



A LA MESA DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Antonia Abenza Campuzano, Diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al amparo del artículo 128.7 del vigente Reglamento de la Cámara, presenta informe de las reuniones y contactos con particulares y colectivos que se han mantenido para la elaboración de las enmiendas a la **Proposición de Ley (PPL-0034) por la que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en el ámbito de la Región de Murcia.**

Reuniones con la Plataforma de Atención Temprana y Elena Fernández González, representante de la asociación Martín Espejo de Familias por la inclusión real (AMEFIR). Adjuntamos propuestas de enmiendas a la proposición de Ley y justificación de las mismas.

Reunión con Juan Sánchez Caravaca Catedrático de Educación Secundaria y especialidad de Orientación Educativa.

M^a Gracia Millá Romeo de la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, adjuntamos intervención y propuestas de enmiendas a la proposición de Ley y justificación de las mismas.

Cartagena, 9 diciembre de 2021

La Diputada


Antonia Abenza Campuzano

FIRMADO POR	FECHA FIRMA
SELLO.ASAMBLEAMURCIA.ES	10-12-2021 15:50:44



Intervención y Propuestas de Enmiendas y justificación de las mismas de Dña. M.ª Engracia Millá Romero de la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana a la Proposición de Ley (PPL-0034) por la que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en el ámbito de la Región de Murcia

FEDERACIÓN DE ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

Cartagena, 29 de noviembre de 2021

Compareciente: M^a Gracia Millá Romeo

En primer lugar, desde la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, que reúne a más de 1.500 especialistas de este ámbito de todo el territorio del Estado y a la que tengo el honor de representar, queremos felicitar a la Asamblea de la Región de Murcia por haber tomado la iniciativa de realizar la Proposición de Ley por la que se regulará la Atención Temprana en esta región, también por haber abierto el debate para mejorarla y por habernos invitado a esta comparecencia.

En segundo término, queremos señalar que la infancia es el periodo de la existencia humana más vulnerable y sensible a los factores de riesgo y a los trastornos en el desarrollo que pueden ocasionar graves dificultades a nivel individual y familiar, razón por la cual las administraciones públicas han de velar por los derechos de las personas menores en estas circunstancias, para proporcionarles los recursos especializados con los que mejorar su desarrollo y garantizar la igualdad de oportunidades.

Es necesario aprovechar la oportunidad histórica de contar con una ley de Atención Temprana que responda a la idiosincrasia de la Región de Murcia, fruto indudablemente del esfuerzo social, económico y político que supone una iniciativa de tanta envergadura, que ha de producir resultados apreciables en la calidad de vida de los niños y de sus familias. El carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a éstas en condiciones de igualdad y la participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias, son los pilares sobre los que se debe fundamentar esta norma.

Atendiendo a la Convención de los Derechos del Niño, a informes sobre Atención Temprana de la Unión Europea y a documentos de referencia en España, hay que destacar la importancia de contar con unos buenos dispositivos en este ámbito, en orden a tres grandes objetivos:

- Alcanzar el mejor desarrollo de los niños y las niñas, asegurando y mejorando su evolución personal.
- Reforzar las competencias y la calidad de vida de las familias.
- Fomentar la inclusión social de las familias y de los niños/as.

Por tanto, el primer fundamento de la Proposición que nos ocupa es el derecho de la infancia a su pleno desarrollo. Un derecho aún pendiente en su nivel más garantista, que nos compromete a reivindicar, trabajar e innovar, de manera continua, en conocimientos, prácticas y dispositivos al servicio del desarrollo infantil a lo largo de toda esta etapa y en todos los contextos de participación.

En tercer lugar, analizado el contenido de la Proposición de Ley y visto el Informe de los Servicios Jurídicos, proponemos a esta Comisión las siguientes consideraciones, siempre con un espíritu constructivo, en beneficio de ofrecer una Atención Temprana de calidad para los niños y sus familias en todo el territorio de la Región d Murcia.

Primera

Utilizar **Atención Temprana con mayúsculas** en todo el texto de la Proposición de la Ley ya que aparece unas veces con minúscula y otras con mayúscula.

Actualmente, la Atención Temprana es considerada por la comunidad científica como un ámbito del conocimiento y de la práctica profesional, con un cuerpo teórico propio y unas técnicas específicas de intervención, que hacen que se la considere en sí misma una disciplina reconocida como asignatura en las titulaciones de grado, así como en el título de las formaciones de postgrado. Precisamente, es la denominación, con mayúsculas, de los centros y servicios de este ámbito de intervención. También hay que tener en cuenta que en el Libro Blanco de la Atención Temprana publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad se utiliza en todo el documento la mayúscula para referirse a la Atención Temprana.

Segunda

En el Capítulo I. Disposiciones generales. Artículo 2. Definición de Atención Temprana, dice “La Atención Temprana es el conjunto coordinado e integral de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales, dirigido a la población infantil entre cero y seis años, a su familia y a su entorno, que tiene por objeto dar respuesta, lo más inmediata posible, a las necesidades transitorias o permanentes de apoyo a aquellos menores que presentan situación de dependencia, discapacidad, limitaciones funcionales, alteraciones en su desarrollo o riesgo de padecerlas”.

Consideramos que es fundamental que cualquier Ley de Atención Temprana defina con claridad su concepto, que no haya ningún sesgo en su contenido, ni ninguna ponderación de cualquier aspecto que la desvirtúe o llame a confusión e interpretaciones interesadas. En el texto de la proposición se incluye una definición que no es específica de la Atención Temprana, es incompleta y no recoge todos los aspectos que debe considerar. Este es un aspecto capital para el encuadre de la Ley y para su formulación.

Paradójicamente, el informe de los Servicios Jurídicos, en su página 3, incluye la definición que aparece en el Libro Blanco. En el citado informe se indica: “El Libro Blanco de la Atención Temprana, documento referente para todos los profesionales de este ámbito y que la configura como un documento fundamental para la comprensión y desarrollo de la Atención Temprana la define como:

“La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene 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 riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.

Nuestra propuesta, coincidente con la de los Servicios jurídicos de esta Cámara, es que se incluya como definición de Atención Temprana la que aparece en el Libro Blanco que es específica para este ámbito, contiene todos los aspectos a considerar y ha sido unánimemente aceptada por el sector.

Tercera

En el Artículo 3. Destinatarios. Punto 1.

Dice: “Los destinatarios de los servicios de Atención Temprana son los menores de entre cero y seis años de edad residentes en la Región de Murcia que presenten necesidades de Atención Temprana, así como la familia y su entorno en los términos establecidos en esta norma.”

Consideramos que hay que sustituir en este artículo los términos siguientes:

- “los servicios” por “las prestaciones”,
- “necesidades de Atención Temprana” por “trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos” (“Los destinatarios de los servicios de Atención Temprana son los menores... que presenten necesidades de Atención Temprana” es una redundancia y una obviedad nada descriptiva de las características de los destinatarios).

Por tanto, proponemos que debería decir:

“Los destinatarios de las prestaciones de Atención Temprana son los menores de entre cero y seis años de edad residentes en la Región de Murcia que presenten trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la familia y su entorno, en los términos establecidos en esta norma.”

Cuarta.

En el “Artículo 5. Principios rectores, en la letra:

c) Gratuidad, dice: “La cobertura del coste de los recursos por la Administración de la Comunidad Autónoma...”

Proponemos que se especifique a qué recursos se refiere y, por tanto, debería decir: **La cobertura del coste de los recursos de Atención Temprana por la Administración de**

la **Comunidad Autónoma...**” ya que en todo este punto no se nombra el objeto de la gratuidad.

f) Diligencia y responsabilidad pública, dice: “La Atención Temprana es un derecho garantizado por los poderes públicos, independientemente de que el servicio sea prestado por entidades privadas concertadas y debidamente autorizadas”.

Consideramos que el término “privadas” está de más en esta norma y habría de ser suprimido, quedando así:

“La Atención Temprana es un derecho garantizado por los poderes públicos, independientemente de que el servicio sea prestado por centros y servicios de provisión pública, como por entidades concertadas y debidamente autorizadas”

(Entendiendo que son entidades concertadas cualesquiera).

Al hilo de lo que se dice en este punto: “La Atención Temprana es un derecho garantizado por los poderes públicos”, consideramos que este es uno de los aspectos más importantes y trascendentales de la Proposición de Ley, pues del reconocimiento de este derecho emana todo lo que le da sentido y concreción. Por tal motivo, este aspecto debería ser consignado en el Capítulo I. Disposiciones generales. Artículo 1. Objeto, quedando así:

El objeto de la presente ley es:

- a) **Reconocer el derecho a las prestaciones de la Atención Temprana para todos los niños con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos y para sus familias residentes en la Región de Murcia.**
- b) Establecer la actuación integral en Atención Temprana...
- c) Regular el procedimiento de valoración...

k) Evaluación y calidad, dice “La organización de la Atención Temprana será evaluada, y se establecerán criterios y sistemas basados en el modelo de calidad de vida, con indicadores que permitan conocer la calidad de las actuaciones”.

Incluir la expresión “modelo de calidad de vida” no es pertinente pues este punto trata sobre Evaluación y calidad referida a la Atención Temprana como prestación. Así, en esa evaluación, hay que establecer los criterios y sistemas para valorar su eficacia, con indicadores con los que conocer la calidad de las actuaciones y los procesos que se llevan a cabo por todos los agentes de la Atención Temprana, incluyendo necesariamente en este apartado la satisfacción de las familias.

Proponemos que debería decir: **“La organización de la Atención Temprana será evaluada y se establecerán criterios y sistemas para valorar su eficacia, con indicadores que permitan conocer la calidad de las actuaciones y de los procesos y también la satisfacción de la familias”.**

l) Educación inclusiva, se expone el significado de esta expresión, que es propia del sistema educativo y de la escolarización del alumnado con necesidades educativas singulares, pero no se hace ninguna mención a la Atención Temprana, ni se establece ninguna conexión entre el concepto “educación inclusiva” y “Atención Temprana”.

Conviene tener presente que muchos niños y muchas niñas que reciben Atención Temprana cursan una escolaridad completamente normalizada y no precisan apoyos específicos del sistema educativo. Otros niños y niñas pueden precisar materiales de apoyo, planes personalizados más o menos significativos en sus centros educativos de educación infantil.

Proponemos que se sustituya por completo el texto de este punto por el siguiente:

“Los niños que reciben Atención Temprana y se escolaricen en los centros educativos han de contar con la planificación y la previsión de los recursos y de los apoyos que necesiten con los que garantizar su presencia, participación y aprendizajes. De manera coordinada los servicios de apoyo escolar y los centros y servicios de Atención Temprana determinarán la modalidad de escolarización más adecuada para la superación de las barreras individuales y socioeducativas, en el marco de la escuela inclusiva”.

m) Prevención, dice “La Atención Temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situación de riesgo o que presentan alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales”.

Es inadmisibles circunscribir la Atención Temprana a la “discapacidad”, tal como se indica en este punto. La expresión “trastornos en el desarrollo” es la que engloba cualquier circunstancia biológica, psicológica o social que pueda limitar la evolución típica de cualquier niño; es decir cualquier alteración que ocasione limitaciones más o menos significativas en el curso esperado del desarrollo físico, comunicativo, cognitivo, adaptativo, emocional y social.

En base a ello, proponemos que se sustituya el texto y se redacte como sigue:

“La Atención Temprana comprende acciones que se orientan hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales. La prevención considerará:

- La detección y derivación de los todos los niños de riesgo biológico, psicológico y social (véase niños con prematuridad, bajo peso u otros factores de riesgo).
- Los programas transversales de prevención y detección de situaciones de riesgo por antecedentes personales y familiares.

- Los programas transversales de detección precoz de los trastornos en el desarrollo.
- Los programas longitudinales para el seguimiento neuroevolutivo de las situaciones de riesgo detectadas.
- Los programas de apoyo universal a la crianza entendida como la información, formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia para que ejerza sus funciones relativas al desarrollo personal de cada niño”.

Sexta.

En el Artículo 6. Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación. Punto 2 dice: “La intervención en Atención Temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: atención directa a los menores, atención en el entorno sociofamiliar, educativo y sanitario, y atención en el proceso de escolarización”.

Incluir en este párrafo “educativo” y “atención en el proceso de escolarización” es redundante, y del mismo modo que no se especifica la intervención en el “entorno sociofamiliar” ni en el “sanitario”, basta con indicar “educativo” para hacer referencia a todos los procesos que son propios de este entorno.

Proponemos que debe decir: **“La intervención en Atención Temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: atención directa a los menores y a sus familias en los centros y servicios de Atención Temprana, y atención en el entorno sociofamiliar, sanitario y educativo”.**

Séptima.

En el Capítulo II. Coordinación, colaboración y cooperación, Sección primera. Artículo 7, punto 2, se dice que:

“... en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Proposición de Ley, se elaborará un protocolo de coordinación de Atención Temprana...”

Desde la Federación sugerimos que se incorpore en este punto tanto el protocolo de coordinación como el de derivación, dada su transcendencia para hacer operativos y eficaces estos dos procedimientos. Proponemos que se diga:

“... en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Proposición de Ley, se elaborará un protocolo de coordinación y otro de derivación a Atención Temprana...”

En este punto se indica que: “En este mismo plazo, deberá estar implementado un sistema informático...” para intercambiar la información necesaria. Habiendo observado que en ningún apartado de la Propuesta de Ley se fija ninguna partida

presupuestaria para este concepto, llamamos la atención al hecho de que sin previsión económica estos pronunciamientos pueden quedar en el aire.

Sugerimos que **se concrete la operatividad de ese sistema informático y su financiación presupuestaria.**

Octava.

En el Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales. Punto 1. c), al final del punto dice: "...estas prestaciones se llevan a cabo en centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT)".

Queremos puntualizar que no existe una Red Pública de centros de desarrollo infantil y Atención Temprana como tal, sino que estos centros están sostenidos con fondos públicos. Es una apreciación importante de cara a la consideración administrativa y jurídica de estos centros y a la necesidad de articular y sectorizar una red pública de CDIATs

En el Artículo 10. 1. c) y en el Artículo 13. 1, sucede lo mismo.

Por tanto sugerimos que se modifique esa denominación y se incluya la de **centros de desarrollo infantil y Atención Temprana sostenidos con fondos públicos.**

Novena.

En el Artículo 10. 2. c) se hace referencia a que para determinar la necesidad de Atención Temprana se haga "según baremo establecido". También en el Artículo 14. 3. "Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo", y en el Artículo 20. 2 "...con base en el baremo".

Cabe señalar que tanto las categorías del Baremo del Anexo I, como los criterios que plasma, tienen una perspectiva educativa psicopedagógica y no son específicos de la Atención Temprana. Además, hay que añadir que los factores de riesgo en edades tempranas pueden no haberse constituido como trastornos con entidades patológicas evidenciables.

Por consiguiente, proponemos **que se elimine el Baremo (Anexo I) y que se realice un estudio de los criterios y categorías a baremar, en el que se incluyan los factores de riesgo biológico, psicológico y social, con las tipologías específicas de Atención Temprana.**

Décima.

Queremos destacar que los Centros de Desarrollo infantil y Atención Temprana (CDIATs) son el principal ámbito de intervención en Atención Temprana, en los cuales se llevan a cabo las siguientes acciones básicas:

1. Recogida de información y entrevista de acogida con la familia.
2. Evaluación del niño y su entorno.
3. Elaboración de la hipótesis diagnóstica y plan de intervención.
4. Entrevista de devolución a la familia.
5. Intervención terapéutica.
6. Evaluación, seguimiento y derivación.

En el Artículo 21. Valoración de necesidad de Atención Temprana, ésta se asigna a un servicio externo y ajeno al CDIAT, descontextualizándola del entorno de intervención. Es incomprensible que la valoración de Atención Temprana se tenga que hacer fuera de los CDIATs, porque dicha valoración forma parte del proceso de intervención, como se ha descrito en los puntos precedentes. El procedimiento que se refleja en la Proposición de la Ley va a suponer una duplicidad de valoración, con el consiguiente itinerario y dificultades añadidas para las familias.

Consideramos más sencillo, fiable y operativo que los médicos pediatras de Atención Primaria realicen la derivación a los CDIATs, en los cuales se proceda al diagnóstico funcional de la problemática a valorar y a partir de esta valoración se continúe con los pasos descritos.

Por todo lo cual, **proponemos que se replanteen los siguientes artículos:**

- **Artículo 21. Valoración de la necesidad de Atención Temprana.**
- **Artículo 22. Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de Atención Temprana.**

Decimoprimer.

En cuanto al "Informe de estimación del coste económico e incidencia en el presupuesto en vigor", y a la luz de los datos de los menores de 6 años de la Región de Murcia, considerando que la Organización Mundial de la Salud cifra en un 10% los niños y niñas susceptibles de recibir Atención Temprana, queremos señalar que esta Ley se plantea de forma manifiestamente insuficiente en su financiación para poder responder a la universalidad y gratuidad que este texto plantea. Hay que considerar que el número de niños y niñas a atender es superior al que se refleja, y que a los gastos de personal hay que sumar también dispendios originados por suministros, funcionamiento, limpieza, mantenimiento y otros, así como los incrementos de las remuneraciones de los profesionales, modificaciones de los convenios colectivos de los trabajadores del sector o desviaciones de los precios y del IPC.

Por tanto, esta infrafinanciación ha de ser corregida ya que de no ser así se producirán situaciones de discriminación en cuanto a las posibilidades de acceso universal a este servicio público. Es necesario hacer una **asignación presupuestaria suficiente y ajustada a la realidad** para garantizar las prestaciones de la Atención Temprana a los niños y niñas que lo precisen y a sus familias.

Decimosegunda.

Como otras sugerencias, proponemos:

- Valorar si procede incluir al final una Disposición derogatoria, por si hubiere alguna interferencia con normas legales previas, dejando vía libre al desarrollo normativo que pueda derivar de esta Proposición de Ley con posterioridad a su publicación.
- El texto de la Proposición de Ley debería redactarse con la consideración de género.

Para terminar, desde la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, confiamos en la voluntad política y en el consenso de todos los grupos parlamentarios para que el texto final de esta Proposición de Ley se convierta en un verdadero instrumento de promoción y de protección del desarrollo infantil, garantizando las prestaciones de la Atención Temprana a toda la población menor de 6 años que lo precise y a sus familias.

Una ley tan importante como esta ha de contar con el consenso y la unanimidad de todos los grupos políticos, ya que se va convertir en un instrumento fundamental para garantizar la Atención Temprana presente y futura, como una de las mejores inversiones de nuestra sociedad en términos individuales, familiares, sociales y económicos, y como un claro exponente de progreso, de justicia y de solidaridad social en la Región de Murcia.

Muchas gracias

Propuestas de Enmiendas y justificación de las mismas de la Plataforma de Atención Temprana y representante de la asociación Martín Espejo de Familias por la inclusión real (AMEFIR), de la que Dña. Elena Fernández González es portavoz, a la Proposición de Ley (PPL-0034) por la que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en el ámbito de la Región de Murcia

Estimado/a Sr./ Sra. Diputado/a.:

Tal y como hablamos en la reunión mantenida recientemente las enmiendas elaboradas por esta Plataforma están encaminadas a conseguir:

- El **acceso directo** de las familias desde el pediatra, que detecta la necesidad de A.T., al CDIAT. Eliminar el procedimiento burocrático, largo y farragoso, eliminando el paso por un **Equipo intermedio** de valoración de la necesidad de A.T. distinto al del propio CDIAT. Actualmente la inmediatez de la atención es un punto fuerte de los servicios de A.T. (esta ley acabaría rotundamente con este acceso inmediato, creando un cuello de botella y listas de espera interminables).
- Incluir el aspecto **preventivo** de la Atención Temprana: La A. T. no es sólo atención a los trastornos en el desarrollo de los menores cuando ya tienen un diagnóstico, ni mucho menos sólo a discapacidad, también es de las alteraciones transitorias del menor, y al riesgo de padecerlas, evitando en muchos casos que tengan que ser alumnos/as con necesidades educativas especiales o personas con discapacidad.

Estas enmiendas están fundamentadas y basadas en la evidencia científica, en el conocimiento y experiencia de grandes profesionales, así como en la literatura de referencia como son: Decreto de mínimos de la Comisión Regional de A.T., Hacia un Modelo unificado de Atención Temprana, Organización Diagnóstica para la Atención temprana, Libro Blanco de la Atención Temprana (2000), Recomendaciones Técnicas para la Atención Temprana (2005) elaborados por el GAT, el Documento político del CERMI Estatal sobre A.T. (2017) y Atención Temprana; La visión de los profesionales (2018).

Esta Plataforma teme por el futuro de muchos menores y sus familias, por eso le solicitamos:

- Considerar nuestras enmiendas y buscar el apoyo de otros grupos con el fin de que sean aprobadas.
- En caso contrario paralizar esta Proposición de Ley y convocar lo más rápido posible a los todos los sectores implicados con el fin de establecer una hoja de ruta para la que Atención Temprana sea contemplada como un derecho subjetivo en la Región de Murcia, contemplando los aspectos antes señalados.
- Se apruebe un aumento de la partida presupuestaria para la A.T. con el fin de evitar el copago y conseguir así la gratuidad para todos los murcianos/as.

Como bien sabe, la A.T. es un **servicio público, universal, gratuito y de calidad**. Este servicio ya existe en numerosos municipios de la Región de Murcia: 23 municipios de los 45 municipios cuentan ya con un servicio gratuito prestado por los Centros Municipales de los distintos Ayuntamientos; 2.581 familias han recibido a lo largo de 2020 una Atención Temprana gratuita.

En las ciudades de Murcia y Cartagena no existen centros municipales y sólo las familias que tienen recursos económicos pueden acceder a la Atención Temprana, ya que al no existir un servicio público son los padres con el copago los que completan la subvención de la Comunidad Autónoma. NO se tienen datos sobre cuántos niños se quedan sin este recurso. Sí se tienen sobre las familias que pueden pagar sus tratamientos (1.879 familias sufren este copago). Tras 30 años demandando la sociedad murciana una normativa que regule la Atención Temprana en la Región de Murcia: ¡ESTO NECESITA UNA SOLUCIÓN URGENTE PERO NO ESTA PROPOSICIÓN DE LEY!

Muchas gracias por su atención,

Reciba un cordial saludo.

Artículo 1. Objeto *(se elimina el apartado b y se añaden b, y c:*

- a) Establecer la actuación integral en atención temprana en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para mejorar el desarrollo de los menores de entre cero y seis años y coordinar los recursos, definiendo las competencias en el ámbito sanitario, educativo y de servicios sociales, así como los mecanismos de coordinación.
- b) Garantizar la Atención Temprana en la Región de Murcia de la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.
- c) Regular los servicios (CDIAT) de Atención Temprana como una red integral de responsabilidad pública, de carácter universal, gratuito y de calidad.

Justificación

Se elimina b): no ha de regularse únicamente el proceso de valoración de la necesidad de Atención Temprana (AT) sino el proceso completo (detección, derivación, valoración, intervención, seguimiento y revisión, baja y traslado)

Se añade b): Es imprescindible nombrar en el Objeto la población a la que va dirigida (población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.)

Se añade c): La regulación de los servicios de Atención Temprana (CDIAT) es objeto de esta ley.

Artículo 2. Definición de atención temprana. *(se elimina el texto y se añade:*

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

Justificación

La definición del Libro Blanco (LB) de la Atención Temprana (AT) en el año 2000, es la definición consensuada a nivel Nacional por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT. Incluso asumida por entidades y autores internacionales. El LB ha sido traducido a varios idiomas para su utilización y estudio.

Artículo 3. Destinatarios. *(se eliminan los puntos 1, 2, y 3 y se añaden 1 y 2:*

1. Son destinatarios de los servicios de Atención Temprana los niños menores de seis años, con trastornos y alteraciones en su desarrollo, o riesgo de padecerlos, residentes en la Región de Murcia, así como su familia y su entorno, en los términos previstos en esta Ley. Excepcionalmente, se prolongará la intervención, si las circunstancias así lo requieren, siempre y cuando la continuidad del tratamiento en las mismas condiciones permita establecer un pronóstico de mayor recuperación sobre otras alternativas. Esta excepcionalidad será por un periodo máximo de un año.

2. Niños en situación de riesgo: toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados

desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, familiares o socio- ambientales.

Justificación

Ajustándose este punto a la definición de A.T. en el Libro Blanco, se elimina 1. y 2. y se sustituye por 1: Los destinatarios son la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación.

Se añade 2: la población de riesgo es potencial destinataria de los servicios de A.T. Puesto que la prevención es el objetivo primordial de la A.T.: prevención primaria (dirigido a toda la población infantil), prevención secundaria (población de riesgo biológico y/o socio ambiental) prevención terciaria (población con trastorno en el desarrollo).

Se elimina 3: los niños menores de 6 años con necesidades de recibir A.T. y no los ~~alumnos~~. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación. El concepto de niño-niña es más amplio que el de alumno-a y que el de paciente. La A.T. va dirigido a la población infantil en su globalidad y no limitado a sus objetivos escolares (alumno-a).

Dejar que acaben las sesiones de atención temprana hasta que termine un curso escolar no tiene ningún argumento científico, los motivos que lleven a que un niño esté un año más si fuera necesario sí, por la maduración cerebral no es exacta por lo que es necesario dar ese año de margen en algunos casos.

La atención temprana no son clases particulares, ni horas de entretenimiento para niños y ni para que los padres tengan horas libres. Cuando acuden a las sesiones de atención temprana es con un fin sanitario y no educativo ni de ocio.

Artículo 4. Finalidad y objetivos. (se añade al texto del punto 1) (punto 2 se deja igual)

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

Justificación

Con la coherencia de argumento y el seguimiento del hilo conductor de la definición, es necesario complementar el punto 1 con "Eliminar los efectos del riesgo de padecer una alteración o discapacidad también es la finalidad de la A.T."

Artículo 5. Principios rectores.

- a) Interés superior del Menor (se deja igual)
- b) Universalidad y Gratuidad (se sustituye por)

La Atención Temprana debe ser un servicio universal, del que no sólo se benefician los niños con una discapacidad o que estén en situación de riesgo, sino también aquéllos otros que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años. Asimismo, deben ser objeto de programas de Atención Temprana las familias que, por diversas circunstancias, no estén en

condiciones de proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y equilibrado. De todo lo anterior se desprende que, teniendo en cuenta los beneficios aportados y su bajo coste económico en comparación con intervenciones iniciadas en años posteriores, los niños y las familias que lo requieran deben tener acceso gratuito a los programas de Atención Temprana.

Justificación:

Partiendo del L.B. y de la práctica de los profesionales de la R.M. y del resto del estado español los términos expresados en este proyecto de Ley no cabe la "Universalidad ni la Gratuidad": no hay "requisitos establecidos" para cumplir con ellas. La universalidad no coge en baremos cerrados a la discapacidad ni la gratuidad se consigue con una infradotación económica calculada para que la demanda actual, quede en cuello de botella y sólo una pequeña proporción de dicha población consiga ese derecho.

(se añade este punto)

- c) Inmediatez de la intervención. El sistema de prestación de la Atención Temprana en la Región de Murcia garantizará la inmediatez de la intervención, eliminando trámites administrativos y paliando de esa forma las consecuencias que el retraso en la intervención puede tener para el futuro desarrollo del niño

Justificación:

El término "temprana" no es gratuito, contiene una cualidad que distingue la A.T. de cualquier otra intervención. El sentido de atender "inmediatamente" a un niño y a su familia, una vez detectada una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla, es debido a que previene efectos secundarios irreparables tanto en el niño como en el bienestar emocional de la familia: plasticidad cerebral, hitos del desarrollo, emociones como la ansiedad, depresión, incertidumbre y afectivos tales como el apego y los vínculos familiares entre otros no menos importantes. La inmediatez en la intervención es un principio rector imprescindible para que la Atención Temprana sea Atención Temprana y no otra "cosa".

- d) Igualdad y equidad con perspectiva de género. (se deja igual)
- e) Atención personalizada, integral y continua. (se deja igual eliminando la última frase "evitando intervenciones parciales o fragmentadas salvo que sean estas las intervenciones indicadas")

Justificación:

En Atención Temprana no existen intervenciones parciales o fragmentadas en ningún caso. Se trata de una intervención global e integral, teniendo en cuenta todos los ámbitos del niño, de la familia y del entorno. (diferencia sustancial con los objetivos de otras entidades complementarias a la A.T.)

- f) Diligencia y responsabilidad pública (se deja igual)
- h) Coordinación y cooperación. (se deja igual)
- i) Participación. (se deja igual)
- j) Proximidad y Sectorización. (Se modifica como sigue) Los recursos para la intervención integral en atención temprana deben ser ofrecidos en el municipio donde el menor resida, y ser plenamente accesibles. Excepcionalmente, cuando las circunstancias puntuales del servicio en un municipio determinado o las propias necesidades del niño o niña lo requieran por las características de su

valoración y el Programa Individual de Atención así lo establezca, podrá, a través de la Red Pública de Centros, organizarse las condiciones que permitan al menor ser atendido en el municipio más cercano al de residencia.

Justificación:

La no existencia de los recursos para la intervención integral en A.T. en el mismo municipio donde el menor resida debe ser excepcional.

- k) Interdisciplinariedad y cualificación personal. *(se deja igual)*
- l) Evaluación y calidad. *(se deja igual)*
- m) Educación inclusiva. *(se elimina)*

Justificación:

La extensa normativa sobre Educación recoge éste y otros principios rectores fundamentales de la Educación. Carece de sentido nombrar aquí, en una normativa sobre A.T., uno de los principios rectores de la Educación.

- n) Prevención. *(Se modifica como sigue)* La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan **algún trastorno en el desarrollo** o alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Justificación:

La A.T. no previene sólo la discapacidad, sino que también las alteraciones del desarrollo

- ñ) Todos aquellos incluidos en el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

(Se añade)

- o) **Integral, circular, reflexiva y autónoma, de manera que sea el mismo equipo el que realice todo el circuito asistencial y los procesos nucleares de valoración, intervención y evaluación con autonomía respecto de los diferentes departamentos administrativos de salud, educación o servicios sociales.**

Justificación:

La Autonomía de los procesos internos de la A.T. respecto a los sectores de Salud, Educación y Servicios Sociales es una premisa imprescindible que asegura que la familia y el niño con necesidad de A.T. reciba dentro del CDIAT el proceso íntegro garantizando así el máximo nivel de coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

Artículo 6: Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación. *(se modifica el punto 1.b) y el 3.a) y se añade el punto 4.*

1. La atención temprana se organiza en los siguientes niveles de intervención:
 - a) Prevención primaria: Tiene por objeto la información, formación y sensibilización para evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de alteraciones en el desarrollo infantil, realizando los programas necesarios destinados a la población en general.

- b) Prevención secundaria: Tiene por objeto la detección **precoz** de posibles alteraciones y situaciones de riesgo en relación con tres principales factores: biológico, familiar y ambiental.
- Entre los **factores biológicos** podemos considerar: antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia; administración de sustancias tóxicas, que pueden afectar al feto en el embarazo; cromosomopatías y síndromes dismórficos; neurometabolopatías; malformaciones del sistema nervioso central; recién nacido con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional; recién nacido con peso inferior a 1.500 gramos; edad gestacional inferior a 32 semanas; pérdida de bienestar fetal; convulsiones neonatales; infecciones postnatales del sistema nervioso central; traumatismo craneoencefálico; hidrocefalia adquirida; daño cerebral observado por neuroimagen; otitis media crónica o recidivante.
 - Los **factores familiares** de riesgo tienen que ver con: a) las características de los padres (edad de los padres inferior a 20 años o superior a 40 años; padres drogodependientes; padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o discapacidad intelectual; antecedentes de declaración de situaciones de desamparo con asunción de tutela por la Entidad Pública o en su caso, pérdida de la guarda o custodia de los hijos o las hijas; b) las características de la familia (ambientes familiares gravemente alterados; antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico; familias excluidas socialmente); c) situaciones de estrés durante el embarazo (participación en programas de reproducción asistida; ruptura familiar y situaciones críticas; embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes [violación]; embarazos múltiples; información de malformaciones o lesiones en el feto probables o confirmadas); d) situaciones de estrés en el período neonatal (parto múltiple; diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática; hospitalización); e) diversos sucesos acaecidos en el período posnatal (niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes; situaciones de maltrato físico o psicológico; diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática; ruptura familiar y situaciones críticas).
 - Los **factores ambientales** de riesgo están relacionados con situaciones como: a) exposición a entornos ambientales con factores de estrés (exposición frecuente a deficiente estimulación; deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y faltas de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado; institucionalización); b) exposición a entornos sociales con factores de estrés (dificultades del entorno para administrar/proveer los cuidados y la estimulación adecuados; exposición a prácticas y situaciones inadecuadas); c) exposición a factores de exclusión social de la familia (condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar, y en relación a otros entornos sociales; familia con dificultades de acceso a los recursos sociales).
- c) Prevención terciaria: Tiene por objeto la realización de las intervenciones necesarias dirigidas al menor, a su familia y a su entorno para mejorar las condiciones de desarrollo de los primeros mediante la atenuación o superación de las consecuencias negativas de las alteraciones diagnosticadas o de los contextos con los que interactúan.
2. La intervención en atención temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: Atención directa a los menores, atención en el entorno socio- familiar, educativo y sanitario y atención en el proceso de escolarización.

3. Los ámbitos de actuación de la atención temprana comprenden:

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

4. El Modelo de Atención Temprana se basa en las siguientes premisas:

- a) El modelo de Atención Temprana de la Región de Murcia será un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos de responsabilidad pública que, desde la administración competente, 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 dirigidas a las personas menores de edad, sus familias y entorno.
- b) Esta red estará destinada a satisfacer los derechos y necesidades de los niños menores de 6 años, con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos, y sus familias, que procure una atención de calidad y excelencia a esta población.
- c) La implementación de la prestación de Atención Temprana requiere una red sectorizada de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) la cual irá asociada a las distintas áreas sanitarias existentes en la Región.

Justificación:

Se modifica el punto 1.b): La prevención secundaria no solo abarca los factores de riesgo biológico y social sino a situaciones de riesgo en relación con factores de riesgo biológico, familiar y ambiental.

Se modifica el 3.a): La prevención de situaciones de riesgo han de incluir el riesgo psicológico. Valga como ejemplo la influencia en el desarrollo infantil la enfermedad mental de los padres, los problemas económicos y laborales parentales afectando a la alimentación (obesidad infantil) entre otros, los efectos del confinamiento y la exposición a pantallas.....

Se añade el punto 4: Las premisas del modelo de Atención Temprana propuesto por esta ley han de quedar reflejadas, los profesionales a lo largo de estos cerca de cuarenta años de experiencia han podido reflexionar sobre los puntos fuertes y los débiles de la praxis profesional en los distintos procesos de atención a la infancia y a sus familias tomando varios modelos teóricos como base para concluir cual es el modelo de A.T. que las todas las familias murcianas esperan.

Artículo 7. Coordinación y cooperación interdisciplinar. *(eliminar el punto 3)*

Justificación: La coordinación en A.T. no ha de basarse en protocolos de coordinación de actuaciones interdepartamentales por la alta o baja incidencia en A.T. de determinadas discapacidades.

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales. *(se añade y modifica el apartado 1 b), 1 c) y 1 d) y 3 b) y 3.c) quedando así:*

1.b) La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana a partir del informe sanitario de necesidad remitido por el pediatra, de manera inmediata a la detección de dicha necesidad y, en su caso, de manera paralela al comienzo de la intervención en el CDIAT para priorizar la inmediatez de esta.

1.c) La prestación del servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAT), de acuerdo con el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la ~~situación de dependencia~~ **necesidad de A.T.** De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 14, estas prestaciones serán llevadas a cabo en los centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT) **cuya valoración de necesidad de atención temprana se considera válida una vez sea emitido informe por el pediatra, hasta tanto sea ratificada por el correspondiente órgano competente antes mencionado, y permitirá el inicio inmediato de la intervención, así como la cobertura de sus costes en tanto se complete el expediente de atención temprana.**

El servicio de Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, su familia y su entorno, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

1.d) La Elaboración y aprobación, cada cuatro años, de un Plan Regional Integral de Atención Temprana, como un instrumento participativo y público con intervención de los agentes afectados. Asimismo, le corresponde el seguimiento, evaluación y en su caso revisión del mencionado Plan Regional. Tanto para su aprobación, como para su evaluación y revisión, el Plan Regional Integral de Atención Temprana requerirá informe previo de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana.

En este Plan existirá una dotación específica dirigida a la investigación y a la formación de los profesionales educativos, de los servicios sociales y de sanidad en materia de Atención Temprana.

El primer Plan Regional Integral de Atención Temprana será aprobado en el año siguiente a la entrada en vigor de la presente Proposición de Ley.

(Se elimina el resto)

3.b) En los casos que exista discapacidad, valoración de la misma por los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad. **Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.**

3.c). Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, de conformidad con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la

Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.

Justificación:

Se añade en el apartado 1b): la inmediatez en la atención.

*Se elimina del apartado 1 c) SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y así como los de la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.*

*La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.*

Se elimina y añade al apartado 1 c) El inicio de la tramitación requerirá únicamente el informe de necesidad remitido por el pediatra, comenzando de forma paralela la intervención desde el CDIAT.

Se elimina en el apartado 1 d) la referencia al SAAD ya que el Plan Regional estará basado en las previsiones establecidas para la Atención Temprana. Estas actuaciones son alternativas y no imprescindibles para actuar en A.T.

Se añade en el 3. b) y 3.c) la garantía de la independencia, a efectos de inicio de la intervención, de la valoración de discapacidad y del reconocimiento de la situación de dependencia.

Artículo 9. Competencias y actuaciones en el ámbito sanitario. (se modifica punto 1.d) y punto 2 quedando así:

1. Niveles de actuación de la Consejería competente en materia de sanidad:
 - a) Prevención Primaria
 - b) Prevención Secundaria
 - c) Prevención Terciaria
 - d) La detección y diagnóstico del menor, así como la emisión de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el **CDIAT** ~~equipo de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana~~ por presentar indicadores de riesgo biológico o social.

2. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, de acuerdo con el anterior apartado, las actuaciones de prevención, promoción e intervención siguientes:
 - a) Prevención primaria: Programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento **en la población general, con especial atención ante posibles menores en situación de alto riesgo.**
 - b) Prevención secundaria: **Derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el CDIAT al presentar factores de riesgo**

biológico y/o social. Así como seguimiento de los niños previamente derivados. Además de campañas de sensibilización a profesionales para el diagnóstico precoz en población de riesgo, programas de prevención de complicaciones y de seguimiento específico a menores con problemas durante el embarazo o periodo neonatal.

- c) Prevención terciaria: **Derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser atendido por el CDIAT al constatar la existencia de un trastorno en el desarrollo, así como el** seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.
- d) En las actuaciones de detección y diagnóstico se realizará, entre otras, el diagnóstico funcional, sindrómico o etiológico de las alteraciones en el desarrollo, así como la realización de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser ~~valorado por el equipo de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana~~ **atendido por el CDIAT de referencia.**

Justificación:

Se modifica punto 1.d): son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana. Ambos equipos se coordinarán en los distintos procesos por los que pasea el niño y su familia, teniendo en cuenta todas las características del entorno.

Se modifica punto 2.a): la prevención primaria se realiza sobre la población general

Se añade al punto 2. b): en relación con la A.T. la prevención secundaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT

Se añade al punto 2. c): en relación con la A.T. la prevención terciaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT

Se modifica punto 2. d): son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana.

Artículo 10. Competencias y actuaciones en el ámbito educativo. (se modifica punto 1, y 2 quedando así:

1. Sin perjuicio de los tres niveles de intervención recogidos en el artículo 6.1, corresponde a la Consejería competente en materia de educación:
 - a) La escolarización de los menores de 3 a 6 años, y de los menores de 0 a 3 años cuando ello sea posible, según lo establecido por la legislación educativa vigente, y la provisión de los apoyos específicos que requieran, así como a la orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades **en coordinación, pero independientemente de la intervención que sea necesaria realizar desde los CDIAT.**
 - b) La realización de actuaciones de detección **y posterior derivación al pediatra, por parte de los servicios educativos implicados cuando se detecte que el menor es susceptible de beneficiarse del servicio de atención temprana.**
 - c) La valoración técnica de necesidad de atención ~~educativa temprana~~ **educativa temprana** y el seguimiento de la evolución de la atención ~~educativa temprana~~ **educativa temprana** recibida por el menor **dentro del ámbito escolar.** ~~en coordinación con los profesionales del CDIAT de la red pública de Servicios Sociales.~~
2. A la vista de las competencias recogidas en el apartado precedente, las actuaciones en el ámbito educativo serán entre otras:

- a) La orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.
- b) Una vez realizada la escolarización de los menores, colaborar con los profesionales de los centros educativos en el proceso de elaboración, desarrollo y evaluación de las adaptaciones curriculares que precise el alumnado, así como colaborar con otros organismos e instituciones que presten atención a la infancia con el fin de llevar a cabo actuaciones conjuntas.
- c) Realizar programas de prevención, educación para la salud en colaboración con los agentes sanitarios y los CDIAT.
- d) Detección de factores de riesgo biológico y social, así como inmediata derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.
- e) Detección de trastornos en el desarrollo y posterior derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

Justificación:

Se añade al punto 1.a): la intervención sobre el niño, la familia y el entorno en A.T. es independiente de los apoyos educativos específicos.

Se añade al punto 1.b): El ámbito educativo, entre sus actuaciones cuenta con de la derivación al servicio de pediatría cuando se detecte la necesidad de valoración por A.T.

Se elimina y añade al punto 1.c): El ámbito educativo es el encargado de la valoración y seguimiento de las necesidades educativas. No es competente en la valoración y seguimiento de las necesidades de atención temprana de un niño, familia y entorno.

Se añaden al punto 2 los apartados c), d) y e): El ámbito educativo, cuenta entre sus actuaciones con las dirigidas a prevención primaria, secundaria y terciaria.

Es de destacar que actualmente el EOEP en nuestra Región, lleva a cabo una magnífica labor psicoeducativa, con pocos recursos humanos, y con los cuales los CDIAT mantienen una excelente coordinación, intercambiando información sobre los expedientes en común. También es destacable que sus clasificaciones diagnósticas están basadas en diagnósticos de trastornos del desarrollo, cerrados o reconocimiento de discapacidad para reconocerle sus derechos a apoyos educativos y becas. No es posible llevar a cabo con sus instrumentos diagnósticos una intervención preventiva.

Artículo 11. Recursos de intervención en Atención Temprana. (se modifica quedando como sigue:

- a) Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. (CDIAT). Servicios Sociales especializados.
- b) Los equipos de atención primaria y especializada de la Consejería competente en materia de sanidad
- c) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente.
- d) Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana, específicos y de sector (en adelante EOEP)
- e) Los Centros de Educación de Infantil y Primaria y demás recursos educativos de atención a la infancia (guarderías municipales, escuelas infantiles de la CARM, Puntos de Atención a la Infancia, Centros de Atención a la Infancia)
- f) Los Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.

Justificación:

Se cambia el orden de enumeración por orden de prioridad.

Se añade al apartado a): Los CDIAT

Se añade al apartado c): se hace necesaria la creación de un órgano específico de gestión de la A.T.

Se añade al apartado e): otros recursos educativos de atención a la infancia.

Artículo 12. Se elimina

Justificación: Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error. Documentos de referencia elaborados por el GAT (Federación de asociaciones de profesionales del A.T.) lo exponen y argumentan claramente: los equipos de valoración y de intervención deben ser los mismos, no debe, por coherencia y eficiencia, existir dos equipos distintos. (Recomendaciones Técnicas, 2005).

Artículo 13. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT) (se modifica el punto 1,2,4, quedando como sigue:

1. Los CDIAT son centros de titularidad pública ~~o privada~~ incluidos en la Red de centros sostenidos con fondos públicos.
- 2.- Los CDIAT se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la intervención de servicios sociales especializados de atención temprana del menor, su familia y su entorno, en colaboración y coordinación con los recursos de los demás sistemas implicados, de acuerdo con el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT) elaborado por el centro, según el Informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana, **realizado previamente por el mismo CDIAT**, y constituyen el núcleo de acciones previstas en el artículo 14 de la presente proposición de Ley, en relación con el niño, la familia, el entorno y la calidad del programa.
3. Los CDIAT deberán contar con las oportunas autorizaciones sanitarias, sociales y de otros ámbitos que sean precisas. Asimismo, deberán contar con un reglamento de régimen interior, el cual deberá ser aprobado por la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.
4. Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana recogidos en el artículo 6 de la presente Proposición de Ley. En este sentido, los CDIAT realizarán las siguientes actuaciones:

- a) Cada CDIAT estará adscrito a un área territorial concreta, determinada por la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana, y desarrollará diversas actuaciones según el principio de proximidad geográfica que serán llevadas a cabo por el equipo del centro en coordinación con los recursos comunitarios de la zona de influencia. *(se elimina la última frase)*
- b) Prevención y detección de los casos. Los CDIAT colaborarán y serán a su vez impulsores de programas comunitarios dentro del ámbito preventivo y de detección precoz de la población de los menores con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo, todo ello en coordinación con *el pediatra de referencia* y los EOEP.

Justificación:

Punto 1: se elimina ~~o privada~~ ya que no cabe en la gestión pública de la AT, puesto que los fines con ánimo de lucro conlleva factores de riesgo para la buena praxis profesional. Los servicios privados son una muy buena opción para poder elegir, pero el derecho como servicio público debe existir para todas las familias.

Punto 1: se elimina la distinción entre centros genéricos o específicos. Cualquier CDIAT de gestión pública es genérico. Cualquier centro específico se denomina centro especializado en discapacidad.

Punto 2: la elaboración del informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana corresponde al CDIAT

Punto 4. a): La proximidad geográfica al CDIAT es una condición necesaria para que la atención al niño, familia y entorno pueda tener suficiente validez. No es posible la intervención en un entorno que conlleva grandes desplazamientos y carencia de conocimiento de los distintos entornos (educativos, sanitarios y sociales).

Punto 4. b): Incluir la figura del pediatra en la prevención y detección de casos ya que es el especialista que sigue el desarrollo del niño en todo caso.

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana. *(Se elimina el texto y se sustituye por:*

1. Composición de los CDIAT
 - a) Los equipos de los CDIAT serán de composición multiprofesional y funcionamiento interdisciplinar, y estarán constituidos por especialistas en Atención Temprana. Estos Equipos se conformarán con el número suficiente y adecuado de profesionales que facilite el trabajo interdisciplinario y cubra las necesidades evolutivas globales biopsicosociales del niño y de su familia (mínimo tres profesionales cubriendo el ámbito biopsicosocial).
 - b) La formación de los profesionales además de la titulación propia deberá ser específica en Atención Temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de postgrado-Máster específico. O bien justificando, al menos, 5 años de experiencia laboral en Atención Temprana.
2. Actuaciones principales desde los CDIAT
 - a) Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana: Prevención Primaria: evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil; Prevención Secundaria: detección y diagnóstico

precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo; Prevención Terciaria: actividades dirigidas hacia el menor y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

b) El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituye el núcleo de distribución de las siguientes acciones básicas:

○ Acciones con relación al **niño**

- Valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar en relación con el desarrollo infantil de la población alcance.
- Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social, que podrán realizarse a nivel ambulatorio en el CDIAT, a nivel domiciliario o en otros ámbitos, en función de las necesidades y de los intereses del niño y su familia. (Por sus objetivos, duración y carácter integrado con aspectos psicosociales y personales se aconseja diferenciar estas prestaciones de las de rehabilitación hospitalaria- déficits recuperables de la Ley de Cohesión- o de reeducación especializada -audición y lenguaje, desarrollo fonológico, etc.- propias del ámbito escolar).
- Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas (incluyendo el aprendizaje de lenguajes alternativos y/o aumentativos y de la lengua de signos) orientadas a la comunicación social, así como las necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria (se excluyen las prestaciones del catálogo ortoprotésico de los servicios sanitarios).
- Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas.

○ Acciones con relación a la **familia**

- Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones.
- Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.
- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.
- Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.
- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

○ Acciones con relación al **entorno**

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.
- Información de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.
- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.
- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.
- Apoyo, asesoramiento y participación con los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.

- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.
- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

Justificación:

Eliminación del punto 1: La intervención desde los CDIAT no incluye el listado de tratamientos expuestos como por ejemplo "Apoyo Psicopedagógico" que es una intervención exclusivamente educativa, o por ejemplo la "Rehabilitación auditiva" que es una intervención sanitaria.

Eliminación del punto 3: "La intervención en atención temprana se asignará..... Es imposible basarla en asignar un número de sesiones de tratamiento conforme a un baremo de discapacidad de un niño, sin atender a las necesidades de la familia y del entorno. Todos no son iguales, somos diferentes.

Eliminación punto 4 y 5: Otros sistemas (educación o Sanidad) no prestan los mismos tratamientos o intervenciones que los prestados por atención Temprana y por esto nunca unos sustituirán a otros.

La amplia bibliografía sobre A.T. incluye aspectos que se incluyen en este apartado como es la Composición de los CDIAT y Actuaciones principales desde los CDIAT.

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del CDIAT. (queda igual excepto por el título y punto 1 donde se sustituye SEDIAT por CDIAT)

Justificación: SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT no se entiende el SEDIAT.

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al CDIAT. (Se modifica el título y el punto 1, 1.a), y punto 2:

1. El derecho al CDIAT se extingue por alguna de las siguientes causas:
 - a) Cumplimiento del plazo de intervención señalado en el Informe de valoración emitido por el CDIAT.
 - b) No cumplir el requisito de edad dispuesto en el artículo 3.
 - c) Traslado a otra Comunidad Autónoma.
 - d) Recibir la atención necesaria por parte de otro sistema implicado en la intervención integral en atención temprana.
 - e) Por voluntad expresa del padre, madre o representante legal, siempre que no suponga un riesgo para la integridad o el bienestar del menor, debiendo acreditarse este extremo mediante informe del CDIAT.
 - f) Por causas sobrevenidas relativas al menor u otras circunstancias que hagan imposible la prestación del servicio.

- g) Incomparecencia o incumplimiento de las obligaciones recogidas en el artículo 15 de la presente Proposición de Ley, o de las normas que se establezcan para una correcta prestación del servicio.
 - h) Por falsedad u omisión grave en la información proporcionada por la familia o representante legal en cualquiera de las fases de solicitud del servicio o de instrucción del procedimiento.
 - i) Por cumplimiento de los objetivos de intervención determinados en el PIAT sin que se considere necesario establecer otros nuevos objetivos.
2. En aquellos supuestos en que pudiera existir dejación de funciones o una actitud del padre, madre o representante legal del menor que pudiese repercutir en una desprotección del mismo, se actuará de conformidad con lo establecido en los artículos 17 y 18 la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor no perdiendo el menor el derecho a la incorporación al CDIAT.

Justificación:

Se elimina del título, del punto 1 y 1.a) y punto 2: *SEDIAT*. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (*SEDIAT*), ya que sin un centro, que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el *SEDIAT*.

Se modifica el Punto 2: se sustituye ~~Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia~~ por la actual ley en vigor.

Artículo 17. Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana. (se modifica la letra i):

- i) **Cinco representantes de los CDIAT concertados de titularidad pública.**

Justificación: Cinco en lugar de cuatro pues el número de personas que representan a las familias de centros privados son 5. Dos representantes de centros CDIAT privados, 2 representantes de CERMI que también sus asociaciones tienen centros privados y un representante de federación de empresarios que también representa a los centros privados.

Artículo 18. Comisión Técnica de Atención Temprana. (se eliminan las letras d) y e):

Justificación: Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Artículo 19. Procedimiento *(se modifica el título y punto 1 y se elimina el punto 2 y se añade el texto que se indica:*

El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor ~~por cualquiera de los medios previstos en el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas~~, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sanitarios.

La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS ~~u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente~~, será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana ~~y del derecho al SEDIAT~~.

Una vez detectada la necesidad de atención temprana, derivado el niño o niña a través del CDIAT al recurso de intervención más adecuado, se iniciará el procedimiento ordinario de tramitación del expediente recogido en el artículo 8, en los términos que se expresen a continuación. Dicha tramitación no puede suponer, en ningún caso, el retraso en el inicio de la intervención o la paralización de la misma si ya hubiere comenzado, salvo lo que reglamentariamente se establezca.

1. Procesos de intervención:

El sistema sanitario, educativo y los servicios sociales que están directamente implicados en la atención a las personas menores de seis años, deberán establecer mecanismos de coordinación eficaces para optimizar los recursos, y evitar fragmentaciones, así como garantizar la continuidad de los procesos de intervención.

a) Detección y derivación al CDIAT: En el caso de sospecha de necesidades relacionadas con el desarrollo, o de situación de vulnerabilidad que pueda afectar negativamente al proceso evolutivo del niño o niña, los profesionales de los sistemas de protección, sanitario, social y educativo incluido el propio CDIAT deberán canalizar las situaciones detectadas, mediante un "Informe de Derivación", al pediatra que atiende al niño dentro del área sanitaria correspondiente. Las familias ante cualquier sospecha también podrán solicitar asistencia acudiendo al Pediatra, el cual determinará si se cumplen los criterios para realizar la derivación al CDIAT.

Una vez el pediatra considera adecuada la derivación, se inicia el denominado Expediente Único, cuya finalidad es centralizar la valoración, diagnóstico e información de todos los recursos materiales y humanos implicados para conseguir una atención conjunta eficaz y de calidad. Para ello se proporcionará a Pediatras y CDIAT el soporte informático que facilite la gestión de casos y expedientes, la elaboración de informes y memorias y la realización de estudios e investigaciones.

El Pediatra, por tanto, realiza la derivación al CDIAT para que se inicie la acogida del niño y su familia. En dicha derivación se tendrá en cuenta la proximidad del CDIAT al entorno del niño, pudiendo no obstante la familia solicitar un centro alternativo en base a sus preferencias. Siempre se procurará ofrecer los centros más cercanos a la residencia/vivienda del niño y su familia.

b) Fase de acogida del CDIAT: En el plazo máximo de 5 días hábiles el CDIAT iniciará el proceso de valoración de necesidad, y ofrecerá a las familias el apoyo y asesoramiento necesario en cada caso.

c) Fase de valoración: El equipo del CDIAT llevará a cabo la valoración inicial del menor, su familia y entorno, elaborando las hipótesis iniciales sobre la situación y necesidades evolutivas del niño, competencias familiares y factores contextuales que puedan influir en el desarrollo personal y en su inclusión social. Para ello se utilizarán herramientas diagnósticas consensuadas por los profesionales. En esta fase se realiza la resolución de necesidad que será incluida en el expediente único.

La valoración inicial, tendrá lugar en los contextos naturales donde se desenvuelve el niño/a, o bien en los propios de los CDIAT.

El equipo interdisciplinar del CDIAT, mediante una reunión metodológica interdisciplinar realizará una puesta en común sobre la evaluación de las necesidades del menor y su familia, y mediante la emisión de un "Informe Inicial" determinará la necesidad de intervención. Este Informe inicial quedaría recogido con el formato de Documento acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa a todos los efectos.

En el caso de centros de titularidad pública, este documento será acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa inmediata.

En el caso de centros de titularidad privada, la administración a través del correspondiente convenio o concierto de colaboración con dicho centro establecerá los mecanismos oportunos para la validación del informe inicial, sin alterar la continuidad del proceso de acogida. Estos mecanismos se realizarán a través de la Dirección General correspondiente del IMAS, en un plazo máximo de 30 días desde la entrada de solicitud en este Organismo, sin suponer demora en los restantes plazos establecidos en el proceso de intervención del CDIAT,

Este informe será incluido en el Expediente Único con resolución de necesidades e incluiría si fuera necesario, solicitud al pediatra de derivación a otros servicios clínicos especializados.

Si el niño/a y su familia necesitaran intervención, el equipo iniciará el proceso de elaboración del Plan de Intervención en Atención Temprana (PIAT) de manera inmediata, a partir del diagnóstico funcional, contemplando los objetivos consensuados con la familia y la intensidad (UMAT) de la intervención.

d) Fase de intervención: En esta fase, se produce la ejecución del PIAT mediante el conjunto de recursos y medios específicos que se dirijan a los niños/as, a sus familias y a su entorno, para la consecución de los objetivos acordados.

e) Fase de evaluación: El PIAT será actualizado periódicamente para determinar la evolución, o consecución de los objetivos, así como para ampliar/disminuir, o cambiar dicho plan de intervención. Anualmente el CDIAT realizará un "Informe de valoración" de cada caso y elaborará una memoria de la actividad realizada por el centro.

d) Fase de cese: Tras la verificación de causa de finalización expuesta en el artículo 21, los profesionales prepararán la transición a otros recursos, elaborarán los informes que acrediten la finalización del proceso y gestionarán los trámites exigidos que imponga la norma.

2. Por todo lo expuesto en este artículo se diferencia dos tipos de actividad dentro del CDIAT:
- a) Actividad directa, acciones profesionales llevadas a cabo directamente sobre el niño y/o la familia como la acogida, las valoraciones, el diagnóstico interdisciplinar, la atención terapéutica, las entrevistas familiares, la evaluación, el cese o derivación...etc.
 - b) Actividad indirecta, son las restantes actividades que realiza el equipo del CDIAT, incluidas las de incidencia preventiva y comunitaria, además de las actividades de apoyo a la atención directa y la gestión integral del Centro, tales como valoración e interpretación de pruebas, documentación del caso, interconsulta, coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia, coordinación interna, gestión y administración, formación continuada, docencia e investigación, evaluación y planificación estratégica, mantenimiento del CDIAT.....etc.

Justificación:

No hay medidas provisionales de intervención ya que todos los casos detectados iniciarán el procedimiento administrativo después de su llegada al CDIAT.

Se sustituye el texto por los procesos de intervención redactados y que tienen su fundamento en la amplia bibliografía de consenso sobre la A.T. El acceso directo desde el pediatra al CDIAT es imprescindible para que el procedimiento respete uno de los pilares básicos de la A.T.: la inmediatez

Artículo 20. Documentación. (se modifica el punto 1, 2 y 3:

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten. Especialmente, se recabará de oficio el estudio diagnóstico del servicio público de pediatría correspondiente relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social que justifiquen que el menor deba ser valorado por los CDIAT EØEP.
2. No obstante, lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios. De acuerdo con ello, podrán presentar junto con la solicitud informe de valoración complementario al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del CDIAT SEDIAT, realizado por el equipo profesional de un CDIAT (se elimina: ~~con base en el baremo recogido en el anexo de la presente Proposición de Ley,~~) debiendo recoger dicho informe como mínimo la información a la que se refiere el artículo 21.3 de la presente Proposición de Ley.
3. De forma voluntaria, podrá solicitarse simultáneamente el reconocimiento de la condición de discapacidad y/o dependencia. De ser así, los equipos de valoración de dependencia y/o discapacidad actuarán de forma coordinada en la valoración con el CDIAT EØEP-correspondiente.

Justificación:

Se sustituye en el punto 1 y 3: ~~EOEP~~ ya que los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento y no tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Se sustituye en el punto 2: ~~SEDIAT~~. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro, que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

Se elimina en el punto 2: la referencia al baremo obsoleto y no consensuado que solo contempla discapacidad, dejando fuera los factores de riesgo.

Artículo 21. Valoración de necesidad de atención temprana. (se modifica el punto 1, 2, 3 y 5 y se eliminan el punto 4

1. El CDIAT ~~EOEP~~ que corresponda en cada zona realizará la valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de servicios especializados de atención temprana ~~y del derecho al SEDIAT~~) mediante el estudio y diagnóstico de las necesidades que puedan derivar en dificultades en el desarrollo del menor. **Una vez iniciada la acogida en el CDIAT**, el órgano instructor remitirá la solicitud y toda la documentación presentada al CDIAT correspondiente.
2. Si la documentación aportada no resulta suficiente para valorar la necesidad de atención temprana, el CDIAT podrá requerir a los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales cualquier información complementaria que considere oportuna.
3. Tras el estudio y el diagnóstico de la situación, e independientemente de las calificaciones de dependencia y discapacidad, el CDIAT emitirá el correspondiente informe de valoración técnica en el que se hará constar, como mínimo:
 - a) Los datos personales del menor.
 - b) Los resultados de la valoración por áreas de desarrollo.
 - c) El diagnóstico de la situación del menor.
 - d) Apoyos especializados que recibe, en el caso de menores escolarizados en el segundo ciclo de educación infantil.
 - e) Valoración sobre la existencia de necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del CDIAT.
 - f) La prescripción **provisional** de las sesiones necesarias y el seguimiento sobre el desarrollo de la intervención.
 - g) La duración prevista de la intervención y la fecha de revisión.

(se eliminan el punto 4)

5. En el plazo de 30 días naturales desde que se inició el procedimiento, el órgano correspondiente de la consejería competente en materia de atención temprana deberá redactar (...)

Justificación:

Se sustituye en el punto 1, 2 3 y 3.e): ~~EOEP~~ por CDIAT ya que los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento y no tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Se elimina en el punto 1: ~~y del derecho al SEDIAT~~. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro, que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

Se añade en el punto 1: "una vez iniciada la valoración en el CDIAT" ya que el órgano instructor iniciará el trámite tras la fase derivación y paralelamente a las fases de acogida y valoración en el CDIAT.

Se añade al punto 3.f): "provisional" ya que la prescripción de las sesiones necesarias estará siempre sujeta a la natural variabilidad, evolución y cambios en las necesidades de desarrollo que se producen tanto en el niño coma como la familia y el entorno.

Artículo 22. Procedimiento y requisitos de acceso. (se cambia el título y el contenido por completo)

1. Los CDIAT realizarán completo el circuito asistencial, desde la solicitud de atención hasta el cese. El acceso a la intervención en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana no estará condicionado a la certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.
2. Tendrán acceso directo al CDIAT:
 - a) Las familias empadronadas en un municipio de la Región de Murcia al tiempo de presentar su solicitud y mantenerlo durante todo el tiempo que reciba el servicio.
 - b) Los niños con una edad inferior a los 6 años que tengan una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla.
3. No recibir servicio para el mismo objeto por parte de otra entidad perteneciente a la Red pública de CDIAT.

Justificación:

Se elimina todo el contenido del artículo original al tratar sobre el reconocimiento de necesidad de valoración de necesidad de AT por lo EOEP.

Se añaden los puntos 1,2 y 3: Se define la autonomía de los CDIAT y del inicio del proceso de AT independientemente de la certificación de discapacidad o dependencia. Se define la necesidad de estar en empadronado en un municipio de la región de Murcia y tener una edad inferior a 6 años; así como no recibir intervención en otro centro de desarrollo infantil y atención temprana de la red pública.

Artículo 23. Incorporación al CDIAT. Plan Individual de Atención Temprana (PIAT). *(se elimina el punto 1 y 3 y se modifica el punto 2 como sigue:)*

Una vez que se produzca la incorporación del menor, se realizará la acogida y valoración de éste y su familia en el CDIAT, se realizará por el equipo técnico del centro una propuesta de intervención interdisciplinar elaborando el PIAT que contemple la intervención en los diferentes contextos donde se desenvuelve el menor, ~~teniendo en cuenta para ello lo establecido en el informe de valoración del EOEP~~. Este PIAT contendrá como mínimo:

- a) Datos del menor.
- b) El diagnóstico de la situación de necesidad de servicios especializados de atención temprana, ~~según informe de valoración técnica del EOEP~~.
- c) Objetivos de la intervención.
- d) ~~Intervención que recibirá y las características de esta (número de sesiones, temporalización, agrupamientos, profesionales que intervienen, etc.), teniendo en cuenta lo establecido en el informe de valoración del EOEP.~~

Este PIAT deberá ser remitido a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, a través del sistema informático de atención temprana integral, en el plazo de un mes.

Justificación:

Se elimina el punto 1: no es necesario plazo para la incorporación del menor al servicio ya que el proceso se inicia cuando el menor ya ha sido detectado y derivado al CDIAT.

Se elimina el punto 3: el PIAT se revisará en cada caso con la periodicidad que los profesionales que atienden al niño, familia y al entorno estimen necesario; y al menos una vez al año.

Artículo 24. Traslado de CDIAT. *(queda igual)*

Artículo 25. Seguimiento y Evaluación. *(se modifica el punto 2)*

2. El **CDIAT EOEP** y la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, de acuerdo con los protocolos que se establezcan, llevarán a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención con cada menor y su familia con una periodicidad al menos anual, valorándose los cambios producidos en su desarrollo, la eficacia de la metodología de intervención y su efectividad conforme a los objetivos programados en el PIAT. Esta evaluación se basará en los informes emitidos por el CDIAT y, si se considerase oportuno, en una entrevista diagnóstica y de seguimiento con el menor y su familia.

Justificación:

Se sustituye en el punto 2 EOEP por CDIAT: es el CDIAT el que llevará a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención así como el resto de procesos de los que consta el procedimiento de intervención en atención temprana.

Artículo 26. Revisión. *(se modifica el punto 1*

1. Los servicios especializados de atención temprana ~~y el SEDIAT~~ reconocidos podrán revisarse, garantizando la debida audiencia:
 - a) A propuesta del servicio social, sanitario o educativo que derivó el caso.
 - b) A propuesta del **CDIAT** cuando tenga constancia de una variación de la situación del menor.
 - c) A solicitud de los padres o representante legal del menor, con informe favorable preceptivo del CDIAT que presta el servicio.
2. En el caso de que efectivamente haya variado la situación y se requiera una modificación en la intervención, deberá dictarse un nuevo PIAT para cuyo procedimiento de aprobación se estará a lo establecido en los artículos 19 y siguientes de la presente Proposición de Ley.

Justificación:

*Se elimina del punto 1 ~~el SEDIAT~~: La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. el servicio especializado de atención temprana es el que proporciona el CDIAT.*

Se sustituye en el punto 1.b) EOEP por CDIAT: ya que es el CDIAT el que tiene la competencia de revisar el servicio de atención temprana.

Artículo 27. Procedimiento de extinción del **servicio de A.T.** *(Se modifica el título. Se Modifica el punto 1, 2 y 3.*

1. El órgano encargado de la instrucción y resolución de los procedimientos de extinción del **servicio de A.T.** ~~derecho al SEDIAT~~ será la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.
2. Cuando la causa de la extinción sea una de las señaladas en las letras a), d), e) e i) del artículo 16, se deberá dar trámite de audiencia a los interesados.
3. La extinción del **servicio de A.T.** ~~SEDIAT~~ requerirá informe de valoración del **CDIAT** ~~EOEP~~ en los casos recogidos en los apartados a), d) e i) del artículo 16.
4. Para que la extinción del derecho se produzca por la causa g) y h) del artículo 16, será necesario que los servicios sociales de atención primaria de la zona de residencia del menor y en su caso los servicios sociales especializados de protección del menor, emitan un informe con indicación de la situación familiar y de la existencia o no de una situación de abandono, negligencia o riesgo para el menor, en el que se señalarán las intervenciones llevadas a cabo para resolver la situación, así como la adopción de las medidas legales oportunas, antes de proceder a la extinción del derecho. Este informe será solicitado de oficio.

Justificación:

Se modifica en el punto 1 y 2: El término SEDIAT se sustituye por "servicio de A.T." ya que el SEDIAT no es un término fundamentado ni reconocido en la bibliografía sobre AT. La A.T. se lleva a cabo mediante un **equipo** interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

Se modifica en el punto 3: se sustituye el EOEP por CDIAT ya que es este último el centro competente para realizar informe de valoración sobre los casos a los que se refiere el artículo.

AÑADIMOS DOS TÍTULOS QUE, SIN FORMAR PARTE DE NUESTRAS LÍNEAS ROJAS IMPRESCINDIBLES, SÍ QUE CONSIDERAMOS QUE SON DE IMPORTANCIA PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA:

CAPÍTULO IV

Coordinación y Calidad en Atención Temprana

Artículo 28. Coordinación interinstitucional.

1. El menor tiene entidad biológica, psicológica y social y cuando alguno de estos aspectos se ve afectado teniendo en cuenta la interrelación entre ellos, las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, desarrollo intelectual, emocional y capacidades adaptativas.
2. La existencia de un marco legislativo autonómico en el ámbito de La Atención Temprana, así como la coordinación de las acciones institucionales que atañen al colectivo de niños entre 0-6 años que presentan trastornos en su desarrollo o tengan el riesgo de padecerlos y sus familias, habrán de configurar una base segura desde la que articular los espacios social, sanitario y educativo, tan implicados en el desarrollo infantil.
3. En Atención Temprana se deben establecer los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información entre los agentes implicados. Esta coordinación debe lograrse en torno a las siguientes dimensiones:
 - **Interinstitucional e intrainstitucional**, que implica a las Consejerías de la Comunidad Autónoma, a las Administraciones Locales y a las organizaciones de los usuarios.
 - **Interprofesional**, que implica la coordinación de las áreas y sectores profesionales especializados.

Se deben considerar los siguientes niveles de coordinación:

- **Nivel estatal:** Desde el Gobierno Regional se instará al Gobierno Central para promover la coordinación de los Ministerios competentes en materia de Sanidad, Política Social y Educación para trazar una política común que establezca cauces interministeriales para la planificación del sector de la Atención Temprana.
- **Nivel autonómico:** La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, dentro de sus competencias en materia de Sanidad, Política Social y Educación, y las Administraciones

Locales, deben asumir la creación y organización de los recursos necesarios para ofrecer unos centros sectorizados de Atención Temprana que posibiliten la universalidad, la gratuidad y la calidad de las intervenciones de A.T. para quienes las necesiten, como exponente de solidaridad, de igualdad y de justicia social.

- **Recursos de Atención Temprana:** Este nivel de coordinación abarca tanto a los profesionales que, en las áreas de la Salud, Política Social y Educación van a incidir en el desarrollo infantil y a los propios profesionales de los centros de Atención Temprana.

Así, la generalización de un modelo coordinado, con participación de todos los dispositivos sociales, sanitarios y educativos en un Plan Integral de AT (gestión integrada de recursos sociosanitarios y educativos en materia de AT), resultará determinante en la estrategia de implementación y desarrollo de la Atención Temprana como un servicio de calidad, accesible y respetuoso con los derechos de acceso de los ciudadanos, destinado a los/as niños/as y a sus familias, que lo precisan.

Artículo 29. Calidad en Atención Temprana.

1. La Atención Temprana no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual. En este sentido debemos orientarnos hacia la calidad total, y mantener la obligatoriedad de elaborar y poner en práctica, en toda la red de Centros, unos mínimos y básicos estándares de calidad, consensuados por los profesionales, familias y administradores ya que tener esta meta permitirá incrementar la eficacia, competitividad y satisfacción dentro de la Atención Temprana.
2. Se entiende que la definición de calidad es un proceso abierto que implica autoevaluación y evaluación externa en un proceso continuo de reflexión y mejora. Para ello es importante tener bien definido los estándares de calidad y el sistema de evaluación, por lo que de forma periódica se propondrá una valoración externa (Certificaciones de calidad específicas) sobre la calidad del servicio en función de diferentes estándares, como los siguientes:
 - a) Estándares de calidad referidos a la comunidad
 - b) Estándares de calidad referidos a la familia.
 - c) Estándares de calidad referidos a la infancia.
 - d) Estándares de calidad referidos a los Centros.
 - e) Estándares de calidad referidos al proyecto.
3. La evaluación de todo servicio se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. La evaluación ha de realizarse de forma constructiva con el fin de orientar la posterior toma de decisiones respecto a los aspectos evaluados. Para desarrollar un sistema de evaluación en las unidades de AT es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Que los profesionales y usuarios/as participen en el proceso de evaluación comprendiendo sus objetivos.
 - Que la evaluación no sea excesivamente complicada ni difícil de asumir.
 - Que existan procedimientos de evaluación unificados e instrumentos de recogida de la información homogéneos en los diferentes centros/servicios.
 - Que se tengan en cuenta diferentes niveles de análisis.
 - Que se contemplen las diferentes fases o componentes de la intervención.
 - Que la responsabilidad de la evaluación debe ser complementaria, recayendo tanto en evaluaciones internas de los participantes en la intervención de cada centro como en agentes externos de evaluación.
4. Se promoverá que el servicio de inspección de servicios sociales de la Consejería competente, desde un punto de vista técnico, garantice el cumplimiento de los criterios de calidad previamente fijados para los CDIAT.

TÍTULO IV

Formación, Investigación e Innovación

Artículo 30. *Estrategia de formación.*

1. La Administración Pública impulsará la formación de profesionales implicados en la Atención Temprana.
2. La Administración Pública fomentará centros de referencia para la formación en determinados trastornos del desarrollo, especialmente para profesionales vinculados a los CDIAT.
3. Se promoverá que los principios básicos para la prevención e intervención en la Atención Temprana se incorporen en los currículos de las titulaciones de grado y postgrado implicadas.
4. La Administración educativa de la Región de Murcia adoptará las medidas necesarias para incluir en los planes de formación permanente del profesorado una formación inicial y continua en materia de Atención Temprana.
5. Se establecerán líneas de colaboración con las universidades de Murcia en el desarrollo de estrategias de formación en materia de atención a los trastornos del desarrollo.

Artículo 31. *Promoción de proyectos de investigación e innovación en Atención Temprana.*

1. La Administración fomentará la investigación en Atención Temprana, fundamentalmente en el campo de la investigación epidemiológica y de la investigación evaluativa de las intervenciones. Así como el desarrollo de investigaciones interdisciplinares.
2. Colaborar con las universidades de Murcia en el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de atención a los trastornos del desarrollo.
3. La Administración Pública facilitará cauces para el intercambio de experiencias y buenas prácticas, así como el acceso a las fuentes documentales.

Artículo 32. *Premio a la Innovación y las Buenas Prácticas en materia de Atención Temprana.*

1. La Consejería competente en materia de Política Social publicará, con la periodicidad que se determine, una convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y

buenas prácticas que se hayan desarrollado en la Región de Murcia en el ámbito de la Atención Temprana, dirigida a los diferentes sectores sociales, públicos y privados, que asuman iniciativas en dichas materias.

2. Reglamentariamente se establecerán el diseño, las características, la periodicidad y las bases que regirán las citadas convocatorias.

Artículo 33. *Nuevas tecnologías y Atención Temprana.*

Las Consejerías competentes en las materias de salud, educación, políticas sociales e innovación trabajarán de forma conjunta para promover el desarrollo de juegos que utilicen las nuevas tecnologías y consigan incidir positivamente en el desarrollo de las personas menores con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.