivo, algo incompatible con la mayoría de los empleos.

Dónde está la carencia gorda en el sistema público, que además muy, muy, muy, muy gorda, es los apoyos en los colegios, los apoyos en los colegios son ridículos, o sea. La psicóloga a cada niño es media hora a la semana. La logopeda, media hora a la semana, la PTIS, que es un poco la ayuda por si el niño todavía no sabe pues, no sabe ir al baño y tal a veces ni hay. Los colegios directamente tienes que ir tú, yo he tenido que ir porque también tengo a mi cuñada allí, pero bueno, a veces he tenido que ir por porque mi cuñada a lo mejor no estaba o no podía. Este año si iba a haber PTIS (...) (Grupo Focal 3: Hombre, formación superior, ámbito rural, un hijo mayor de 6 años con limitaciones, y un hijo menor de 3 años en atención temprana).

Pero además, su ausencia en la puede ocasionar situaciones que, aunque hayan sido puntuales, a causa de la pandemia, son muy graves.

(...) la señora orientadora, volvemos lo mismo, que yo luchaba mucho. No quería ponerle PTIS, entonces, yo tenía que ir tres veces todos los días al colegio, porque cuando [nombre del marido] está trabajando mi marido, yo tengo que estar en casa obligatoriamente, porque tenía que ir tres veces a cambiar a mi hijo al colegio. El primer día me lo sacaron a la calle con el frío, que aquí en [nombre del pueblo] hay menos 6 grados, me lo sacaron a la calle porque yo no podía entrar, porque había pandemia, al colegio y me lo sacaron desnudo. Entonces, después de pelearme con esa tutora, en el segundo año se me concedió. (Grupo Focal 7: Mujer, estudios superiores, ámbito rural, un niño de 5 años en Atención Temprana).

Otras veces las faltas de apoyo, no se deben a causas coyunturales y suponen una limitación para hacer real el derecho a la educación de menores con necesidades especiales en la primera etapa de la educación infantil.

Que no se cuente con el suficiente personal de apoyo en todos los centros escolares, por lo que no confían en que sus hijas e hijos vayan a tener cubiertas necesidades básicas (higiene personal, alimentación, etc.) por lo que a veces la asistencia a clase de estos niños y niñas es más irregular.

Pero además hay **familias que han tenido que sufragar con sus propios recursos los gastos de una persona de apoyo en los centros de educación infantil.**

(...) Nos citan en octubre o noviembre, a principios de noviembre y en noviembre que la clase de él, la seño de apoyo que va rotando, que estaba más a full con la clase de él porque ya estaban viendo que necesita a esa seño, necesita un apoyo

fuerte. Pues que no puede estar y que se queda sin ese apoyo. Y que qué íbamos a hacer con el niño. Escucha y digo: - ¿cómo? Digo: - mira. ¿cómo que qué vamos a hacer con el niño? Nos vamos a Delegación mi marido y yo. Y nos dicen que no pueden hacer nada porque ellos dan unas partidas económicas. Y que... estamos hablando, de una de esto pública, Eh, que no es privada, pública. Y nos dice Delegación que ellos dan unas partidas económicas y que cada guarde posee... la administra como sabe, quiere, puede o lo que sea y que no pueden dar más partidas económicas a esa guardería. (...) y que nada, que no hay nada que hacer. Todo esto el año antes de entrar en el colegio, antes de que me vea el equipo de orientación, el EOE y todo. Eso estamos hablando de la guardería pública. Y digo: ¿y qué hacemos con [hijo]? Y dice: - arbitraje. Como diciendo, pues llévatelo a tu casa. Y digo: - no. Digo: - [nombre del hijo] tiene derecho a una educación de calidad. -Pues nosotros no podemos. Porque claro, entonces ellas dicen que no podían asumir ese gasto. Digo: -bueno, pues nada, tenéis una semana para buscar una maestra, que la vamos a costear nosotros. ¿Cómo os quedáis? Sin palabras, pues desde noviembre hasta junio, mentira hasta julio, que están en las guardes públicas, ¿eh? Con finiquito incluido, tuvimos que pagar una maestra para que atendiera exclusivamente [hijo] dentro del aula. Y con el proyecto Montessori, una escuela Infantil de inclusión, entre comillas todo, y tuvimos que costear a los padres a la seño de apoyo dentro del aula de mi hijo de la guardería pública. ¿Cómo os quedáis? Un sueldo, eh, de una maestra. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de cuatro años en atención temprana, dos en el CAIT).

Aun recibiendo apoyo de PT o PTIS, las familias no siempre están satisfechas con la comunicación ni con la información que reciben.

(...) nos encontramos una PT bastante descoordinada que no se acerca a nosotros, que cuando lo hace, luego incumple la hora en las que nos dice que va a sacar al niño del aula o que va a trabajar con él. Se ha dado de baja varias veces y no hemos no nos han transmitido si va a haber una suplencia en esas horas. En fin, bastante... (Grupo Focal 5: Mujer formación superior, ámbito urbano, CAIT cercano, un hijo mayor de cuatro años en AT).

Respecto a la coordinación con los CAIT, es muchos casos las familias saben que hay **comunicaciones entre el CAIT y el centro educativo**. En otros casos no hay comunicación ni con el CAIT ni con las familias, pero responsabilizan al tutor o la tutora.

Lo... la coordinación desde mi punto de vista fatal, pero por parte del colegio, no porque no se preste CAIT ni porque no se preste asociación, no. Es porque el Colegio directamente no quiere que nadie meta las narices, por así decirlo. Yo he tenido yo el primer día de clase de la reunión inicial de padres, le pedí a la tutora de mi hijo que no lo conoce para nada, una tutoría para para explicarle cómo funcionaba mi hijo, todavía no me la da y estamos en noviembre, se lo he vuelto a remarcar y me ha dicho que cuando me toque. La orientadora del colegio hoy me va a conocer porque le he pedido por favor una tutoría con ella, con PT y AL, para explicarle cómo tienen, para explicarle yo cómo es mi hijo, no que ella lo vayan descubriendo y perdiendo tiempo. Así que yo, desde mi punto de vista, no sé si lo he dejado claro, ¿no? (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de cuatro años en atención temprana).

El éxito de la comunicación entre la comunidad educativa y del fomento de la inclusión en el aula depende de la **sensibilidad del profesorado**, y esta no está garantizada, por lo que hablan de suerte y azar.

(...) la tutora tiene que hacer un trabajo de unificación del aula, de la clase. Y para eso tienes que tener mucha suerte también. No todas las tutoras o todos los tutores con niños con necesidades les gustan o se implican en que ese niño esté integrado en el grupo clase, que se le quiera o que se le acepte tal y como es. Y entonces, en ese sentido, hay que tener mucha suerte, porque si no ya muchas veces te tienes que meter en problemas con dirección, jefatura de estudio y demás. (Grupo Focal 3: Hombre, formación superior, ámbito rural, un hijo mayor de 6 años con limitaciones, y un hijo menor de 3 años en atención temprana).

Una de las familias entrevistadas, describen cómo la **coordinación entre el CAIT y Educación** ha llevado a situaciones irregulares. A su niña se le han disminuido las horas de terapia en el CAIT porque cuenta con apoyo escolar, pero ella recibe fisioterapia porque su problema es motórico, el tipo de apoyo que recibe en el colegio no aborda su limitación. Ante situaciones así, las familias se ven impotentes.

(...) cuando, cuando escolarizamos a (hija) la orientadora de área, la orientadora del centro nos recomendó que estuviera en aula específica porque era donde iba a tener apoyos, los apoyos que ella necesitaba para poder cursar los estudios de primaria e infantil. Nos encontramos con la desagradable sorpresa de que, por estar en el aula específica, se le retiraron apoyos de atención temprana. Cosa que nadie nos dijo. Entonces. (...). O sea, por un lado, tenemos la gestora que lleva

atención temprana, que dice claramente que si la niña va a un aula específica, recibe ya apoyo pedagógico, por lo tanto, no necesita tanto apoyo del CAIT y dices bueno. Estamos hablando de 1 año, de motórico recuerdo, ¿eh? No sé cómo comerme eso y luego, por otra parte, tengo la orientadora diciéndonos que lo que nos dicen desde el que CAIT es mentira. Información, información. Yo he llegado a un punto de decir, bueno, enséñame el BOE, la disposición, el Decreto algo, que me diga que me justifique vuestras decisiones, porque es que yo ya no entiendo nada. Entonces creo que eso es un detalle muy importante a tener en cuenta desde Atención Temprana en relación con la escolarización, porque si eso es así, pues desde los centros educativos nos lo tienen que decir, no podemos encontrarnos con la desagradable sorpresa de llegar en septiembre octubre y decir, uy, me ha quitado 1 hora de terapia, que la tengo que poner ahora por privado. (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño mayor de 6 años neurodivergente y una niña de 5 años en atención temprana por problemas motóricos).

Hay una cuestión que se reitera a lo largo de los diferentes grupos y es la preocupación por la **integración y la inclusión** a través de la educación. No hablan solo de que sus hijos e hijas desarrollen al máximo sus capacidades, sino de que se relacionen con sus iguales y tengan buena convivencia escolar. Se preocupan por el acoso que puedan sufrir en las aulas y entienden que para prevenirlo debe trabajarse con el resto de los menores.

(...) pero otras veces se me hace cuesta arriba, sobre todo con estas nuevas noticias con niños autistas que tienen un montón de problemas de bullying y todo esto, entonces yo por mi parte, pues hay veces que me siento un poco angustiada, sinceramente, porque me da miedo que mi hijo, al tener un problema social, no llegue a sociabilizar y sea apartado o se aparte el mismo. Porque en este caso, a él no le apartan, al contrario, los compañeros le intentan integrar, pero él es el que no quiere integrarse. Entonces eso pues sí, me preocupa sinceramente. (Grupo Focal 4: Mujer, ámbito rural, formación básica, un niño de tres años en Atención Temprana, un año en el CAIT).

También echan en falta **medidas para que el entorno escolar** conozca, comprenda y acepte la diversidad.

Bueno, pero donde está más que en la PTIS, ¿no? que eso al final también es importante, no, pero el apoyo, sobre todo para el tema de la integración dentro del aula, no existe. O sea, hay un sistema de orientación que intenta orientar un poco a los profesionales, a las maestras, pero tendría que haber un profesional en el aula. Yo creo que para que se integren los críos, aparte de que esto está expandiéndose de forma exponencial cada año. (Grupo Focal 3: Hombre, formación superior, ámbito rural, un hijo mayor de 6 años con limitaciones, y un hijo menor de 3 años en atención temprana).

Cuando las familias cuya **experiencia** en el sistema educativo es descrita de manera **muy positiva** y los discursos denotan alta satisfacción con el sistema escolar, señalan **cuestiones comunes**. En esos casos, el profesorado está sensibilizado, el tutor o tutora se coordina con los CAITs, y se trabaja la inclusión y la integración en el aula.

3.2.3. Servicios Sociales

Las familias no cuentan con **información centralizada y suficiente** sobre los recursos que existen. Es una necesidad que han identificado la mayoría de las madres y padres que se han entrevistado y una propuesta común: contar con un espacio donde puedan obtener toda la información.

Es muy difícil, evidentemente, en todas las localidades no puede haber todo lo que nuestro hijo demande, por supuesto. Pero el poder tener como un listado o ciertos centros que te digan, pues mira, mi hijo tiene tal problema, me podrías indicar a través del colegio, del EOE, del CAIT mismo, no sé, cómo puedo yo suplir esta necesidad que tiene mi hijo o mi hija, o cómo puedo... el que consigamos más información, porque muchas veces la información la consigue a través de las redes, le pones la pregunta, investigas con uno, investigas con otro. Ese soporte de documentación y de información que no sé, sea un poco más accesible, porque cada niño tiene una característica, un tipo de terapia. (Grupo Focal 7: Hombre, formación superior, ámbito rural, un niño de 4 en Atención Temprana).

El desconocimiento sobre el rol que cada parte del Sistema tiene, y la falta de información, añade otra tarea que el resto de las familias con menores no tiene: la búsqueda y tramitación

de **ayudas y recursos** específicos en un sistema descentralizado. Y es una tarea ardua para todas las familias con menores en atención temprana, independientemente del tipo de trastorno que presenten las y los menores, y de que padres y madres ya tengan experiencia en el sistema de atención temprana, la tramitación de ciertos recursos y ayudas.

Sería más que necesario que las familias por lo menos tuvieran un mínimo de asesoramiento, un mínimo de acompañamiento, ya no solamente desde un punto de vista psicológico que es absolutamente necesario, sino desde un punto de vista legal, legal, de procedimientos, de cómo gestionarse con la administración, porque es un caos, es un caos absoluto, o sea, en el caso de mi hijo, vale, o sea, yo me encontré unos palos de ciego por todos los lados, pero es que en el caso de mi hija, que el diagnóstico es prenatal porque ya se le ve la anomalía congénita, se le ve en la ecografía de las 20 semanas, o sea, yo mi duelo lo pasé durante el embarazo, con lo cual tenía perfectamente asumido que podía pasar cualquier cosa en la vida de mi hija y aun así, teniendo la experiencia previa, todavía hay días, hay, hay ocasiones y hay trámites, que es que a ver, ¿pero a quién le pregunto? ¿Dónde voy? Porque esta atención temprana, está sanidad. Bueno, ya no hablo de la falta de coordinación que podía haber entre atención temprana y los centros educativos, eso ya es un... sí, verdad (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño mayor de 6 años con limitaciones y una niña de 5 años en Atención Temprana).

Esta falta de información hace que las familias no conozcan ayudas que les son necesarias y por tanto no las soliciten.

Por ejemplo, para el desplazamiento, para llevar mi hijo al CAIT, yo me tengo que desplazar bastante lejos. Yo cuando me he enterado de que había una ayuda es ahora y yo llevo llevando al niño ya dos años. Y claro, ya lo he perdido, por eso lo he perdido. Y hay mucha ayuda, hay muchas cosas que uno no se entera, porque no hay información por ningún lado, ni por el pediatra, ni por Asuntos Sociales. Y tú ¿no? te vas a buscarlo por internet o cosas así, eso no te enteras nada. (Grupo Focal 8: Mujer, ámbito rural, formación básica, un niño mayor de 3 años en atención temprana).

3.3. Las familias en el sistema de atención temprana

Aunque la ley recoge que las personas usuarias son las personas menores de seis años receptoras de las prestaciones y servicios recogidos en esta ley, **así como sus familias**, las madres y padres **no se entienden ni hablan como usuarias**. Entienden que las personas usuarias de atención temprana son las personas menores porque las actividades dirigidas a las familias son pocas y esporádicas, sobre todo fuera de los CAITs.

(...) es verdad que se trabaja con los críos, pero no se trabaja con, con la familia. O sea, no se no se atiende al... al impacto emocional que puede tener en la familia, pues la situación no, que tú pues tienes una idea en la cabeza cuando tienes un hijo o una hija de lo que va a ser y cuando estás algo así distinto y además es un tema que tampoco entiendes muy bien, para el que no tiene herramientas porque a ti te han educado siendo un niño como eras neurotípico, pues ahora de repente tiene un niño que es neurodiverso, que tiene... tiene unas necesidades distintas que tú no eres capaz de, de cubrir. Entonces, tanto como para apoyo emocional en los primeros momentos. (Grupo Focal 3: Hombre, estudios superiores, ámbito rural, un niño mayor de seis años con limitaciones y un niño en atención temprana).

Hay consenso entre padres y madres en que **el apoyo psicológico podría facilitar la asimilación del diagnóstico y la adaptación**. Muchas personas han necesitado y han acudido a servicios de atención psicológica para asimilar y sobrellevar la situación.

Tanto mi mujer como yo tuvimos que recurrir a terapia para saber afrontarlo o para... No buscar explicaciones porque al final esto pues es la naturaleza y ha pasado y ha pasado y ya está, pero sí saber cómo o desahogarme o decir, y no y no estar tragando, tragando, tragando, tragando y que mi niño no vea que mi niño no vea. A ver, se dan cuenta de las cosas y se dan cuenta de las cosas y ya no es y ya no es solo mi niño que era un bebé, sino también mi otra niña que era.... Se llevan 20 meses de diferencia, pero se da cuenta de todo, es espabilada y enseguida te ve y enseguida: -¿estás triste y estás enfadado?. Y cuando te pregunta eso, pues como se dice, en mi tierra se te caen los palos del chozo y dice, ostras, si me lo dice mi niño de 3 años que lo está viendo, ¿que no se verá...? ¿Qué?, ¿qué no verá otra persona?

Esto es un poco una montaña rusa, ¿no?, de repente supera una cosa que tú veías que no lo hacía y lo hacen todos los demás y lo consigue hacer. Y de repente estaba en un pico de emoción y de repente ves otra cosa que está 1000 años luz

de los otros críos y vuelve a tener otro bajón psicológico. Entonces no son la primera parte, sino un poco. Que eso exista, que eso esté ahí para poder con cierta frecuencia, acceder a él y poder curarte un... curarte un poco ¿no? poder un poco que te ayuden emocionalmente con todo este proceso. De hecho, nosotros vamos a intentar, o sea, vamos a empezar el curso este que vamos a empezar está, es con psicólogos y es totalmente orientado a nosotros y aprender a cuidarnos nosotros, aprender a... aprender nosotros. O sea que un digamos que, entre comillas, un tratamiento para nosotros realmente y eso pues es fundamental para los padres. Y debería de ser público realmente (Grupo 3: Hombre, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana).

Una de las actuaciones comprendidas dentro de la atención temprana según la ley es “**el apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento de la familia**”. Sin embargo, este tipo de actuaciones, según las personas que han participado en los grupos focales, cuando se hacen, se hacen en los CAIT. Mientras, la descoordinación y la deshumanización, que se manifiesta, según Gutiérrez (2017)² en: la pérdida de sus rasgos personales e individuales, el distanciamiento afectivo por parte del personal, la inadecuada interrelación y comunicación, la pérdida de privacidad e intimidad; que han vivido algunas de las familias entrevistadas en otros sistemas con los que se relacionan, las desempodera.

No nos conocen, es que ni se conocen... y nosotros ¿a que nosotros no sabemos los nombres de todos ellos? ¿A que nos lo sabemos?, ¿a qué somos...? ¿a qué hablamos a nivel personal y decimos Pepito Pérez? Sabemos todo, el apellido, mi neuróloga, mi terapeuta, ¿a qué nos lo sabemos? Pero ellos no se saben nada, ni quién son. Mira, perdona, ni quién somos nosotros ni quiénes son nuestros niños. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de 4 años en atención temprana, dos en el CAIT).

Estas familias que son más dependientes de las instituciones públicas por sus especiales necesidades hablan no solo de **desamparo y olvido por parte de la administración**, sino de **lucha contra la administración**.

La convivencia con la diversidad funcional es un camino plagado de obstáculos, donde muchas de las barreras para la accesibilidad son institucionales, por lo que suponen una limitación para el disfrute de derechos fundamentales. A estos múltiples sistemas que resultan discriminatorios por ignorar las necesidades específicas, se enfrentan cotidianamente las familias, porque su contacto con el Sistema Sanitario, Educativo y de Servicios Sociales, es mucho más frecuente.

3.3.1. La sensación de estar siempre pidiendo

Se han recogido discursos donde las participantes cuentan cómo han tenido que “implorar” por una valoración, la incertidumbre que rodea la concesión de las becas, la negación de recursos fundamentales para el bienestar y el disfrute de los derechos de sus hijos e hijas.

Es como todos los días, una lucha constante, cuando además tienen derecho nuestros niños a esas atenciones, no tenemos por qué estar mendigando nada a esas becas. Por favor que nos la manda a toro pasado, que tenemos ya que tener dinero para poder meter a nuestros niños en unas terapias complementarias, es que es todo. (...) Son muchas cosas y las pocas ayudas que tenemos y te da... ¡mira! ¡hasta los pañales! que muchos también lo habréis solicitado. Parece que estamos yo qué sé. Una cosa, un cuestionamiento con los pañales que dices tú, perdona que estoy pidiendo pañales, que no estoy pidiendo... (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de 4 años en atención temprana, dos en el CAIT).

² Rodrigo Gutiérrez Fernández (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam vol.10 no.1 Barcelona feb. 2017. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005

Todo es, es que tiene que estar justificando constantemente el paso que va a dar totalmente, es como justificándote y creo que hay cosas que no es más ciego que el que no quiere ver. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de 6 años en atención temprana, cuatro años en el CAIT).

3.3.2. La sensación de estar siempre luchando

Las familias **valoran enormemente que existan servicios públicos**, pero eso no significa que no sea mejorable, y que no haya enfrentamientos.

La **descoordinación** del sistema y la falta de recursos que este pone al servicio de menores en atención temprana y familias hacen que las estas últimas tengan que “luchar” para acceder a ellos y para que estos funcionen bien.

(...) somos expertas en todo, en papeles, en subvenciones, en terapeutas, en no sé cuánto, en médicas. ¿Es que esto es esto es esto? Ya creo que tenemos que decir hasta aquí. O sea, nosotros no podemos tener la lucha que tenemos ya con nuestros niños y nuestras niñas. Aparte, la lucha que tenemos contra el gigante de la administración. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de 6 años en atención temprana, cuatro años en el CAIT).

(...) entonces ¿qué pasa? Que los padres nos encontramos en una en una situación en la que no podemos hacer nada. No podemos hacer nada. Más allá que ir tocando puertas, ir pidiendo, llamando... con todo el trastorno que supone a los que no tenemos CUME, yo no tengo CUME, yo a veces estoy trabajando. (...) Estamos perdiendo muchísimo tiempo. Y energía y ganas. Es que una termina agotada de pelear contra la administración y ya os digo, a nivel de motórico, porque a nivel a nivel de trastornos del neurodesarrollo, pues TEA, TEL, etcétera, hay un contacto mucho más directo a través de las de las PTS, PTIS, AL, pero cuando ya encima te metes en el tema motórico que tiene que intervenir la orientadora de motórico, en mi caso. Claro, ya os digo que no la conozco. ¿Y cómo doy con esta persona? ¿Cómo contacto con esta persona? ¿Quién...? porque voy a ir a través de intermediarios, de intermediario en intermediario, y si uno de los 235 intermediarios me falla, ya no hay comunicación. Se cortó. Esa es mi experiencia. (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño mayor de 6 años con limitaciones y una niña de 5 en el CAIT).

La lucha trae cansancio. La incertidumbre, la reivindicación, la petición, la trama burocrática al final causan **agotamiento**. Hay familias que necesitan descanso entre trámite y trámite, porque cada uno conlleva un procedimiento, en muchas ocasiones difícil y en algunas, traumático. Porque cada valoración confirma la coexistencia con una divergencia problemática y enfrenta emocionalmente a las familias con una realidad más difícil que la que vive el resto de población. Esto limita incluso el acceso a las ayudas.

A nosotros nos dijeron que por tener diagnosticado al menos de momento el TEA, que podíamos solicitar lo que es la discapacidad. Pero es cierto que nosotros decidimos que no, de momento no solicitarlo, puesto que como no estaba claro si era o no era TEA y la verdad no nos queríamos meter también en ese trago, ya no nos hicimos... ya más por motivos psicológicos que por otro, que por otros temas (Grupo Focal 2: Mujer, formación media, ámbito rural, una niña de dos años, 10 meses en el CAIT).

3.3.3. La sensación tener que estar siempre agradeciendo

Muchas familias con menores con trastornos del desarrollo sufren mucha incomprensión. Cuando sus hijos o hijas tienen problemas de desarrollo que implican dificultades de comunicación y relación, la incomprensión es mayor. Su comportamiento es distinto y no siempre se entiende por parte del entorno, ni siquiera por parte del profesorado. La falta de contención emocional de algunos niños y niñas se achaca a exceso de sobreprotección y falta de límites por parte de las madres y padres. La forma de contacto de algunos niños y niñas se interpretan como actos violentos. Las familias están constantemente justificándose y justificando el comportamiento de sus hijos e hijas y pidiendo perdón.

Acostumbradas a encontrar este tipo de dificultades en el entorno y en las administraciones, cualquier acto de amabilidad, de empatía y de buen trato, es muy valorado por las familias.

(...) nos llevamos toda la vida, o sea, dando las gracias y pidiendo perdón. Yo me llevo toda la vida así, llevo 4 años dando gracias y pidiendo perdón. Gracias porque nos encontramos un profesional o alguien empática a nivel personal con nuestra situación y pidiendo perdón porque vamos, ay perdón, ay perdón, vaya a ser que el niño haga algo y estamos.... y me dijo [la terapeuta del CAIT] un día: -deja ya de dar de dar las gracias y de pedir perdón. Porque me llevo toda la vida. Ay, gracias, gracias, Ay, muchas gracias. Ay, chiquilla que no tienes que estar dando las gracias a todo (...) En el supermercado o en algo, en el Colegio, alguna señora que hace algo o alguien, o una terapeuta o algún profesional en la administración que vamos a arreglar un papel otro día pidiendo perdón en el parque con los niños, chiquilla, como me dijo ella, que es un niño como otros niños. (Grupo Focal 6: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño de 4 años en atención temprana, dos en el CAIT).

3.4. Los Centros de Atención Temprana

Con esta situación y este recorrido por el resto de los recursos integrados en el Sistema de Atención Temprana, cuando las familias llegan a **los CAITs**, encuentran que **son espacios seguros** para ellas y sus menores. El **elemento mejor valorado de la red** de atención temprana y del sistema de atención temprana son el CAIT y especialmente las y los profesionales.

Pues no, no sé por dónde empezar, porque estamos eternamente agradecidos a la labor tan absolutamente fantástica que hacen. Los profesionales que son desde el inicio... La paciencia. (Grupo 5: Mujer, ámbito urbano, formación superior, un niño de cuatro años en Atención Temprana, 2 años en el CAIT).

No se ha recogido **ni una sola queja de terapeutas**. Además, todas las personas confirman una evolución positiva de los niños y niñas desde que reciben terapia en el CAIT. Todos los discursos son de agradecimiento al servicio prestado.

Pero, aunque están enormemente agradecidas por el trato hacia ellas y hacia sus menores en los CAIT, una de las primeras cuestiones que resalta es que **las acciones de apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento de la familia no están protocolizadas**, no se incluyen de manera sistemática en los programas del CAIT y según los testimonios recabados, no se incluyen en ninguno de los otros sistemas que se coordinan para Atención infantil temprana. Pero cuando las familias llegan al CAIT, se sienten comprendidas y bien tratadas. Todas las personas participantes han confirmado recibir apoyo y contención, resolución de dudas, orientación terapéutica y mediación educativa por parte de los CAITs.

Así que la verdad que muy bien, yo estoy encantada con la gente de CAIT de aquí, porque es que no solo ayudan al niño, sino que a las familias también. (Grupo Focal 2: Mujer, formación media, ámbito rural. Un niño de dos años, diez meses en atención temprana.)

Son menos frecuentes las acciones grupales, las de capacitación, las de creación de redes entre familias, o el cuidado a personas cuidadoras, pero cuando se llevan a cabo son muy bien valoradas.

3.4.1. Problemas

Las familias entrevistadas están **muy satisfechas con la red pública de centros de atención temprana**. Su utilidad es indiscutible, pero observan cuestiones que podrían incluirse para dar una atención más integral.

Una cuestión sobre la que hay consenso y que entienden que puede estar dificultando poner en marcha más acciones con las familias como usuarias/os del sistema es la **presión asistencial**.

Les falta, tal vez en ese sentido. Una organización mejor y ya te digo que también puede haber, si no, no, no todas las semanas, pero sí podría haber cada x tiempo una de las sesiones exclusivamente para instruir a los padres, o sea, para sentarte con los padres para explicarles mucho más en profundidad todo lo que hacen a ellos dentro de la sala, cómo lo hacen. Explicarles cómo podría hacerlo en casa. O sea, que yo creo que las terapeutas en sí lo intentan, pero que creo que el, la o sea, la agenda que tienen es que no les da para más, porque es que ya te digo, es que mi hijo entra cuando sale otro y mi hijo sale cuando entra otro, entonces es que están con una mano en el mío, con la mano en el otro, intentando explicarme lo que han hecho. Les falta, les... hay falta organización, yo creo. (Grupo 3: Hombre, formación superior, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana).

La presión asistencial en los centros de atención temprana dificulta que se llevan a cabo otro tipo de actividades, pero también son conscientes de que **dificulta el seguimiento** por parte de las familias de la evolución de sus hijos e hijas. Reciben información de los resultados de las sesiones, pero no siempre, y no en condiciones de seguridad y privacidad.

A nosotros, por ejemplo, puntualmente cada vez, después de cada sesión se nos informa de cómo ha ido el niño y la niña, de cómo, cómo van evolucionando. Y bueno, en ese aspecto perfecto, siempre así de deprisa, corriendo y de pie delante de otros padres, no, que con lo cual el tema de la intimidad pues se pierde totalmente y lo que sí como puntos a mejorar, pues sería, por ejemplo, tomar 10 minutos entre una sesión y otra entre que acaba un niño y que empieza otro no a costa de quitarle 10 minutos a tu niño ni quitarle 10 minutos al niño siguiente, sino que estuviera estipulado que fueran un tiempo para si ellos lo estiman necesario para informar en un sitio con la privacidad suficiente (Grupo Focal 1: Hombre, ámbito urbano, niño y niña de dos años en Atención Temprana).

Robamos tiempo de las terapias de nuestros hijos para poder intercambiar información de cómo ha ido la semana de que estamos trabajando, de que está fallando. Es, no tienen descanso, o sea, en el CAIT empiezan a las 9:00 h de la mañana y salen a las 20:30 h de la tarde con 2 horas para comer. Es, es, es inhumano, es inhumano. (Grupo focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano una persona menor en Atención Temprana).

Son conscientes de que el trabajo que realizan es arduo y duro, entiende que necesitan buenas **condiciones laborales y descanso** para prestar el servicio con suficiente **calidad**.

Por otra parte, el mejorar las condiciones, al menos de los que ya sí tenemos, es decir, yo... alguna madre creo que lo ha comentado, yo veo cuando voy al CAIT, llevo ya 4 años yendo al CAIT y veo a los profesionales que se desviven, que son maravillosos, que están allí dándolo todo, empalmar un niño con otro, pim, pam, pim, pam, pim. Día tras día. Eso tiene que ser destructor para tu cabeza, para tu cuerpo, inevitablemente terminar repercutiendo en la calidad de la atención que pueden dar profesionales súper motivados, pero que deben de estar agotados. (Grupo focal 5: Hombre, formación superior, ámbito urbano, un niño de cinco años, cuatro años en Atención Temprana).

Pero además sospechan que influye en otras cuestiones, menos sesiones de las necesarias, corta duración de las sesiones, premura por las altas y tiempos de espera para el acceso.

Solicitar o pedir que tienen que reforzar las plantillas de Atención Temprana están hasta arriba. Hay una gran demanda de niños que están fuera, que no tienen sitio en la Atención Temprana porque han nacido en pandemia o casi en pandemia. Y hay mogollón de casas de niños, que no se han detectado correctamente o a tiempo o que los padres no sabían que existía Atención Temprana. Vale, yo tampoco lo sabía y soy licenciada y tengo unas cuantas de cosas, entonces no tenemos que saber de todo. Sin embargo, tenemos que hacer publicidad de este servicio y solicitar que aumente los recursos, que se hagan otros centros y diversificar un poquito el tema de la atención temprana si es concertado, pues concertado si es privado o es privado. Pero hay muchas listas de esperas de niños que no tienen sitio. Vale y yo veo trabajar a los profesionales sin parar. Sin parar, enganchar un niño con otro, soltar, uno con otro y bum, bum, bum, todos los días. Entonces está muy bien, estamos muy agradecidos, seguimos echándonos, seguimos trabajando y lo que nos queda. Pero hay muchas familias que no tienen oportunidad de acceder a ese recurso y que tampoco pueden permitirse pagar un sitio privado. ¿Vale? y entonces están esas criaturas dejadas de la mano de Dios. Y el tiempo es fundamental. (Grupo Focal 5: Mujer, un niño de cuatro años en el CAIT, lleva 2 años en terapia por retraso madurativo severo).

3.4.2. Necesidades no cubiertas

Además de las cuestiones que pueden mejorarse, hay servicios que observan necesarios y no tienen.

3.4.2.1. Transferencia de capacidades

La mayoría desearía **contar con más herramientas pedagógicas** para educar a sus hijos en función de sus necesidades. Entienden que la Atención Temprana es una acción terapéutica que debe tener continuidad en el resto de los espacios de la vida, y que son ellas, las familias, quienes pueden favorecerla.

Les gustaría poder **entrar a las terapias**, para poder observar las técnicas que aplican las y los terapeutas y poder utilizarlas también en otros contextos, espacios y situaciones.

Me deja siempre participar en la sesión, o sea, yo entro con ella, yo o su papá. Según el trabajo, unas veces viene uno, otras veces viene el otro, incluso mi hermana también ha llegado a venir a... mi madre, hemos, casi todos, hemos pasado y ella siempre encanta de que nosotras entremos en las sesiones. Y que participemos cien por cien. Porque, claro, ella está una hora semanal, pero luego el trabajo continúa en casa, que es donde casi más importante, entonces es verdad que siempre nos intenta, sobre todo tranquilizar, aclarar todo, que nunca nos quedemos con la duda de nada y sobre todo eso, ayudarnos a poder nosotros ayudar a ella, nos enseña a cómo tenemos que trabajar con ella, cómo la tenemos que... (Grupo Focal 2: Mujer, una niña de dos años, ámbito rural, una niña de dos años con problemas de lenguaje, 10 meses de atención en el CAIT).

Pero son pocas las personas que pueden acompañar a los niños y niñas durante las sesiones en el CAIT. La **mayoría de los familiares permanecen fuera de la sala de terapia**. Una parte de los profesionales entiende que esta decisión evita distracciones de las y los menores.

Yo porque tengo conocimientos en psicología, pero cuando tú trasladas las sesiones al no poder participar, por lo menos te digo aquí, no sé, las demás mamás no participan en las sesiones, no saben cómo tienen que intervenir muchas veces con los niños, trabajar las esperas de respuesta, construir frases simples. Yo creo que muchas veces las sesiones no solamente tienen que ser entre el terapeuta, el profesional con el niño, yo creo que también tienen que, en el programa meter sesiones, a lo mejor mensuales o lo que sea, tanto incluyendo a la familia para que observen cómo tienen que trabajar, que le den material didáctico, no solamente... o pistas, no solamente... que sea algo más material, que lo puedan practicar los padres en casa, porque la estimulación no puede ser una vez a la semana o dos días a la semana. ¿Me entiende? (Grupo Focal 5: Mujer, Formación Superior, ámbito rural, un niño de cuatro años en atención temprana, un año en el CAIT).

Durante el COVID recibieron asesoramiento para dar atención terapéutica en casa y lo valoran muy positivamente.

También el tema de las herramientas, en este caso también tengo que decir que, a nosotros, con [hijo menor], con [el hijo mayor] no. Y después tampoco, no, pero es verdad que con [hijo menor] no fue porque se hiciera así en atención temprana, sino porque estaba la pandemia. Entonces, claro, nosotros, con [hijo menor] empezamos la atención temprana y de repente nos encerraban a los dos meses. Entonces atención temprana, lo que hacía era que nos mandaba pautas de cómo teníamos que trabajar con él, de qué es lo que harían ellos. Y nosotros cuando acabábamos, se lo enviábamos y después nos corregían. Entonces ahí sí que ganamos, ganamos unas habilidades que, si no hubiera habido pandemia, no las habríamos ganado. Entonces que eso no sea algo que se haga de por sí, sino que solo se hizo puntualmente por el tema de la pandemia, pues yo creo que es un aspecto a mejorar porque al final en la atención temprana los niños están el tiempo que están. Donde están casi todo el tiempo es con los padres, a lo mejor estamos enfocándonos en meter dinero en que los críos durante 2 horas o 3 o 2 horas, en fin, 2, 4, 5. Bueno, da igual dos sesiones, estén atendidos cuando realmente quién... quién va a hacer el trabajo que incida sobre ellos son los padres. (Grupo 3: Hombre, formación superior, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana).

Proponen además **acciones formativas grupales y periódicas** que puedan contribuir a su capacitación organizada por los CAIT, que además fomenten el encuentro y el intercambio entre familias.

Yo creo que los CAITs sí, si son los referentes para el tratamiento de estos niños, pues también debería ser el referente para para hacer reuniones, reuniones, no sé trimestrales, semestrales con las patologías de nuestros niños o con algunos síndromes que pueden agrupar la patología de nuestros niños. Eso sería interesante, no solamente a nivel de que busquemos nosotros información en las redes sociales, pero si con los profesionales que evidentemente los padres nos reuniésemos entre nosotros, pero amparados en los conocimientos de los profesionales, eso yo creo que sí sería interesante y que el CAIT fuera quien condujese esa reunión.

Terapia ocupacional

Muchos niños y niñas requieren terapia ocupacional, pero este tipo de terapia no es obligatoria ni está reconocida como básica para el tratamiento de trastornos del desarrollo. Ninguna de las personas entrevistadas asiste a CAIT donde haya profesionales de esta disciplina. En la mayoría hay fisioterapia, logopeda y psicología. Las familias tienen que recurrir al sector privado para cubrir esta necesidad.

Sí que es verdad que la Terapia Ocupacional, sobre todo cuando existen problemas sensoriales, no problemas con el ruido, problemas con el tacto, problemas de ese tipo, pues parece ser una terapia que está funcionando muy bien y que ahora mismo, por lo menos aquí en la cuestión temprana en la que yo asisto, no existe, no sé si existen otras partes. O cómo funciona realmente, pero yo creo que esa, desde mi punto de vista, es la mayor carencia. (Grupo 3: Hombre, formación superior, municipio rural, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana)

Sesiones grupales

Las familias también entienden que las sesiones grupales serían interesantes, sobre todo para niños y niñas cuyos problemas les dificulta relacionarse. La terapia podría abordar aspectos relacionales entre iguales y ampliar su círculo social.

Es importante en los niños que tienen problemas de socialización y en el que hay niños de diferentes edades, yo creo que es importante que hagan sesiones grupales entre niños. Yo creo que eso es esencial, como en un parque, pues espera tu turno, espera resbala ella, ahora le toca jugar, venga, pues comparte los juguetes. Pero tú en una sesión grupal de niños de edades similares, con unas características similares, pues tienen que trabajar las esperas, los turnos... (Mujer, profesional de la salud, una niña mayor de 7 años y un niño mayor de cuatro en CAIT).

Claro, son individuales, no hay, no se puede hacer de forma común con más niños para para que les puedan ayudar a más niños. Y además es que no sé, ya sabrán la organización que tienen, pero es que, para cuadrar a lo mejor dos, tres, cuatro niños que tengan la misma patología para poder utilizarlo, utilizar no. Intentar que socialicen allí, pues no sé, debe de ser bastante complicado y, en mi caso, yo echo de menos que se pueda trabajar eso, porque a nivel cognitivo es que mi hijo en realidad está perfecto según nos dicen. (Grupo Focal 4 Mujer, formación media, ámbito rural, un niño de tres años en el CAIT).

3.5. La salida del Sistema de Atención Temprana

En todos los grupos focales ha habido consenso sobre la necesidad de **dar continuidad a las terapias** más allá de los seis años a los niños y niñas que lo necesiten. Es la necesidad más reiterada por las personas participantes en prácticamente todos los grupos.

Muchas de las familias que están próximas al alta por edad, viven con **tristeza y angustia** la salida del CAIT, porque de nuevo aumentan los niveles de incertidumbre. En primer lugar,

porque aun habiendo becas educativas, no tienen **seguridad de recibir los recursos suficientes** en tiempo y forma para garantizar el tratamiento.

Una que ya se estaba comentando, el tema de a los 6 años se acabe la atención la atención a pública a los críos, eso, por un lado, no, no me parece bien, porque ya te digo cuando veáis las terapias privadas, no sé si habéis metido alguna en terapias privadas, pero son joder, son caras de la hostia. (Grupo Focal 3: Hombre, estudios superiores, ámbito rural, un niño mayor de seis años con limitaciones y un niño en atención temprana).

Tiene 5 años ya hoy es su último día. Vaya en el CAIT nos dan de alta. (...) Pero yo ya te digo de verdad que súper contenta esta tarde nos va a costar la vida, me voy a pegar una panzada llorar. Yo ya llevo ya un montón de días con un... Porque es que de verdad me da mucha pena, y más aún porque el niño todavía lo necesita. Yo, mi niño, gracias a Dios ahora mismo el año pasado le concedieron la beca NEAE³. Este año no lo sé. Todavía no me han contestado todavía nada, entonces no lo sé, pero que me da muchísima pena. (Grupo Focal 6: Mujer, estudios superiores, ámbito rural, un niño de 5 años en el CAIT).

Tengo un niño con autismo diagnosticado desde hace 2 años. Empezamos en atención temprana hace 4. Con 2 añitos empezó y a lo que dice Laura, mi hijo acaba el martes. Yo lloro mucho, como dice Laura, porque se nos cierran las puertas y no sabemos si la beca nos la darán también y hay que pagar unas terapias y creo que es lo más fundamental que perdonadme que yo soy muy llorona. (Grupo Focal 6: Mujer, estudios superiores, ámbito urbano, un niño de 6 años, cuatro años en el CAIT).

Pero la preocupación por el futuro después del CAIT empieza mucho antes de que se produzca.

Y luego eso, el día de... hombre, que el año que viene, entra a seis años y ya tienes que saber leer, porque la profesora me está diciendo, ya tiene que saber algunas letras, y ya tienes que saber leer, y tienes que buscarte ya un privado y privado, porque ya el CAIT se te acaba, ya este CAIT se te acaba. Y ahora búscate, o sea, ya con toda tu presión, ambición, o sea, presión media deteriorada de la gente, ahora, búscate un CAIT que sea bueno, porque si no, lo... bueno, ya el niño va para atrás. Ahora busca otro profesor. Búscate otro recurso. Ve a otro sitio. Bueno, puede ser que no, el CAIT está, vale, puede seguir, puedes pagarlo y tal, pero tienes que buscarlo, tienes que hacer un cambio, dar un cambio. (Grupo Focal 7: Mujer, formación superior, ámbito rural, un niño de cinco años en Atención Temprana).

Llega a los seis años y durante los últimos años del CAIT, ya estas moviendo y buscando centros de terapia privada para ayudarle y tener apoyo o termina el CAIT, y esta tarde llorada, porque tienes que estar buscándote la vida mucho tiempo antes. (Grupo Focal 7: Mujer, formación superior, ámbito rural, una niña de cuatro años en atención temprana, un año en el CAIT).

En segundo lugar, una de las hipótesis que aportó uno de los participantes sobre la resistencia a la salida de atención temprana por parte de las familias es la **pérdida del referente**. Los CAITs coordinan diferentes tipos de terapia, ofrecen un servicio continuado y personalizado, transmiten información sobre otros recursos y servicios. Después de los 6 años, son las familias las que tienen que realizar ese papel de coordinación y autoorientarse.

(...) creo que está teniendo un impacto muy positivo es en aglutinar a todos estos servicios y darle esa homogeneidad, esa coherencia, que hablen entre ellos, que probablemente a partir de los 6 años se empieza a perder, ¿no?, porque ya empieza a tener distintos servicios, pero cada uno, ya no habla con el otro y hay que estar mucho más encima, probablemente de la familia, y no todas las familias tienen los mismos recursos, los mismos conocimientos, no? (Grupo Focal 5: Hombre, formación superior, ámbito urbano, un niño de 5 años en Atención Temprana).

3.6. Otros recursos: asociacionismo

Muchas de las madres entrevistadas participan en el AMPA y en el Consejo Escolar, los padres entrevistados no han declarado formar parte de estos organismos. Esto les permite

³ NEAE: Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

dar mayor seguimiento a las políticas de integración en el centro y hacer incidencia en el sistema para encontrar respuesta adecuada a las necesidades educativas de sus hijos e hijas.

Sin embargo, son **pocas** las personas entrevistadas que participan en **asociaciones de o pro personas con discapacidad**. En los municipios rurales hay menos asociaciones, están más lejos y supone un desplazamiento más, con los costes de tiempo y dinero que supone. En algunos casos, no se pueden afrontar las cuotas mensuales de las asociaciones. En otros casos no se cuenta con diagnóstico y no se sabe a qué asociación dirigirse.

Las familias que tienen más de un o una menor con limitaciones de desarrollo han tenido mayor contacto con asociaciones de este tipo. En algunos casos el asociacionismo permite contar con otros recursos específicos que no se ofrecen desde los servicios públicos como el profesorado sombra, natación terapéutica, oferta de ocio o terapias alternativas.

(...) cuando lleguéis al colegio, nosotros, por ejemplo, cuando veáis que la ayuda para vuestros crios es una mierda, básicamente, perdón por la palabra, si como nosotros os decidís aparte de las terapias que al final tengáis privadas en algún momento, pues que van a llegar. Cuando se hacen en casa o en aula, sino que sea... no en la sala de los terapeutas, sino que sea en clase, un requisito es que haya un convenio con una asociación, o sea, para que te aprueben la entrada de un terapeuta externo privado, tiene que ser a través de una asociación que tenga convenio con la Junta de Andalucía (Grupo 3: Hombre, municipio rural, formación superior, dos niños con TEA, un niño menor de 3 en Atención Temprana).

Una cuestión que solo han planteado familias con otras u otros menores que han estado anteriormente en atención temprana, es el asociacionismo para proveerse **prácticas de autocuidado**.

Entonces bueno, sí que me gustaría participar más, pero, sin embargo, yo sí que estoy en una asociación de madres con hijos con discapacidad para cubrir lo que el CAIT no me da, que es el apoyo, como mujer, como persona, como madre, porque somos los grandes olvidados. Es verdad que nuestros hijos se merecen todo y más. Pero si nosotros no estamos bien, si nosotros, si nosotros no recibimos el apoyo que también necesitamos, es difícil. Es difícil sacar las cosas adelante. Entonces, bueno, yo estoy en una, en otro tipo de asociación enfocado a las madres. (Grupo Focal 5: Mujer, formación superior, ámbito urbano, un niño mayor con limitaciones y una niña de 5 años en Atención Temprana).

La **posibilidad de asociarse aumenta cuando se tiene un diagnóstico concreto** porque permite identificar el tipo de asociación más adecuada. También el hecho de que existan asociaciones cercanas. Algunas familias de entornos rurales no tienen asociaciones cerca. Sin embargo, las familias que tienen más de una o un hijo con trastornos, establecen conexiones con las entidades del tercer sector, aunque estén fuera del territorio, y trabajan para acercar los servicios a su localidad.

Sin embargo, todas las familias tienen necesidad de encontrarse con otras en la misma situación. No lo hacen, en ocasiones, por desconocimiento y proponen que se incluya esta información entre la que se facilita desde el CAIT.

Esa es otra parte del soporte que creo que deberían de proporcionarnos los CAIT. Dependiendo a lo mejor de la circunstancia de nuestros niños, las distintas asociaciones que hay para poder acercarnos, para encontrar una terapia alternativa, apoyo a los padres, apoyo a la familia. Eso es lo que yo he hecho en falta también. ... (Grupo Focal 7: Mujer, formación superior, ámbito rural, una niña de 4 años en Atención temprana. Un año en el CAIT).

Durante el desarrollo de los grupos, han manifestado las dudas que tienen sobre como autorganizarse, entienden que las asociaciones son un recurso útil, pero no siempre saben cómo se constituyen, ni de quien dependen.

7. Propuestas

A lo largo del análisis se han mostrado diferentes propuestas y sugerencias de mejora. En este epígrafe se hace una síntesis de las principales.

Medidas para aliviar la espera y la incertidumbre

Las familias tienen muchas dudas, mucha incertidumbre durante mucho tiempo, porque esperan mucho, pero no siempre hay respuestas, nos las hay cuando las necesitan, y cuando las hay, no siempre son positivas.

Recibir asesoramiento, conocer bien las **hojas de ruta** de los CAITs, de la Atención Sanitaria, de Servicios Sociales, del Sistema Educativo, ayuda a eliminar dudas.

En mi caso nos hubiese ayudado un poco de seguimiento o algún recurso durante la espera hasta que lo valoraron la primera vez, en nuestro caso nos sentíamos frustrados por no saber qué hacer, ni qué recursos necesitaríamos (Mujer, formación superior, ámbito rural cercano al CAIT, menor de 3 años).

También conocer más sobre el **tratamiento y la evolución** de sus hijas e hijos es algo que se da, pero podría mejorarse. Conocer los ítems que se valoran, el porqué de las decisiones sobre las terapias que se toman, saber más de las terapias que se reciben con la intimidad y tranquilidad suficientes, que estas sean entendidas por todas las partes y consensuadas, son cuestiones que han emergido en los diferentes grupos focales.

A mí me hubiese gustado, ya os comento que estoy encantado con el servicio que nos están dando, pero me hubiese gustado que alguien se hubiera sentado, hubiera analizado los pormenores de nuestro hijo, vale, de nuestro, de nuestros dos hijos y ese bueno, esta es la situación y en un horizonte temporal esto es lo que queremos ir consiguiendo de ellos, por tanto, cada cierto tiempo ya os digo, en horizonte temporal vamos a ir introduciendo este y este factor en función de que el niño vaya consiguiendo los ítem. De forma que, a día de hoy, pues la verdad que no sabemos tampoco la ruta, la ruta que van a seguir (Grupo Focal 1: Hombre, formación superior, ámbito rural cercano al CAIT, dos menores de 3 años en Atención Temprana).

Acompañamiento integral a las familias

Las familias necesitan acompañamiento integral, tanto psicológico, pedagógico, como asesoramiento legal y administrativo.

Acompañamiento psicológico

Son varias las familias que han recurrido a profesionales de salud mental, para tener atención psicológica, muchas otras, aun no habiéndola recibido, reconocen que la necesitan y que les hubiese ayudado a asimilar la noticia y a adaptarse a su situación. Entienden que, en los primeros momentos, llenos de incertidumbre y miedo, este tipo de servicio es básico, pero es necesario en las siguientes etapas también, porque el camino que recorren está lleno de altibajos.

Asesoramiento y capacitación pedagógica

Las familias señalan falta de acciones que les permita adquirir habilidades para poder atender mejor a sus hijas e hijos y entenderles también. Les gustaría saber mejor que les pasa, para

saber cómo tratarles. Por eso les gustaría participar en las sesiones dentro del CAIT y recibir formación e información.

Asesoramiento legal y administrativo

También demandan **recibir asesoramiento legal y administrativo**. Son muchas las trabas legales, los obstáculos administrativos y los servicios implicados en la atención temprana, lo que hace complejo el entendimiento y la comunicación. Algunas familias han relatado irregularidades, problemas graves, y no saben a quién recurrir.

Relacionado con la necesidad de contar con más información proponen la creación de un **punto de información o un catálogo** sobre los diferentes **recursos** que existen. Han perdido ayudas por no saber que existían, algunas veces han recibido información contradictoria. Tienen que buscar los recursos en fuentes dispersas y a través de diferentes medios, no siempre oficiales. Por eso solicitan recibir información clara sobre recursos especializados, ayudas, asociaciones existentes, etc. en sus territorios.

Propuestas en el ámbito escolar

Se han detectado diferentes problemas en el ámbito educativo y una de las soluciones que se plantea para solventarlos es la **formación del profesorado**. Uno de los problemas que se han identificado es la falta de sensibilización de una parte del profesorado, ante lo que proponen mayor formación para que puedan hacer mejores adaptaciones curriculares y también entender mejor a sus niños y niñas.

Las personas que tienen menores a cargo con problemas médicos también proponen fortalecer la figura del **enfermero o enfermera escolar**, que garantice que ante una urgencia una persona capacitada puede atenderla.

Además de la **falta de personal de apoyo**, también ven una importante carencia en las acciones de **inclusión e integración escolar**.

Propuestas en el ámbito sanitario

Algunas de las sanitarias que han participado en los grupos focales, conocen o colaboran en proyectos dirigidos a mejorar la calidad de la atención temprana a bebés prematuros y con menores con TEA. Perciben lagunas en la atención temprana en la atención hospitalaria, pero las soluciones las está poniendo cada centro sanitario de manera independiente.

Pues también hay una falta de logopeda, que, si hubiera más logopeda, pues, por ejemplo los prematuros, hay ciertas cosas que se podrían hacer mientras están ingresadas. Y la verdad que por lo menos no sé si habrá centrado en Andalucía que lo tengan, pero, por ejemplo, yo donde estoy, no. Hay una logopeda en otro sitio más bien contratada para otras funciones, pero no tenemos la posibilidad de que de que valore, por ejemplo, a los prematuros para ciertos problemas que pueden presentar. (Grupo Focal 1: Mujer, formación superior, ámbito rural, un niño menor de tres años en Atención Temprana).

(...) en el Hospital, hemos hecho una iniciativa para los pacientes TEA. Pacientes que cuando vengán con TEA pues atenderlos. Entonces, nosotros nos hemos unido con CAIT, estamos intentando trabajar. Entonces, sería interesante de que en los hospitales se trabajara también con los CAIT. ¿Por qué? Porque, por ejemplo, hay tantos niños en la provincia de TEA. Hay tantos niños, ¿cómo se trabaja? Porque claro, en los hospitales no sabemos cómo tenemos que actuar cuando

vienen niños con TEA. Entonces, son protocolos que se tienen que hacer y cosas específicas para también la atención en los hospitales, porque tienen preferencia cuando entran. También eso ayuda a las madres para tener que estar en la sala de espera con TE A. Entonces, eso también aporta... Ayuda. (Grupo Focal 7: Mujer, estudios superiores, ámbito rural, un niño de 5 años en Atención Temprana).

Medidas de conciliación intermedias

Algunas mujeres que no pueden renunciar a sus empleos han propuesto medidas de conciliación específicas para poder llevar a sus menores a terapias. Para algunas sería más fácil contar con una reducción específica y flexible para los días en los que hay terapia, antes que una reducción de jornada o una excedencia, que las desconecta más del trabajo e implica una reducción de ingresos económicos y dificultades para el desarrollo profesional.

Cuidado y encuentro de familias

No todas las familias, a la recepción del diagnóstico están preparadas para compartir su situación con otras, pero una vez que ha pasado ese momento crítico, encontrarse con madres y padres en su misma situación es visto como una muy cuestión positiva.

Las pocas acciones de convivencia familiar que se han organizado en los CAIT son muy bien valoradas, y hay padres y madres, sobre todo quien tiene más de un menor a cargo con limitaciones, que están articulándose en asociaciones para encontrar ese espacio destinado a compartir y cuidarse. Incluso la celebración del grupo focal ha sido positiva para las personas que han participado, en algunos casos han intercambiado teléfonos y hecho red.

Extensión, coordinación e integración de los recursos de atención terapéutica más allá de los 6 años

La salida de atención temprana es una preocupación en todos los grupos focales en los que han participado padres y madres con menores a cargo de más de 3 años. Los centros de atención temprana ofrecen una atención muy cercana y son el punto de información y coordinación de todas las terapias, son un espacio donde padres y madres pueden hacer preguntas, encontrar comprensión y guía.

Una vez cumplidos los seis años las terapias las cubrirán las familias, y aunque reciban ayudas, estas no siempre llegan a tiempo, se solicitan cada año, y no cubren toda la anualidad en algunos casos, pero además no hay un organismo que sustituya la acción del CAIT en cuanto a derivación, interlocución con centros escolares ni apoyo a familias.

2. Conclusiones

Las familias con menores en atención temprana pasan por un complejo proceso en lo interno y en lo externo.

Las madres y padres pasan por un **duelo** cuando identifican dificultades en el desarrollo de sus hijos o hijas. Todas las familias han pasado por un momento crítico, bien un evento de salud, como en el caso de la prematuridad o los problemas neonatales y prenatales, o un

diagnóstico de neurodivergencia. A partir de ahí, todas hacen un proceso de **adaptación a su realidad** como familia, y a las necesidades de las personas menores que tienen a cargo.

En este proceso, las familias inician su andadura en el **Sistema** de Atención Temprana, que implica en la mayoría de las ocasiones, un primer contacto con el Sistema Sanitario a través de Atención Primaria y/o Atención Hospitalaria y luego con las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo. Las relaciones con el Sistema Sanitario, en estos primeros momentos de máxima incertidumbre, no en todos los casos son fáciles.

Las y los profesionales de los Centros de Salud (personal de pediatría o medicina de familia en funciones de pediatra) no siempre derivan al primer intento a las y los menores a las unidades donde se hace la valoración, lo que aumenta los tiempos de espera y con ello la frustración, la ansiedad y el **estrés** de las familias. El mensaje que reciben las familias es que la etapa de los 0 a los 6 años es muy importante. Sin embargo, pueden estar esperando hasta un año para recibir atención terapéutica, la sensación que les deja es que **están perdiendo un tiempo muy valioso**. Tiempo en el que, además de no intervenir sobre el problema, no reciben información y generan más incertidumbre.

En las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo, donde se hace la valoración específica, o en los centros educativos, donde también adelantan los diagnósticos, algunas veces la **comunicación** tampoco es fluida. Transmitir el **diagnóstico** no es fácil y la mayoría de las familias pide una mayor **empatía y más información** en esos momentos.

A partir de ahí, empieza el proceso de asimilación y adaptación a la situación, para el que reconocen necesitar **apoyo psicológico**.

El sistema está descentralizado y la tramitación de las **ayudas y servicios existente** es complejo. Necesitan **información suficiente e inteligible del diagnóstico** y de los recursos disponibles para abordar las necesidades. Pero también, de la **hoja de ruta** que seguirán en los diferentes sistemas, y de la que seguirán sus hijos e hijas en los CAITs. La ausencia de este tipo de información hace que las directrices no estén claras, que no conozcan todas las ayudas, que no entiendan los trámites y que acaben consumiendo gran parte de su tiempo y energía en buscar por sus propios medios la información que necesitan, corriendo el riesgo de que no siempre la encuentren a tiempo o de que no sea veraz.

La **adaptación de la escuela** a la diversidad del alumnado también es insuficiente en muchos casos. Algunas familias hacen una valoración positiva de los centros educativos y del profesorado asignado, principalmente porque la comunicación es fluida con ellas mismas y con los CAITs, se han puesto en marcha medidas para la inclusión y cuentan con apoyos educativos suficientes. Sin embargo, hay muchas familias que señalan una baja dotación de personal de apoyo, que conlleva muchos problemas para los niños y las niñas y por extensión en múltiples planos que afectan a la dinámica familiar, como la conciliación y el empleo. En otros casos, no tienen comunicación con el profesorado o con las y los profesionales de apoyo educativo. También se preocupan por el trato desigual que reciben sus hijos e hijas en clase y por la falta de trabajo de inclusión en el aula. Las familias están muy preocupadas por el posible acoso que puedan vivir sus hijos e hijas y por su capacidad para generar relaciones. Ante esta situación proponen una mayor formación y sensibilización del profesorado, para que comprendan las necesidades de sus menores y para que favorezcan la

convivencia escolar. A las familias que tienen menores a cargo con problemas de salud, también les gustaría contar con enfermería escolar para garantizar que puedan asistir las urgencias que puedan surgir.

Las familias entrevistadas necesitan apoyo, porque se sienten olvidadas, cuando no enfrentadas con la **administración**. En un mundo capacitista **su lucha es constante**. Han relatado numerosos casos en los que las necesidades de sus hijas e hijos son en ocasiones, poco consideradas por el Sistema sanitario, por el Sistema de Servicios Sociales y/o por el Sistema Educativo.

Ante estas cuestiones, el **agotamiento y la presión** que soportan es mucha y por eso sus necesidades de cuidado, y no solo las de sus hijos e hijas, son mayores.

Las madres han tenido que renunciar en muchos casos a su carrera laboral, los padres aumentan su dedicación al trabajo fuera de casa. Las **posibilidades de conciliar** y distribuir tareas también disminuye. No existen permisos que permitan ausentarse del trabajo para acompañar a las personas menores al CAIT y continuar con el empleo. Las opciones, para quien las tiene, son permisos en algunos casos remunerados, como la CUME y en otros no, como en el caso de las excedencias y reducciones de jornada. Estas medidas de conciliación suponen una importante desconexión del mundo laboral, que no siempre es deseada por las madres, que finalmente suelen ser quienes las solicitan.

La **presión económica** se incrementa, porque son muchas las familias que acuden a terapias y servicios clínicos privados, ante la insuficiencia de medios públicos.

La **familia extensa** apoya a la nuclear, en la medida de sus posibilidades. Pero no siempre entiende la situación, en algunos casos, resta importancia al posible trastorno y tienen que pasar su propio proceso de asimilación.

Sin embargo, en el CAIT sí observan ese acompañamiento que necesitan. La **valoración del trabajo de los CAIT y del personal es altísima**. Son el elemento mejor valorado de todo el sistema con diferencia, aunque observen cuestiones que podrían mejorarse y servicios que podrían incluirse.

Según los discursos recogidos, **aliviar la presión asistencial** reduciría los tiempos de espera, mejoraría la calidad del servicio, permitiría mejorar las condiciones laborales del personal, alargar las sesiones y ampliar el número, obtener más información sobre el Sistema de Atención Temprana y su funcionamiento y los procedimientos y recursos en cada uno de los componentes de este sistema.

También mejoraría las condiciones laborales del personal de los CAIT que podrían tener más tiempo de descanso, de reflexión y de preparación para las sesiones.

Además, posibilitaría un mejor **seguimiento** por parte de las familias. Les gustaría contar con tiempo para ser informadas sobre cómo ha ido la sesión, en espacios con mayor intimidad y tener más información. También, incluir **nuevas especialidades**, como la terapia ocupacional entre los servicios del CAIT, y **nuevas metodologías**, como las terapias grupales y en contextos naturales.

Entienden que disminuir la presión asistencial permitiría realizar **intervenciones dirigidas a padres y madres**. Estas son el tipo de acciones menos frecuente.

Aunque reciben orientación y asesoramiento del CAIT, proponen **acciones de capacitación pedagógica**. Entienden que la atención en los CAITs, es puntual, y que el trabajo debe continuar en casa, pero no siempre cuentan con orientación sobre cómo hacerlo.

También han sugerido acciones destinadas al empoderamiento y **encuentro entre familias** para promover el autocuidado, el cuidado de personas cuidadoras y la formación entre pares y la creación de redes de apoyo. En general, medidas que les ayuden a sobrellevar la carga emocional que soportan.

Las **asociaciones** podrían cubrir estas necesidades, pero la mayoría de las familias entrevistadas participan en el AMPA, pero no en asociaciones específicas de familiares o personas con discapacidad. Solo las personas que tienen a cargo varias personas menores con trastornos están asociadas y, además, están participando de manera proactiva en este tipo de entidades. En algunos casos la baja participación se debe a que no existen asociaciones cercanas, en otros casos a que no se cuenta con diagnóstico concreto y no se sabe a qué asociación recurrir. Algunas personas han planteado medidas encaminadas a favorecer la **creación de asociaciones** de familias usuarias de CAIT.

El mayor espacio de seguridad que perciben las familias son los CAITs. Perder el apoyo de los CAIT supone un momento crítico para las familias, que ya no pueden usar el centro de referencia desde donde se coordina la terapia, y se enfrentan solas a los obstáculos el resto del camino. Por eso, piden servicios similares para la infancia con necesidades especiales **más allá de los 6 años de edad**, para que haya continuidad en las terapias que menores y familiares necesitan.

Además de la mejora de los servicios que el Sistema de Atención Temprana ya ofrece, proponen nuevas medidas que amplíen la atención a menores con necesidades especiales en otros espacios, como los **hospitales**.

Anexos 1:

GUIÓN GRUPO FOCAL FAMILIARES

PLAN ATENCIÓN TEMPRANA

Introducción

El servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud ha convocado esta reunión porque se está elaborando el Plan de Atención Infantil Temprana. Actualmente está en la fase de investigación para hacer un diagnóstico de la situación de las personas menores con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. Por eso queríamos reunirnos con las familias, para conocer de primera mano vuestras experiencias, vivencias y opiniones.

La dinámica de esta reunión implica que la persona moderadora, yo en este caso, voy a formular una serie de preguntas. Podéis seguir el orden que queráis a la hora de responder.

Vamos a abordar tres temas importantes, sobre los que os vamos a ir planteando diferentes cuestiones. El primero está relacionado con la detección y el diagnóstico de los trastornos del desarrollo o el riesgo de padecerlos, como son esos primeros momentos. El segundo bloque está relacionado con la intervención en Atención Temprana y el tercero con el apoyo comunitario.

La reunión va a tener una duración máxima de 2 horas. Vamos a grabarla si nos dais vuestro consentimiento, para facilitarnos el análisis, pero vuestras respuestas serán anónimas y se van a tratar de manera agrupada, de tal forma que garantice vuestra privacidad.

PRESENTACIÓN

Antes de entrar en los bloques de preguntas, podríamos hacer una ronda de presentación, en la que nos dijerais:

- Nombre y dos apellidos
- Situación familiar
- Tiempo en atención temprana
- Provincia
- Municipio

BLOQUE 1: EL DIAGNÓSTICO

Ahora sí, nos gustaría plantearos algunas preguntas acerca de los primeros momentos, cuando se identifica un problema o posible problema de desarrollo y se recibe el diagnóstico

¿Cómo os sentisteis cuando recibisteis la noticia de que nuestro hijo o hija tiene un trastorno en el desarrollo o puede tenerlo? ¿Cómo recibisteis la información?

¿Qué os hubiese ayudado esos momentos?

¿Cómo reaccionaron otras personas de vuestro entorno el entorno en estos casos: pareja, familia, amigos y amistades? ¿Qué tipo de apoyo recibisteis?

¿Y otras personas del entorno menos cercanas, el vecindario, y otras personas con quienes os relacionáis? ¿Cómo apoya?

¿Qué recursos pusisteis en marcha? ¿Cómo llegasteis a esos recursos?

- ¿Qué papel tuvo el servicio de salud cuando se identificó el posible trastorno de desarrollo?
- ¿Cómo recibió el diagnóstico el centro educativo? ¿Cómo aborda esta cuestión?
- ¿Acudisteis a servicios sociales? ¿Cómo respondieron?
- ¿Cuáles fueron vuestras principales necesidades en esos momentos?

BLOQUE 2: Una vez recibido el diagnóstico, y pasados los primeros momentos, nos gustaría que nos hablarais de cómo ha evolucionado vuestra situación

- ¿Qué adaptaciones personales y familiares habéis tenido que ir haciendo desde que tuvisteis el diagnóstico?
- ¿Cómo es la relación con los servicios de atención temprana?
- ¿Qué necesidades no se están cubriendo por parte de los servicios públicos?

BLOQUE 3: Apoyos y facilitadores

A lo largo de la conversación habéis comentado necesidades y problemas, pero nos gustaría profundizar en aquellas cuestiones que mejorarían vuestra situación como familiares y las de las personas menores que tenéis a cargo.

- ¿Qué os ayudaría a enfrentar mejor la situación?
- ¿Qué elementos ayudarían a mejorar la calidad de vida de vuestros hijos e hijas?
- ¿Qué relación tenéis con las asociaciones de personas con discapacidad o familiares? ¿Qué os aportan?

Borrador Borrador Borrador

INFORME DE RESULTADOS ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA. DIAGNÓSTICO PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIATA)

Borrador Borrador Borrador

Consejería de Salud y Consumo
Secretaría General Técnica



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	METODOLOGÍA.....	4
3.	ANÁLISIS	6
3.1.	Valoración general de la situación actual.....	6
3.2.	Oportunidades: Innovaciones en el sistema de Atención Temprana.....	8
3.3.	El diagnóstico: Existencia o no de infradiagnóstico.....	9
3.4.	Nivel de satisfacción del personal de sistema de Atención Temprana.....	11
3.5.	Aborada	13
3.6.	Tiempos de Espera.....	14
3.7.	Coordinación.....	15
3.8.	Formación	17
3.9.	Familias	19
3.10.	Otras temáticas de interés	21
4.	CONCLUSIÓN	25
5.	ANEXO GUIÓN ENTREVISTAS	27

1. INTRODUCCIÓN

La realización de entrevistas semiestructuradas a los actores claves se presenta como una **herramienta de enorme utilidad en las fases de un prediagnóstico** al permitir obtener percepciones cualitativas de primera mano de agentes conocedores de la realidad que se pretende investigar, obteniendo una comprensión profunda y matizada de las dinámicas internas y desafíos específicos del sector.

La propia flexibilidad inherente de las entrevistas semiestructuradas permite a los entrevistadores **explorar una variedad de temas**, destacándose como un medio para identificar factores críticos que impactan en la eficiencia y el bienestar de los y las profesionales. Al obtener percepciones cualitativas, se pueden abordar problemas subyacentes que pueden pasar desapercibidos en métodos puramente cuantitativos. Este entendimiento más profundo permite desarrollar iniciativas estratégicas que aborden las necesidades reales de los empleados, mejorando así la productividad y la calidad del entorno laboral.

Proporcionan una riqueza de información cualitativa que **enriquece la toma de decisiones**, permitiendo a los agentes encargados de la planificación estratégica entender mejor las necesidades y dinámicas internas de los trabajadores. Este enfoque integral es fundamental para formular estrategias efectivas que no solo aborden desafíos específicos, sino que también promuevan un ambiente laboral saludable y sostenible. Además, este enfoque facilita la construcción de **relaciones más cercanas entre el equipo de investigadores y los actores claves**, lo que puede generar un ambiente propicio para revelar información sensible o compleja.

En concreto, en el ámbito sanitario, estas entrevistas ofrecen una perspectiva valiosa al permitir que los profesionales, actores clave en el ámbito sanitario, compartan sus experiencias, percepciones y conocimientos de primera mano. Así, permiten **capturar las complejidades emocionales** y éticas inherentes a su labor diaria. Por otra parte facilitan identificar aspectos críticos relacionados con la satisfacción laboral, el agotamiento y las condiciones de trabajo. Al obtener información detallada sobre las experiencias individuales, los investigadores pueden identificar patrones, determinar áreas de mejora y proponer intervenciones específicas para fortalecer el bienestar y la eficacia de los profesionales de la salud.

La información cualitativa recopilada a través de entrevistas también sirve para **entender mejor las dinámicas interpersonales y las relaciones dentro de los equipos de salud**. La colaboración y comunicación efectivas son fundamentales en el ámbito sanitario, y las entrevistas proporcionan interesantes claves sobre cómo mejorar la cohesión del equipo y la calidad de la atención al paciente.

2. METODOLOGÍA

Para la realización del presente informe se han realizado un total de **16 entrevistas semiestructuradas**, siguiendo un guion elaborado por la Oficina técnica del PIATA (se adjunta en Anexo) a los siguientes perfiles profesionales, garantizándose una muestra con presencia de recursos ubicados en las 8 provincias andaluzas y diferentes especialidades médicas y recursos que conforman los equipos de Atención Temprana.

Así, los **criterios de conformación de los perfiles de informantes claves** se establecieron en función de los diferentes perfiles profesionales, teniendo en cuenta todo el proceso de Atención Temprana, desde la detección/ diagnóstico (pediatras de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, ámbito educativo, Servicios Sociales) pasando por la valoración en las USN y la intervención en CAIT con los diferentes componentes del equipo básico (psicólogo, logopeda y fisioterapeuta).

Además se ha tenido en cuenta la participación de profesionales de CAIT generalistas y específicos. También se ha tenido en cuenta la representación de profesionales cuya labor principal es la coordinación en los diferentes ámbitos salud , educación y servicios sociales) la investigación y el asociacionismo.

Por último, señalar que se han tenido en cuenta criterios de paridad de sexo y distribución territorial, garantizando la representación de profesionales de la Atención Temprana de todas las provincias de Andalucía.

La totalidad de las entrevistas fueron realizadas de manera online siendo el trabajo de campo realizado en el intervalo temporal comprendido entre los meses de noviembre y diciembre de 2023.

A continuación se muestra una tabla con la totalidad de entrevistas realizadas:

Denominación
1. Logopeda CAIT Sevilla
2. Logopeda CAIT Granada
3. Psicólogo CAIT Sevilla
4. Psicólogo CAIT Córdoba
5. Logopeda CAIT Almería
6. Pediatra Atención Primaria (AP) Almería
7. Pediatra Atención Primaria (AP) Málaga
8. Neonatólogo Atención Hospitalaria (AH) Cádiz
9. Psiquiatra Atención Hospitalaria (AH) Sevilla
10. Pedagogo EPAT Educación Córdoba
11. Psicóloga EPAT Salud Jaén
12. Psicóloga EVO Sevilla
13. Pedagogo EOE Cádiz
14. Pedagoga EOE Huelva
15. Técnico Orientación Laboral ONG Huelva
16. Investigadora en Atención Temprana ámbito académico Málaga

3. ANÁLISIS

A continuación en los sucesivos apartados se describen los principales aspectos señalados por los y las profesionales en torno a la situación actual del sistema de Atención Temprana en Andalucía.

3.1. Valoración general de la situación actual

El carácter universal del sistema de Atención Temprana y la calidad del equipo de profesionales y la rapidez en la detección han sido las principales fortalezas que, de inicio, han resaltado los y las profesionales.

En relación con el **carácter universal del sistema de Atención Temprana**, según las fuentes consultadas, se ha consolidado la Atención Temprana en el Sistema Sanitario Público de Andalucía como un derecho de las personas menores y sus familias a recibir un servicio integral y de calidad, que progresivamente ha ido incrementando su capacidad para atender a mayor número de pacientes, incrementándose de manera progresiva este carácter de universalidad. Esta universalidad se asienta sobre la existencia de una adecuada distribución geográfica que cubre todo el territorio andaluz de recursos asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria y red provincial de CAIT principalmente.)

“Las Garantías de acceso del conjunto de la población a recursos de la Atención Temprana de forma universal en la Comunidad de Andalucía”

Psicólogo CAIT Sevilla

“La universalidad del servicio. Llega a cualquier paciente que le recomendamos. Tiene la posibilidad en un ámbito geográfico no muy distante de disponer de AT, independientemente de los recursos que tenga”

Neonatólogo Atención Hospitalaria

Se ha manifestado que existe un **óptimo equipo de profesionales**, caracterizado principalmente por su multidisciplinariedad en los equipos, cualificación y alta implicación y motivación en el desarrollo de su desempeño profesional.

El carácter multidisciplinar de los equipos de profesionales se concibe como una condición absolutamente necesaria para un adecuado tratamiento, en tanto en cuanto se resalta que es necesario que se aborden los tratamientos en las personas menores, de manera coordinada, desde diferentes ámbitos (salud y educación principalmente) y especialidades que se conforman como equipos de intervención integrales.

“Contar con los profesionales especializados en Atención Temprana. Que los centros de Atención Temprana disponen de psicólogos, fisioterapeutas y en muchos casos de logopedas”

Neonatólogo Atención Hospitalaria

En relación con la cualificación de los y las profesionales, se considera que existe, en términos generales, una adecuada formación específica en Atención Temprana, lo que permite que el sistema cuente con profesionales altamente especializados en Atención Temprana.

“Hemos conseguido que los profesionales tengan bastante formación y coordinación. Son profesionales muy cualificados. Con los años se ha mejorado el conocimiento a todos los niveles, a nivel educativo, médico, de salud y profesionales. La gente ya sabe que es AT, los ciudadanos lo saben, las derivaciones se hacen al principio. Todo ha evolucionado muchísimo. Hemos creado un buen sistema de Atención Temprana”

Técnico ONG

Otro de los elementos destacados referentes a la calidad del equipo de profesionales es la elevada motivación de los y las profesionales que trabajan en Atención Temprana, motivación que, por una parte, se explica por la elevada vocación existente y a su vez explica la fuerte implicación de los mismos en el desempeño de su actividad profesional con las personas menores atendidas y sus familias.

“La valía de los profesionales. Son profesionales que están muy bien formados y que tienen años de experiencia, la formación continua va en sus genes. Son profesionales con vocación”

Investigadora AT en el ámbito académico

“Una realidad incuestionable a mi juicio es que hay cada vez más personal entrenado, formado, y sobre todo muy concienciado”

Psiquiatra Atención Hospitalaria

La tercera fortaleza transmitida por los y las profesionales, referente a la calidad del sistema se centra en resaltar cómo se ha desarrollado un **sistema con capacidad para detectar de manera rápida problemas en el desarrollo de las personas menores**, consiguiéndose de esta manera una derivación e integración en el sistema.

“Hay un equipo de profesionales muy cualificado que es la que hace esa primera valoración. Ellos, en función de los indicadores de riesgo realizan la idoneidad de la derivación (...) Es un servicio en el que se suele derivar al niño en el momento en que se detecta algún indicador de riesgo”

Psicóloga EVO Sevilla

3.2. Oportunidades: Innovaciones en el sistema de Atención Temprana

Al ser cuestionados los y las profesionales por cuestiones concretas que representen oportunidades para mejorar el sistema de Atención Temprana, en forma de aplicación de innovaciones en las intervenciones con las personas menores y sus familias, se ha manifestado de partida las **enormes cautelas** a la hora de aplicar en Andalucía metodologías de intervención que se estén aplicando a nivel nacional o internacional. El contexto (económico, social, legislativo, etc.) en el que se aplique se considera una variable fundamental a analizar previamente a la incorporación de nuevos protocolos.

“Hay muchísima información, teniendo que ser cauteloso con la interpretación de los estudios científicos, porque no hay un solo tipo de intervención que esté validado a nivel internacional. A veces, aceptamos como bueno los resultados que se han obtenido en contextos muy diferentes, en los que no se contemplan, por ejemplo, aspectos de índole legislativo, social... Intentamos importar todo lo que viene de fuera según las publicaciones que tiene ese estudio. Debemos estar orgullosos del tipo de tratamiento y servicio que damos a nuestras familias”

Investigadora AT en el ámbito académico

La apuesta mayoritaria en relación a integrar métodos innovadores en el sistema ha sido la de **fomentar los trabajos de intervención en los entornos naturales de la persona menor**. Así, el modelo centrado en las familias se basa en contextos naturales, según la evidencia científica, puesto que según profesionales encuestados, las dos grandes asociaciones, la europea y la internacional, están centrando su investigación en esta dirección.

“Modelos, por ejemplo, de trabajo en entornos naturales con las familias, capacitación con las familias, el trabajo con los entornos. Se debe avanzar un poco en el modelo exclusivo de profesional-niño de AT en un centro cerrado y que se permita que todo el trabajo se pueda hacer en un entorno natural y con las familias. Es un reto a la hora de controlarlo y fiscalizarlo por parte de la Consejería, pero no podemos darle la espalda a una metodología más eficiente y con mayor impacto en la calidad de vida de los menores y sus familias”

Psicólogo CAIT Sevilla

Si bien las fuentes consultadas nos han facilitado métodos o técnicas innovadoras concretas para ser introducidas en el sistema, se han hecho referencias al conocimiento e incluso el uso ya de nuevas tecnologías que permiten a los recursos mantener un contacto más continuado con los menores y sus familias.

Nosotros hemos establecido una especie de asesoramiento y de formación telemática a través de un blog. Se intenta llegar a sus casas a partir de la competencia digital docente". "Con el blog se intenta que los padres tomen conciencia"

Pedagogo EOE Cádiz

3.3. El diagnóstico: Existencia o no de infradiagnóstico

Un aspecto fundamental en el sistema de Atención Temprana, cuya presencia ha sido continua en la totalidad de las entrevistas realizadas, introducida de manera espontánea incluso por la persona entrevistada, ha sido la existencia o no de problemáticas de infradiagnóstico en el sistema.

No se ha recogido una opinión unánime en torno la existencia o no de problemática de infradiagnóstico, de tal manera que encontramos ante una temática en la que se han identificado opiniones contrapuestas: para algunos profesionales consultados si existe problema de infradiagnóstico mientras que para otra no existe. En cualquier caso, la mayoría de las fuentes entrevistadas opinan que no existe infradiagnóstico como tal, si bien ambas posturas plantean solidas argumentaciones al respecto.

Entre aquellos que consideran que no existe problemas de infradiagnóstico, de tal manera que los trastornos del desarrollo se detectan con prontitud por parte de las unidades de pediatría, y en general se derivan a los CAIT los casos que proceden, se ha planteado que en cualquier caso sí que perciben determinadas problemáticas como diagnósticos erróneos, de tal manera que llegan a los CAIT menores sin trastornos del desarrollo que requieran de una intervención. De hecho se expone en reiteradas ocasiones que depende de la sensibilidad del profesional encargado de la detección, de tal manera que si todos los niños con un leve retraso simple del lenguaje los mandas a Atención Temprana, se colapsa el sistema.

Estas situaciones de errores en los diagnósticos las explican por la elevada saturación que sufren los y las profesionales sanitarios encargados de la detección, problemática que se materializa en **no disponerse de suficiente tiempo para realizar valoraciones con la extensión óptima**.

“No considero que tengamos problema de infradiagnóstico. El sistema que tiene Andalucía, los niños pasan por pediatría. Igual que pasó con el programa del “el niño sano”. El hecho de que las competencias de salud las tenga Andalucía, ha hecho que se nos escapen menos niños. Tenemos un buen sistema de detección. Creo que las UAIT son unos cuellos de botella, con duda de si ha mejorado las condiciones porque están saturados, sin tener tiempo para hacer una valoración más extensa. Es un acierto que pasen por pediatría. Además, los pediatras están más concienciados y formados, siendo una fortaleza del modelo”

Psicóloga CAIT Córdoba

Otra problemática identificada entre quienes opinan que no existen problemas de infradiagnóstico es el hecho de que los menores, al encontrarse en constante proceso evolutivo, es difícil realizar un diagnóstico definitivo, de ahí la **importancia de la existencia y el papel de las Unidades de Seguimiento**.

“Se hacen los diagnósticos cuando se puede. Los niños están en evolución y hay veces que no se pueden hacer diagnósticos definitivos. Por eso es importante que seamos una Unidad de seguimiento. Quizás hacer el diagnóstico definitivo más tarde para ponerle la etiqueta correcta”

Logopeda CAIT Almería

Borrador Borrador Borrador

Los principales factores específicos que explican la rapidez en los diagnósticos han sido la formación del personal sanitario, y especialmente, del ámbito educativo, de tal manera que gracias a esta formación específica en Atención Temprana pueden detectar en los centros educativos indicios de trastornos del desarrollo que derivar al sistema

“Se está detectando que con la formación que se está dando en las escuelas infantiles hay una mayor detección. Hemos visto los últimos años un incremento de la detección”.

Pedagoga EOE Huelva

“En el ámbito educativo, en cuanto hay un niño un poco diferente, se le manda al pediatra para que le deriven a Atención Temprana”.

Psicóloga EPAT Salud Jaén

Borrador Borrador Borrador

Por contra, las fuentes consultadas que argumentan **la existencia de problemas de infradiagnóstico lo argumentan en base a la insuficiencia de recursos**, que deriva en retrasos en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de Atención Primaria.

“Considero que hay un infradiagnóstico por las limitaciones presupuestarias, haciendo que no se diagnostiquen lo suficientemente. Esta falta de recursos motiva falta de personal, incluso centros sanitarios en los que los pediatras son médicos de familia y por tanto sin la formación específica en Atención Temprana imprescindible y necesaria para la detección y realización diagnósticos adecuados “

Psicólogo CAIT Sevilla

“A nivel de pediatra si necesitarían más formación. Muchos entran y con las listas de espera se quedan mucho tiempo esperando. Muchos pediatras no conocen el sistema. Son familias que se lo dicen unas a otras y a raíz de eso van al pediatra. Hay muchos pediatras que no saben cuál es el proceso”

Logopeda CAIT Almería

Especialmente relevante han sido en este sentido los argumentos en torno a los **diagnósticos erróneos**, debido a que el personal sanitario que lo ha realizado no cuenta con la formación necesaria, lo que deriva en una grave problemática para la persona menor, que arrastrará en su infancia un diagnóstico que no se corresponde con su estado real de salud, lo cual generará implicaciones negativas en su proceso madurativo:

"El riesgo de que haya poco personal cualificado es que el diagnóstico se quede en manos de un neuropsicólogo privado de un gabinete que, ahora, como el niño puntúa con 6 ítems en un trastorno, a los 3 años tiene autismo y, a lo mejor, cae en

el sistema público con ese informe, que lo lee un psicólogo con poco tiempo y poco entrenado y lo que hace es transcribir el informe y ahora el niño, se queda toda su vida con el diagnóstico que no es”

Psiquiatra AH Sevilla

Otro argumento con elevada presencia entre las fuentes que afirman problemas en los diagnósticos es el hecho de que existen problemas de trastornos del desarrollo en menores con escolarización tardía y que en esos casos por tanto el personal de los centros educativos no tiene la posibilidad de detectarlos hasta su incorporación tardía, cuando el menor tiene ya hasta 6 años.

Sí, existe infradiagnóstico (niños que llegan a una edad avanzada sin detección de trastorno del desarrollo por razones como la no escolarización, o la escolarización tardía

EPAT Salud Jaén

3.4. Nivel de satisfacción del personal de sistema de Atención Temprana

Una cuestión concreta abordada en las entrevistas ha sido la del nivel de satisfacción de los profesionales en su puesto de trabajo, cuestión esencial para optimizar la calidad del servicio prestado. Existe un consenso en el sector de los recursos humanos en torno al hecho de la existencia de una relación directa entre la evaluación positiva de los y las trabajadores con el nivel de satisfacción en su puesto de trabajo, en el día a día de su desempeño profesional, con la propia calidad, eficacia y eficiencia del servicio prestado.

Ha resultado llamativo que en numerosas ocasiones en las entrevistas realizadas se han mostrado los y las profesionales entrevistadas incluso sorprendidos cuando se les ha preguntado acerca de su nivel de satisfacción con el trabajo que realizan, en tanto en cuanto consideran que es una cuestión, cuestiones como el impacto emocional que tienen a causa de su desempeño profesional, que apenas se cuestiona ni se tiene en cuenta.

Si bien como ya se ha comentado, nos encontramos ante unos profesionales con una elevada carga vocacional y motivación por su trabajo, en términos generales los profesionales consultados han manifestado **elevados niveles de saturación, insatisfacción por la percepción de que no pueden dedicar el tiempo suficiente a las personas menores y sus familias**, así como por otra parte una **elevada carga burocrática** que perciben que les quitan un tiempo que podrían dedicar de más a pacientes y familias. Si bien se trata de los factores interrelacionados entre sí (la carga burocrática percibe que les quita tiempo para estar con las personas menores pacientes y eso les genera frustración), se han desagregado en el presente análisis debido a la importancia que han adquirido cada factor por separado

En relación con lo elevados niveles de saturación, se han transmitido sensaciones de frustración al sentir que **no pueden dedicar el tiempo suficiente a las personas**

menores y sus familias

“Siento, y estoy seguro de que hablo en nombre del resto del equipo, que no disponemos del tiempo necesario para estar con los niños, sus familias, tratarlos, escucharlos, ver su evolución...y es un niño, y otro, y otro...Es necesario Incrementar tiempo de gestión de sesiones para mejorar la calidad del servicio y reducir el estrés del personal”

Logopeda CAIT Almería

Por otra parte, también se han mostrado elevados niveles de frustración ante el hecho de que no se valoran ni miden de manera adecuada las horas dedicadas a la preparación individualizada de las sesiones, horas que son necesarias para realizar un servicio adecuado, lo que genera frustración en el día a día.

“Necesidad de revisar el tiempo de elaboración de materiales (adaptación del espacio de trabajo de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, agendas). Este tiempo no queda registrado como trabajo. Es mucho tiempo, muy necesario y resulta que parece que no cuenta para nada, es frustrante la verdad “

Psicóloga EPAT Salud Jaén

"Tener en cuenta las horas de gestión (hacer informe, contactar con otros profesionales, elaborar material, crear talleres). Cuesta mucho, mucho, esfuerzo hacer informes entre la sesión de un menor y otro, te crea hasta tensión”

Logopeda CAIT Almería

Por otra parte, otro factor señalado como generados de mayores niveles de insatisfacción con el puesto de trabajo ha sido **la elevada carga burocrática**. Las fuentes consultadas hablan de una herramienta Alborada que lejos de servir para agilizar la carga burocrática la ralentiza, en un continuo contexto además de exceso de tareas administrativas. La sensación entre los profesionales es que toda esta carga administrativa, además de excesiva, no redundando en la calidad del servicio, que si se vería incrementada si el personal dispusiera de más tiempo para preparar sesiones, y de esta manera garantizar la máxima calidad en la asistencia, cuestión esta que es la que reiteradamente afirman que debe de ser la máxima prioridad del sistema de Atención Temprana.

"Estamos dedicando más recursos a temas burocráticos que a plantear, planificar y reflexionar sobre las sesiones. Eso es que no puede ser, es inconcebible lo mires por donde lo mires".

Logopeda CAIT Granada

Otro aspecto **muy señalado específicamente por el personal que trabaja en los CAIT**

has sido sus condiciones laborales, sujetas a un convenio a su juicio con sueldos bajos, situación que les genera frustración, puesto que el elevado nivel de exigencia del trabajo que realizan no se ve correspondido con un sueldo a la altura

"Al ser entidades externas al sistema de salud, contratadas a través de conciertos sociales, que además la prestación del servicio la hace cada entidad como quiere, el convenio que normalmente rige los sueldos es muy bajo para el nivel de exigencia que se exige. Hablamos de 1200€/mes para un personal que lleva 10 años estudiando"

Logopeda CAIT Sevilla

3.5. Alborada

En términos generales se ha manifestado una **opinión negativa en relación a la herramienta Alborada**, que si bien se reconoce como una herramienta que en sus inicios se percibía su utilidad, actualmente no se reconoce como una plataforma que ayude en el flujo de trabajo, ni que permita dar un servicio de mayor calidad, ni consultar datos de interés. Por el contrario, Alborada es percibida más como una herramienta de control por parte de la Administración, de fiscalización del trabajo

"Alborada es muy buena idea, pero ya no funciona. Lo que iba a ser una unión de plataformas entre profesionales, a nivel CAIT se ha convertido en un sistema de control de un acto, que es donde los inspectores nos dicen si estamos haciendo las cosas bien o mal".

*"Lo que menos se mira en Alborada, no se contempla, es si la terapia del niño es adecuada, no hay herramientas para medir si lo que necesita es un fisio o un logopeda, pero si miran si has metido 1 sesión o 2, como si eso fuese un indicador".
"El pediatra solo lo usa para derivar, pero no tiene acceso a los documentos, las notificaciones las ve si entra en Alborada"*

Logopeda CAIT Sevilla

Los y las profesionales han mostrado de manera reiterada sufrir continuos problemas con la herramienta Alborada que lastran el flujo de trabajo, generan frustración y sensación de que en lugar de ayudar, **es un lastre al flujo de trabajo**.

"Padecemos continuos fallos de Alborada. Piensa que hay que registrar informes en 48 horas, sino el sistema te echa. Pero si el trabajo me come y no tengo tiempo, como se me pase se me pasó. Alborada hay que mejorarlo pero mucho, mucho, mucho"

Psicóloga EPAT Jaén

De manera continua se ha señalado la **necesidad de actualizar la herramienta**

Alborada, sin llegar a profundizarse a si se refieren a crear una herramienta nueva o una actualización sobre la base de la actual. La realidad es que prácticamente en ninguna de las entrevistas realizadas a profesionales se han alabado las virtudes de Alborada, sino que al contrario, apareciendo en diferentes momentos de las entrevistas bien sea al hablar de problemas en la coordinación entre profesionales y recursos, problemática en la que Alborada manifiestan que no aporta; problemas en tiempos de espera, y sobre todo en clave de frustración al considerarse una herramienta de fiscalización del trabajo que realizan.

3.6. Tiempos de Espera

Según las fuentes consultadas **existe una fuerte problemática con los tiempos de espera**. Al solicitarles que facilitaran las causas de los elevados tiempos de espera, los y las profesionales consultados argumentaron una serie de factores, que se pueden agrupar en dos tipos: **insuficiencia de recursos económicos** que impiden que haya suficientes medios (profesionales, recursos, etc.) y una **falta de eficiencia en los procesos y protocolos**, que alargan los plazos y por tanto incrementan los tiempos de espera.

En relación a la insuficiencia de recursos económicos se han citado de manera unánime en la totalidad de entrevistas realizadas, la necesidad de incrementar las partidas presupuestarias tanto de manera directa en el propio sistema de Atención Temprana, incrementando del número de CAIT y por tanto las plazas, puesto que cada vez existe más demanda al diagnosticarse más casos. Se opina que el presupuesto no está aumentando acorde con este incremento de la demanda, siendo por tanto el sistema incapaz de dar respuesta a todos los menores en el tiempo óptimo.

“Es necesario aumentar el número de plazas por centros según demanda, teniendo en cuenta las estadísticas de niños nacidos”

Técnico orientación laboral ONG

En este sentido se ha señalado la necesidad de contratar además más personal en general en todos los recursos implicados (resto del Servicio Andaluz de Salud y Educación principalmente)

“Vamos a ver, el asunto es claro. Si se incrementan las partidas presupuestarias se podría incrementar el personal, más recursos materiales, los tiempos de espera decrecen, incluso se podría estar más tiempo con los pacientes, sus familias, más tiempo para preparar las sesiones, analizar evoluciones, incluso introducir nuevas técnicas...es todo cuestión de incrementar el presupuesto, de eso no hay duda. Figúrate si en los centros educativos, que es donde están los niños todos los días muchas horas, hubiera una figura permanente atento a los niños, en contacto con los profesores, las familias...”

Psiquiatra AH Sevilla

Por otra parte en relación con la **ineficiencia en los procesos y protocolos como causas del incremento en los tiempos de espera**, principalmente se han señalado cuestiones de falta de coordinación entre los y las profesionales que incrementa los plazos en los procesos de derivación de pacientes.

“Se crearon los grupos de coordinación de las delegaciones, que estaban bien preparados para evitar la sobre demanda en algunos procesos, pero que al final ha supuesto un retraso, porque entre que lo valoran los compañeros, lo mandan a pediatra de atención primaria, luego éste lo valora, lo manda a que el coordinador de Atención Temprana lo valore se produce un retraso en el tratamiento. Este circuito implica un retraso de tiempo”

Neonatólogo AH Cádiz

A pesar de detectar cada vez más casos, existe una demora en la atención debido al previo paso por la UAIT, filtro entre pediatra y CAIT, que alargan los plazos a varios meses de espera, lo que refleja la necesidad de poner el foco en esforzarse el sistema de Atención Temprana en agilizar este paso intermedio entre pediatría y CAIT

"Existen largas listas de espera para que el niño inicie tratamiento, porque previamente tiene que pasar por la UAIT"(casi 6 meses de espera). Esta debilidad puede deberse a la falta de recursos o por la distribución del sistema. Si se acordó en un momento dado que tenía que haber entre el CAIT y el pediatra un filtro de idoneidad, si tiene que existir este filtro, tiene que ser más ágil.

Logopeda CAIT Sevilla

3.7. Coordinación

En términos generales se opina que **existe un problema de falta de coordinación entre los diferentes recursos existentes en el sistema de Atención Temprana en Andalucía**. Principalmente se han referido cuestiones en torno a la ausencia de un modelo claro, un sistema institucionalizado de coordinación, en el que se establezcan protocolos de coordinación y comunicación entre recursos y profesionales. En ausencia de protocolos y herramientas establecidas desde la Administración, los y las profesionales en numerosas ocasiones han planteado que recurren a vías informales de comunicación, mediante amistades y conocidos, para comunicarse con profesionales de otros recursos.

“No existe un canal de comunicación entre los distintos profesionales que tratan al menor. Necesitamos coordinarnos los profesionales intersectorialmente, y no tenemos establecidos canales de comunicación. Es decir, si quiero hablar con un pediatra tengo que recurrir a una amiga que conoce al pediatra y le pase mi teléfono”

Logopeda CAIT Sevilla

"La falta de coordinación. Nosotros lo hacemos por iniciativa propia. El tema es que no hay ni capacidad ni tiempo para reuniones entre los profesionales" (pediatra de primaria, su especialista pediátrico y personal del CAIT)

Neonatólogo AH Cádiz

En relación a esta problemática de falta de coordinación se ha manifestado la necesidad de establecer de **impulsar redes de colaboración** que conecten a los y las profesionales de los diferentes recursos, que sirvan para compartir conocimientos, problemáticas, fomentando el trabajo en red que permita el intercambio de buenas prácticas

"Generar redes de colaboración y aprendizaje entre los centros de AT (compartir conocimiento). Tal y como está establecido el modelo de AT solo da tiempo a atender a niños y poco más. El concierto no da posibilidades de trabajar en red para coordinarnos entre los centros de AT, el establecer reuniones, elaborar guías de buenas prácticas. Si no se cuenta con el propio potencial de los centros es muy complicado que las cosas puedan avanzar

Psicólogo CAIT Sevilla

Por otra parte se lamentan de sentir la existencia de un vacío entre la Administración y los profesionales, **una falta de comunicación de parte de la Administración**, en un contexto actual de incremento del número de profesionales, en el que los y las profesionales esperan de parte de la Administración directrices, protocolos y en definitiva comunicación fluida entre ambas partes.

"Ahora mismo estamos en un momento de crecimiento de muchos centros, muchos profesionales nuevos, profesionales nuevos que están esperando que la Administración le diga qué hacer y, la administración está esperando a que los profesionales hagan"

Logopeda CAIT Sevilla

En concreto, entre los diferentes recursos entrevistados, se señala la nula o escasa coordinación entre diferentes CAIT, lo que impide además unificar criterios y servicios comunes) y entre pediatría de Atención primaria y profesionales del ámbito hospitalario.

Hay un serio problema de coordinación entre CAIT, hay que definir de forma clara y concisa una cartera de servicios de las principales patologías que se pueden tratar en Atención Temprana. Aún hay diferencias en cuanto a centros y provincias de Andalucía. No debería quedar a criterio de determinados profesionales"

Investigadora AT en el ámbito académico

“Yo creo que hay poca unidad de los CAIT. Los CAIT son muy heterogéneos, es muy difícil la coordinación. Cada dos años los cambian por una serie de subvenciones”

Psiquiatra AH Sevilla

3.8. Formación

Si bien en términos generales las fuentes consultadas manifiestan que el sistema de Atención Temprana está conformado por profesionales sanitarios con formación, se ha manifestado de manera generalizada que se requiere **formación continua y reciclaje permanente** que permita actualizarse con nuevos conocimientos, así como formar a toda la amplia variedad de perfiles profesionales que intervienen en el sistema tanto en el ámbito sanitario, necesarios para ofrecer un tratamiento integral a la persona menor con trastorno del desarrollo (psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, etc.). Además se demanda que desde la administración autonómica se desarrollen cursos de especialización para garantizar la unidad de formación de los profesionales en la CCAA.

“Los profesionales necesitan una formación más especializada en At y en herramientas concretadas. Ni un psicólogo, ni un logopeda ni un fisioterapeuta tienen los recursos suficientes para hacer la AT. La carrera necesita de una formación específica de AT y, además, un reciclaje permanente. Afortunadamente, las cosas en AT avanzan, hay nuevas herramientas, nuevas metodologías y creo que está claro que es responsabilidad de los centros formar a los profesionales, pero creo que también las instituciones tienen que establecer una guía de buenas prácticas para que marquen cuales son las metodologías avaladas para que marque los estándares en los que tiene que formarse los profesionales de AT. La propia Consejería que desarrolle métodos de especialización para garantizar que la educación de todos los profesionales de Andalucía va en la misma línea, orientadas hacia las evidencias científicas más actuales y que se consolide”

Psicólogo CAIT Sevilla

La formación que se ha manifestado necesaria no es sólo a nivel estrictamente de Atención Temprana. Los y las profesionales consultados creen que, habida cuenta de los elevados niveles de estrés que padecen en sus puestos de trabajo, es muy necesario que también reciban **formaciones y herramientas a los y las profesionales para abordar la cuestión del estrés**: identificación del problema, herramientas para trabajarlo, guías y protocolos de actuación para mitigar el estrés, etc.

“Padecemos mucha presión, trabajamos con menores y familias que sufren unos problemas enormes...y a veces el tratamiento funciona y otras no, a veces hay evolución positiva y otras no, a veces la familia es comprensiva, que lo son caso siempre pero otras no, además lo que te he comentado de no disponer del tiempo suficiente con cada paciente...la carga de papeleo...Todo esto te genera un estrés brutal, y nosotros mismos, que somos personal sanitario, con formación en

cuestiones de salud mental...tenemos nuestros problemas emocionales, estrés...a muchos nos vendría bien conocer prácticas para atajar el estrés..”

Psicóloga CAIT Córdoba

Relativo a la formación se ha señalado la necesidad de **formación a los y las profesionales específica para abordar el trabajo con las familias**, que precisa de protocolos, metodologías y herramientas concretas que requieren de procesos formativos previos. Esta formación a su vez la subdividen en formación para trabajar con las familias (duelo inicial, estrés emocional durante el proceso de intervención, etc.), así como en formación más técnica a las familias que les permita continuar con las intervenciones, reforzarlas, con trabajo con los y las menores en sus contextos naturales por parte de las propias familias.

“Necesitamos herramientas para poder realizar un buen trabajo emocional con las familias, eso redundará al final en la calidad de vida de las familias y por tanto del hijo”

Psicólogo CAIT Sevilla

Por otra parte se ha insistido en la necesidad de formar al **profesorado de los centros escolares**, por su capacidad, al tener un contacto directo y diario con los menores, de detectar indicios de trastornos en el desarrollo entre el alumnado para que sean derivados en primera instancia por los servicios de pediatría.

Así, se consideran al profesorado de los centros escolares de alumnado de 0-6 años actor clave en detección, de ahí la importancia de que reciban formación y que estén coordinados con el resto de los recursos, tanto en la fase inicial de detección, como en la de seguimiento, al tener la capacidad de poder observar a diario a la persona menor y poder trasladar al recurso en cuestión la evolución de la persona menor.

Confluencia de otros agentes no tan ligados al Sistema de salud y que son muy protagonistas en la prevención y detección, más que en el tratamiento en los primeros años de vida. Concretamente, agentes educativos que trabajan en el primer ciclo de educación infantil que tienen una fuente de información y detección valiosísima. Incluso, al nivel superior de las familias y pediatras de Atención Pediátrica, sobre todo porque tienen la posibilidad de comparar a menores con edades similares y donde pueden identificarse una serie de comportamientos que en un ambiente con familiares y adultos no se observa y que un pediatra en una revisión no puede detectar”

Pedagogo EPAT educación Córdoba

De hecho en numerosas ocasiones las fuentes entrevistadas han dado la señal de alarma, habida cuenta de la importancia que se le otorga al contexto educativo en la Atención Temprana por su contacto diario y por la cantidad de casos con los que

conviven a diario sin los recursos necesarios, de la necesidad de incrementar los recursos, no sólo a nivel de formación al profesorado, sino de contar con más apoyos especializados en Atención Temprana

"En los centros de educación infantil de primer ciclo, falta que haya un apoyo, una asistencia especializada en los niños con necesidades específicas educativas. En las escuelas infantiles están sin pies y sin manos en esa atención, habiendo niños con TEA, con trastorno del desarrollo, con problemas motores, a nivel auditivo"

Pedagogo EOE Cádiz

3.9. Familias

El papel de las familias de las personas menores con trastornos del desarrollo se considera fundamental y de manera generalizada se ha manifestado una elevada implicación y participación de las familias. Se apuesta por un modelo de intervención en el que las familias tienen cada vez más protagonismo en el que desde el primer momento se aporte la información a las familias sobre qué es la Atención Temprana y los beneficios del trabajo que se realiza con las personas menores.

En primer lugar se destaca entre los y las profesionales consultados que, habida cuenta de la importancia de las familias, existe un **continuo interés en incentivar, motivar la participación e implicación de las familias**, resaltando el hecho de la necesidad de impulsar una estrecha y continua relación entre el profesional sanitario y las familias. En términos generales se posicionan a favor de apostar por un modelo de intervención en el que **las familias tienen cada vez más protagonismo.**

Se ha resaltado que existen **numerosas evidencias científicas que demuestran los efectos positivos de realizar la intervención con las familias en sus contextos naturales**, lo cual se aleja a su juicio del modelo actual de Atención Temprana en Andalucía, que se centra en intervenir con las personas menores y sus familias en los CAIT, lejos de ese entorno natural por tanto.

"El modelo andaluz no favorece precisamente que se intervenga en contextos naturales, sino todo lo contrario, tienen que venir a los CAIT"

Logopeda CAIT Granada

Sin embargo, en el ámbito familiar se han identificado **principalmente 2 problemáticas, sobre todo en los CAIT**: desconocimiento general inicial sobre qué problema tiene su hijo, y por otra parte, una presión por parte de las familias solicitando más sesiones.

En relación con desconocimiento inicial de las familias, éstas cuando llegan por primera vez al CAIT manifiestan un generalizado desconocimiento sobre qué tiene que hacer, cómo actuar ante el trastorno del desarrollo, las implicaciones que tendrá en la vida de su hijo la patología que le ha sido diagnosticada y el proceso que comienzan en el centro. Si bien se ha manifestado en numerosas ocasiones que una vez que llegan al CAIT, sobre todo en los casos de patologías más graves de trastornos del desarrollo, y una vez son informados por el equipo

de profesionales, las familias sienten una sensación de tranquilidad al disponer ya de información al respecto y sentir que su hijo ya está en manos de profesionales.

“Niños con casos graves, cuando llegan al CAIT, los padres les dicen que es su momento de relax, porque son niños que no puedes dejarlos en ningún sitio”

Psicólogo CAIT Córdoba

En relación a la percepción de entre los y las profesionales de una presión y demanda por parte de las familias en los CAIT a incrementar el número de sesiones, lo que tiene un doble efecto: por una parte genera situaciones de estrés y de descontento de las familias ante la imposibilidad de aumentar las sesiones por parte de los CAIT; y por otra parte de cierto exceso de tratamientos solapados de manera simultáneamente sobre la persona menor, sin que esté garantizada la conexión entre los diferentes recursos, situación que repercute negativamente en la evolución del propio tratamiento

“Están en el “cuanto más mejor” y nos piden más y más sesiones...Llega un momento que el niño está con 3 profesionales en el CAIT, apoyo en el centro educativo, la beca educativa y sesiones en empresas privadas, saturando el tratamiento de menor”.

Psicóloga EPAT Salud Jaén

Dada la importancia otorgada por los y las profesionales a la presencia e implicación de las familias en el tratamiento, **se han manifestado una amplia variedad de propuestas de cara a impulsar la participación de las familias en el tratamiento de las personas menores.** A continuación se muestran las principales propuestas facilitadas:

- Incrementar los tiempos que el personal sanitario puede dedicar al trato con las familias.

“Es una cuestión de tiempo, de recursos en definitiva. Si existen más recursos, dispondremos de más tiempo para trabajar con los niños, y en este caso, con las familias”

Logopeda CAIT Almería

- Utilizar herramientas digitales que permitan comunicarse de manera más continua y no presencial con las familias.

“Nosotros hemos establecido una especie de asesoramiento y de formación telemática a través de un blog”.

“Se intenta llegar a sus casas a partir de la competencia digital docente”.

“Con el blog se intenta que los padres tomen conciencia”

Pedagogo EOE Cádiz

- Trabajar de manera específica la cuestión del duelo familiar, puesto que las familias inician los tratamientos de su hijo en una situación psicológica y emocional muy vulnerable.

“Las familias de inicio lo pasan muy, muy mal, se derrumban...es fundamental trabajar eso, dedicarle tiempo”

Pediatra AP Almería

- Celebración de dinámicas grupales a las que asistan familias, generando un espacio en el que las familias puedan intercambiar experiencias, problemáticas, avances, buenas prácticas etc. generándose además vínculos entre las familias.

“Reuniones de grupo (entre familias) favorecerían los intercambios, el conocimiento, la solidaridad y permite una mayor explicación”

Logopeda CAIT Almería

- Diseñar campañas informativas destinadas específicamente a informar a las familias sobre qué es la Atención Temprana, poniendo el foco por su capacidad para llegar a las familias, en la Red de Centros de Salud y de centros educativos

“Veo clarísimo la necesidad de informar, realizar folletos informativos, que los colegios den más información cuando se escolaricen, campañas informativas de los Centros de Salud”

Pedagogo EOE Huelva

3.10. Otras temáticas de interés

A continuación se señalan una serie de cuestiones planteadas, que se han considerado querido analizar de manera diferenciada al tratarse de realidades que, por una parte han tenido suficiente presencia como para ser analizadas, como el hecho de trascender de los ámbitos anteriormente analizados.

Modelo de financiación de los CAIT

Los y las profesionales que desarrollan su actividad profesional en los CAIT han manifestado reiteradas quejas en torno al sistema de financiación que tienen concertado con la administración autonómica, principalmente referentes al hecho de que la facturación se realice por sesiones de intervención y no por plazas. Este modelo provoca a juicio de las fuentes consultadas que lo CAIT se dediquen casi exclusivamente a la intervención clínica (dar sesiones continuas de manera continuada) para poder recibir financiación. Esta problemática se agrava por además por el hecho de que si la persona menor no acude a la consulta (situación que en los meses de verano se incrementa enormemente), esa sesión no se factura y por tanto el

CAIT no lo cobra.

"El modelo de Atención Temprana en el marco de financiación está planteado como un modelo muy tradicional de la Atención Temprana que se centra exclusivamente en la intervención del profesional con el niño. Además el tema de que se cobra por sesiones y no por plazas. Ahora llega el verano, las familias se van de vacaciones, que están en su derecho por supuesto a descansar y desconectar, pero nos quedamos sin cobrar esa sesión, y después recupérala en otoño"

Logopeda CAIT Granada

"Es un riesgo el modelo de financiación por sesión, en vez de por plaza. Transmitimos a las familias que es un trabajo más de tipo rehabilitador. Son sesiones una detrás de otra y, muchas veces, se piensa que a lo mejor el modelo tendría que apostar por algo diferente. A lo mejor una familia cuando empieza en AT y empieza este circuito, necesita inicialmente 3 sesiones a la semana, incluso sesiones de 2 horas, porque se van a hablar de sus preocupaciones, necesidades. Después, se puede pasar a un seguimiento mensual. O quizás, el menor necesita 8 sesiones al mes y luego 1. Actualmente, estos planes de actuación se hacen, pero al trabajar por sesión no se trabaja lo que se debería. Optaría por modelos más flexibles, en el que las familias reciben primero más sesiones a la semana y luego reducirán. Con el modelo que tenemos generamos la imagen de un modelo muy rehabilitador, más que el que debería ser de AT"

Logopeda CAIT Granada

Los y las profesionales consultados alertan incluso que el **modelo de financiación actual podría incluso poner en peligro la viabilidad económica de los CAIT**, por la imposibilidad de estos de cubrir sus gastos de funcionamiento.

"A nivel de financiación yo veo un riesgo importante. Ahora mismo veo un riesgo en cuanto a cubrir los gastos de los centros con estas instrucciones que salieron en junio/julio de este año en relación con lo que se podía y no registrar como sesión cuando te falla el niño. Nosotros en los meses de verano, ciudades como Granada en las que la gente se va de vacaciones desde julio hasta septiembre, las ausencias que tenemos ahí son grandes y son sesiones que se pierden. Entonces, es un riesgo la sostenibilidad y supervivencias de muchos centros"

Logopeda CAIT Granada

Por otra parte, se manifiestan quejas con relación al hecho de que **los criterios de valoración de calidad de los CAIT no son los más adecuados**, puesto que no se tiene en cuenta aspectos cualitativos que se consideran necesarios incluir como la satisfacción de las familias, su grado de participación e implicación en los tratamientos, medir el estrés familiar si existen mejorías y en definitiva la calidad de vida de las familias como resultado de la intervención.

Lo que tengo claro es que criterios de valoración de calidad de los CAIT no son los más adecuados, puesto que no se tiene en cuenta la satisfacción de los usuarios, si los niños alcanzan una adecuada inclusión, si participan, si se reduce el estrés familiar, si mejora la calidad de vida, etc. Y todas esas cosas son súper importantes.

Psicólogos CAIT Sevilla

Problemática con el seguimiento a partir de los 6 años

Los y las profesionales entrevistados han manifestado su preocupación por la **situación de los y las menores una vez han llegado a los 6 años de edad y dejan de estar en el rango de edad de 0-6 años** contemplado en el sistema de Atención Temprana en Andalucía, y por tanto quedan fuera del sistema. En este sentido, se manifiesta que la problemática radica en que **cuando el menor cumple 6 años su trastorno del desarrollo persiste**, pero al quedar fuera del sistema, se derivan a la especialidad relacionada con su trastorno, pero el sistema, su equipo de profesionales con los que venían trabajando desde varios años atrás, *“le pierde la pista”*.

Esta problemática además se acentúa en el caso de familias con rentas más bajas, al no disponer de recursos para costear sesiones en el sector privado.

"Hay familias que cuando el menor tiene 6 años y tienen pocos recursos, se quedan en el limbo"

Logopeda CAIT Almería

"El rango de 0 a 6 años funciona muy bien. Cuando llegan a los 6 años se les da el alta por edad, independientemente de la patología que tengan. Hay un gran vacío por ejemplo con los niños con TEA".

Pediatra AP Málaga

En este sentido la propuesta manifestada como solución ha sido clara y unánime: **augmentar la horquilla de edad** de los menores para que los mayores de 6 años sigan siendo atendidos.

Percepción del rol de las de empresas privadas en el ámbito de la Atención Temprana

En numerosas ocasiones se han vinculado problemáticas anteriormente señaladas, principalmente relacionadas con los excesivos tiempos de espera y el insuficiente número de plazas, con el hecho de que **las familias opten por acudir a profesionales del ámbito privado**. En este sentido se han señalado la necesidad de que desde **la Administración se vele por garantizar de manera rigurosa la calidad en el servicio** prestado desde el ámbito privado, de tan manera que bajo ningún concepto la calidad del servicio prestado sea la misma con independencia de que el servicio lo preste profesionales del ámbito privado o público.

Borrador

. "Ante la financiación ajustada de la Junta, se ha abierto la puerta a que muchas empresas privadas encuentren un nicho de mercado en el ámbito de Atención Temprana. Llevamos mucho tiempo viendo como las entidades sociales, y centros de salud que prestamos servicio de AT, entiendo que, con unos estándares de calidad, empresas privadas con ánimo de lucro están viendo un negocio en la AT haciendo que, lógicamente, entre sus prioridades se encuentre el ánimo de lucro y puedan empeorar el servicio de AT. "

Investigadora AT en el ámbito académico

"Debería ser un modelo más orientado a la calidad y que de alguna manera pueda prevenir que algunos centros y empresas privadas puedan entrar a prestar servicio sin esa calidad, sin esa trayectoria, sin esa especialización que realmente, que puedan entrar empresas con ánimo de lucro no empeore la calidad del servicio.

Psicólogo CAIT Sevilla

Borrador

Borrador

Borrador

orrador

orrador

orrador

4. CONCLUSIÓN

El sistema se valora de forma positiva, pero se identifican multitud de problemáticas a superar

Si bien se han identificado multitud de problemáticas y aspectos a mejorar, **la valoración general del personal entrevistado es positiva** en relación a la situación actual del sistema de Atención Temprana en Andalucía, de tal manera que resaltan que nos encontramos ante un sistema de carácter universal, conformado por un excelente equipo de profesionales de diferentes especialidades, formados y con alta motivación y vocación, y con capacidad para detectar casos de problemas de desarrollo en personas menores e integrarlos en el propio sistema.

Innovaciones: si, pero con mucha cautela y sobre todo orientadas a la intervención en el entorno natural del menor y el uso de nuevas tecnologías

Elevadas cautelas relación a la introducción en el sistema de metodologías de intervención novedosas en desarrollo en otras regiones y países, pero **apuesta generalizada por apostar por la intervención en el entorno natural** de la persona menor y el uso de **nuevas tecnologías** que permitan sesiones a distancia (online) que posibiliten un contacto más continuo con la persona menor y su familia.

Existencia de controversia en torno a la existencia o no de infradiagnóstico

Existen **opiniones diversas en tono a la existencia o no de infradiagnóstico**, tratándose de una de las cuestiones analizadas en tono a la que menos consenso se ha identificado. Mientras que la existencia de diversos recursos con personal formado para la detección explica las posturas en torno a la ausencia de infradiagnóstico, por el contrario aspectos relacionados como la falta de recursos en el sistema y el hecho de no disponer de tiempo suficiente para la evaluación y detección explicarían errores en los diagnósticos.

El personal sanitario en Atención Temprana padece de elevados niveles de estrés emocional

Existe una continua **sensación de no poder dedicarle el tiempo suficiente a los menores pacientes y sus familias** bien sea por la sobrecarga de trabajo o por tener que dedicarles tiempo a tareas burocráticas que se percibe que les alejan del contacto con los menores y sus familias y por tanto en la calidad del tratamiento y evolución de las personas menores.

Necesidad de actualizar la herramienta Alborada

El personal sanitario manifiesta **haber perdido la confianza en Alborada** como una herramienta que facilite su actividad profesional. Más bien al contrario se considera una herramienta para fiscalizar su trabajo.

Tiempos de espera: una realidad que se resolvería incrementando los recursos e incrementando la eficiencia en los protocolos y la coordinación

Los retrasos en los plazos para atender a las personas menores se podrán disminuir a juicio de los y las profesionales **cuando se incrementen los recursos económicos** destinados a Atención Temprana y se solucionen problemas de coordinación y unificación de criterios entre los profesionales

Falta de coordinación entre los diferentes recursos que intervienen en la Atención Temprana en Andalucía

Existen **múltiples factores que explican la falta de coordinación entre todos los actores implicados** que se podrían resumir en la inexistencia de canales formales de comunicación entre recursos, y de estos con la Administración.

Formación: Debe de ser continua y ampliarla al resto de actores implicados en la Atención Temprana

Necesidad de recibir formación continua no solo entre el personal sanitario, sino que es necesario ampliarla a los profesionales de los centros educativos y a las familias, actores estos claves para una óptima actuación con los menores.

Las familias deben de estar plenamente integradas e implicadas

Un factor clave que ayuda en los tratamientos es la **participación e implicación de las familias**, de ahí que los profesionales se esmeren en tenerlos informados, asesorados y procurar su implicación y participación

orrador

Borrador

Borrador

5. ANEXO GUIÓN ENTREVISTAS

orrador

Borrador

Borrador

orrador

Borrador

Borrador



Junta de Andalucía

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Secretaría General de Humanización, Planificación,
Atención Sociosanitaria y Consumo

Bloques temáticos y cuestiones en las que profundizar durante las entrevistas con personas informantes clave. Plan Integral de Atención Temprana

Las personas informantes clave desempeñan su ejercicio profesional en diferentes esferas de abordaje de la atención temprana. Es importante trasladar a la persona entrevistada que nuestro interés se centra en recoger sus experiencias y opiniones, siempre desde el ámbito de trabajo en el que se ubica, no tratándose de ahondar en todos los problemas, ni de plantear soluciones generales o para cada una de las necesidades detectadas en el sistema, sino más bien en relación a su ámbito de influencia.

1. DAFO

Para poner en contexto la entrevista, partimos de una breve definición de lo que es un DAFO y de los conceptos que incluye: fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, relacionadas con la organización y el entorno en el que ésta se integra.

Fortalezas (lo que funciona)

- Pregunta sugerida:
 - Cuáles considera que son las principales fortalezas del actual sistema de atención temprana.

Debilidades y propuestas de mejora

- Preguntas sugeridas:
 - Qué debilidades identifica en el sistema de atención temprana que requieren mejoras y cómo se pueden llevar a cabo.
 - ¿Considera que existe un infradiagnóstico en el sistema de atención temprana? En caso afirmativo, ¿qué factores podrían estar influyendo en que determinados casos y trastornos del desarrollo no se estén detectando?

Amenazas

- Pregunta sugerida:
 - Qué riesgos afronta el sistema de atención temprana que inciden en su correcto funcionamiento.

Oportunidades

- Pregunta sugerida:



- ¿Tiene conocimiento de algún elemento externo de índole clínica, social, económica, educativa, científica, etc. que esté validado, funcionando o sea exitoso, que pudiera implantarse en nuestro sistema de atención temprana?

2. Necesidades materiales, de recursos humanos, formativos, etc.

- Pregunta sugerida:
 - Desde su visión de persona experta, ¿cuáles considera que son las principales necesidades de los profesionales en relación a recursos humanos, materiales o de formación?
 - Qué iniciativas y mejoras propondría.

3. Calidad y satisfacción

- Preguntas sugeridas:
 - En su opinión de persona experta, ¿qué cuestiones habría que abordar de forma prioritaria para incrementar la calidad de nuestro sistema de atención temprana?
 - Qué factores distinguen a los posibles sistemas innovadores y exitosos que conoce en el contexto nacional e internacional y cuáles se podrían incorporar al sistema de atención temprana de Andalucía.
 - ¿Considera que existen factores que están minorando la calidad en el sistema de atención temprana de Andalucía?
 - En su opinión, ¿cuáles cree que podrían ser las actuaciones necesarias para incrementar el nivel de satisfacción de los profesionales con el sistema de atención temprana?

4. Participación e implicación de la Familia

- Preguntas sugeridas:
 - Qué facilitadores y qué barreras existen para que las familias se impliquen activamente en la prevención y el tratamiento de los trastornos del desarrollo.
 - Qué medidas convendría poner en marcha para reforzar el trabajo con las familias durante la intervención en atención temprana.

5. Aspectos temporales

- Pregunta sugerida:
 - En su opinión de experto, ¿qué medidas podrían llevarse a cabo con el fin de acortar los tiempos de espera en la atención?

6. Aspectos organizativos

- Pregunta sugerida:
 - Qué cuestiones organizativas, que no se hayan abordado aún en la entrevista, deberían afrontarse para mejorar la atención temprana en general.

Borrador Borrador Borrador

INFORME DE RESULTADOS ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA. DIAGNÓSTICO PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIATA)

Borrador Borrador Borrador

Consejería de Salud y Consumo
Secretaría General Técnica



Índice

1. INTRODUCCIÓN	2
2. METODOLOGÍA.....	3
3. ANÁLISIS	5
Perfil sociodemográfico	5
Perfil profesional	8
Detección	16
Acceso a la información	18
Condiciones laborales	25
Accesibilidad	27
Implicación de la familia	30
Intervención con la familia.....	33
Coordinación	37
4. CONCLUSIÓN	41
5. ANEXO:CUESTIONARIO.....	44

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge, en el marco de los trabajos de elaboración y redacción del Plan Integral de Atención Temprana en Andalucía (en adelante PIATA), los resultados de la **encuesta realizada a profesionales que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la Atención Temprana en Andalucía.**

Para alcanzar a diseñar una óptima herramienta de planificación estratégica, resulta imprescindible por parte del equipo encargado del diseño del Plan, obtener de primera mano información relevante aportada por los actores claves en la realidad que se pretende planificar. Por tanto, si bien es necesario una adecuada búsqueda y análisis de fuentes secundarias en la temática a diseñar (otros planes similares en otros territorios, cifras oficiales, estudios realizados, etc.), es esencial diseñar herramientas propias de obtención de información específica para las necesidades del Plan que se pretende redactar.

En este sentido, el presente estudio cuantitativo, a su vez se integra dentro de otras técnicas cualitativas de recogida y análisis de información que se están llevando a cabo, impulsadas desde la Oficina Técnica del PIATA, como son las entrevistas semiestructuradas a profesionales de la Atención Temprana, así como entrevistas grupales cualitativas (grupos focales) a padres y madres de menores que reciben terapia actualmente en algún Centro de Atención Infantil Temprana (en adelante CAIT) de Andalucía. Esto permitirá obtener una visión integral de la situación actual de la Atención Temprana en Andalucía, al recoger diferentes opiniones desde actores claves como son los profesionales y las familias.

Las encuestas desempeñan un papel destacado y necesario en los trabajos de planificación estratégica y el diseño de políticas públicas. Así, permiten la recopilación de datos empíricos y cuantificables sobre las opiniones, actitudes y comportamientos de la población objeto de estudio, datos fundamentales para comprender la realidad social, económica y política en la que se desarrollarán las políticas. Permiten además la identificación de necesidades y problemas prioritarios, ayudando a los responsables de la toma de decisiones al asignar recursos de manera eficiente y abordar las cuestiones más apremiantes. Por otra parte posibilita la evaluación de programas y políticas existentes, su efectividad y eficacia, proporcionando una valiosa retroalimentación sobre qué aspectos funcionan bien y cuáles necesitan ajustes o mejoras. Por último, destacar que aumenta la legitimidad de las decisiones tomadas por el equipo técnico responsable, contribuyendo a la transparencia, ya que muestra un compromiso con la participación de los actores claves.

En resumen, las encuestas son herramientas fundamentales para la toma de decisiones informadas, la identificación de problemas y la creación de políticas públicas que sean efectivas, eficientes y socialmente aceptables.

2. METODOLOGÍA

Con anterioridad al inicio del trabajo de campo de la presente encuesta, se diseñó por parte de la Oficina Técnica del PIATA y bajo la supervisión metodológica del IAAP un cuestionario para su cumplimentación online por parte de profesionales del ámbito de la Atención Temprana en Andalucía.

Así, con el objetivo primordial de obtener una visión integral sobre la situación actual de la Atención Temprana en Andalucía, partiendo de las preguntas de investigación previamente consensuadas por el personal técnico que compone la Oficina Técnica del Plan, se definieron las cuestiones que conforman el cuestionario. De esta manera se elaboró un cuestionario online auto aplicado dirigido a profesionales del ámbito de la Atención Temprana que han respondido a una serie de preguntas sobre las que aportar sus valoraciones, percepciones y opiniones en torno a la situación actual de la Atención Temprana en Andalucía.

Una vez recogida la información, se ha procedido a realizar un análisis siguiendo la siguiente estructura en cada una de las preguntas del cuestionario:

1. **Análisis univariable**, que incluye frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de respuestas.
2. **Análisis bivariante**, segmentando las respuestas en función de las siguientes tipologías de variables:

Variables sociodemográficas: Sexo y provincia

Variables de perfil profesional: Ámbito de trabajo, principal función, formación específica y años de experiencia.

Por otra parte señalar que ha sido necesario la recodificación de una pregunta abierta (Pregunta 25. Principales dificultades encontradas en el funcionamiento de Alborada) habiéndose identificado 7 tipologías una vez analizadas y recodificadas la totalidad de información abierta aportada por el personal encuestado.

A continuación, se muestran los principales datos de la encuesta realizada:

- **Fecha de realización**: Octubre-noviembre de 2023
- **Método de encuestación**: Online (herramienta EUSurvey) cuestionario enviado por correo electrónico.
- **Universo**: 2.186 profesionales que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la Atención Temprana.
- **Muestra**: 614 profesionales (28,08% de tasa de respuesta)
- **Error muestral**: Teniéndose en cuenta estos datos de universo (2.186 profesionales) y de tamaño de la muestra (614 profesionales) se ha calculado un margen de error muestral del 3,3 % con un nivel de confianza del 95%

Basándonos en estos datos de error muestral y nivel de confianza con los que se ha trabajado en la presente encuesta, permiten calcular la **aproximación del tamaño de la muestra real al tamaño estimado del universo**.

A continuación se muestra la comparativa entre la muestra y la estimación del universo muestral para las variables de sexo, titulación y tipo de centro:

Sexo	% muestra	% Intervalo estimado del universo
Hombre	12%	11,6%-12,39%
Mujer	88 %	85,09%-90,9%

Titulación.	% muestra	% Intervalo estimado del universo
Fisioterapia	12 %	11,60%-12,39%
Logopedia	32 %	30,94%-33,05%
Medicina General /de Familia	4 %	3,86%-4,12%
Neonatología	0,33 %	0,31%-0,34%
Pediatría	6 %	5,8%-6,19%
Psicología	34 %	32,87%-35,12%
Terapia Ocupacional	2 %	1,93%-2,06%
Trabajo Social	1,67 %	1,61%-1,75%
Otra	8	7,73%-8,26%

Tipo de centro	% muestra	% intervalo estimado del universo
Atención Hospitalaria	2%	1,96-2,06
Atención Primaria	9%	8,7-9,29
Centro de Atención e Intervención Temprana	79%	76,39-81,6
Centro, servicio o programa del ámbito de la salud	3%	2,9-3,09
Centro, servicio o programa del ámbito de los servicios sociales	0.5%	0,48-0,51
Centro, servicio o programa del ámbito educativo	3.5%	3,38-3,61
Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)	2%	1,93-2,06
Otro	1%	0,96-1,03

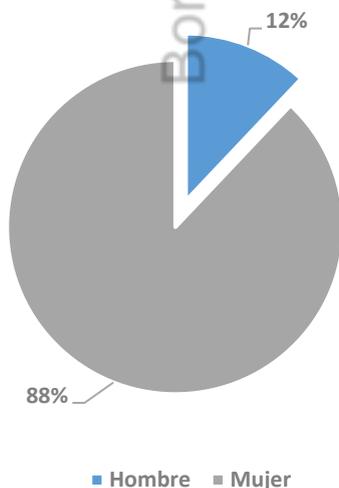
3. ANÁLISIS

– Perfil sociodemográfico

A continuación, se muestran los **datos sociodemográficos** de las personas entrevistadas en bases a las siguientes variables: Sexo, edad y provincia en la que desempeña su actividad profesional

SEXO

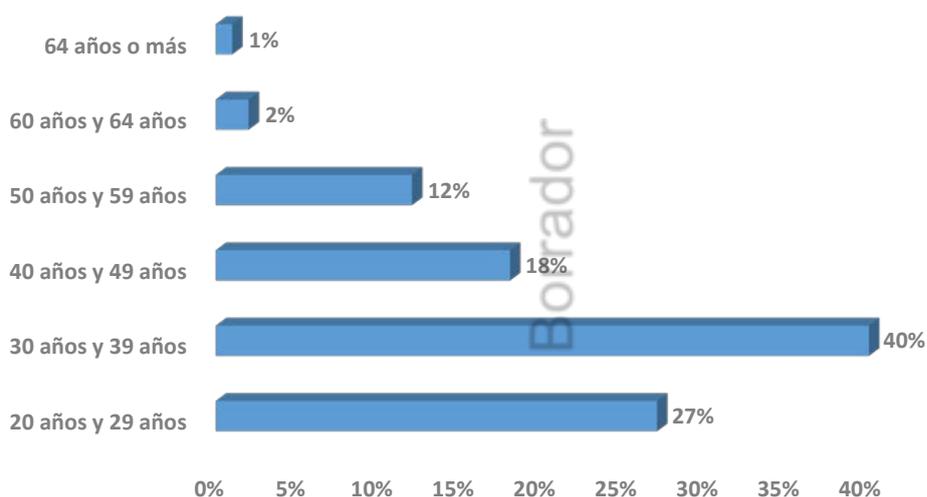
Indique su sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	71	12 %
Mujer	543	88 %
Total	614	100%



Una amplia mayoría del personal encuestado es mujer (88%), frente al 12 % de hombres.

EDAD

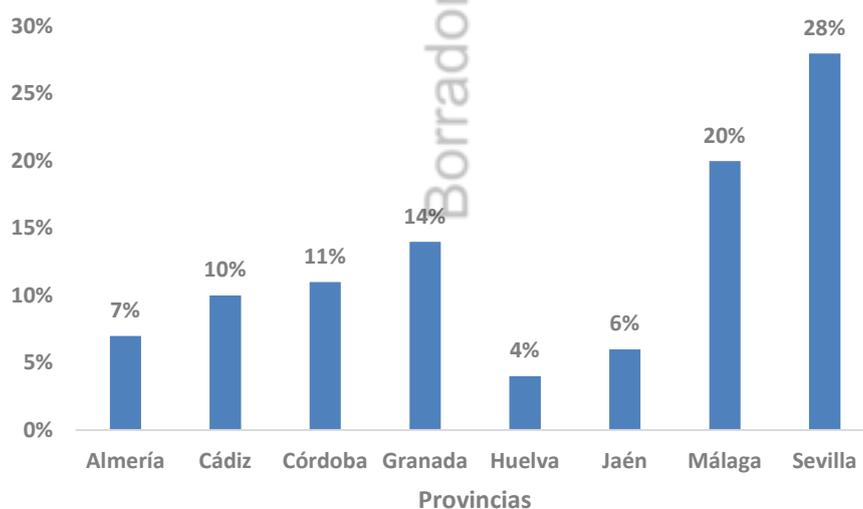
Indique la franja de edad en la que se encuentra	Frecuencia	Porcentaje
20 años y 29 años	167	27%
30 años y 39 años	246	40%
40 años y 49 años	109	18%
50 años y 59 años	72	12%
60 años y 64 años	12	2%
64 años o más	8	1%
Total	614	100%



La mayor franja de edad entre las personas encuestadas (40%) tiene una edad comprendida entre los 30 y 39 años, seguidamente del grupo de edad de entre 20 y 29 años con un 27%. Tan solo el 3% de los profesionales se sitúa en la franja de entre 60 o más años.

PROVINCIA

Indique la provincia en la que usted trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Almería	44	7%
Cádiz	61	10%
Córdoba	67	11%
Granada	85	14%
Huelva	25	4%
Jaén	35	6%
Málaga	125	20%
Sevilla	172	28%
Total	614	100%



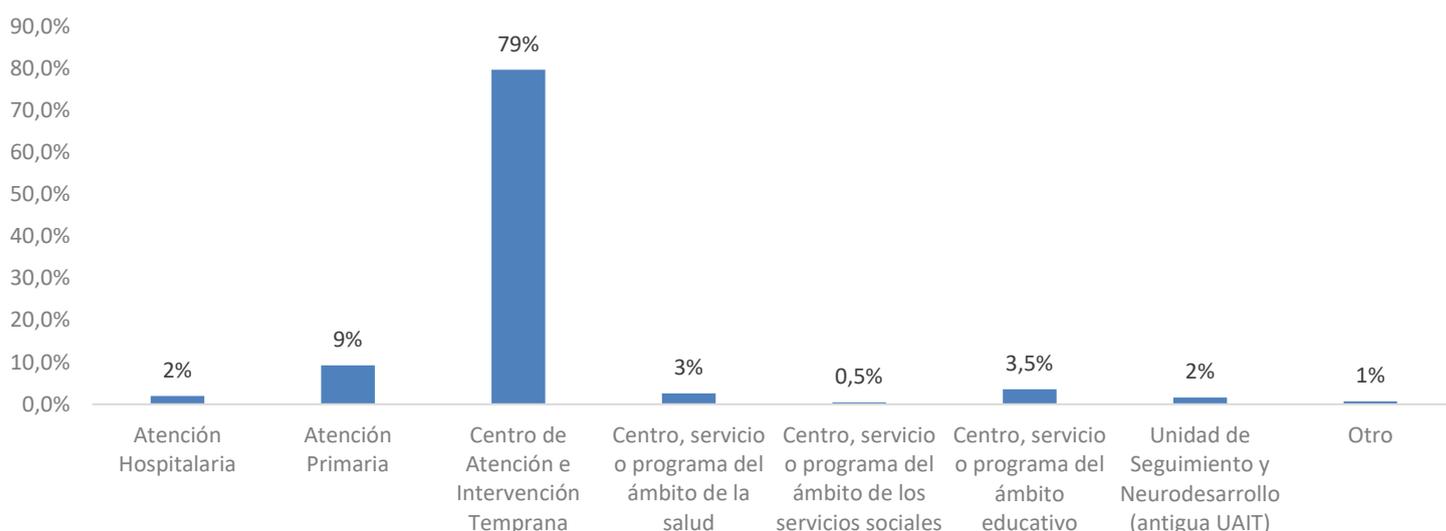
En el reparto de provincias, es Sevilla la que reúne el mayor porcentaje de profesionales consultados, concretamente un 28%. Después se sitúa Málaga y Granada, con un 20% y 14% respectivamente. Huelva es la provincia con menor porcentaje de participación en la encuesta.

– Perfil profesional

A continuación, se muestra la caracterización de los **perfiles profesionales** de las personas encuestadas, en base a las siguientes variables: ámbito de desempeño del puesto de trabajo, principal función, titulación, formación especializada en atención temprana, años de experiencia, tamaño del municipio en el que desempeña su trabajo y tipología de centro

ÁMBITO DESEMPEÑO PUESTO DE TRABAJO

¿En qué ámbito desempeña su puesto de trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Atención Hospitalaria	12	2%
Atención Primaria	57	9%
Centro de Atención e Intervención Temprana	490	79%
Centro, servicio o programa del ámbito de la salud	16	3%
Centro, servicio o programa del ámbito de los servicios sociales	3	0.5%
Centro, servicio o programa del ámbito educativo	22	3.5%
Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)	10	2%
Otro	4	1%
Total	614	100%

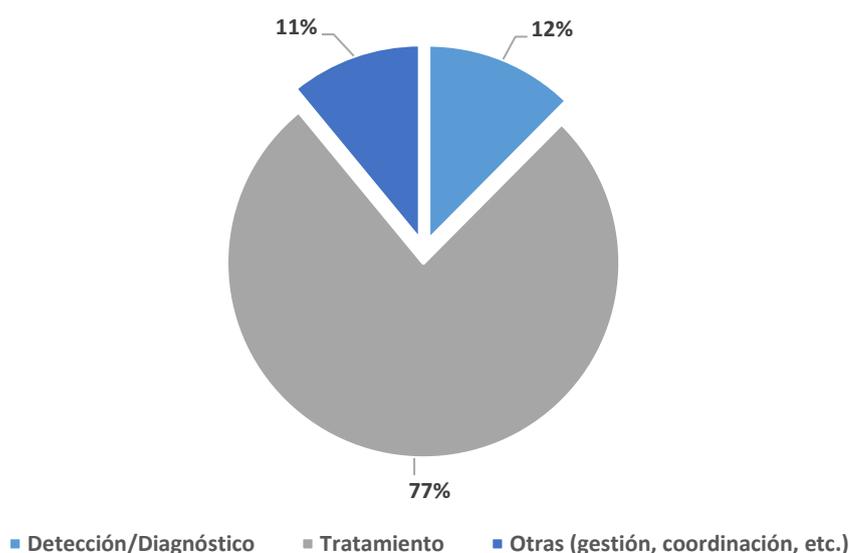


Una amplia mayoría del personal encuestado desarrolla su actividad en Centros de Atención e Intervención Temprana (en adelante CAIT) (79%), seguido a una distancia elevada de los profesionales de Atención Primaria (9%). Por otra parte, la presencia en el estudio de otras tipologías de centros tienen una escasa presencia: Centro, servicio o programa del ámbito educativo (3,5%), Centro, servicio o programa del ámbito de la salud (3%), Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (2%), Atención hospitalaria (2%) y Centro, servicio o programa de Servicios Sociales (0,5%).

Se han identificado diferencias en relación con la presencia de mujeres y hombres en los diferentes ámbitos de trabajo de la Atención Temprana contemplados. Así, de entre las mujeres profesionales encuestadas, un 84% trabaja en CAIT, mientras que entre los hombres este porcentaje es del 45%. Sin embargo en el caso de la Atención Primaria la presencia entre los hombres es sensiblemente superior a la de las mujeres. Así, de entre los hombres encuestados un 22% trabaja en Atención Primaria, mientras que ese porcentaje es del 8% entre las mujeres.

PRINCIPAL FUNCIÓN QUE SE REALIZA

¿Cuál es la principal función que usted realiza?	Frecuencia	Porcentaje
Detección/Diagnóstico	76	12 %
Tratamiento	471	77 %
Otras (gestión, coordinación, etc.)	67	11 %
Total	614	100%



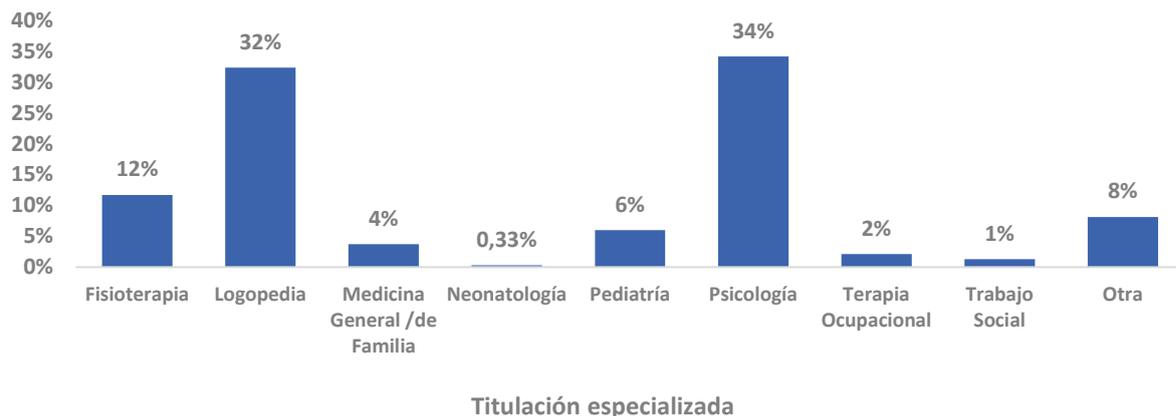
El personal encuestado se dedica mayoritariamente (77%) al tratamiento de pacientes,

situándose claramente por delante de labores como la detección/diagnóstico (12%), y la gestión, coordinación, etc. (11%).

En este sentido resulta significativo las diferencias entre hombres y mujeres profesionales de la Atención Temprana. Así, en tareas de tratamiento, si el porcentaje anteriormente señalado en términos generales era del 77%, este se reduce al 42% entre los hombres, mientras que entre las mujeres es de casi el doble (81%), de lo que se deduce que las tareas de tratamiento están claramente feminizadas. Por el contrario, las tareas de detección/diagnóstico y otras (gestión, coordinación) están claramente masculinizadas: de entre los hombres un 30% se dedican a la detección/diagnóstico, frente a un 10% de las mujeres; igualmente un 18% de los hombres encuestados se dedican a tareas de gestión, coordinación etc. mientras que entre las mujeres se reduce hasta un 8%

TITULACIÓN

Indique cuál es su titulación.	Frecuencia	Porcentaje
Fisioterapia	72	12 %
Logopedia	199	32 %
Medicina General /de Familia	23	4 %
Neonatología	2	0,33 %
Pediatría	37	6 %
Psicología	210	34 %
Terapia Ocupacional	13	2 %
Trabajo Social	8	1,67 %
Otra	50	8 %
Total	614	100%

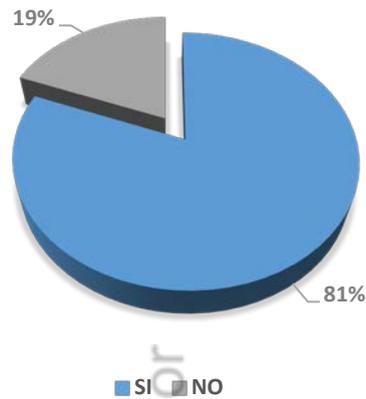


De entre las principales titulaciones, destaca la cifra de los especializados en Psicología y Logopedia, reuniéndose más del 60% del personal, situándose ya a una distancia considerable el resto de las titulaciones, con la Fisioterapia encabezando este segundo grupo de titulaciones con un 12%. Llama la atención la reducida cifra de neonatólogos, pues si quiera alcanza el 1% de los profesionales encuestados; y también la cifra de pediatras, siendo un 6% de los 614 consultados.

De entre las 3 titulaciones con mayor presencia en el estudio (Psicología, Logopedia y Fisioterapia), destacar la mayor presencia de mujeres en Logopedia. Así entre las profesionales encuestadas existe un 35% de mujeres logopedas, mientras que entre los hombres se reduce a más de la mitad con un 14%.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN TEMPRANA

¿Cuenta con formación especializada en Atención Temprana?	Frecuencia	Porcentaje
SI	496	81 %
NO	118	19 %
Total	614	100%

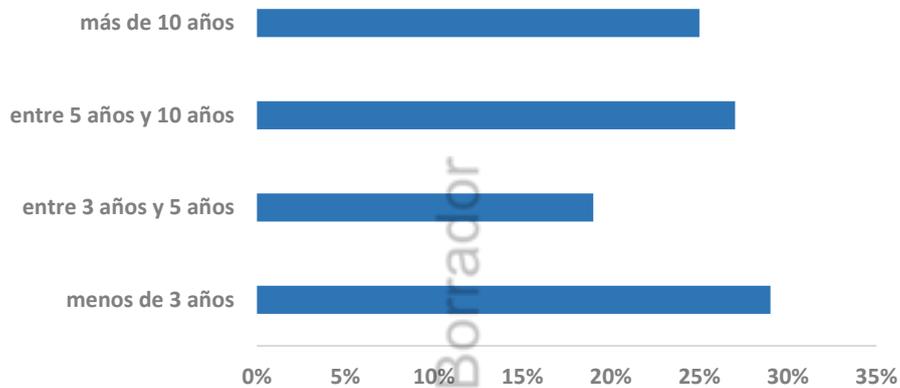


Puede observarse que una amplia mayoría (81%) del personal encuestado poseen formación especializada en Atención Temprana, frente al 19% que no cuenta con ella.

Se han identificado diferencias entre hombres y mujeres en este sentido, en tanto en cuanto dentro del perfil de mujeres existe un mayor porcentaje que sí han recibido formación especializada (84%), frente al caso de los hombres (55%). Por tanto, un 45% de los hombres encuestados han manifestado que no han recibido formación especializada en Atención Temprana, mientras que este porcentaje es prácticamente 3 veces inferior (16%) entre las mujeres.

AÑOS DE EXPERIENCIA

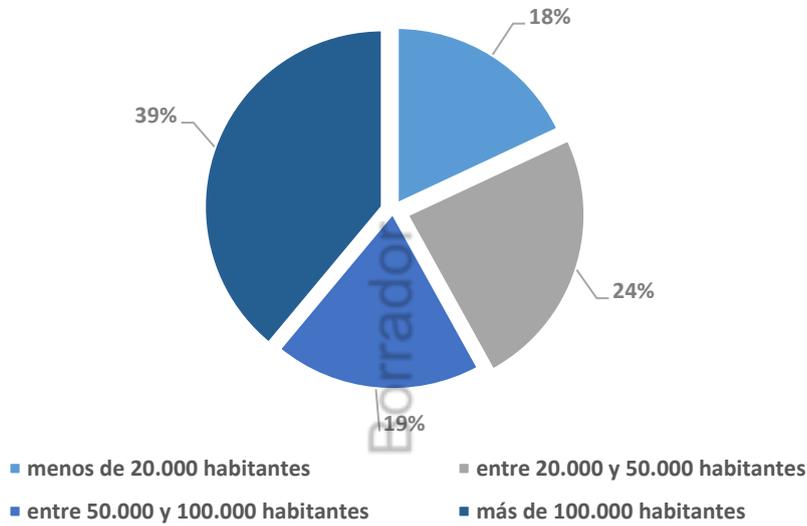
¿Cuántos años de experiencia profesional tiene en Atención Temprana?	Frecuencia	Porcentaje
menos de 3 años	180	29 %
entre 3 años y 5 años	116	19 %
entre 5 años y 10 años	167	27 %
más de 10 años	151	25 %
Total	614	100%



Se observa un **cierto reparto proporcional de la antigüedad en el desempeño profesional de la Atención Temprana** del personal encuestado (en torno al 25%-29% en 3 de los 4 tramos de edad contemplados). Sin embargo, se han identificado diferencias entre la presencia de hombres y mujeres según tramos de edad. De entre los hombres, tan solo un 3% se encuentra en el tramo de años de experiencia de entre 3 y 5 años, mientras que este porcentaje se eleva hasta el 21% entre las mujeres. Sin embargo, en el tramo de mayores años de experiencia, los que cuentan con más de 10 años, de entre los hombres es un 38%, mientras que entre las mujeres se reduce al 23%

MUNICIPIO DEL CENTRO DE TRABAJO

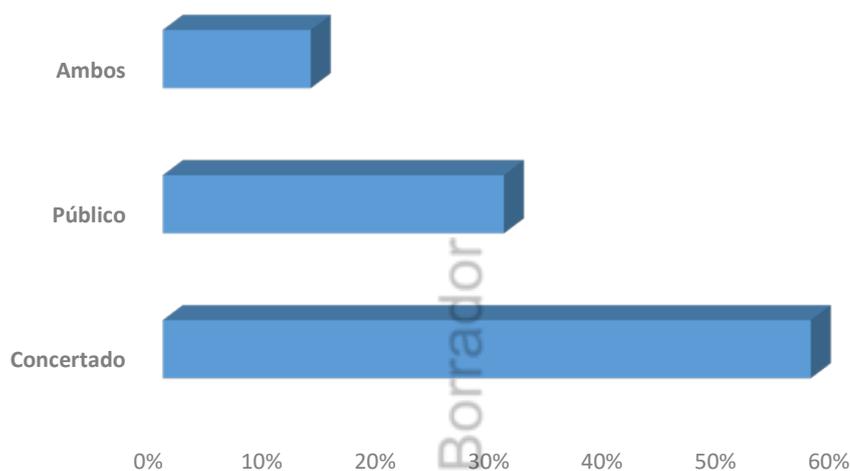
Su centro de trabajo se localiza en un municipio de:	Frecuencia	Porcentaje
menos de 20.000 habitantes	108	18 %
entre 20.000 y 50.000 habitantes	147	24 %
entre 50.000 y 100.000 habitantes	116	19 %
más de 100.000 habitantes	243	39 %
Total	614	100%



El centro de trabajo de los profesionales consultados se localiza en mayor medida en municipios de más de 100.000 habitantes, particularmente un 39%. Le siguen aquellos municipios de entre 20.000 y 50.000 habitantes, encontrándose en éstos el centro de trabajo del 24% del personal sanitario.

TIPO DE CENTRO

P7. ¿En qué tipo de centro desempeña su trabajo?	Frecuencia	Porcentaje
Concertado	350	57%
Público	186	30%
Ambos	78	13%
Total	614	100%

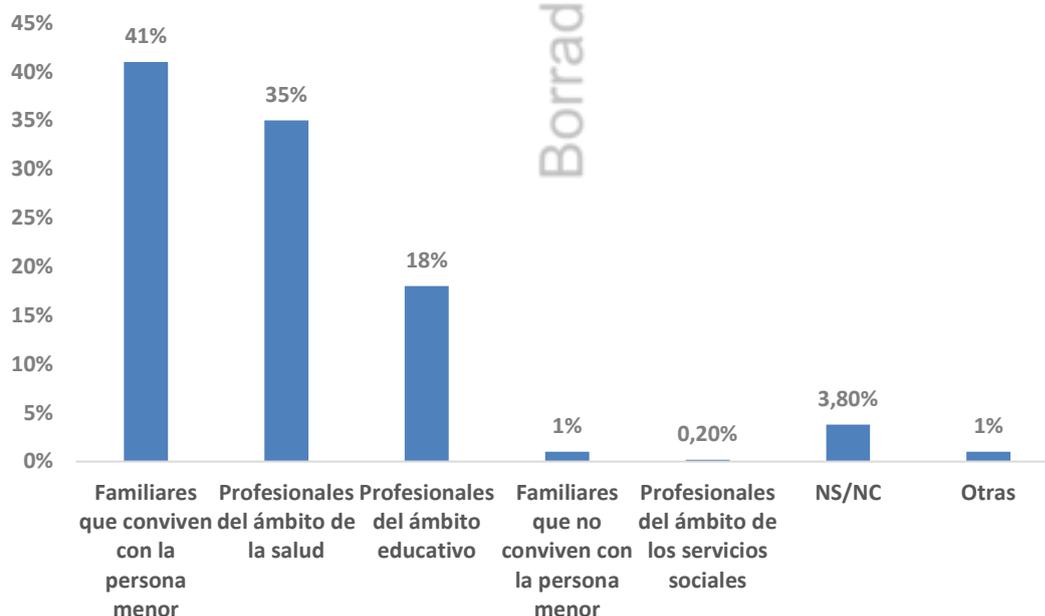


Respecto a la titularidad de los centros de trabajo donde desarrollan su actividad el personal encuestado, en primer lugar se encuentran aquellos que son concertados, reuniendo más de la mitad de las personas del sector consultadas (57%). Seguidamente, son los centros públicos en los que el 30% de los y las profesionales desempeñan su trabajo.

Se han identificado diferencias significativas entre hombres y mujeres. Entre los hombres encuestados un 62% trabaja en centros público, mientras que este porcentaje se reduce al 26% entre las mujeres. Sin embargo, en el caso de los centros concertados, un 60% de las mujeres trabajan en este tipo de centros, mientras que entre los hombres es un 34%.

– Detección

P8. Atendiendo a su ámbito de actuación, indique cuál es la fuente principal de detección de los trastornos del desarrollo.	Frecuencia	Porcentaje
Familiares que conviven con la persona menor	254	41%
Familiares que no conviven con la persona menor	5	1%
Profesionales del ámbito de la salud	220	35%
Profesionales del ámbito de los servicios sociales	1	0,2%
Profesionales del ámbito educativo	110	18%
Otras	5	1%
NS/NC	19	3,8%
Total	614	100%



Las principales fuentes de detección de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y los profesionales del ámbito de la salud (35%). En tercer lugar, destacan los profesionales del ámbito educativo (18%), siendo el resto de las opciones planteadas prácticamente inexistentes.

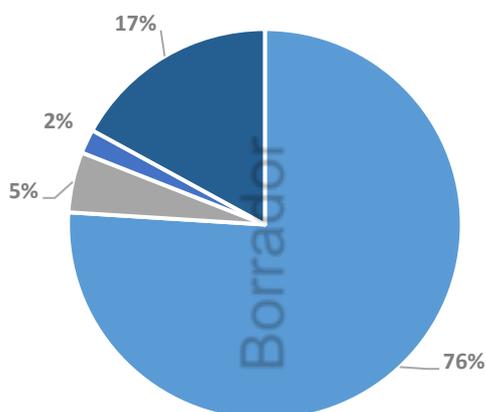
En este sentido se han identificado las siguientes diferencias en función de las variables de segmentación contempladas:

Se observan diferencias a nivel provincial, destacando la reducida cifra de profesionales que han señalado a los profesionales del ámbito educativo como principal fuente de detección en la provincia de Cádiz (7%) si se compara con las cifras en la provincia de Huelva (36%).

El porcentaje de profesionales que señalan como principal fuente de detección a familiares que conviven con el menor es superior en Atención Primaria (56%) frente a los que trabajan en Centros de Atención e Intervención Temprana (42,85%)

– Acceso a la información

P9. En el desempeño de su trabajo ¿accede a información específica sobre la persona menor, su familia y el entorno?	Frecuencia	Porcentaje
SI	468	76%
NO	32	5%
De la familia y/o el entorno	11	2%
De la persona menor	103	17%
Total	614	100%



■ SI ■ NO ■ De la familia y/o el entorno ■ De la persona menor

En relación al acceso de la información del menor, de su familia y del entorno, destaca el hecho de que los y las profesionales **responden de forma ampliamente mayoritaria (76%) que si acceden a la citada información.**

Se observan diferencias en este sentido en función de si cuentan o no con formación especializada en Atención Temprana, de tal manera que se observa que 81% del personal que si cuenta con esta formación si accede a esta información, frente al 58% en el caso de los de los que no cuentan con la citada formación específica en Atención Temprana.

En su ámbito de actuación, indique la frecuencia con la que dispone de información en relación a la persona menor atendida y su familia.

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Totales
P10. Información sobre la Historia de Salud de la persona menor	21 (4%)	95 (16%)	148 (25%)	318 (55%)	582 (100%)
P11. Información, dentro de la Historia de Salud, sobre factores de riesgo pre-perinatales	33 (6%)	142 (24%)	137 (24%)	270 (46%)	582 (100%)
P12. Datos de escolarización de la persona menor	30 (5%)	93 (16%)	151 (26%)	308 (53%)	582 (100%)
P13. Historia Socio-familiar y posibles factores de riesgo	37 (6%)	160 (27%)	187 (32%)	198 (34%)	582 (100%)
P14. Grado de dependencia y PIA, en su caso	58 (10%)	162 (28%)	167 (29%)	195 (34%)	582 (100%)
P15. Grado de Discapacidad, en su caso	48 (8%)	151 (26%)	170 (29%)	213 (37%)	582 (100%)
P16. Otras prestaciones y recursos	96 (16%)	241 (41%)	157 (27%)	88 (15%)	582 (100%)
P17. Informes de evolución/seguimiento de la persona menor	20 (3%)	113 (19%)	190 (33%)	259 (45%)	582 (100%)

En términos generales, **se identifica como una práctica habitual el acceso a la información sobre el menor**, especialmente en determinadas tipologías de información, en las que los profesionales han afirmado realizarlo frecuentemente en porcentajes sensiblemente superiores al resto de tipologías consultadas: Historia de Salud de la persona menor (55%), datos de escolarización (53%), factores de riesgo pre-perinatales (46%), así como de los informes de evolución de la persona menor (45%).

Por el contrario, señalar que más de la mitad del personal encuestado (57%) ha manifestado, que no consulta con frecuencia, en concreto nunca (16%) o a veces (41%), información sobre otras prestaciones y recursos, siendo estos porcentajes de escasa o nula consulta de información significativamente inferiores en el resto de las tipologías de consultas de información consultadas.

Se han identificado diferencias al analizar las variables segmentadas en las siguientes tipologías de información:

Historia de Salud de la persona menor (p10)

Diferencias en función las principales funciones que realizan los y las profesionales y el acceso a la Historia de Salud del menor. La función de detección/diagnóstico se pone a la cabeza de la lista con un 75% de profesionales cuando se trata de acceder frecuentemente, mientras que este porcentaje se reduce a casi la mitad (37%) entre los profesionales de otras funciones (gestión, coordinación, etc.)

Información, dentro de la Historia de Salud, sobre factores de riesgo pre-perinatales (p11)

Huelva es la provincia con un menor porcentaje de profesionales que frecuentemente acceden a esta tipología de información, con un 29% con respecto al 44% de la media general.

Por otra parte, se observa una diferencia significativa en función de las principales funciones que realizan los y las profesionales, en tanto en cuanto aquellos cuya principal función es detección/diagnóstico un 60% de profesionales han manifestado acceder frecuentemente, mientras que aquellos en otras funciones (gestión, coordinación, etc.) lo hacen en un 35% de los casos.

Datos de escolarización de la persona menor (p12)

Se observan diferencia en función a las principales funciones que realizan los y las profesionales y el acceso a los datos de escolarización de la persona menor. La función de Tratamiento es la primera con un 57% de profesionales cuando se trata de acceder frecuentemente, mientras que en último lugar se posicionan otras funciones (gestión, coordinación, etc.) con un 35%.

Grado de dependencia y PIA (p14)

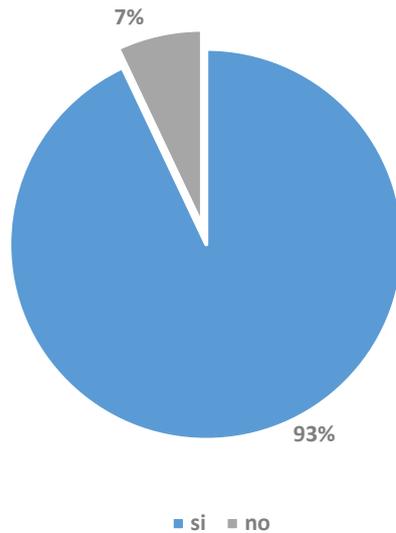
Existe una diferencia entre sexos en la frecuencia con la que se dispone de información acerca del grado de dependencia y PIA. En este caso, el 35% de mujeres y el 17% de hombres atiende a estos datos frecuentemente, habiendo una diferencia de un 18% entre ambos.

Grado de Discapacidad (p15):

Un 48% de hombres accede frecuentemente a información relacionada con esta problemática, mientras que las mujeres lo hacen en un 27%.

¿Utiliza el Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada)?

P18. ¿Utiliza el Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada)?	Frecuencia	Porcentaje
SI	570	93%
NO	44	7%
Total	614	100%



Una abrumadora mayoría de los y las profesionales consultados (93%) ha manifestado que utiliza el Sistema de Información Temprana Alborada, habiéndose identificado diferencias significativas en función de las siguientes variables de segmentación:

Sexo: Un 25% de hombres han manifestado no usarlo, mientras que este porcentaje se reduce al 5% en el caso de las mujeres.

Ámbito del puesto: La totalidad de profesionales que trabajan en Centros de Atención e Intervención Temprana Atención (100%) han manifestado usarlo

Principal función que realizan: En un 98%, los profesionales que realizan tratamientos utilizan la herramienta Alborada, mientras que lo que se dedican a la detección y diagnóstico lo hacen en un 70%.

Formación especializada. Entre los que utilizan el Sistema de Información Temprana, el 97% del personal cuenta con formación especializada, frente al 74% que no tiene dicha formación.

Años de experiencia: Del personal encuestado que tiene menos de 3 años de experiencia, un 12% no utiliza dicha herramienta, mientras que los que tienen entre 3 y 5 años de experiencia, no lo usan en un 1% (en un 99% sí la utilizan).

Valore su experiencia sobre el uso de Alborada, respecto a los siguientes aspectos:

	Nada satisfactoria	Adecuada	Satisfactoria	Muy satisfactoria	Totales
P19. Conectividad	342 (60%)	169 (30%)	49 (9%)	10 (2%)	570 (100%)
P20. Accesibilidad a la página	287 (50%)	200 (35%)	70 (12%)	13 (2%)	570 (100%)
P21. Agilidad del sistema	419 (74%)	102 (18%)	41 (7%)	8 (1%)	570 (100%)
P22. Diseño y estructuración de los módulos	233 (41%)	232 (41%)	93 (16%)	12 (2%)	570 (100%)
P23. Funcionalidades	222 (39%)	244 (43%)	92 (16%)	12 (2%)	570 (100%)
P24. Acceso a la Información	209 (37%)	250 (44%)	98 (17%)	13 (2%)	570 (100%)

Analizando los datos del 93% del personal encuestado que ha manifestado utilizar Alborada se observa que la experiencia en el uso de Alborada es negativa, pues en general, los y las profesionales encuestados no están satisfechos con la misma. Particularmente, un 74% manifiesta que la agilidad del sistema es ineficaz, del mismo modo que un 60% expresa su malestar con la conectividad y un 50% encuentra problemas para acceder a la página.

Tan solo un 20% del personal expresa que su experiencia con la herramienta es satisfactoria o muy satisfactoria en lo que se refiere al diseño y estructuración de los módulos, a las funcionalidades y/o al acceso a la información.

A continuación se señalan las principales diferencias en función de las variables de segmentación referentes a las opiniones sobre las tipologías a valorar en el uso de Alborada:

Conectividad (p19)

Existen diferencias entre provincia en cuanto a la satisfacción con la conectividad de Alborada. Huelva y Málaga se ponen a la cabeza con un 72% de profesionales insatisfechos, mientras que otras provincias de Andalucía reúnen alrededor del 45%-50% de personal muy descontento.

Se observa una diferencia entre las principales funciones que realizan los y las profesionales. La función de Tratamiento es la que reúne un mayor número de profesionales nada satisfechos con dicha herramienta con un 66%, mientras los que realizan funciones de detección/diagnóstico lo están en un 21%.

Accesibilidad a la página (p20)

Huelva y Málaga opinan que la accesibilidad a la página no es satisfactoria en un 60%, mientras que los demás territorios se mantienen entre el 35-50% de insatisfacción.

Existen diferencias entre las principales funciones que realizan los y las profesionales y la accesibilidad a la página. La función de Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales nada satisfechos en un 55% frente a los que realizan funciones de detección/diagnóstico lo están en un 19%.

Hay diferencias entre los y las profesionales que cuentan con formación especializada y la

Borrador

accesibilidad de la página. De los profesionales encuestados que opinan que la accesibilidad es nada satisfactoria, el 54% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 28% que no la tiene.

Encontramos una diferencia entre los años de experiencia de los y las profesionales y la accesibilidad de la página. El personal encuestado con más de 10 años de experiencia expresa que la accesibilidad a la página es nada satisfactoria en un 42%, frente a los que tienen entre 3 y 5 años de experiencia que lo opinan en un 65%.

Agilidad del sistema (p21)

En el caso de Córdoba, un 50% de profesionales tienen una experiencia nada satisfactoria con la agilidad del programa, siendo este dato el más reducido en comparación con el resto de las provincias, las cuales se sitúan en torno al 75% de insatisfacción.

Diferencia entre las principales funciones que realizan los y las profesionales y la opinión acerca de la agilidad del sistema. La función de Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales nada satisfechos en un 78% frente a los que realizan funciones de detección/diagnóstico lo están en un 47%.

Encontramos diferencias entre las titulaciones de los y las profesionales encuestados y la opinión acerca de la agilidad del sistema. Los psicólogos y logopedas no están satisfechos con la agilidad de Alborada en un 79% y 77% respectivamente, frente al 42% de los pediatras.

Funcionalidades (p23)

Borrador

Córdoba encabeza los resultados positivos en relación al uso de Alborada, en este caso, con las funcionalidades, reuniendo un 31% de personal satisfecho, frente a las demás provincias que rondan el 5-15%.

Encontramos una diferencia entre los años de experiencia de los y las profesionales y las funcionalidades de Alborada. El personal encuestado con más de 10 años de experiencia expresa que las funcionalidades son adecuadas en un 32%, frente a los que tienen entre 3 y 5 años de experiencia que lo opinan en un 47%.

Borrador

Señale las principales dificultades encontradas en el funcionamiento de Alborada.

P25. Señale las principales dificultades encontradas en el funcionamiento de Alborada	Frecuencia	Porcentaje
Fallos del Sistema	153	27%
Incompatibilidad con diferentes navegadores	20	4%
Información insuficiente	42	7%
Lentitud en el manejo	81	14%
Manejo y usabilidad	118	21%
Visualizar y descargar informes	13	2%
Otros	35	6%
NS/NC	108	19%
Total	570	100%

De entre el personal que utiliza el sistema Alborada, las principales problemáticas que presenta el mismo son: los fallos del sistema, el manejo y usabilidad y la lentitud en el manejo, en un 27%, 21% y 14% respectivamente, destacándose el hecho de que un elevado porcentaje (19%) no ha sabido describir una dificultad en concreto (NS/NC). No se han encontrado diferencias significativas al segmentar las respuestas en función de las variables contempladas.

– Condiciones laborales

Valore los siguientes aspectos relacionados con las condiciones en las que desempeña su puesto de trabajo.

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	NS/NC	Totales
P26. Su empresa le ofrece formación continua en Atención Temprana.	170 (28%)	273 (44%)	73 (12%)	85 (14%)	13 (2%)	614 (100%)
P27. Dispone de una batería de pruebas de valoración del desarrollo estandarizado, con sus hojas de respuesta.	36 (6%)	113 (18%)	123 (20%)	319 (52%)	23 (4%)	614 (100%)
P28. Tiene acceso a materiales de apoyo en el desempeño de su puesto de trabajo (tutoriales, juegos, juguetes, guías de prácticas clínicas y de buenas prácticas, etc.)	62 (10%)	147 (24%)	143 (23%)	241 (39%)	21 (4%)	614 (100%)
P29. Recibe asesoramiento y/o supervisión de profesionales con experiencia en Atención Temprana.	168 (28%)	174 (28%)	90 (15%)	168 (27%)	14 (2%)	614 (100%)
P30. Participa en sesiones clínicas de estudio y/o seguimiento de casos.	179 (29%)	126 (20%)	109 (18%)	171 (28%)	29 (5%)	614 (100%)
P31. Cuenta con tiempo suficiente para la atención a las personas menores y sus familias.	184 (30%)	226 (37%)	116 (19%)	71 (11%)	17 (3%)	614 (100%)
P32. Su espacio de trabajo es confortable y adecuado para realizar la atención a la persona menor y su familia.	67 (11%)	133 (22%)	130 (21%)	254 (41%)	30 (5%)	614 (100%)
P33. Conoce protocolos estandarizados de actuación.	27 (5%)	88 (14%)	154 (25%)	319 (52%)	26 (4%)	614 (100%)
P34. Aplica protocolos estandarizados de actuación.	32 (5%)	80 (13%)	148 (24%)	315 (51%)	39 (7%)	614 (100%)

Respecto a los múltiples elementos de las condiciones laborales sobre las que se ha consultado, se manifiestan aspectos en los que se ha manifestado que existen condiciones laborales positivas y aquellas en las que las condiciones son ampliamente mejorables.

Aspectos positivos: Se manifiesta en un elevado porcentaje que frecuentemente se dan los siguientes elementos en las condiciones laborales:

Disponer de una batería de pruebas de valoración del desarrollo estandarizado, con sus hojas de respuesta (p27) (52%)

Tener acceso a materiales de apoyo en el desempeño de su puesto de trabajo (tutoriales, juegos, juguetes, guías de prácticas clínicas y de buenas prácticas, etc.) (p28) (39%)

Se han identificado diferencias en función del ámbito: los y las profesionales de Atención Primaria tienen acceso a estos materiales de manera frecuente en un 10%, mientras que en el caso de los CAIT en un 44%

Segmentando por principal función, aquellos profesionales de Tratamiento son los que en un mayor porcentaje (42%) afirman que frecuentemente tienen acceso a dichos materiales, mientras que los profesionales que realizan diagnósticos tienen acceso frecuente en un 24%.

Su espacio de trabajo es confortable y adecuado para realizar la atención a la persona menor y su familia (p32) (41%)

Existen diferencias en función del ámbito de trabajo, en tanto en cuanto los y las profesionales de Atención Primaria afirman que de manera frecuente su puesto de trabajo es confortable y adecuado en un 29%, mientras que en el caso de los CAIT en un 45%

Se han identificado igualmente diferencias entre los años de experiencia de los profesionales y la opinión de éstos sobre el espacio de trabajo. El personal encuestado con más de 10 años de experiencia expresa frecuentemente que su espacio de trabajo es adecuado en un 54%, frente a los que tienen entre 3 y 5 años de experiencia que lo opinan en un 35%.

Conocer y aplicar los protocolos estandarizados de actuación (51-52%)

Aspectos negativos: Por el contrario se identifican una serie de aspectos en los que se han señalado en elevados porcentajes situaciones en clave negativa en relación a las condiciones laborales:

Un elevado porcentaje de profesionales expone que su empresa nunca (28%) o alguna vez (44%) le ha ofrecido **formación continua en Atención Temprana**, frente a un 14% que manifiesta que frecuentemente se la ofrecen (p26)

Se han identificado diferencias por ámbito de trabajo, en tanto en cuanto un 19% de los y las profesionales de Atención Primaria han afirmado no recibir nunca formación, porcentaje que se eleva al 28% en profesionales de los CAIT.

Se observan también diferencias entre las principales funciones que realizan los y las profesionales y la continua formación en Atención Temprana. La función de detección/diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (63%) que afirman que solo reciben formación a veces, mientras que los profesionales que realizan tratamiento, se afirman en este sentido en un 42%.

Más de la mitad (56%) ha manifestado que nunca o alguna vez ha recibido **asesoramiento y/o supervisión de profesionales con experiencia en Atención Temprana** (p29)

Tan solo un 28 % ha manifestado que frecuentemente **participa en sesiones clínicas de estudio y/o seguimiento de casos**. (p30).

Existen diferencias en función al sexo, ya que un 8% de los hombres manifiestan que participan en sesiones clínicas, mientras que este porcentaje es bastante superior (30%) en mujeres

Un 67% de los consultados manifiestan que nunca o a veces **disponen del tiempo suficiente para la atención a las personas menores y sus familias** en Atención Temprana. (p31)

Encontramos una diferencia entre las principales funciones que realizan los y las profesionales y el tiempo que disponen éstos para la atención a personas menores y sus familias. La función de detección/diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (42%) que manifiesta que a veces cuenta con el tiempo suficiente para dicha atención, mientras que los profesionales que realizan otras funciones lo hacen tan solo en un 24%.

– Accesibilidad

¿Cuál es su opinión respecto a la accesibilidad a los servicios?

	Excesivo	Moderado	Escaso	Sin demora	NS/NC	Totales
P35. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Primaria	125 (20%)	199 (32%)	128 (21%)	77 (13%)	85 (14%)	614 (100%)
P36. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Especializada	221 (36%)	224 (37%)	63 (10%)	20 (3%)	86 (14%)	614 (100%)
P37. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)	250 (41%)	209 (34%)	63 (10%)	22 (4%)	70 (11%)	614 (100%)
P38. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico	253 (41%)	193 (32%)	93 (15%)	42 (7%)	33 (5%)	614 (100%)

En relación a la opinión acerca de los tiempos de espera para que la persona menor acceda a los servicios, **se han identificado diferencias en función de la tipología del recurso que se trate**. Así, se ha manifestado una situación negativa (un 41% ha considerado excesivos los tiempos de espera) en la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo, así como en el CAIT u otro recurso terapéutico. Sin embargo estos porcentajes de consideración excesiva de tiempos de espera han sido la mitad (20%) en el acceso de la persona menor a pediatría, Atención Primaria. En una posición ligeramente intermedia entre ambos porcentajes de consideración excesiva de los tiempos de espera se ubica el acceso a pediatría en Atención Especializada con un 36%.

Destacar que el servicio de pediatría en Atención Primaria ha sido el mejor valorado en cuanto

a tiempos de espera de acceso, en tanto en cuanto un 13%, ha manifestado que no existe demora, mientras que en otros servicios ha sido sensiblemente inferior esta calificación positiva (3% en pediatría de Atención Especializada y 4% en la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo)

En función de las variables de segmentación analizadas se han identificado las siguientes diferencias:

Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Primaria (p35):

Granada se coloca a la cabeza con un 28% de profesionales que opinan que el tiempo es excesivo, siendo la cifra del resto de provincias en torno al 10-23%.

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento son aquellos que reúnen mayor número de profesionales (22%) que afirma que el tiempo de espera es excesivo, mientras que los profesionales que realizan diagnóstico lo afirman en un 12%.

Hay diferencias entre las titulaciones de los y las profesionales encuestados y el tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en Pediatría en Atención Temprana. Los logopedas afirman en un 35% que el tiempo de espera es moderado, frente al 19% de los pediatras.

Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Especializada (p36)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (39%) que afirma que el tiempo de espera es excesivo, mientras que los profesionales que realizan diagnóstico lo afirman en un 30%.

Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico (p38)

Almería es la provincia en la que se ha manifestado en mayor medida un mayor tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico, según un 75% de profesionales de los que afirma haber un tiempo excesivo, frente a un 45% aproximado de media en el resto de provincias.

Atendiendo a su experiencia ¿quién acompaña a la persona menor a la consulta?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	NS/NC	Totales
P39. La persona menor acude a la consulta acompañada de su madre u otras figuras femeninas.	1 (0,16%)	18 (3%)	62 (10%)	511 (82,84%)	22 (4%)	614 (100%)
P40. La persona menor acude acompañada de su padre u otras figuras masculinas.	15 (2%)	348 (57%)	157 (26%)	70 (11%)	24 (4%)	614 (100%)

P41. La persona menor acude acompañada de figuras de ambos sexos conjuntamente.

31 (5%)	324 (53%)	156 (25%)	81 (13%)	22 (4%)	614 (100%)
---------	-----------	-----------	----------	---------	-------------------

La figura femenina es la que frecuentemente, y con una amplísima mayoría, acompaña a la persona menor a la consulta. El 82,84% del personal ha manifestado que el menor acude a consulta acompañado de su madre u otra figura femenina, frente al 11% que comparten que es la figura masculina la que se ha manifestado que con mayor frecuencia realiza la labor del acompañamiento del menor a la consulta.

Sin embargo, en un 53% de casos el menor acude a veces a la consulta acompañado de ambas figuras, aunque existe una diferencia en el índice de respuestas, pues según un 55% de las mujeres encuestadas, ambas figuras acompañan a la persona menor, frente al 40% que responden los hombres.

Destacar a nivel de segmentación que existen diferencias en función de las principales funciones que realizan los y las profesionales y el acompañamiento de la persona menor a la consulta por ambas figuras. Los profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (59%) que frecuentemente afirma que los menores acuden acompañados por ambos, mientras que los profesionales que realizan diagnóstico lo afirman en un 41%.

– Implicación de la familia

De acuerdo a su experiencia, valore los siguientes aspectos relacionados con el contexto familiar de la persona menor atendida.

	Escaso	Moderado	Suficiente	Óptimo	NS/NC	Totales
P42. Conocimiento previo sobre el desarrollo típico y sus desviaciones	305 (50%)	153 (25%)	90 (15%)	31 (5%)	35 (5%)	614 (100%)
P43. Nivel de competencia parental para el apoyo en el tratamiento de los trastornos del desarrollo	160 (26%)	268 (44%)	127 (21%)	28 (4%)	31 (5%)	614 (100%)
P44. Presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo	280 (46%)	194 (31%)	64 (10%)	10 (2%)	66 (11%)	614 (100%)
P45. Apoyo de la red socio-familiar	125 (20%)	271 (44%)	141 (23%)	33 (6%)	44 (7%)	614 (100%)

De acuerdo al contexto familiar de la persona menor atendida, los y las profesionales comparten en más del 50% que las familias disponen de un escaso conocimiento sobre el desarrollo típico y sus desviaciones. De igual forma, opinan el 77% de los encuestados que las familias poseen un escaso o moderado presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo. Por otro lado, es escaso o moderado tanto el nivel de competencia parental para el apoyo en el tratamiento de los trastornos del desarrollo, como el apoyo de la red socio-familiar, según el 70% y 64% de los entrevistados respectivamente.

Se han identificado una diferencia entre sexos, 49% de mujeres frente a un 28% de hombres, entre quienes califican como escaso el escaso nivel de presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo.

Hay una diferencia entre los años de experiencia de los y las profesionales y el presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo. El personal encuestado con menos de 3 años de experiencia expresa en un 35% que el presupuesto es escaso, frente a los que tienen más de 10 años de experiencia que lo expresan en un 54%.

En su ámbito de actuación, ¿cómo valora la implicación de la familia en el proceso terapéutico de la persona menor atendida?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	NS/NC	Totales
P46. La persona menor acude al centro, servicio o programa con un diagnóstico de trastorno del desarrollo.	31 (5%)	234 (38%)	130 (21%)	195 (32%)	24 (4%)	614 (100%)
P47. La familia tiene información sobre el centro, servicio o programa al que ha sido derivada.	47 (8%)	280 (46%)	128 (20%)	131 (21%)	28 (5%)	614 (100%)
P48. La familia ha comprendido la atención que va a recibir la persona menor.	17 (3%)	179 (29%)	219 (36%)	175 (28%)	24 (4%)	614 (100%)
P49. La familia está de acuerdo con el plan terapéutico y la frecuencia de la atención que va a recibir la persona menor.	4 (1%)	85 (14%)	213 (35%)	279 (45%)	33 (5%)	614 (100%)
P50. La familia se implica de manera activa en las sesiones.	9 (1%)	208 (34%)	242 (39%)	115 (19%)	40 (7%)	614 (100%)
P51. La familia trabaja en casa los ejercicios recomendados por parte de los/as terapeutas.	18 (3%)	299 (49%)	203 (33%)	47 (8%)	47 (7%)	614 (100%)
P52. La familia responde a los requerimientos de información y documentación realizados por el centro, servicio o programa.	8 (1%)	145 (24%)	248 (41%)	180 (29%)	33 (5%)	614 (100%)
P53. La familia participa en sesiones grupales, en su caso.	100 (16%)	185 (30%)	138 (23%)	52 (8%)	139 (23%)	614 (100%)
P54. La familia participa en escuelas de familias, en su caso.	100 (16%)	207 (34%)	120 (20%)	37 (6%)	150 (24%)	614 (100%)
P55. La familia acude con regularidad a las sesiones/ a la consulta.	4 (1%)	55 (9%)	183 (30%)	321 (52%)	51 (8%)	614 (100%)
P56. La familia cuenta con información suficiente sobre los recursos disponibles a partir de que finaliza la intervención en el Sistema de Atención Temprana.	40 (6%)	170 (28%)	179 (29%)	183 (30%)	42 (7%)	614 (100%)

En cuanto a la implicación de la familia al proceso terapéutico a continuación se destacan las principales conclusiones manifestadas por los y las profesionales encuestados, diferenciando entre aspectos positivos y negativos:

Aspectos positivos:

El 53 % han afirmado que a menudo o frecuentemente la persona menor acude al centro, servicio o programa con un diagnóstico de trastorno del desarrollo (p46)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (34%) que afirma que el menor acude al centro con un diagnóstico de trastorno del desarrollo de forma frecuente, frente a los profesionales que realizan otras funciones que lo afirman en un 21%.

El 64% del personal afirma que, a menudo o de forma frecuente, las familias comprenden la atención que el menor va a recibir (p48)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento son los que reúnen mayor número de profesionales (37%) que afirma que a menudo la familia comprende dicha información, frente a los profesionales que realizan otras funciones que lo afirman en un 28%.

Un 80% afirma que a menudo o frecuentemente las familias están de acuerdo con el plan terapéutico y la frecuencia de la atención que va a recibir la persona menor. (p49)

De los y las profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia está de acuerdo con el Plan, el 50% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 28% que no la tiene.

Los profesionales dedicados al Tratamiento son los que reúnen en mayor número de profesionales (50%) que afirma que frecuentemente la familia está de acuerdo con el Plan, frente a los profesionales que realizan la detección que lo afirman en un 24%.

Un 52% de las familias acuden frecuentemente con regularidad a las sesiones y a la consulta. (p55)

Jaén es la provincia con menor porcentaje en relación a la demás provincia en cuanto a la opinión de los y las profesionales con la asistencia frecuente de las familias a las sesiones (23%), existiendo una distancia con Málaga considerable, pues ésta se posiciona en un 67%.

Si agregamos, un 59% de los y las profesionales han manifestado que a menudo (29%) y frecuentemente (30%) de familias cuentan con información suficiente sobre los recursos disponibles a partir de que finaliza la intervención en el Sistema de Atención Temprana

Aspectos negativos

Con respecto al acceso a la información de la familia sobre el centro, servicio o programa al que ha sido derivado, tan sólo el 46% de los y las profesionales encuestados expone que la familia a veces dispone de dicha información (p47)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que tipología que reúne mayor número de profesionales (47%) que afirma que a veces la familia tiene dicha información, frente a los profesionales que realizan otras funciones que lo afirman en un 39 %

Tan sólo un 19% ha manifestado que las familias se implican de manera activa en las sesiones (p50)

Tan sólo un 8% de las familias trabajan frecuentemente en casa los ejercicios recomendados por parte de los/as terapeutas y participan en sesiones grupales y en un porcentaje aún menor (6%) participa en escuelas de familias (p54)

– Intervención con la familia

En su ámbito de actuación, ¿qué actuaciones de información realiza con la familia?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Totales
P57. Información sobre el diagnóstico	56 (9%)	98 (16%)	160 (26%)	300 (49%)	614 (100%)
P58. Información sobre tratamientos	31 (5%)	40 (7%)	127 (20%)	416 (68%)	614 (100%)
P59. Información sobre el circuito y derivaciones en Atención Temprana	33 (5%)	106 (17%)	144 (24%)	331 (54%)	614 (100%)
P60. Información sobre los recursos del ámbito sanitario	36 (6%)	126 (20%)	182 (30%)	270 (44%)	614 (100%)
P61. Información sobre los recursos del ámbito educativo	33 (5%)	105 (17%)	195 (32%)	281 (46%)	614 (100%)
P62. Información sobre los recursos del ámbito de los servicios sociales	74 (12%)	195 (32%)	168 (27%)	177 (29%)	614 (100%)

Mayoritariamente, son periódicas las actuaciones de información que realizan los sanitarios con las familias. Particularmente, un 68% de los encuestados responde que es frecuente proporcionar información sobre los tratamientos, un 54% ofrece frecuentemente información sobre el circuito y derivaciones en Atención Temprana, un 49% dispensa información sobre el diagnóstico de forma frecuente, un 46% ofrece información sobre los recursos del ámbito educativo frecuentemente y un 44% ofrece información sobre los recursos del ámbito sanitario de manera frecuente.

Por el contrario destacar que el aspecto sobre el que en menor porcentaje se han manifestado actuaciones frecuentes de información ha sido la de la información sobre los recursos del ámbito de los servicios sociales, con tan solo un 29%, porcentaje muy inferior a las otras tipologías de actuaciones de información anteriormente señaladas.

Si analizamos los datos segmentados por las diferentes tipologías contempladas se han identificado las siguientes diferencias significativas:

Información sobre el diagnóstico (p57)

En relación a las actuaciones de información sobre el diagnóstico que se realizan frecuentemente con la familia, es Málaga (69%) la que supera la media del resto (42%) en este tipo de intervenciones.

De los y las profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia tiene información sobre el diagnóstico, el 52% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 36% que no la tiene.

De entre los y las profesionales que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 39% tiene menos de 3 años de experiencia, frente al 60% que tienen más de 10 años

Información sobre tratamientos (p58)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (74%) que afirma que de forma frecuente tienen acceso a dicha información, frente a los profesionales que realizan diagnóstico que lo afirman en un 53%.

De los y las profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia tiene información sobre el tratamiento, el 73% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 46% que no la tiene.

Información sobre el circuito y derivaciones en Atención Temprana (p59)

Los y las profesionales dedicados al diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (58%) que afirma que de forma frecuente tienen acceso a dicha información, frente a los profesionales que realizan otras tareas (coordinación, gestión, etc.) que lo afirman en un 40%.

De los profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 56% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 46% que no la tiene.

Información sobre los recursos del ámbito sanitario (p60)

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (46%) que afirma que de forma frecuente tienen acceso a dicha información, frente a los profesionales que realizan otras tareas (coordinación, gestión, etc.) que lo afirman en un 33%.

De los y las profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 47% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 33% que no la tiene.

Los técnicos consultados que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 33% tiene menos de 3 años de experiencia, frente al 52% que tienen más de 10 años.

Información sobre los recursos del ámbito educativo (p61)

De los y las profesionales encuestados que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 49% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 32% que no la tiene.

De entre los y las profesionales que opinan que frecuentemente la familia tiene dicha información, el 37% tiene menos de 3 años de experiencia, frente al 56% que tienen más de 10 años.

Información sobre los recursos del ámbito de los servicios sociales (p62)

Existe una diferencia significativa entre provincias entre quienes opinan que frecuentemente se realizan actuaciones de información en este ámbito: Granada (18%) frente a Huelva (44%).

Los y las profesionales dedicados al diagnóstico es la que reúne menor número de profesionales (16%) que afirma que de forma frecuente tienen acceso a dicha información, frente a los profesionales que realizan Tratamiento que lo afirman en un 31%.

En su ámbito de actuación, ¿qué actuaciones específicas realiza con la familia?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Totales
P63. Tareas de acogida	199 (32%)	121 (20%)	80 (13%)	214 (35%)	614 (100%)
P64. Tareas de apoyo/asesoramiento	36 (6%)	66 (11%)	142 (23%)	370 (60%)	614 (100%)
P65. Tareas de evaluación/valoración	57 (9%)	50 (8%)	109 (18%)	398 (65%)	614 (100%)
P66. Tareas de seguimiento	46 (7%)	60 (10%)	118 (19%)	390 (64%)	614 (100%)
P67. Tareas de atención terapéutica	73 (12%)	50 (8%)	77 (13%)	414 (67%)	614 (100%)

En torno a un 69-67% del total de los y las profesionales encuestados realizan frecuentemente determinadas tareas específicas con la familia, en concreto 4 de las 5 tareas que se han consultado en la encuesta: tareas de apoyo y/o asesoramiento, de evaluación y/o evaluación, de seguimiento y de atención terapéutica. Por el contrario, más de la mitad del grupo a veces o nunca realiza tareas de acogida.

A continuación se destacan las principales diferencias identificadas en función de las variables de segmentación contempladas:

- **Tareas de acogida (p63)**

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne menor número de profesionales (32%) que afirma que de forma frecuente realiza dichas tareas, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 43%.

De entre los y las profesionales que frecuentemente realizan dichas tareas, el 25% tiene entre 3 y 5 años de experiencia, frente al 49% que tienen más de 10 años.

- **Tareas de apoyo/asesoramiento (p64)**

Existe un 22% de diferencia entre hombres y mujeres en la participación frecuente de las mismas. En este caso, un 63% son mujeres y un 40% son hombres.

Málaga encabeza las provincias que frecuentemente realiza tareas de asesoramiento en el Servicio de Atención Temprana (79%), mientras que el resto de provincias de la comunidad, ronda entre el 44%-60%.

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la tipología que reúne mayor número de profesionales (64%) que afirma que de forma frecuente realiza dichas tareas, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 49%.

De los y las profesionales encuestados que frecuentemente realiza dichas tareas, el 63% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 48% que no la tiene.

- **Tareas de evaluación/valoración (p65)**

Existencia de diferencias de sexo en la participación frecuente en las tareas de evaluación y valoración, posicionándose las mujeres en un 67% y los hombres en un 51%.

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (70%) que afirma que de forma frecuente realiza dichas tareas, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico y otras funciones (gestión, coordinación, etc.) que lo afirman en un 54% y 40%.

De los y las profesionales encuestados que frecuentemente realiza dichas tareas, el 70% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 44% que no la tiene

- **Tareas de seguimiento (p66)**

Existen diferencias entre la participación de hombres y mujeres en las tareas de seguimiento de forma frecuente, siendo del 66% de las mujeres y del 42% de hombres, pues estos últimos manifiestan en un 23% que nunca hacen tareas de seguimiento.

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (72%) que afirma que de forma frecuente realiza dichas tareas, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 29%.

De los profesionales encuestados que frecuentemente realiza dichas tareas, el 69% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 39% que no la tiene.

- **Tareas de atención terapéutica (p67)**

Un 72% son las mujeres profesionales consultadas afirman realizar esta labor frecuentemente, frente al 32% que hacen los hombres.

Los profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (82%) que afirma que de forma frecuente realiza dichas tareas, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 17%.

De los profesionales encuestados que frecuentemente realiza dichas tareas, el 76% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 31% que no la tiene.

– Coordinación

En su ámbito de actuación, ¿qué tipo de coordinación realiza?

		Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Totales
P68.	Coordinación con profesionales de su equipo	23 (4%)	42 (7%)	69 (11%)	480 (78%)	614 (100%)
P69.	Coordinación con profesionales de ámbito de la salud	108 (18%)	265 (43%)	142 (23%)	99 (16%)	614 (100%)
P70.	Coordinación con profesionales del ámbito de educación	41 (7%)	113 (18%)	236 (38%)	224 (37%)	614 (100%)
P71.	Coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales	136 (22%)	298 (49%)	112 (18%)	68 (11%)	614 (100%)
P72.	Coordinación con profesionales de otros ámbitos	274 (45%)	191 (31%)	86 (14%)	63 (10%)	614 (100%)

Respecto a la coordinación entre los profesionales, se han identificado disparidades en función de los profesionales con los que se coordinan:

- **Profesionales de su equipo (p68):** Coordinación muy alta, un 78% ha manifestado que es frecuente la coordinación interna entre el equipo del que forma parte.

Se detecta una diferencia entre sexos, puesto que las mujeres lo hacen en un 80% mientras que los hombres en un 62%.

Existe una diferencia entre provincias cuando se trata de la coordinación frecuente con profesionales del mismo equipo, entre Sevilla (70%) y Málaga (90%).

Los y las profesionales dedicados al Tratamiento son los que reúnen mayor número de profesionales (83%) que afirma que de forma frecuente realiza la coordinación, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 51%.

De los profesionales encuestados que frecuentemente se coordinan, el 83% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 58% que no la tiene.

- **Profesionales del ámbito de la salud (p69):** Coordinación baja, un 16% afirma que se coordina con frecuencia con este perfil.

Encontramos una diferencia entre los años de experiencia de los profesionales y la coordinación con profesionales del ámbito de la salud. El personal encuestado con menos de 3 años de experiencia expresa en un 34% que se coordina a veces con profesionales del ámbito de la salud, frente a lo que tienen entre 5 y 10 años de experiencia que lo hacen en un 54%.

- **Profesionales del ámbito de la educación (p70):** Coordinación moderada, alrededor de un tercio (37%) se coordina frecuentemente con estos perfiles.

Las mujeres profesionales consultadas han manifestado que de manera frecuente se coordinan con este ámbito (39%) frente a los hombres en un 15%.

Existen diferencias entre provincias cuando se realiza de forma frecuente. En concreto, Cádiz y Córdoba se sitúan en torno al 22%, mientras que Málaga en el 50%. Del mismo modo, cuando se realiza a veces esta coordinación, también se dan diferencias, como, por ejemplo, entre Cádiz y Huelva, con un 36% y 8% respectivamente.

Los profesionales dedicados al Tratamiento es la que reúne mayor número de profesionales (44%) que afirma que de forma frecuente realiza la coordinación, frente a los profesionales que realizan Diagnóstico que lo afirman en un 21%.

De los profesionales encuestados que a menudo se coordinan, el 42% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 25% que no la tiene

- **Profesionales de Servicios Sociales y de otros ámbitos (p71 y p72):** Coordinación muy baja, tan solo un 11% y 10% respectivamente de los profesionales consultados ha manifestado que existe coordinación frecuente con estos dos perfiles.

Encontramos diferencias entre los profesionales que cuentan con formación especializada y la coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales. De los profesionales encuestados que a veces se coordinan, el 52% cuenta con formación en Atención Temprana, frente al 36% que no la tiene

Existen diferencias entre las principales funciones que realizan los profesionales y la coordinación con profesionales de otro ámbito. Los profesionales dedicados al Diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (62%) que afirma que nunca se coordina, frente a los profesionales que realizan Tratamiento que lo afirman en un 40%.

Encontramos una diferencia entre los años de experiencia de los profesionales y la coordinación con profesionales de otros ámbitos. El personal encuestado con menos de 3 años de experiencia expresa en un 58% que nunca se coordina con profesionales de otros ámbitos, frente a lo que tienen más de 10 años de experiencia que lo expresan en un 38%.

Valore el grado de utilidad de la coordinación en una escala del 1 al 10, en la que 1 corresponde al valor de menor eficacia y el 10 al de mayor eficacia de la coordinación.

Valoración del grado de utilidad de la coordinación	
Frecuencia	601
NS/NC	13
Media	8,26

Los profesionales han puntuado con una elevada valoración la utilidad de la coordinación: una media de 8,26 sobre 10

A continuación se muestran las diferentes medias segmentadas:

Valoración media del grado de coordinación		
Sexo	Hombre	Mujer
Media	7,838	8,321

La media facilitada por los hombres es 7,8 frente a 8,3 de mujeres.

Valoración media del grado de coordinación								
Provincias	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Media	7,833	8,283	8,224	7,774	9,080	8,061	8,464	8,406

Observamos en esta tabla que la media muy alta en Huelva (9) frente a Granada (7,7).

Valoración media del grado de coordinación

Ámbito de desempeño del puesto de trabajo	Atención Hospitalaria	Atención Primaria	CAIT	Centro, servicio o programa del ámbito de la salud	Centro, servicio o programa del ámbito de los servicios sociales	Centro, servicio o programa del ámbito educativo	Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)	Otro
Media	6,917	8,059	8,344	7,667	8,667	8,045	8,375	8,500

Existe una media similar entre profesionales de Atención Temprana (8,05) y CAIT (8,34)

Valoración media del grado de coordinación			
Función	Detección/Diagnóstico	Tratamiento	Otras (gestión, coordinación, etc.)
Media	7,754	8,302	8,554

La tabla presenta una media más alta en otro tipo de funciones como la gestión, la coordinación, etc. (8,5) frente a la detección/diagnóstico (7,7).

Valoración media del grado de coordinación		
Cuenta con formación especializada o no	Si	No
Media	8,364	7,826

La tabla comprende una media de profesionales que cuentan con formación de 8,3, frente a los que no cuentan con formación especializada es de 7,8

Valoración media del grado de coordinación				
Años de experiencia	Menos de 3 años	Entre 3 y 5 años	Entre 5 y 10 años	Más de 10 años
Media	8,118	8,322	8,175	8,493

Podemos observar en la tabla una media alta en profesionales con más de 10 años de experiencia (8,4) frente a los que tienen menos de 3 años de experiencia (8,1).

4. CONCLUSIÓN

A continuación se muestran de modo resumida las principales conclusiones de la encuesta realizada estructurada en las principales temáticas planteadas en relación a la Atención Temprana al personal encuestado.

La Atención Temprana en Andalucía: un ámbito sanitario claramente feminizado

Al iniciarse el análisis un dato resultó muy significativo: **un 88% de los y las profesionales encuestados eran mujeres, frente a un 12% de hombres.** Esta clara feminización del sistema de Atención Temprana se ha visto reflejada además al cruzarse los datos de sexo con las variables del perfil profesional contempladas, como son el ámbito de trabajo (un 88% de las mujeres trabajan en CAIT frente a un 45% entre los hombres) o las principales funciones que realizan (un 81 % de las mujeres se dedican a tareas de tratamiento frente a un 42% entre los hombres). Igualmente se han identificado funciones con mayor presencia entre los hombres que entre mujeres, como son tareas de detección/diagnóstico (un 30% entre los hombres frente a un 10% entre mujeres) y gestión, coordinación etc. (un 18% entre los hombres mientras que entre las mujeres es un 8%).

Esta feminización del sector podría explicar otros hechos identificados, como que el porcentaje de mujeres que han recibido formación especializada en Atención Temprana (84%) es muy superior al de los hombres (55%). Además, esta feminización se refleja en hecho de que en un 82% de los profesionales consultados han manifestado que la persona menor acude a las consultas acompañada de su madre o de otra figura materna.

Existe una práctica generalizada de acceso a la información de la persona menor y su familia, si bien existen tipologías de información con mayor acceso

Un 76% de los y las profesionales encuestados ha manifestado que accede a información específica sobre la persona menor, su familia y el centro, siendo incluso mayor este porcentaje entre los y las profesionales con formación específica en Atención Temprana (81%) que entre quienes no la tienen (58%), siendo por tanto el hecho de contar con formación específica un factor que incrementa la importancia que los y las profesionales otorgan al acceso a la citada información.

Analizando las diferentes tipologías de información contempladas se han identificado aquellas que de manera frecuente los y las profesionales han afirmado acceder frecuentemente en porcentajes sensiblemente superiores al resto de tipologías consultadas: Historia de Salud (55%) y datos de escolarización (53%). Por el contrario a la información relativa a prestaciones y recursos tan sólo un 15% ha manifestado que accede con frecuencia.

El Sistema Alborada: uso muy generalizado pero precisa de mejoras y actualizaciones que la conviertan en una herramienta útil para los y las profesionales

La práctica totalidad de los y las profesionales consultados (93%) utilizan el Sistema Alborada, siendo incluso del 100% en los CAIT. Si bien es mayoritario su uso, destaca un mayor uso entre las mujeres que los hombres, en tanto en cuanto un 25% de los hombres han manifestado no usar Alborada, mientras que este porcentaje es de tan solo un 5% en el caso de las mujeres. Por otra parte resulta significativo que el uso de la herramienta es muy superior entre los profesionales que realizan tareas de tratamiento (un 98% la utilizan) mientras que lo que se dedican a la detección y diagnóstico lo hacen en un 70%.

Sin embargo existe una opinión generalizada negativa en relación al Sistema Alborada, destacando los y las profesionales consultados aspectos con muy baja valoración como son la agilidad del sistema, la conectividad y la accesibilidad a la página, aspectos estos 3 precisamente fundamentales para un óptimo funcionamiento como eficaz herramienta de trabajo. Al ser consultados por dificultades concretas en el funcionamiento los y las profesionales han señalado cuestiones como fallos en el sistema (27%), manejo y usabilidad (21%) y lentitud en el manejo (14%).

Con los abundantes flujos de información que se requieren compartir en la Atención Temprana, una herramienta digital de trabajo online que adolezca de problemáticas en su rapidez, agilidad y conectividad, precisa en la actual sociedad de la información y el dato, de una necesaria actualización en estos conceptos.

Las condiciones laborales de los y las profesionales en atención temprana presentan aspectos positivos, pero adolece de problemáticas

De entre las múltiples cuestiones abordadas en la encuesta con relación al día a día del trabajo de los y las profesionales **se pueden diferenciar aspectos que a juicio de las personas encuestadas presentan una situación que favorece la calidad en el servicio, mientras que otras suponen una merma en la misma.**

En la parte positiva se han señalado cuestiones concretas como disponer de una batería de pruebas de valoración del desarrollo estandarizado, el acceso a materiales de apoyo en el desempeño de su puesto de trabajo (tutoriales, juegos, juguetes, guías de prácticas clínicas y de buenas prácticas, etc.), disponer de un espacio de trabajo confortable y adecuado y el conocimiento y aplicación de los protocolos estandarizados de actuación.

Por el contrario, en la parte negativa se han señalado aspectos como que la empresa no ofrece formación continua en Atención Temprana, insuficiente asesoramiento y/o supervisión de profesionales con experiencia en Atención Temprana, falta de participación en sesiones clínicas de estudio y/o seguimiento de casos y no disponer del tiempo suficiente para la atención a las personas menores y sus familias. en Atención Temprana.

Existencia de problemáticas de tiempos de espera, pero localizadas en determinados recursos

De entre los diferentes recursos, **destacan los elevados tiempos de espera en los CAIT y Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo**, en los que un 41% de los y las profesionales encuestados los han valorado como excesivos. Por el contrario en los servicios de pediatría en Atención Primaria los tiempos de espera presentan esta problemática en menor medida, en tanto en cuanto este porcentaje de los y las profesionales que los consideran excesivo se reduce a la mitad (20%)

Las familias son un actor clave en la Atención Temprana

Se han identificado diversos datos que reflejan la importancia del rol de las familias de los y las menores. Así, en primer lugar destacar que representan con un 41% la principal fuente de detección de trastornos del desarrollo, por encima incluso de los y las profesionales del ámbito de la salud (35% de los casos).

De forma generalizada los y las profesionales han manifestado que son periódicas las actuaciones de información que realizan los sanitarios con las familias. Otros aspectos identificados que refuerzan el papel de las familias son que una amplia mayoría de familias generalmente están de acuerdo con el plan terapéutico (80%) y que comprenden la atención que el menor va a recibir (64%)

Sin embargo **existen una serie de problemáticas en torno a las familias**, entre las que destacan cuestiones de niveles de renta, que se manifiesta en que un 77% de los y las profesionales opinan que las familias poseen un escaso o moderado presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo.

Los y las profesionales consideran muy importante la coordinación entre profesionales, pero es elevada a nivel interno de equipos, pero baja a nivel externo

En relación a la coordinación entre profesionales en la Atención Temprana **se ha valorado como una cuestión de gran importancia**, obteniendo una valoración general de su grado de utilidad de 8,26 sobre 10.

Sin embargo esta alta valoración de la importancia de la coordinación no se corresponde con niveles altos de coordinación en todos los ámbitos. Si bien los y las profesionales encuestados han manifestado una elevada coordinación a nivel interno entre el personal del equipo (un 78% la considera frecuente), sin embargo se adolece de coordinación baja a la hora de coordinarse con profesionales de otros recursos. Resulta llamativo que se considera frecuente la coordinación en mayor porcentaje con profesionales del ámbito de la educación (37%) que con profesionales del ámbito de la salud (16%).

orrador

Borrador

Borrador

5. ANEXO: CUESTIONARIO

orrador

Borrador

Borrador

orrador

Borrador

Borrador

Encuesta PIATprueba1

Los campos marcados con * son obligatorios.

ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

Si has recibido esta encuesta, es porque en algún sentido, tu práctica profesional está relacionada con la Atención Temprana.

Desde el Servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo, estamos elaborando el Plan Integral de Atención Temprana y es por ello que nos interesa contar con tu experiencia para detectar los principales problemas y necesidades sobre los que intervenir, relacionados con las personas menores con trastornos del desarrollo o en riesgo de presentarlos, sus familias y el entorno, con el objeto de articular las acciones que garanticen una mayor eficacia de los recursos y actuaciones públicas.

Esta encuesta anónima, que garantiza la confidencialidad y protección de los datos, se realiza con el aporte metodológico y bajo la supervisión del Instituto Andaluz de la Administración Pública.

Tan sólo te llevará unos minutos cumplimentar la encuesta y tus aportaciones serán de gran utilidad. Muchas gracias por tu participación.

1. INFORMACIÓN PROFESIONAL

* P1. ¿En qué ámbito desempeña su puesto de trabajo?

- Atención Primaria
- Atención Hospitalaria
- Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)
- Centro de Atención e Intervención Temprana
- Centro, servicio o programa del ámbito de la salud
- Centro, servicio o programa del ámbito educativo
- Centro, servicio o programa del ámbito de los servicios sociales
- Otro

Detalle el ámbito en el que desempeña su trabajo.

* P2. ¿Cuál es la principal función que usted realiza?

- Detección/Diagnóstico
- Tratamiento
- Otras (gestión, coordinación, etc.)

P3. Indique cuál es su titulación.

- Medicina General /de Familia
- Pediatría
- Neonatología
- Psicología
- Fisioterapia
- Logopedia
- Terapia Ocupacional
- Trabajo Social
- Otra

* P4. ¿Cuenta con formación especializada en Atención Temprana?

- SI
- NO

* P5. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene en Atención Temprana?

- menos de 3 años
- entre 3 años y 5 años
- entre 5 años y 10 años
- más de 10 años

* P6. Su centro de trabajo se localiza en un municipio de:

- menos de 20.000 habitantes
- entre 20.000 y 50.000 habitantes
- entre 50.000 y 100.000 habitantes
- más de 100.000 habitantes

* P7. ¿En qué tipo de centro desempeña su trabajo?

- Público
- Concertado
- Ambos

2.1 DETECCIÓN

* P8. Atendiendo a su ámbito de actuación, indique cuál es la fuente principal de detección de los trastornos del desarrollo.

- Familiares que conviven con la persona menor
- Familiares que no conviven con la persona menor
- Profesionales del ámbito de la salud
- Profesionales del ámbito educativo
- Profesionales del ámbito de los servicios sociales
- Otras
- No procede

2.2 ACCESO A LA INFORMACIÓN

* P9. En el desempeño de su trabajo ¿accede a información específica sobre la persona menor, su familia y el entorno?

- Sí
- No
- Sólo de la persona menor
- Sólo de la familia y/o el entorno

En su ámbito de actuación, indique la frecuencia con la que dispone de información en relación a la persona menor atendida y su familia.

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente
* P10. Información sobre la Historia de Salud de la persona menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P11. Información, dentro de la Historia de Salud, sobre factores de riesgo pre-perinatales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P12. Datos de escolarización de la persona menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P13. Historia Socio-familiar y posibles factores de riesgo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P14. Grado de dependencia y PIA, en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P15. Grado de Discapacidad, en su caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P16. Otras prestaciones y recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P17. Informes de evolución/seguimiento de la persona menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* P18. ¿Utiliza el Sistema de Información de Atención Temprana (Alborada)?

- Sí
- No

2.3 CONDICIONES LABORALES

Valore los siguientes aspectos relacionados con las condiciones en las que desempeña su puesto de trabajo.

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	No contesta
* P26. Su empresa le ofrece formación continua en Atención Temprana.	<input type="radio"/>				
* P27. Dispone de una batería de pruebas de valoración del desarrollo estandarizado, con sus hojas de respuesta.	<input type="radio"/>				
* P28. Tiene acceso a materiales de apoyo en el desempeño de su puesto de trabajo (tutoriales, juegos, juguetes, guías de prácticas clínicas y de buenas prácticas, etc.)	<input type="radio"/>				
* P29. Recibe asesoramiento y/o supervisión de profesionales con experiencia en Atención Temprana.	<input type="radio"/>				
* P30. Participa en sesiones clínicas de estudio y/o seguimiento de casos.	<input type="radio"/>				
* P31. Cuenta con tiempo suficiente para la atención a las personas menores y sus familias.	<input type="radio"/>				
* P32. Su espacio de trabajo es confortable y adecuado para realizar la atención a la persona menor y su familia.	<input type="radio"/>				
* P33. Conoce protocolos estandarizados de actuación.	<input type="radio"/>				
* P34. Aplica protocolos estandarizados de actuación.	<input type="radio"/>				

2.4 ACCESIBILIDAD

¿Cuál es su opinión respecto a la accesibilidad a los servicios?

	Excesivo	Moderado	Escaso	Sin demora	Sin Información
* P35. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Primaria	<input type="radio"/>				
*					

P36. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en pediatría, Atención Especializada	<input type="radio"/>				
* P37. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo (antigua UAIT)	<input type="radio"/>				
* P38. Tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico	<input type="radio"/>				

Atendiendo a su experiencia ¿quién acompaña a la persona menor a la consulta?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Sin información
* P39. La persona menor acude a la consulta acompañada de su madre u otras figuras femeninas.	<input type="radio"/>				
* P40. La persona menor acude acompañada de su padre u otras figuras masculinas.	<input type="radio"/>				
* P41. La persona menor acude acompañada de figuras de ambos sexos conjuntamente.	<input type="radio"/>				

2.5 IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA

De acuerdo a su experiencia, valore los siguientes aspectos relacionados con el contexto familiar de la persona menor atendida.

	Escaso	Moderado	Suficiente	Óptimo	Sin Información
* P42. Conocimiento previo sobre el desarrollo típico y sus desviaciones	<input type="radio"/>				
* P43. Nivel de competencia parental para el apoyo en el tratamiento de los trastornos del desarrollo	<input type="radio"/>				
* P44. Presupuesto disponible para la atención a los trastornos del desarrollo	<input type="radio"/>				
* P45. Apoyo de la red socio-familiar	<input type="radio"/>				

En su ámbito de actuación, ¿cómo valora la implicación de la familia en el proceso terapéutico de la persona menor atendida?

--	--	--	--	--

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente	Sin Información
* P46. La persona menor acude al centro, servicio o programa con un diagnóstico de trastorno del desarrollo.	<input type="radio"/>				
* P47. La familia tiene información sobre el centro, servicio o programa al que ha sido derivada.	<input type="radio"/>				
* P48. La familia ha comprendido la atención que va a recibir la persona menor.	<input type="radio"/>				
* P49. La familia está de acuerdo con el plan terapéutico y la frecuencia de la atención que va a recibir la persona menor.	<input type="radio"/>				
* P50. La familia se implica de manera activa en las sesiones.	<input type="radio"/>				
* P51. La familia trabaja en casa los ejercicios recomendados por parte de los/as terapeutas.	<input type="radio"/>				
* P52. La familia responde a los requerimientos de información y documentación realizados por el centro, servicio o programa.	<input type="radio"/>				
* P53. La familia participa en sesiones grupales, en su caso.	<input type="radio"/>				
* P54. La familia participa en escuelas de familias, en su caso.	<input type="radio"/>				
* P55. La familia acude con regularidad a las sesiones/ a la consulta.	<input type="radio"/>				
* P56. La familia cuenta con información suficiente sobre los recursos disponibles a partir de que finaliza la intervención en el Sistema de Atención Temprana.	<input type="radio"/>				

2.6 INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

En su ámbito de actuación, ¿qué actuaciones de información realiza con la familia?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente
--	-------	---------	----------	----------------

* P57. Información sobre el diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P58. Información sobre tratamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P59. Información sobre el circuito y derivaciones en Atención Temprana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P60. Información sobre los recursos del ámbito sanitario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P61. Información sobre los recursos del ámbito educativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P62. Información sobre los recursos del ámbito de los servicios sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En su ámbito de actuación, ¿qué actuaciones específicas realiza con la familia?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente
* P63. Tareas de acogida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P64. Tareas de apoyo/asesoramiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P65. Tareas de evaluación/valoración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P66. Tareas de seguimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P67. Tareas de atención terapéutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.7 COORDINACIÓN

En su ámbito de actuación, ¿qué tipo de coordinación realiza?

	Nunca	A veces	A menudo	Frecuentemente
* P68. Coordinación con profesionales de su equipo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P69. Coordinación con profesionales de ámbito de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P70. Coordinación con profesionales del ámbito de educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P71. Coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* P72. Coordinación con profesionales de otros ámbitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFORMACIÓN PERSONAL

* P73. Indique su sexo

- Hombre
 Mujer

* P74. Indique la franja de edad en la que se encuentra

- 20 años y 29 años
 30 años y 39 años
 40 años y 49 años
 50 años y 59 años
 60 años y 64 años
 64 años o más

* P75. Indique la provincia en la que usted trabaja

- Almería
 Cádiz
 Córdoba
 Granada
 Huelva
 Jaén
 Málaga
 Sevilla

Contact

[Contact Form](#)

INFORME DE SÍNTESIS DE LAS JORNADAS PARTICIPATIVAS

I Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

**Instituto Andaluz de Administración Pública
Área de Evaluación de Políticas Públicas**

04 de marzo de 2024



Junta de Andalucía

Índice

1.	Introducción y breve resumen de la metodología.....
2.	Plenario y presentaciones políticas.....
3.	Síntesis de la dinámica de grupos homogéneos.....
3.1.	Grupo 1. Personas de la academia, investigación y expertos/as.....
3.2.	Grupo 2. Profesionales del sistema de atención.....
3.3.	Grupo 3. Grupo de movimiento asociativo de personas usuarias y familiares.....
3.4.	Grupo 4. Instituciones colaboradoras.....
4.	Síntesis de la dinámica de grupos heterogéneos.....
4.1.	Problemas principales detectados: dificultades.....
4.2.	Necesidades y carencias detectadas:.....
4.3.	Retos, desafíos a los que se debe enfrentar el sistema de atención.....
4.4.	Otros Problemas, Necesidades y Retos que se abordaron en los grupos.....
5.	Debate y cierre.....
	Anexos I: Programa de las Jornadas.....
	Anexo II: Listado de asistentes.....
	Anexo III: Ejemplos de Problemas, Necesidades y Retos.....

1. Introducción

Este documento recoge la síntesis de las aportaciones realizadas durante las Jornadas Participativas organizadas por el área de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP, y llevadas a cabo para completar el diagnóstico preliminar del I Plan Integral de Atención Temprana, que tuvieron lugar el 21 de febrero de 2024 en el Aulario del IAAP en Sevilla. Asistieron al evento un total de 71 personas. Además, se buscó que existiera representación de todas las provincias de Andalucía, presentándose según la siguiente tabla:

Provincia	Asistentes
Almería	1
Cádiz	4
Córdoba	6
Granada	4
Jaén	1
Málaga	7
Huelva	3
Sevilla	41
Otros	1
No consta	3
Total	71

Dentro del contexto de la redacción del I Plan Integral de Atención Temprana (PIATA), y concretamente en el desarrollo de la jornada participativa para completar el diagnóstico preliminar de la situación inicial aportado por el Servicio de Atención Temprana de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo, es crucial contar con las aportaciones de los colectivos que se verán afectados de manera más directa por las políticas públicas que se planifiquen en el PIATA.

En este sentido, se ha determinado la necesidad de contar con los siguientes **tipos de agentes** para recabar sus aportaciones y completar el diagnóstico preliminar del plan, desarrollado por la Oficina técnica de redacción del plan:

- Personas de la academia, investigación y expertas.
- Asociaciones profesionales.
- Movimientos asociativos de usuarios/as y familiares.
- Profesionales de CAITs y otros servicios de atención temprana.

2. Metodología

La jornada participativa se ha desarrollado siguiendo la metodología que se expone a continuación:

1. Plenario: Comienza la jornada con una bienvenida de las autoridades introduciendo el contexto del plan. Posteriormente se muestra, en formato vídeo, el diagnóstico preliminar realizado por la oficina técnica de redacción del plan.
2. Grupos homogéneos: Se reúne a los y las asistentes en cuatro grupos que tienen en común una característica relevante para el Plan, como son los cuatro grupos / tipos de agentes mencionados anteriormente. Cada uno de estos grupos se dirigen a una sala para reflexionar en torno a una pregunta central:
 - ¿Qué aspectos de la atención temprana consideran los más graves o importantes que debería abordar el PIATA?
3. Plenario: Puesta en común de las reflexiones de cada grupo homogéneo, con la persona relatora de cada grupo como portavoz.
4. Grupos heterogéneos: Esta vez se busca la diversidad de los y las integrantes en cada grupo. Así, se distribuyen cada uno de los tipos de agentes en cuatro nuevas agrupaciones, buscando también la variedad en género y provincia de origen. En este momento, acompañados por las personas encargadas de la relatoría y la dinamización, se busca que lleguen a un consenso sobre cuáles son los principales problemas, necesidades y retos, lanzando la siguiente pregunta:
 - ¿Qué 3 problemas, 3 necesidades y 3 retos de los presentados en el diagnóstico preliminar y en las conclusiones de los grupos, consideráis los más importantes a abordar en el PIATA?

Los grupos, tanto homogéneos como heterogéneos, fueron dirigidos por una persona dinamizadora y otra relatora, que velaron por la correcta ejecución de la dinámica, el respeto de los tiempos de participación de cada participante y la recogida de los aspectos reflejados en cada grupo.

3. Síntesis de la dinámica de grupos homogéneos

A continuación, se muestran los elementos prioritarios por cada grupo homogéneo en las jornadas participativas celebradas para completar el diagnóstico preliminar.

3.1. Grupo 1. Personas de la academia, investigación y expertos/as

Este grupo estuvo conformado por personas convocadas de centros de investigación, universidades, personas catedráticas y otros tipos de expertos/as. Asistieron un total de 15, 6 hombres y 9 mujeres. Se consensuaron los siguientes problemas:

1. INVESTIGACIÓN. Fomentar la investigación:

- Establecer entre las líneas prioritarias, el I+D+i
- Priorizar en las convocatorias públicas de subvenciones a la investigación de las Consejerías responsables.
- Favorecer la investigación interdisciplinar (Ingeniería, neurociencia, musicoterapia, etc...) y la biosocioética sobre todo de datos y registros complejos y de la producción científica.

2. FORMACIÓN.

- Coordinar y homogeneizar los contenidos de Atención Temprana que se incluyan en los planes de estudio de Psicología, Fisioterapia, Logopedia, etc...
- También desarrollar e impartir programas de formación y guía a las familias, a los padres, madres y a los/las hermanos.
- Crear profesionales especialistas en Atención Temprana.
- Que los másteres sean de calidad contrastada. Certificados de calidad de la formación.

3.- SISTEMA DE CONCIERTO Y FINANCIACIÓN:

- Mejorar la retribución a los profesionales de los CAIT ya que es un trabajo duro y mal pagado. Se aprovechan de la vocación. Mejorar la dotación presupuestaria de los conciertos para hacerlo posible.
- Sólo se paga la intervención y hay muchas otras tareas que se realizan que no tienen repercusión en el coste. Esta situación hace inviable los CAIT pequeños con pocas plazas concertadas.

4.- FAMILIA: Mejorar el apoyo psicológico a la familia.

- En algunos CAIT están fuera del sistema de intermediación y deberían estar integradas en el proceso como un binomio inseparable. Hay evidencias contrastadas que esto es lo mejor.
- También incluir la etapa pre y perinatal en el apoyo desde las unidades neonatales con mejor dotación de personal y formado. Sobre todo, la fase de duelo perinatal con un protocolo de acompañamiento.

5.- EVALUACIÓN DEL PLAN PIATA: Evaluación y seguimiento del plan con una metodología rigurosa.

6.- CAIT: Se debería trabajar con la evidencia disponible y de forma homogénea en todas las provincias y en especial en los protocolos de atención.

Otras cuestiones que surgieron durante la puesta en común, fueron:

- ACCESIBILIDAD:
 - Mejorar la equidad en el acceso. La detección temprana por la familia y en los colegios.
 - Alumnado tarda en llegar a los CAIT, facilitar la derivación sin protocolos de RIESGO.
- Incorporar las TIC y los equipos móviles en el tratamiento.
- TRANSFORMACIÓN DIGITAL. Apuesta por las TIC, el big data y la IA.
- CALIDAD. Implicar a la Agencia de Calidad Sanitaria Andaluza o crear un observatorio de evidencias para evaluar la eficacia de las intervenciones.
- HOSPITAL. Mejorar los tiempos para el diagnóstico en las pruebas hospitalarias debido a la carga asistencial excesiva abriendo la posibilidad de subcontratar a los CAIT.
- CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES. Están fuera del sistema y algunos caen en el abandono.
- GOBERNANZA INTERSECTORIAL. Criterios comunes de cribado de detección y evaluación entre salud, servicios sociales y educación. Sobre todo, a partir de los 6 años. Atención integrada sociosanitaria.
- TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Que se le reconozca la pertenencia al equipo profesional por Ley.
- NORMALIZACIÓN. El sistema ha permitido que el modelo de intervención de la AT biopsicosocial en contextos naturales tenga un efecto colateral en la sociedad que permite la integración, la normalización y la detección precoz.

3.2. Grupo 2. Asociaciones profesionales.

En este grupo estuvo formado por representantes de asociaciones profesionales (sindicatos, colegios profesionales y asociaciones de centros de atención temprana). Participaron 18 personas, 8 de las cuales fueron hombres y 10 mujeres.

Los principales problemas en los que coincidieron las personas participantes fueron, en orden de aparición, los siguientes:

1. LISTA DE ESPERA. La **demora** en el diagnóstico y el acceso a las USN y CAIT, así como las cada vez más grandes listas de espera.
2. DESCOORDINACIÓN. La poca **coordinación** entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales, incluyendo la prácticamente nula interoperatividad de sus sistemas (Diraya, Séneca, Alborada). Se abordó la necesidad de tener una historia común a todos los sistemas.
3. SISTEMA DE REGISTRO. El sistema **Alborada** es obsoleto; rígido a la hora de anotar las sesiones, poco accesible. Es percibido como un sistema de fiscalización de los CAITs, pero poco operativo para la gestión de estos centros.

4. SISTEMA DE CONCIERTO ACTUAL:

- **Problemas laborales** de los profesionales de los CAIT: sobrecarga de trabajo; horarios; bajos sueldos; conciliación familiar; sistema de anotación de las sesiones; etc.
- Problemas de las **entidades** titulares de los CAIT: Sistema de financiación, pues la facturación está ligada al trabajo de cada profesional; incapacidad de gestionar los recursos como quisieran debido al pago por Unidades de Medida de Atención Temprana (UMAT) en vez de pagar por plaza o menor; existen pérdidas de beneficios cada vez mayores, pues la UMAT no sube a la vez que el coste de la vida y llevan varios años con el mismo precio.

5. FORMACIÓN:

- Falta de información y formación de los diversos **servicios ofrecidos por los diversos ámbitos** implicados.
- Reclaman mayor **formación** de los y las profesionales de todos los ámbitos (Salud, Educación y Servicios Sociales). En esta línea, consideran necesaria una mayor especialización en Atención Temprana de los diferentes profesionales que a ello se dediquen, además de la incorporación a los Equipos básicos de otras profesiones como la Terapia Ocupacional o el Trabajo Social.

6. HOMOGENEIDAD EN LA ATENCIÓN: Creen muy necesario el establecimiento de **protocolos homogéneos** para toda la Comunidad, así como la definición de la Cartera de servicios y de los perfiles profesionales existentes. Esto último es imperativo pues cada vez se dan más casos de intrusismo profesional.

En otra línea, también se abordaron los problemas de homogeneidad de las intervenciones directas con los y las menores en los centros, planteando de qué modo se podría conseguir mayor eficacia de dichas intervenciones mediante la introducción de elementos de evaluación, calidad y apoyo, y en última instancia, abordando la atención mediante un **modelo de procesos**.

3.3. Grupo 3. Grupo de movimiento asociativo de personas usuarias y familiares

Este grupo formado por personas que forman parte de asociaciones, federaciones y fundaciones de usuarios y familiares. Para este grupo había un total de 14 personas, 5 de las cuales fueron hombres y 9 mujeres. Los problemas y necesidades específicas que se consensuaron en este grupo fueron:

1. RECURSOS: La falta de recursos en el ámbito escolar dificulta la atención de los trastornos que no sean del lenguaje.

2. LISTAS DE ESPERA:

- Larga espera para recibir atención en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN), en los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT), especialidades, etc.:
 - en lo referido a la cantidad de personas menores en las listas
 - en lo referido a los tiempos de espera.
- Retraso en la detección de los trastornos del desarrollo por parte de las familias, de los/as profesionales de Pediatría y de los colegios.
- Las derivaciones a las USN dependen de los criterios de los/as pediatras.

3. PROFESIONALES: Se demanda una mejor valoración de los/las profesionales:

- mediante su reconocimiento como expertos/as
- protegiendo su estabilidad incorporando la subrogación en los contratos
- dando oficialidad a sus diagnósticos, estando éstos al mismo nivel que los expedidos por la Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ), Centros de Valoración y Orientación (CVO), etc.
- incremento de las categorías profesionales que integran el equipo básico.
- incorporación a los CAIT de la figura “gestor/a de casos” que centre su apoyo a las familias, con una preferencia por el perfil de Trabajo Social.

4. COORDINACIÓN:

- Falta de coordinación entre salud-educación-servicios sociales y de seguimiento.
- Se demanda poder grabar un mayor número de UMAT en Alborada por las sesiones de coordinación entre profesionales y con las familias.
- Se precisa el acceso a Alborada de todos los profesionales que intervienen con las personas menores y sus familias.
- Se precisa hacer interoperables los sistemas de información.
- Necesidad de hablar con el mismo lenguaje, unificando criterios, diagnósticos, etc.

5. MODELO: El modelo de atención temprana actual se percibe como rígido y se propone avanzar hacia un modelo de intervención centrado en el entorno que se adapte a las necesidades de cada familia, con especial atención al ámbito rural y a las dificultades de accesibilidad. El modelo exige la implicación de la familia.

6. TEA: El incremento de los casos de TEA requiere centrar esfuerzos en la atención a este trastorno.

- Se denuncia la diferencia existente en la atención a un niño o niña con TEA, dependiendo de si se realiza desde un centro generalista o desde un centro específico. El número de sesiones es mayor en un centro específico.
- Los centros específicos habrían de constituirse como centros de referencia de recursos, asesoramiento y apoyo al resto de los CAIT.

7. SISTEMA DE CONCIERTO:

- Se precisa una adecuación del precio/hora sesión, fijado en 2017.
- El gasto es insuficiente, según la Memoria económica la inversión no basta para alcanzar a la totalidad de población diana, el presupuesto debería aumentar hasta llegar a los 100 millones.

8. FAMILIA: Hay un vacío en la atención emocional a las familias.

9. MAYORES DE 6 AÑOS: Se precisa dar continuidad a la intervención más allá de los 6 años.

3.4. Grupo 4. Profesionales de CAITs y otros servicios de atención temprana

Este grupo aglutinó a profesionales del CAIT, de Unidades de Valoración, de Equipos de Orientación Educativa, del Servicio de Salud y de otros organismos que prestan servicios relacionados con la atención temprana. Participaron un total de 22 personas, 15 mujeres y 7 hombres. Los principales problemas que identificaron, fueron:

1. LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN TARDÍA. La detección tardía la relacionan con la falta de existencia de recursos para los y las menores escolarizados en el primer ciclo de educación infantil (0-3 años). Este grupo de menores no cuentan con recursos en el ámbito educativo por lo que se pierde una vía de detección muy importante, al depender únicamente de pediatría de atención primaria o de las familias, en su caso.
2. LISTAS DE ESPERA:
 - Demora en la atención, tanto en las USN como en los CAIT.
 - Necesidad de recursos humanos tanto en los Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT) como en las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo (USN), atendiendo a la población de cada provincia.
3. CALIDAD: La falta de evaluación de la calidad de la intervención que reciben las personas menores y sus familias (esta evaluación no debe recaer en los y las profesionales que trabajan directamente con ellos).
4. COORDINACIÓN:
 - La falta de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención temprana (ámbito educativo, sanitario y de servicios sociales).
 - La ausencia de protocolos estandarizados.
 - La falta de acceso a Alborada por parte de todos/as los/as profesionales que intervienen en la atención así como la falta de interoperabilidad entre los distintos sistemas de información.

5. MAYORES DE 6 AÑOS: La necesidad de ampliar la intervención más allá de los 6 años ya que la mayoría de los/as menores atendidos precisan continuar con las terapias una vez cumplida esa edad.
6. DIAGNÓSTICOS: La falta de un lenguaje común a la hora de establecer un diagnóstico.
7. SISTEMA DE CONCIERTO:
 - La excesiva carga burocrática de los/as profesionales de los CAIT que repercute directamente en la atención que reciben las personas menores.
 - La excesiva fiscalización de los CAIT que hace necesario revisar la actual forma de financiación del sistema.
 - La inflexibilidad y rigidez tanto del sistema Alborada como de la administración que no se adecúa a las necesidades específicas de las personas menores y sus familias, imponiendo un número de UMAT máximas que pueden grabar para posteriormente facturar.
8. FORMACIÓN: Necesidad de formación dirigida tanto a los/as profesionales, que permita su reciclaje, como a las familias, para facilitarles herramientas que le permitan ofrecer una mejor atención a sus hijos/as.

4. Síntesis de la dinámica de grupos heterogéneos

a. Problemas principales detectados:

Los **PROBLEMAS** principales consensuados fueron:

- Desactualización de Alborada y desconexión de los sistemas de información y de las bases de datos del resto de agentes implicados en Atención Temprana.
- Rigidez del modelo de atención temprana y de los sistemas que lo sostienen.
 - Exceso de burocracia, desinstitucionalización.
 - Dificultades con el sistema de información
 - Procedimientos utilizados en los CAIT poco clarificadores
 - El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades de las familias.
- Desactualización del sistema de **financiación** del concierto con los CAITs:
 - El sistema de registro por sesiones no se adaptan a la diversidad de servicios que prestan los CAITs.
 - La financiación resulta escasa. Los 28€ que se abonan por sesión son insuficientes, especialmente si se tiene en cuenta que hay que pagar a los/las psicólogos/as conforme a un nivel 3.

- La **demora** en la detección y la derivación a las USN y, por ende, el acceso a los CAIT y a otros recursos.
- **Inequidad en el acceso** a los recursos, especialmente de las familias que viven en un entorno rural.
- Heterogeneidad en las intervenciones que se realizan con las personas menores y sus familias en los CAIT, dependiendo del territorio o provincia donde se encuentre ubicado el centro.
- El **fin de la atención** a los 6 años.

b. Necesidades y carencias detectadas:

- **Capacitación y formación basada en la evidencia**, con protocolos estandarizados y de calidad siguiendo un modelo biopsicosocial.
- Faltan **recursos materiales, económicos y profesionales**.
- Los/las profesionales precisan de una **formación más específica** y de un acompañamiento y dotación de recursos.
- Ausencia de mecanismos de verificación de la **calidad de la formación** que reciben los/as profesionales.
- Puesta en marcha la Comisión Técnica y el Consejo de Atención Temprana que dice la Ley.
- **Condiciones laborales** dignas de las y los profesionales de los CAIT.
- Implementación de **protocolos**
- **Continuidad** en el proceso de atención temprana desde todos los sistemas, abarcando, en su caso, más allá de los 6 años.
- **El modelo de intervención no** responde a las necesidades de las personas menores y sus familias y que ponga el foco en una intervención centrada en el entorno natural. Es necesario un modelo más humanizado
- Falta intervención en personas menores que se encuentren en el rango de **edad de 0- 3 años**.
- Hay profesionales esenciales que no se incluyen en el equipo básico del CAIT. **Ampliar el equipo básico** de los Centros de Atención e Intervención Temprana según lo establecido en el Libro Blanco de Atención Temprana (trabajadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, profesionales pedagogía...), además de dar mayor visibilidad y apoyo a los profesionales de los sectores educativo y de servicios sociales

c. Retos, desafíos a los que se debe enfrentar el sistema de atención

- Planificación organizativa. Coordinación de base en protocolos, carteras de servicios, etc... en educación, servicios sociales y salud, con una dinámica de comunicación de 360 grados en todos los estamentos, en el diagnóstico y con Alborada.
- Equipos de atención centrados en las familias. Modelos de gestión estandarizados. Apuesta por la humanización.
- Plan de acción sostenible, coordinado y adecuadamente dotado.
- Romper la torre de babel de la **codificación diagnóstica**.
- **Zonas rurales** accesibles en equidad y con igualdad de oportunidades de forma global.
- **Mesa Técnica** con representantes de todos los sectores implicados, no solo para el seguimiento y evaluación del PIATA, sino para el asesoramiento y establecimiento de protocolos de revisión y mejora del sistema de Atención Temprana
- **Base de datos** funcional y accesible que, además, pueda ser fuente de información para la innovación y la investigación
- Presupuesto, para una financiación suficiente que se adapte a la realidad actual.
- Adaptación de los curriculum de las carreras universitarias, de la formación de postgrado y de la formación continua vinculada a la atención temprana, incluyendo la mejora de la formación del profesorado de primer y segundo nivel de infantil.
- Procesos asistenciales integrados y revisados.
- Sin listas de espera tanto en el acceso a las USN como a los CAIT.

d. Otros Problemas, Necesidades y Retos que se abordaron en los grupos

Aunque no fueron los priorizados, a continuación se añaden otros PNR que en los subgrupos fueron nombrados por alguno de sus participantes.

Otros problemas

- Apoyo cercano a las familias de exclusión social.
- Acompañamiento familiar – flujograma.
- Diversidad de sistemas **diagnósticos** (ODAT, DSM, CIE, Educación) y falta de consenso en la aplicación de criterios diagnósticos, además de la desactualización del sistema ODAT y la necesidad de determinar verdaderos diagnósticos funcionales.

- Falta de **recursos** en general: profesionales, técnicos, materiales, organizativos,...
- Diferencias notables en las condiciones materiales de los CAIT: aspectos estructurales, mantenimiento, equipamiento, innovación, etc.
- La escasa evidencia científica disponible en los tratamientos de atención temprana.
- La falta de protocolos interprovinciales.
- La ausencia de investigación en enfermedades raras.
- Las precarias condiciones laborales de los y las profesionales de los CAIT (salarios bajos, carga de trabajo excesiva...)

Otras necesidades

- Terapeutas ocupacionales como agentes de cambio.
- Evaluación del PIAT con indicadores estandarizados.
- Especialización de los profesionales y convenio propio de los profesionales del sector.
- Revisión de la cartera de servicios global.
- Procedimientos coordinados entre profesionales, ágiles y efectivos.
- Investigación de nuevos modelos de intervención.
- Conseguir formación de calidad en Atención Temprana fomentando la de carácter universitario y descartando aquellas promovidas por entidades poco fiables y no ligadas a este ámbito.
- Definir los roles profesionales.
- Mayor continuidad del trabajo del CAIT a la escuela, realizando, incluso, la intervención en la propia escuela, el contexto o ámbito más cercano y natural de cada menor.
- Mayor equidad en el acceso a los distintos recursos.
- Apoyar a las familias afectadas en los aspectos psicológicos, técnicos o administrativos, desde el primer momento, incluso en las etapas previas, como el embarazo.
- Dar mayor maniobrabilidad y capacidad de gestión a los propios CAIT, sustituyendo el sistema de UMAT por el de plaza.
- Realizar diagnósticos en los propios CAIT, lo que lleva a una mayor formación especializada de los profesionales.
- Necesidad de incorporar a los equipos la figura “gestor/a de casos”: que acompañe a las familias en todo el proceso; que apoye en las transiciones y que de soporte a las familias con mayores dificultades; fortaleciendo el trabajo social que se realiza con las familias.
- Unidades de duelo para la prestación de apoyo psicológico.
- Historia única (salud-educación-servicios sociales).
- Falta de estándares de calidad aplicables a todos los CAIT.

- Necesidad de dar cobertura al 100% de la población diana. Existen más de 13.000 menores a los que no llega la cobertura de los servicios de atención temprana. La cobertura está en torno al 7,5% cuando debería estar en el 10% de las personas menores de 6 años.
- Ampliación de la participación del Tercer Sector en el Concierto Social.
- Diseñar investigaciones realistas.
- Existencia de un equipo especialista en diagnósticos complejos.
- Facilitar el acceso al sistema Alborada para todos/as los/as profesionales que intervienen en la atención a la persona menor y su familia.
- Establecer lenguaje común a la hora de diagnosticar unificando las distintas clasificaciones que se utilizan actualmente (ODAT, CIE, DSM o la utilizada en el ámbito educativo).
- Incluir el perfil profesional de fisioterapia y logopedia en las USN.

Otros retos

- Plan de formación en I+D basado en la calidad y la excelencia científica.
- Estudio de coste-plaza real.
- Coordinación total con Salud Mental.
- Crear una Historia única y común para las personas usuarias de la Atención Temprana
- Realizar evaluación y seguimiento de todos los y las menores incluso por encima de los 6 años
- Establecer nuevos y mejores diagnósticos funcionales, más allá de los establecidos en la ODAT, DSM y CIE.
- Promoción de la salud y sensibilización de la población para la toma de conciencia sobre la atención temprana.
- Prestación del servicio de atención temprana en los hospitales.
- Implicación de las familias en las reivindicaciones del sector.
- Reforzar la investigación en materia de atención temprana.
- Establecer criterios que regulen la verificación de la calidad de la formación que reciben los/as profesionales.

5. Debate y cierre

Para el cierre de la jornada, se abrió un turno de debate donde los responsables del plan contestaron a las preguntas y comentarios de las personas participantes. Se lanzaron reflexiones en torno a los siguientes temas:

- Mesas técnicas para resolver las incidencias del día a día o fortalecer el papel de las delegaciones provinciales.
- Aprovechar el bagaje de los CAIT como referentes.
- Seguimiento durante el embarazo de determinadas complicaciones que pueden dar lugar a trastornos del desarrollo.
- Atención a edades más tempranas.
- Contar con todos y todas las profesionales implicadas en la Atención Temprana de manera equitativa, entendiendo que todas las disciplinas son importantes.
- Estimulación precoz en atención hospitalaria. En algunas unidades de neonatología se aplica atención temprana, pero no se sabe los efectos e impactos de estas intervenciones. Por lo que es importante la evaluación y feedback desde otros niveles, para saber la efectividad de estas intervenciones.
- La importancia de visibilizar diferentes síndromes y enfermedades que aparecen en los primeros años, pero que tendrán consecuencias a lo largo de toda la vida, como el síndrome alcohólico fetal. La unidad de referencia está en el Hospital Virgen de la Macarena, puede derivarse de toda Andalucía, pero solo se atiende hasta los 18 años.
- Existen problemas urgentes que es necesario abordar: nueva licitación, alborada no es útil, absentismo de las familias, etc.

Anexos I: Programa de las Jornadas

Escaleta Jornadas participativas de PLAN ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Etapa	Cómo	Recursos	Quien	Hora	Min
Recepción de asistentes	Mesa en el hall con dos/tres personas tomando nota de quien acude y dando las cartulina e indicando el grupo primero	Listas asistentes, cartulinas de colores para subgrupos (fichas de cartón de colores)	Oficina técnica PIATA	9:00	30'
Sala Plenario					
Bienvenida e introducción sobre el plan estratégico	Bienvenida Introducción: quienes estamos aquí y para qué		SG Humanización Fco Javier Vázquez Granado	9:30	20'
Calendario del Plan Diagnóstico	Presentación sucinta de que va el Plan y los plazos previstos. Introducción de por qué estamos aquí: elaborar un plan y la fase en la que estamos.	Paso al vídeo del diagnóstico preliminar (12')	Esther Garrido Sánchez (Coordinadora del Plan)	9:50	8'
	Diagnóstico preliminar.				12'
Distribución de grupos	Explicación de la dinámica grupal, objetivo de las jornadas y división por grupos homogéneos.	Listas de grupos y sus salas	Mar Herrera IAAP	10:10	10'
Separación en grupos por grupos homogéneos (de aprox. 20/22 personas, con una persona dinamizadora y otra relatora)					10'

<p>Trabajo en grupos homogéneos</p>	<p><u>Explicación de la metodología y objetivos de la dinámica: 5'</u> <u>Distribución en grupo. 5'</u> Preguntas para la discusión: Independiente mente de los datos incluido en el diagnostico preliminar ¿Qué aspectos de la PROBLEMETICA DE la ATENCIÓN TEMPRANA consideráis los más graves o importantes que debería abordar el plan estratégico en los próximos años? <u>Trabajo individual: 5'</u> <u>Trabajo en subgrupos</u> de 4 o 5 personas: 20' (habrá un portavoz por cada subgrupo) <u>Exposición del portavocías y debate de todas las personas: 25'.</u></p>	<p>Papelógrafo, rotuladores gruesos (por cada grupo)</p>	<p>Personas dinamizadoras y facilitadoras</p>	<p>10:20</p>	<p>60'</p>
<p>Desplazamiento al café</p>				<p>11:20</p>	<p>5'</p>
<p>Café, descanso (a cargo del promotor)</p>				<p>11:25</p>	<p>30'</p>
<p>vuelta sala plenaria</p>				<p>11:55</p>	<p>5'</p>

Exposición de los grupos	Presentación de resultados de cada grupo por parte de la persona relatora (5' cada una)	Papelógrafo, rotuladores gruesos	Coordina Alicia Núñez (IAAP) Participan las personas relatoras	12:00	25'
Exposición de la dinámica siguiente y de las diferencias entre PNRs.	Exposición de la dinámica siguiente y de las diferencias entre PNRs.	Presentación	Mar herrera (IAAP)	12:25	10'
Separación en grupos por grupos heterogéneos (de aprox. 20/25 personas, con una persona dinamizadora y otra relatora)					5'
Análisis de problemas, necesidades y retos en grupos heterogéneos	<p>Explicación de la dinámica: 5'</p> <p>Pregunta para la discusión:</p> <p>¿Qué 3 problemas, 3 necesidades y 3 retos de los presentados en el diagnóstico preliminar y en las conclusiones de los grupos, consideraréis los más importantes a abordar en el PIATA?</p> <p>Reflexión individual: 5'</p> <p>Trabajo subgrupo (4 o 5 personas): 3</p> <p>Problemas/3 necesidades/ 3 retos: 20'</p> <p>Puesta en común: 20'</p> <p>Acuerdo: 15'</p>	Papelógrafos, rotuladores gruesos, fichas de reflexión previa Carteles para la pared con conceptos clave y ejemplos de PNR.	Personas dinamizadoras y relatoras	12:40	60'
Unión de grupos heterogéneos en la sala de plenario					10'

Puesta en común	Presentación de conclusiones de los grupos heterogéneos por parte de la persona relatora	Papelógrafo, rotuladores gruesos	Coordina Mar Herrera (IAAP) Participan las personas relatoras	13:50	25'
Debate	Debate Compromiso de envío de las conclusiones		Esther Garrido, Daniel Fito y Maria Salas Coordina el IAAP.	14:15	30'
Cierre	Despedida y cierre		Jose Loaiza, Director IAAP	14:45	15'

Anexo II: Listado de asistentes

	Nombre y Apellido de Asistente	Entidad/Organismo
1	Alvarez Pérez Rosa	FAA. Federación Andaluza de Trastornos del Espectro Autista
2	Barriga Cabanillas Guadalupe	Colegio de Terapeutas ocupacionales de Andalucía
3	Begara De la Fuente Manuel	SAS - PEDIATRA
4	Caba Roldán Gonzalo	ASOCIACIÓN PATRONAL ANDALUZA DE ATENCIÓN TEMPRANA.
5	Caballero Díaz M ^a Paz	Directora EVO Sevilla
6	Caballero José Antonio	Asociación TAKIWATANGA de familiares de niños y niñas de trastornos del desarrollo
7	Campuzano Fernández Rosalía	DT CSC - Consultora AT
8	Cañete Torralbo Paqui	Asociación de Centros de Atención Temprana de Málaga ACAIT MÁLAGA
9	Casares Landauro Laura	CAIT SJD Córdoba. Pedagoga - coordinadora CAIT
10	Casquero Arjona Dolores	UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
11	Castro Rodríguez Francisco	EDUCACIÓN - CEIP Pedro Garfias - Pedagogo
12	Collado Vallejo Domingo	Asociación de Centros de Atención Temprana de Málaga ACAIT MÁLAGA
13	Cortés Hoyos María	Fundación AK Guerrero
14	De Jaime Revuelta Elena	SAS - PEDIATRA
15	De Medina Alejandro Jesus	UNIVERSIDAD DE SEVILLA
16	Del Castillo Aguas Guadalupe	Asociación Española de Pediatría - Sevilla
17	Elosegui Bandera Eduardo	UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
18	Escot Castaño María	Colegio de Psicólogos de ANDALUCÍA Occidental
19	Estudillo Rivas M Jesús	FAMILIARES
20	Fernández Díaz María José	EDUCACIÓN - CEIP Pedro Garfias - Dirección

21	Fuentes Gutiérrez Virginia	UNIVERSIDAD DE JAÉN
22	García Criado Rocío	EDUCACIÓN - EOE
23	García Jimenez Nieves	UGT
24	García Robles Manuel	Consejo Andaluz de Colegios Profesionales de Trabajo Social
25	Gil Sánchez Miguel	Colegio Fisioterapeutas de Andalucía
26	Guerrero González Miguel	AYUNTAMIENTO SEVILLA - Pedagogo
27	Guerrero León Antonio	Fundación AK Guerrero
28	Gutiérrez Corbaran María	Asociación de familias afectadas por el síndrome alcohólico fetal (AFASAF)
29	Gutiérrez Fuentes Virginia	Asociación TAKIWATANGA de familiares de niños y niñas de trastornos del desarrollo
30	Gutiérrez Miriam	CAIT LEBRIJA
31	Ivison Castaño Inmaculada	Colegio Fisioterapeutas de Andalucía
32	Jiménez Andrés Patricia	SSCC Asesora Técnica. Coordinadora Terapias ocupacionales SAS
33	Jimenez Calvo Daniel	ASSDA - SC - EXDIRECTOR DEL PLAN MENORES 6 AÑOS
34	Jimenez Cañas Juan J	DISCAPACIDAD - EVO - Córdoba
35	Lara M Eugenia	DT CSC - Consultora AT
36	Lorca Marín Jose Andrés	UNIVERSIDAD DE HUELVA
37	Lozano Torres Pedro	ASOCIACIÓN PATRONAL ANDALUZA DE ATENCIÓN TEMPRANA.
38	Mancera Pinilla Juan Francisco	CAIT ASPROMIN - Fisioterapeuta y coordinadores
39	Mantero Castro M Carmen	FUTURO SINGULAR - Plataforma de representación, defensa y acción social en beneficio de la personas con discapacidad y sus familiares
40	Marquez Peinada Isabel	FEDERACION ASPACE ANDALUCÍA - CERMI
41	Mayorga Aparicio Mercedes	ASPAS - Sevilla - Aspas Asociación Provincial de Padres y Amigos de los Sordos
42	Molina Antonio	Down Andalucía
43	Molina García Elena	UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

44	Montes Lozano Armando	CAIT SJD San Rafael - Psicólogo CAIT
45	Motrico Martínez Emma	UNIVERSIDAD LOYOLA
46	Muñoz García Lucía	UNIVERSIDAD PABLO OLAVIDE - Socióloga
47	Olmedo Jiménez José Antonio	Colegio de Psicólogos de ANDALUCÍA Oriental
48	Pablo Moreno Soraya	Asociación Autismo Sevilla
49	Peinado Castellano Rosa María	CAIT SJD Córdoba. Fisioterapeuta
50	Pérez Campina Rocío	Asociación Española de Enfermeras Especialistas en Salud Mental.
51	Pérez Oliva Josefa de la Paz	Colegio de Logopedas de Andalucía
52	Pineda Alguacil Inmaculada	Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al TDAH.
53	Ramírez Navarro M José	ATAI - Asociación Interprofesional de Atención temprana de Andalucía
54	Reyes Jurado Maria Carmen	ASSDA - DT
55	Rico Nestares Concepción	Asociación de Empresas de Ortopedia Técnica de Andalucía
56	Ríos García M José	ASPAS - Sevilla - Aspas Asociación Provincial de Padres y Amigos de los Sordos
57	Rodríguez Meirinhos Ana	UNIVERSIDAD LOYOLA
58	Romanos Armando	C. de Salud
59	Romero Sánchez Jéssica	
60	Ruiz Cernadas Cinta	PLENA INCLUSIÓN
61	Ruiz Veguilla Miguel	UNIVERSIDAD DE SEVILLA - SAS
62	Sánchez Gómez Serafín	SAS - Audioprotesista - Programador Implantes cocleares
63	Sánchez Jiménez M Teresa	UNIVERSIDAD DE SEVILLA - SAS
64	Sánchez Raya Araceli	UNIVERSIDAD CÓRDOBA
65	Sánchez Sánchez Francisca	Sociedad de Especialistas en Psicología Clínica de Andalucía (SEPCA)
66	Solanellas Soler Juan	UNIVERSIDAD DE SEVILLA - Otorrinolaringologo

67	Tena García Beatriz	Hospital Virgen Macarena- Unidad Hipoacusia-
68	Torres Serrano José Antonio	EDUCACIÓN - EOE
69	Valencia Pino Juan Andrés	ATAI - Asociación Interprofesional de Atención temprana de Andalucía
70	Zarza Alonso Lucía	CAIT ASPROMIN - Logopeda
71	Wilmart Peggy	CAIT Autismo Sevilla



**Informe del Árbol de Problemas
para la elaboración del PLAN
INTEGRAL DE ATENCIÓN
TEMPRANA DE ANDALUCÍA
(PIAT 2024-2028)**





Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

Caminemos juntos por la ATENCIÓN TEMPRANA en ANDALUCÍA.

INFORME DEL ÁRBOL DE PROBLEMAS

OFICINA TÉCNICA DEL PLAN INTEGRADO DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT-A) – Consejería de Salud y Consumo.

22/03/2024

INTRODUCCIÓN

En el marco de la elaboración del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía y partiendo del Documento del Diagnóstico y sus informes anexos en su versión del 15 de marzo de 2024, tuvo lugar un taller participativo con los integrantes del servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo y colaboradores de la Oficina Técnica del PIAT cuyos principales objetivos eran los siguientes:

1. Identificación de principales problemas y reordenación de los PNR de las Jornadas Participativas del PIAT.
2. Jerarquización de los 6 problemas principales.
3. Sacar la relación de causas y consecuencias de los 6 principales problemas mediante la metodología y representación de los árboles de problema.

1.- IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS Y REORDENACIÓN DE LOS PNR DE LAS JORNADAS PARTICIPATIVAS DEL PIAT.

Existe un aumento progresivo en la demanda a los servicios de atención temprana a lo largo de los años analizados. A pesar del aumento de los recursos (tanto humanos como económicos) aún no se llega a atender al total de la población diana, existiendo grandes desigualdades provinciales que habrá que analizar en profundidad.

Existe también un aumento en la prevalencia de trastornos del desarrollo en el sexo masculino respecto al femenino. Las diferentes características y el desconocimiento de la presentación de los signos y síntomas en las niñas pueden estar contribuyendo a su infradetección.

Los diagnósticos trastornos más prevalentes son en primer lugar los trastornos del lenguaje y la comunicación, a los que le siguen el retraso evolutivo y el trastorno del espectro del autismo. Se mantienen estables en el tiempo los factores de riesgo biológicos pre, peri y posnatales. Existen amplias diferencias en la codificación de los mismos tanto por parte de pediatras, como de USN y CAIT y a nivel provincial. No se usa el mismo lenguaje por parte de atención temprana, salud mental o educación, creando confusión e incertidumbre.

Las familias son en su mayoría las que detectan con mayor frecuencia las primeras señales de alerta en el desarrollo. El desconocimiento por parte de los y las profesionales y su minusvaloración limitan el acceso al proceso de atención temprana generando gran cantidad de estrés y ansiedad familiar.

La demora para la valoración por parte de las USN y la posterior atención en CAIT es señalada, tanto por parte de las familias como por los y las profesionales, como el mayor problema existente en la Atención Temprana. Se hace necesario el ajuste de los recursos y protocolos a la demanda actual.

El sistema de gestión e información de Atención Temprana, Alborada, no permite la interoperabilidad con los sistemas de otros servicios, limitando la coordinación y el traspaso de información, que es demandada tanto por las familias como por los y las profesionales para poder ofrecer una atención integral.

Las familias están implicadas, en su gran mayoría, en la intervención y valoran muy positivamente las actuaciones que se realizan desde los CAIT, pero reclaman mayor presencia y participación para su capacitación.

En las jornadas participativas¹ para la elaboración del I PIAT-A se consensuan como **principales problemas** la desactualización de Alborada y la desconexión con otros sistemas de información, la rigidez en el modelo de atención temprana y de los sistemas que lo sostienen, la desactualización del sistema de financiación del concierto con los CAIT, la demora, la inequidad en el acceso a recursos especialmente para familias que viven en el entorno rural, la heterogeneidad en las intervenciones y el fin de la atención a los 6 años.

Se plantean como **principales carencias y necesidades** detectadas la capacitación y formación basada en la evidencia, específica y de calidad, la falta de recursos materiales, económicos y profesionales, con ampliación de los equipos básicos de los CAIT hacia otros perfiles, la mejora en las condiciones laborales de los profesionales, la implementación de protocolos y modelos de atención más humanizados, mejora la atención en el rango de edad de 0 a 3 años y la continuidad más allá de los 6 años.

Se establecen como **retos** a los que se debe enfrentar el sistema de atención temprana, la planificación organizativa, el modelo de atención centrado en la familia, la equidad y la igualdad de oportunidades, el establecimiento de una misma codificación diagnóstica y una base de datos funcional y accesible, el ajuste de presupuestos, acabar con las listas de espera, la revisión de los procesos asistenciales y la formación en atención temprana de los grados universitarios, postgrados y formación continuada, especialmente para el profesorado de primer y segundo ciclo de educación infantil.

PROBLEMAS – P

P1.- Aún no se alcanza la **atención** a la población teórica esperada (7,54% de niños y niñas atendidos en CAIT a lo largo de 2022).

P2.- En la actualidad, el sistema de información **ALBORADA** no permite el **acceso** a todos los documentos que se generan, ni permite **compartir** datos con ningún otro sistema de forma **interoperativa en tiempo real** (P*).

P3.- Alborada es percibido por los/las profesionales como una herramienta de control y fiscalización de la administración, más que una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación con otros profesionales, no siendo percibida su utilidad para la mejora de la calidad del servicio ni para obtener datos de interés (P*).

¹ Oficina Técnica PIAT – IAAP. Informe de Síntesis de la Jornadas Participativas del PIAT. IAAP. 4/3/2024.

- P4.-** La **historia social única electrónica (PROGRESSA)**, que contiene la información social (**discapacidad y dependencia**) de los niños y niñas valorados, no es accesible por el sistema de AT, ni por el de Salud (**DIRAYA**). Además, al no disponer de un identificador común, no es posible realizar el cruce de datos entre los diferentes sistemas (P*).
- P5.-** A pesar de los diferentes protocolos de coordinación publicados entre **educación** y salud, en la actualidad sólo la **coordinación de los EOE** y los especialistas de las **Delegaciones Territoriales** tienen acceso a Alborada.
- P6.-** Actualmente no es posible establecer un cruce de datos entre los programas de información **SÉNECA** y Alborada. En **SÉNECA** se cuenta con el **NIE (Número de Identificación Escolar)** que es el asignado a cada alumno o alumna desde el inicio de escolarización y Alborada utiliza el **NUHSA (Número Único de Historia de Salud en Andalucía)**.
- P7.-** Hay un aumento progresivo en el reconocimiento del **grado de discapacidad y de dependencia** a lo largo de los años estudiados, tal y como ocurre en AT, no siendo posible determinar los menores valorados que están siendo atendidos en otros servicios de educación o AT.
- P8.-** Muchas **familias se han sentido ignoradas** por los/las profesionales ante las primeras sospechas o señales de alerta de la existencia de un trastorno del desarrollo en sus hijos o hijas.
- P9.-** Los informantes clave argumentan la existencia de **problemas de infradiagnóstico** en base a la insuficiencia de recursos, que provoca **retrasos** en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de Atención Temprana.
- P10.-** El establecimiento de unos **criterios claros de derivación y la priorización** de la valoración, en función de la gravedad del diagnóstico previo, acorta los tiempos de espera y disminuye la variabilidad. Las **demoras** y el consiguiente retraso en la obtención de diagnósticos acrecientan en las familias la **incertidumbre** y la sensación de **tiempo perdido** (P*).
- P11.-** Con respecto a la **no idoneidad** para recibir intervención en un CAIT, se comprueba que las cifras aumentan a lo largo del tiempo, existiendo diferencia por sexo y provincia con mayor número de niñas, pudiendo traducir infradiagnósticos.
- P12.-** Existe una gran **variabilidad interprofesional** y entre las distintas provincias en lo que respecta a la **codificación diagnóstica** homogénea de la ODAT.
- P13.-** La ODAT se centra en la identificación de las necesidades específicas de los niños y niñas de 0 a 6 años que tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlos, mientras que los diagnósticos de **salud mental** se utilizan para identificar trastornos mentales. No existe un lenguaje común entre ambos servicios.
- P14.- Enfermedades Raras:** Con relación a la AT, aún no se puede construir el grupo de edad de 0 a 5 años. Se dispone de datos agrupados por los tramos de <1 año, 1-4 años y 5-9 años.
- P15*.- TEA:** El incremento de los casos de TEA requiere centrar esfuerzos en la atención a este trastorno. Se denuncia la diferencia existente en la atención a un niño o niña con TEA, dependiendo de si se realiza desde un centro generalista o desde un centro específico. El número de sesiones es mayor en un **centro específico**. Los centros específicos habrían de constituirse como centros de referencia de recursos, asesoramiento y apoyo al resto de los CAIT.
- P16.-** El **CAIT es el recurso de Atención Temprana mejor valorado** por las familias, no identificando el resto de los servicios como parte del sistema.
- P17.-** Se ha detectado una elevada **implicación de las familias** que reclaman mayor presencia y participación en las sesiones de intervención. Ponen de manifiesto que no se

incluyen de manera sistemática actuaciones sobre apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento (P*). El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades de las familias.

P18*.- En algunos CAIT están fuera del **sistema de intermediación con la familia** y deberían estar integradas en el proceso como un binomio inseparable.

P19*.- Incluir el **apoyo a la familia en la etapa pre y perinatal** desde las unidades neonatales con mejor dotación de personal y formado. Sobre todo, la fase de **duelo perinatal** con un protocolo de acompañamiento. **Atención emocional** a las familias. Apuesta por la humanización y el acompañamiento familiar.

P20*.- Mejorar la **equidad** en el acceso a los servicios, sobre todo en las zonas rurales y los **cribados de detección** temprana por la familia y en los colegios.

P21.- A pesar del incremento en los últimos años en la **inversión** destinada a la atención temprana, existen más de 2.700 menores a la espera de poder ser atendidos en CAIT, existiendo variabilidad interprovincial.

P22.- El **reparto de fondos** por provincia no presenta coherencia con el resto de datos analizados.

P23*.- Mejorar la **financiación**. El sistema de registro por sesiones (UMAT) no se adapta a la diversidad de servicios que prestan los CAIT. **Sólo se paga la intervención** y hay muchas otras tareas que se realizan que no tienen repercusión en el coste. Esta situación hace inviable los CAIT pequeños con pocas plazas concertadas. Hay un exceso de carga burocrática y fiscalización.

P24*.- Mejorar la **retribución y la conciliación a los profesionales** de los CAIT. Se aprovechan de la vocación. Mejorar la **dotación presupuestaria de los conciertos** para hacerlo posible.

P25*.- Mejorar los tiempos para el diagnóstico en las **pruebas hospitalarias** debido a la carga asistencial excesiva y abrir la posibilidad de subcontratar a los CAIT.

P26*.- Hay profesiones que no se han incorporado en la Ley al **equipo básico** como es el caso de la **terapia ocupacional o el trabajo social**.

P27*.- Escasez de recursos en el ámbito escolar para casos complejos.

P28*.- CALIDAD: La falta de evaluación de la calidad de la intervención que reciben las personas menores y sus familias (esta evaluación no debe recaer en los y las profesionales que trabajan directamente con ellos).

P29*.- Establecer **líneas prioritarias** de AT en los programas de I+D+i.

P30*.- Favorecer la **investigación interdisciplinar** (Ingeniería, neurociencia, musicoterapia, etc...) y la **biosocioética** sobre todo de datos y registros complejos y de la producción científica.

P31*.- Coordinar y homogeneizar los contenidos de Atención Temprana que se incluyan en los **planes de estudio** de Psicología, Fisioterapia, Logopedia, etc..., crear profesionales **especialistas** en Atención Temprana y que los **másteres** sean de calidad contrastada y certificada (N*).

P32*.- Desarrollar e impartir programas de formación y guía a las familias, a **los padres, madres y a los/las hermanos**.

P33*.- Apuesta por las **TIC, IA, Big Data, la transformación digital de la gestión y los equipos móviles** de tratamiento y seguimiento domiciliario.

P34*.- La escasa **evidencia científica disponible en los tratamientos** de atención temprana. Investigación de nuevos modelos de intervención.

P35*.- La ausencia de investigación en enfermedades raras.

NECESIDADES – N

- N1.-** Se estima que alrededor de un 10% de la población infantil tiene un Trastorno del Neurodesarrollo o riesgo de presentarlo con el consiguiente compromiso de salud, educativo o de interacción social, siendo necesario **ajustar la oferta de servicios a la prevalencia**.
- N2.-** Existen **desigualdades de género y distribución geográfica** que obligan a realizar un estudio más detallado de las posibles causas.
- N3.-** No se dispone de un sistema de **control y seguimiento de la continuidad asistencial** para conocer qué ocurre con la atención coordinada de las **personas usuarias después de los 6 años**. La salida del sistema genera en las familias gran angustia y preocupación (P*) (N*).
- N4.-** No se ha realizado una actualización y elaboración de nuevos **protocolos de coordinación** a nivel intra e intersectorial (P*) (N*).
- N5.-** No se ha constituido el **Consejo y la Comisión técnica** de AT que exige la Ley de AT de Andalucía (N*). Mesa Técnica con representantes de todos los sectores implicados, no solo para el seguimiento y evaluación del PIATA, sino para el asesoramiento y establecimiento de protocolos de revisión y mejora del sistema de Atención Temprana (R*).
- N6*.-** Se necesita crear mesas técnicas para resolver las incidencias del día a día o fortalecer el papel de las delegaciones provinciales.
- N7.-** Romper la Torre de Babel de la codificación diagnóstica. Se necesita establecer un registro con lenguaje común que permita conocer la prevalencia e incidencia de trastornos del neurodesarrollo tanto a nivel nacional como autonómico en comparación con otros países de nuestro entorno, para desarrollar las políticas adecuadas que eviten o minimicen su aparición (P*) (R*)
- N8.-** Existe la necesidad de ofrecer y establecer **modelos de proceso flexibles y protocolos de atención e intervención biopsicosocial, homogéneos y eficaces**, en todos los CAIT de Andalucía (P*).
- N9.-** Urge adecuar la **ratio de personal** a la demanda en aquellas USN y CAIT saturados en la actualidad (N*).
- N10.-** Para disminuir la demora en la evaluación y poder dar una respuesta a las familias en el plazo establecido según recoge la Ley de AT se necesitaría adecuar los recursos en función de la demanda a las diferentes USN y CAIT a nivel provincial y evaluar las diferentes causas que la motivan (P*).
- N11*.-** Necesidad de incorporar a los equipos la figura “gestor/a de casos”: que acompañe a las familias en todo el proceso; que apoye en las transiciones y que de soporte a las familias con mayores dificultades; fortaleciendo el trabajo social que se realiza con las familias.
- N12.-** Los/las profesionales no disponen de un programa estandarizado de **formación** con una calidad constatada y centrado en la coordinación interinstitucional para conseguir una atención y prestación de **calidad homogénea** en atención temprana en todas las provincias de Andalucía.
- N13.-** Se demandan programas de investigación que fomenten la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones en este sector. (P*)

RETOS – R:

- R1.-** A pesar del descenso progresivo de la natalidad en Andalucía se está generando una **mayor demanda de atención** por problemas de trastornos del desarrollo en menores de 6 años a la que el sistema tendrá que dar respuesta. Se puede comprobar la tendencia ascendente de las **derivaciones** de menores a las USN y a los CAIT durante estos años.
- R2.-** La actualización del sistema Alborada permitiría la **interoperabilidad** con otros sistemas y superar las deficiencias actuales (P*).
- R3.-** Los niños y niñas que están atendidos en **salud mental** y atención temprana conjuntamente deberían disponer de un diagnóstico clínico y funcional común.
- R4.-** Se deberían establecer cauces de **coordinación con salud mental** en todos los casos que lo requieran. De los menores de 6 años que acudieron en 2022 a los servicios de **Salud Mental** en Andalucía, un 59,43% estaban siendo atendidos en CAIT.
- R5.-** De las encuestas a profesionales de atención temprana realizadas se obtiene el dato de que las principales **fuentes de detección** de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y los/las profesionales del ámbito de la salud (35%). En tercer lugar, destacan los/las profesionales del ámbito educativo (18%). Los y las profesionales que trabajen con la infancia deberían ser conocedores de las primeras señales de alerta ante la posible existencia de un trastorno del desarrollo.
- R6.-** El incremento de diagnósticos de trastornos del lenguaje y la comunicación, el retraso evolutivo y los trastornos del espectro del autismo (entre los tres representan más del 75% de las ODAT atendidas den los CAIT) precisa una **adecuación de las plantilla en los CAIT**.
- R7.- Hipoacusias:** el cruce de datos entre los servicios de ORL y AT permitiría la comprobación de que todos los niños y niñas que han sido diagnosticados mediante el cribado auditivo son atendidos en AT y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la intervención en CAIT.
- R8.- Metabolopatías:** Falta el **cruce de datos** que nos permita conocer si los menores diagnosticados de metabolopatías que conllevan riesgo neurológico son finalmente derivados a AT, así como los tiempos de demora. El conocimiento de dichas enfermedades facilitaría la transmisión de información para analizar las posibles **derivaciones** a AT y el Plan de Intervención más adecuado para cada una de ellas.
- R9.-** El **diagnóstico más prevalente** en primer ciclo de **Educación infantil** es el retraso evolutivo grave o profundo con un total de 1.464 niños y niñas. El resto hasta 9.390 corresponden al segundo ciclo de Educación Infantil. El incremento de las políticas públicas destinadas a las personas menores en primer ciclo de educación infantil, permitirá la detección de trastornos del desarrollo a una edad más temprana.
- R10.-** El aumento de la **inversión** destinada a la Atención Temprana permitirá dar respuesta a toda la demanda existente de atención en los CAIT.
- R11*.- Planificación organizativa. Coordinación** de base en protocolos, carteras de servicios, etc... en educación, servicios sociales y salud, con una dinámica de comunicación de 360 grados en todos los estamentos, en el diagnóstico y con Alborada. Procesos asistenciales integrados y revisados.
- R12*.- Plan de acción** sostenible, coordinado y adecuadamente dotado.

NOTA: Aquellos PNR surgidos en las conclusiones de las jornadas participativas se señalan con un asterisco. Y aquellos que ya disponíamos de los anteriores análisis y han sido ratificados por las personas que colaboraron en los grupos de trabajo de las Jornadas Participativas, se señalan con (P*) (N*) (R*).

2.- JERARQUIZACIÓN DE LOS 6 PROBLEMAS PRINCIPALES:

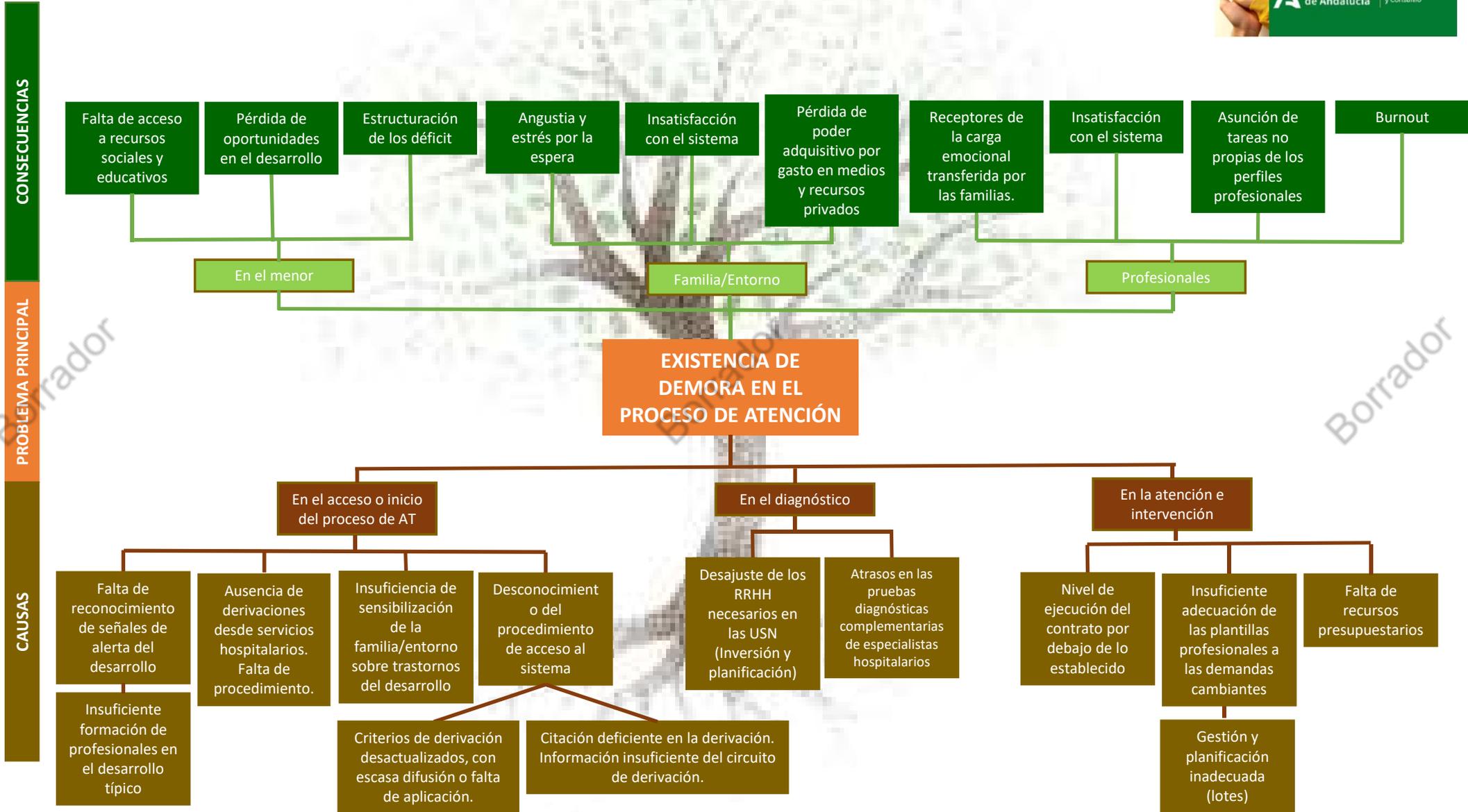
- 1. EXISTENCIA DE DEMORA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN**
- 2. DEFICIENCIA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA AT**
- 3. EL SISTEMA ACTUAL RESPONDE DE MANERA INSUFICIENTE A LAS NECESIDADES FAMILIARES**
- 4. FALTA DE HOMOGENEIZACIÓN DE PROTOCOLOS, SERVICIOS Y CRITERIOS DE CALIDAD**
- 5. FALTA DE CONSENSO EN ONTOLOGÍA Y TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA (Torre de Babel)**
- 6. FALTA DE EQUIDAD EN LA ATENCIÓN TEMPRANA**

3.- REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ÁRBOLES DE PROBLEMA

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en forma de árboles de problemas con sus problemas, causas y consecuencias asociados correspondientes.

La oficina técnica incorporará los resultados al **Documento del diagnóstico definitivo** del que se ha partido para la celebración del taller.

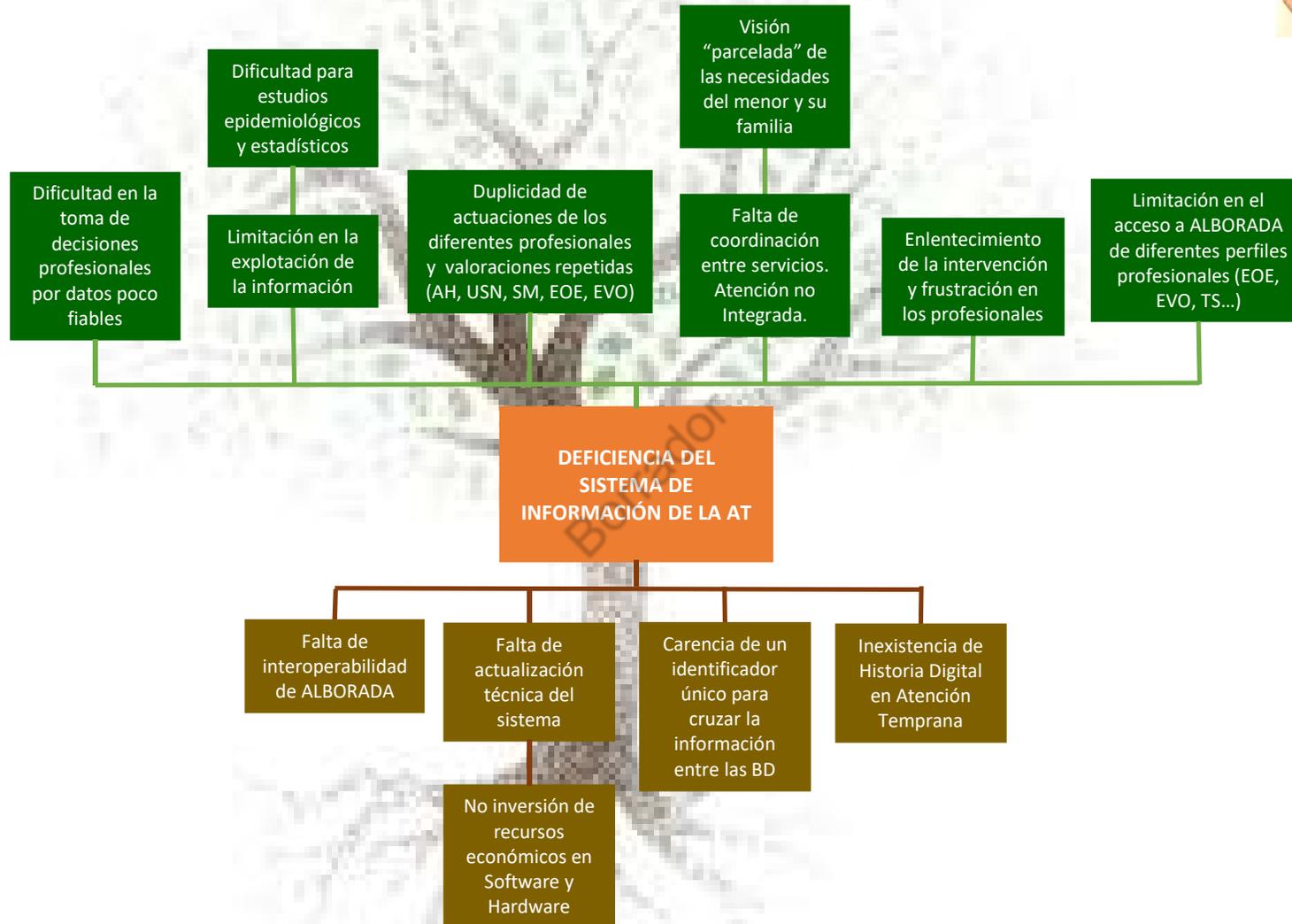
Árbol de problemas del PIAT-A - 1



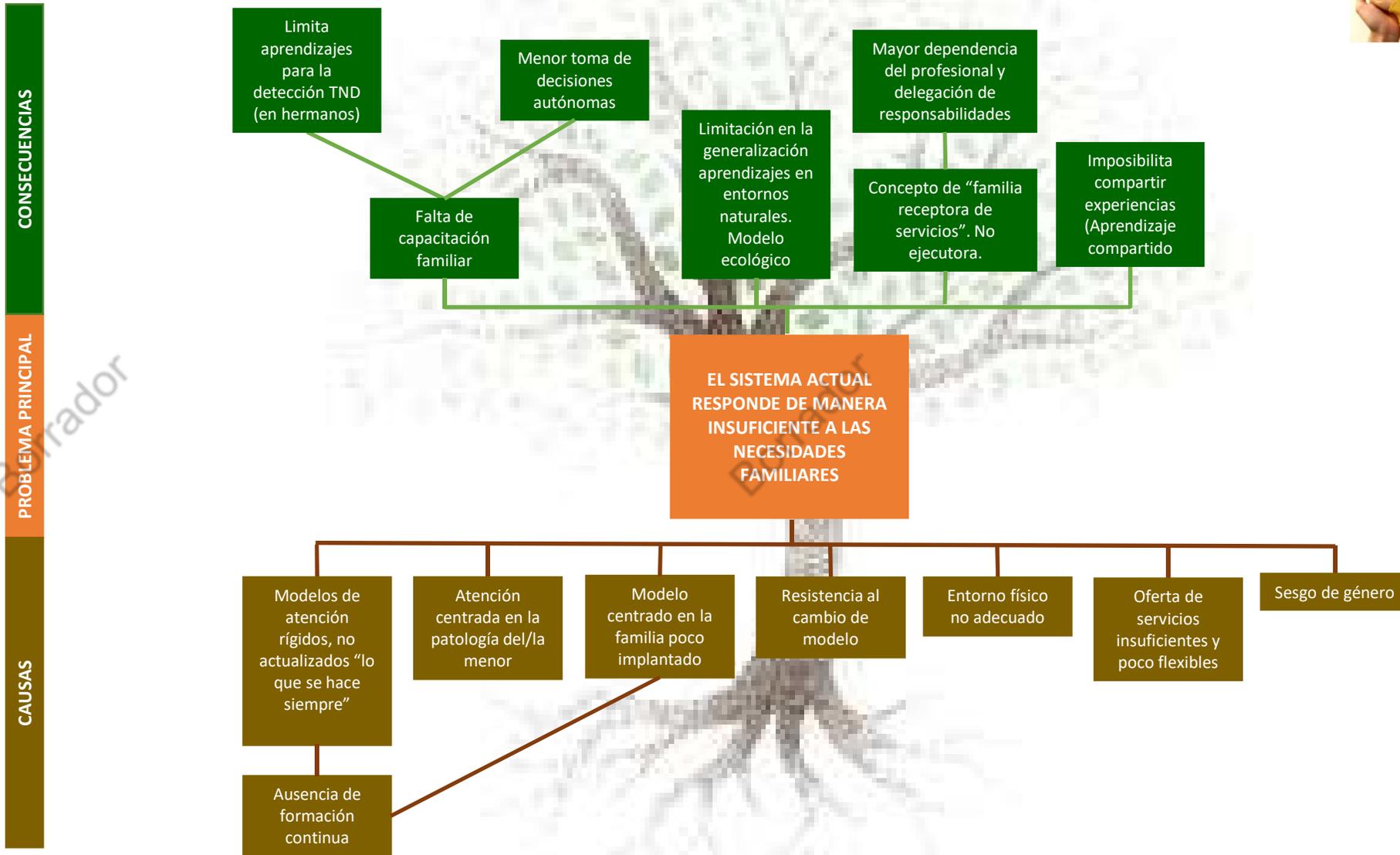
Árbol de problemas del PIAT-A - 2



CONSECUENCIAS
PROBLEMA PRINCIPAL
CAUSAS

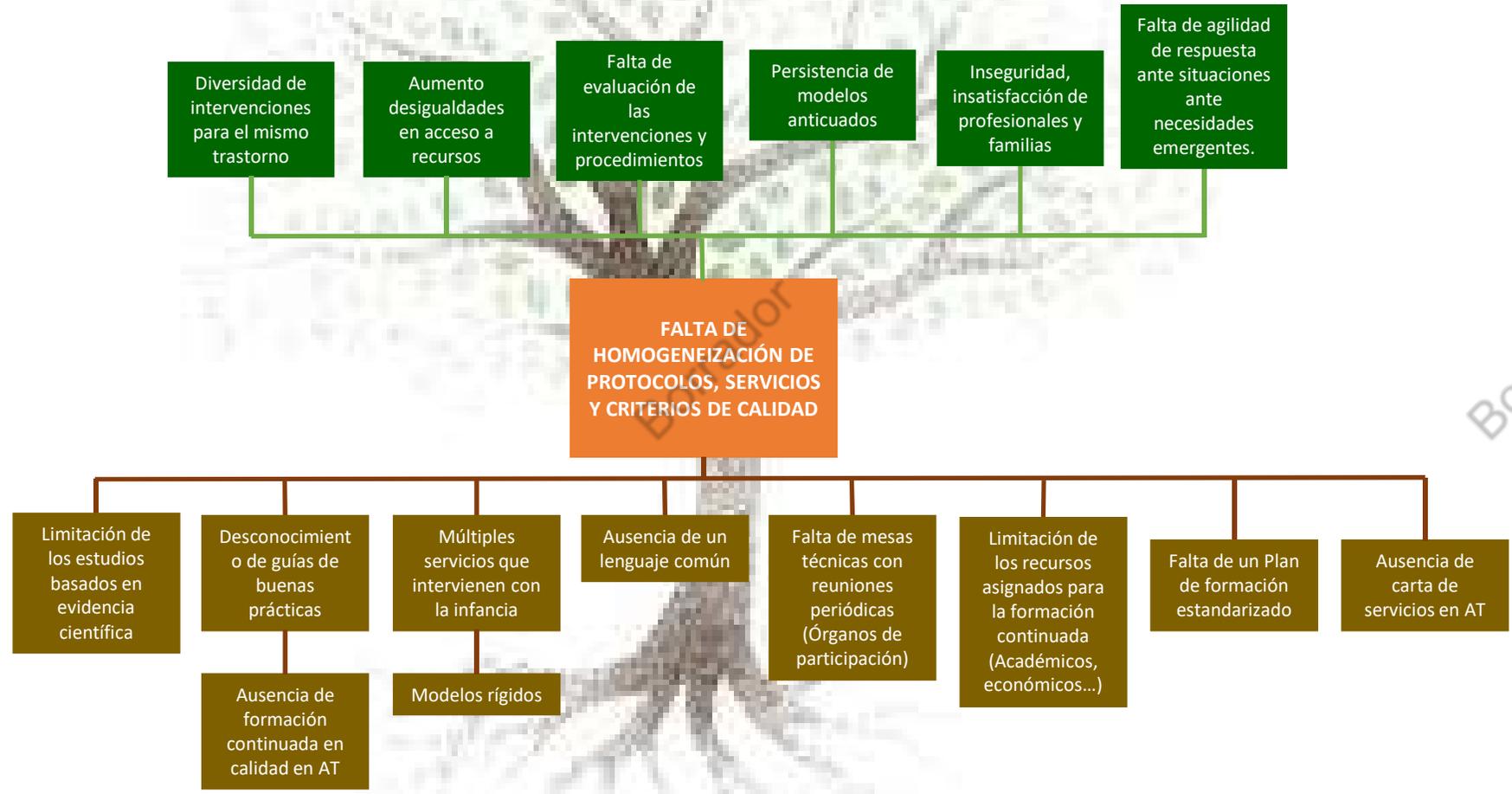


Árbol de problemas del PIAT-A - 3



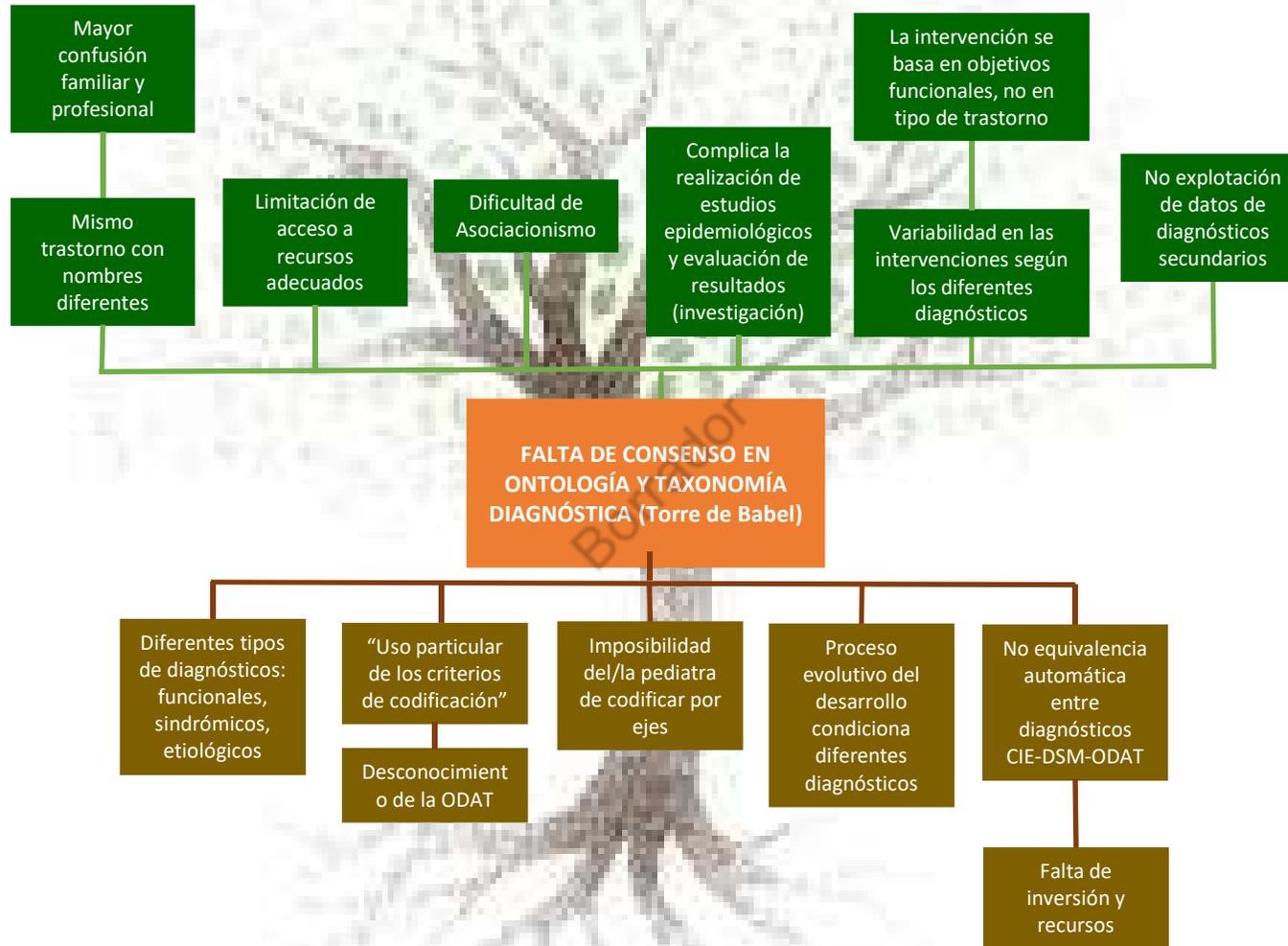
Árbol de problemas del PIAT-A - 4

CONSECUENCIAS
PROBLEMA PRINCIPAL
CAUSAS



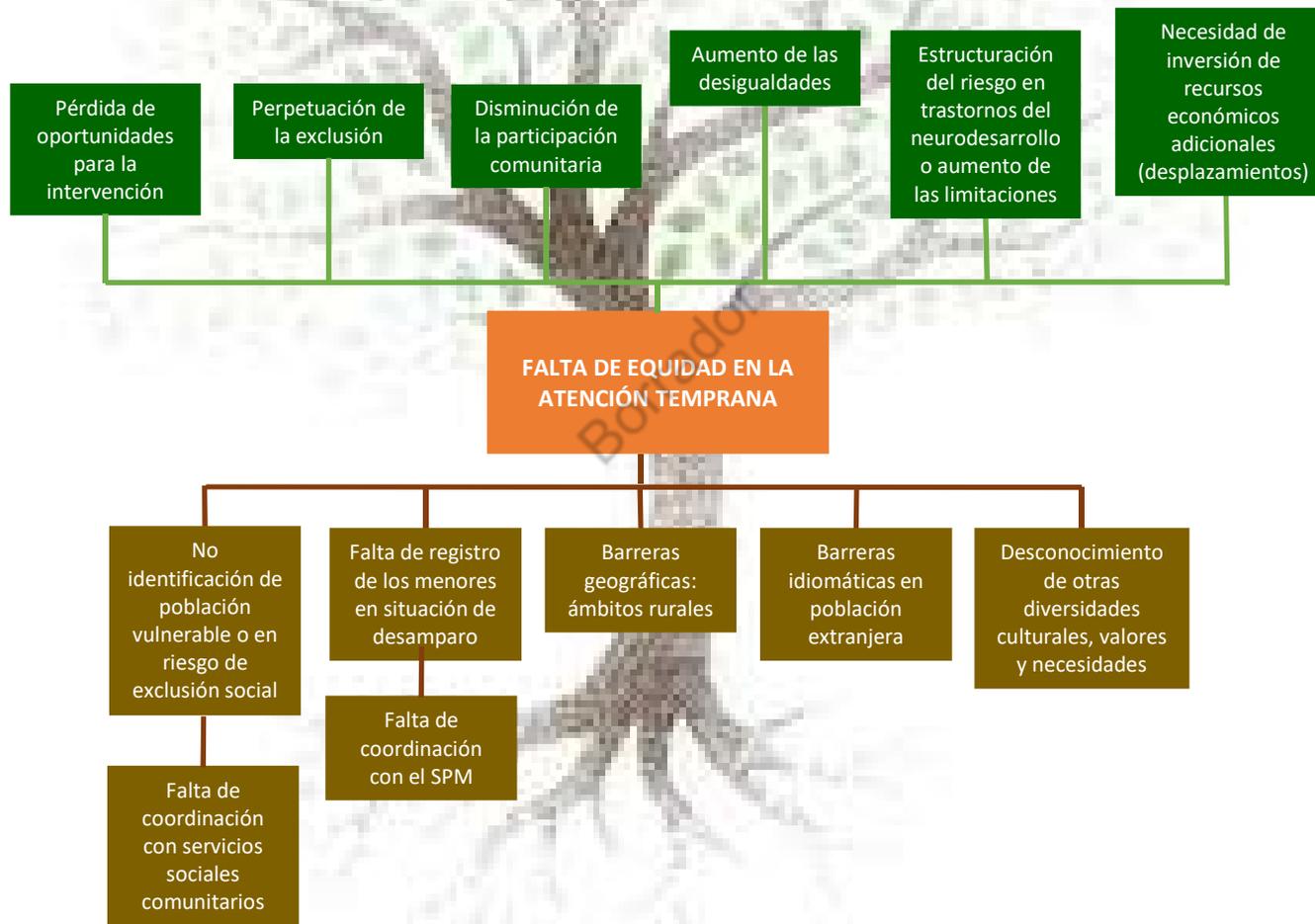
Árbol de problemas del PIAT-A - 5

CONSECUENCIAS
PROBLEMA PRINCIPAL
CAUSAS



Árbol de problemas del PIAT-A - 6

CONSECUENCIAS
PROBLEMA PRINCIPAL
CAUSAS







Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo